

Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München

Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

Mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance in Korrelation zu biographischen
und krankheitsbezogenen Daten

Eine Studie an 100 stationären schizophren erkrankten Patienten der Klinik und
Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der
Technischen Universität München

Melanie Hamann

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin (Dr.med.)
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. J.G.H. Bäuml

2. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 19.08.2008 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin
am 29.04.2009 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Einleitung	5
1.1 Literaturübersicht zur Krankheitseinsicht und Compliance	5
1.2 Prädiktoren zur frühkindlichen Bindung und späteren psychischen Entwicklung	6
1.3 Prädiktoren zu verschiedenen life-events bei psychisch kranken Erwachsenen	7
1.4 Literaturübersicht zu psychotischen Störungen und Substanzmissbrauch	9
1.5 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit und Fragestellung	11
2. Methodik	13
2.1 Organisation des Studienablaufs mit Rekrutierungsbeschreibung	13
2.2 Einschlusskriterien	13
2.3 Beschreibung des Untersuchungsinstrumentariums	14
2.3.1 Beschreibung des Patientenfragebogens	14
2.3.2 Beschreibung der Befund- und Verlaufsdokumentation der behandelnden Ärzte (Fremdratingbögen)	14
2.4 Studienauswertung und statistische Programme	15
3. Stichprobenbeschreibung der Patienten	16
4. Ergebnisse	19
4.1 Darstellung sämtlich erhobener Daten	19
4.1.1 Soziobiographische Daten	19
4.1.2 Pathobiographische Daten	21
4.1.2.1 „Broken-home“- Situationen	21
4.1.2.2 Darstellung von Life-events bei unserem Patientenkollektiv	22
4.1.2.3 Suchtanamnese	24
4.1.3 Ergebnisse der Fremdratingbögen durch die jeweils behandelnden Ärzte	27
4.2 Beantwortung der Fragestellungen anhand der Ergebnisse	31
4.2.1 Zeigen die untersuchten Patienten mit einer „Broken home“-Situation eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht zu Beginn des Indexaufenthalts?	31
4.2.2 Korrelieren Life-events in der Vorgeschichte mit negativer Krankheitseinsicht und mangelnder Compliance bei Indexaufnahme?	32
4.2.3 Haben Patienten mit Coping-Defiziten eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht bei Indexaufnahme?	33
4.2.4 Haben Patienten mit Substanzmissbrauch (v.a. Cannabis und Nikotin) eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht zu Beginn des Indexaufenthalts?	34
4.2.5 Ist bei idealem Erstkontakt durch professionelle Helfer anlässlich der Erstmanifestation, die Compliance und Krankheitseinsicht bei Aufnahme des Indexaufenthalts besser?	36
4.2.6 Spielt das Alter bei der Compliance und Krankheitseinsicht zu Beginn des Indexaufenthalts eine Rolle?	37
5. Diskussion	39
5.1 Übersicht der Untersuchungsergebnisse	39
5.2 Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung bisheriger Studienergebnisse und Publikationen	40
5.2.1 Einfluss von „Broken home“ auf Compliance und Krankheitseinsicht	40
5.2.2 Korrelation von Life-events, Compliance und Krankheitseinsicht	42
5.2.3 Korrelation von Coping-Defiziten mit Compliance und Krankheitseinsicht	42

5.2.4	Korrelation von Substanzmissbrauch mit Compliance und Krankheitseinsicht	44
5.2.5	Einfluss des Arzt-Patienten-Verhältnisses bei Ersthospitalisation auf die spätere Compliance und Krankheitseinsicht	45
5.2.6	Der Einfluss von Alter auf Compliance und Krankheitseinsicht	46
5.3	Kritische Anmerkungen zur Methodik	47
6.	Zusammenfassung	48
7.	Literaturverzeichnis	50
8.	Abbildungsverzeichnis	56
9.	Tabellenverzeichnis	57
10.	Danksagung	58
11.	Anhang	59

Vorwort

„Die Schizophrenieforschung hat dargetan, dass es mannigfache Einflüsse auf die Entstehung, die Symptomatologie und den Verlauf schizophrener Psychosen gibt und dass wir viele Zusammenhänge bis heute noch nicht verstanden haben.“

(aus Finzen A. „Schizophrenie-die Krankheit behandeln“, 2001)

Der Begriff der Schizophrenie wurde zu Anfang des 20. Jahrhunderts von dem Psychiater Eugen Bleuler gebildet. „Schizo“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „ich spalte“, „phren“ entstammt ebenfalls dem Griechischen und heißt „der Geist“. Bleuler wollte mit dem Begriff ausdrücken, dass bei dem Erkrankten Denken, Fühlen und Wollen auseinanderfallen.

(E. Bleuler, 1911)

„Harpaste, die Närrin meiner Frau, ist, wie Du weißt, als ererbte Belastung in meinem Haus verblieben...Diese Närrin verlor plötzlich Ihr Augenlicht. Etwas Unglaubliches berichte ich Dir, aber es ist wahr: Sie weiß nicht, dass sie blind ist; immer wieder bittet sie ihre Betreuer, sie wegzubringen, sie sagt, das Haus sei dunkel.“

LA Seneca

Vor nunmehr fast zweitausend Jahren schilderte der römische Philosoph Seneca das eigentümliche Verhalten einer Zeitgenossin. Diese war plötzlich erblindet und forderte- nicht in der Lage, ihres Nichtsehens gewahr zu werden- von ihrer Umwelt die Änderung ihres Zustandes ein. Es handelt sich bei dieser ungemein treffenden Beschreibung des Phänomens, welches heute als *Krankheitsuneinsichtigkeit* umschrieben wird, um die vermutlich erste historische Erwähnung dieses Tatbestandes. Was von Seneca als Blindheit beschrieben wurde, ist auch in der Jetztzeit weiterhin ein Rätsel und findet sich bei einer Vielzahl neurologischer und psychiatrischer Krankheitsbilder. Am prägnantesten und die Gesamtbehandlung am massivsten beeinträchtigend ist dieses Phänomen bei schizophrenen Erkrankungen. Trotz großer Fortschritte in der Akuttherapie sind manche Erkrankte aufgrund bislang noch immer nicht geklärten Umständen nicht in der Lage, ihre teils schwerwiegenden Defizite wahrzunehmen.

1. Einleitung

1.1 Literaturübersicht zur Krankheitseinsicht und Compliance

Menschen, die an einer schizophrenen Krankheit leiden, erkennen häufig das Ausmaß ihrer Einschränkungen nicht oder nur unvollständig. Mehr als die Hälfte aller schizophren Erkrankten sind überzeugt, dass sie nicht psychisch krank sind und nehmen ihre Medikamente, wenn überhaupt, nur widerwillig ein. Die mangelnde Krankheitseinsicht kann den Therapieerfolg, die Prognose und die Aussichten auf eine soziale und berufliche Integration deutlich beeinträchtigen. Die gängige Definition des Begriffes „Krankheitseinsicht“ folgt einem multidimensionalen Konzept. Als einsichtig bezeichnet man demnach einen Patienten,

- dem bewusst ist, dass er an einer geistig-seelischen Erkrankung leidet,
- der die sozialen Folgen und die Notwendigkeit einer Therapie erkennt,
- der um die spezifischen Krankheitszeichen weiß und sie richtig interpretiert (Mintz et al., 2003).

Compliance dagegen ist definiert als Zusammenarbeit und Mitarbeit. Als positive oder negative Haltung des Patienten beim Befolgen therapeutischer Anweisungen, z.B. Medikamenteneinnahme, Verhaltensvorschriften (Lexikon für Psychiatrie u. Psychotherapie, U.H. Peters, 2007).

Im angloamerikanischen Sprachraum wird der Ausdruck „Compliance“ auch durch „Adherence“ oder durch „Concordance“ ersetzt. Während Compliance und Adherence den Patienten eher als passives Ausführungsorgan ärztlicher An- und Verordnungen sehen, impliziert Concordance eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Arzt und Patient, was dem Patienten auch das Recht zubilligt, sich im Zweifelsfall nach entsprechender Information gegen den fachmedizinischen Rat für eine Nicht-Behandlung bzw. eine andere Behandlungsoption zu entscheiden.

Non-Compliance mit antipsychotischer Pharmakotherapie kommt häufig vor und stellt ein Risiko für psychotische Rückfälle dar, das wissenschaftlich sehr gut belegt ist. Eine gute Compliance ist von großer Bedeutung für den Verlauf und den langfristigen Behandlungserfolg bei schizophrenen Psychosen.

So gibt es zahlreiche Studien, die nach Indikatoren und Prädiktoren für non-compliant Patienten suchen. 2001 untersuchten O. Kampman et al. Indikatoren von Medikamenten-Compliance bei Ersterkrankten. Es wurden 59 Patienten 3 Monate nach Erstmanifestation im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Bildungsstand, soziales Aktivitätsniveau, medikamentöse Nebenwirkungen und ihrem psychopathologischen Befund hinsichtlich der „Positive und Negative Syndrome Scale“ (PANSS) untersucht. Insgesamt waren 11% der Patienten non-compliant. Die Hauptursachen hierfür waren: Krankheitsuneinsichtigkeit und medikamentöse Nebenwirkungen. Überzufällig häufig fanden sich darunter männliche Patienten mit sozialer Isolation und wenig positiven psychotischen Symptomen (niedriger PANSS). Bei Fenton et al.(1997) hatten dagegen die Patienten mit schlechter Compliance einen hohen PANSS-Score; allerdings fanden sich bei diesen Patienten ebenfalls stärkere medikamentöse Nebenwirkungen, wenig familiäre und soziale Unterstützung und ein unbefriedigendes Arzt-Patient-Verhältnis.

Ebenso untersuchten 2002 K.A. Weiss et al. Prädiktoren von Risiken für Non-Compliance bei 162 ambulanten Patienten mit Schizophrenie. Hier zeigte sich, dass soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, finanzielle Situation) und Krankheitsvorgeschichte keinen Zusammenhang mit guter oder schlechter Compliance ergaben. Die Studie replizierte vorherige Befunde, dass Compliance vor allem mit dem „Global Assessment Scale“ (GAS) assoziiert ist. Hiermit wird das soziale Funktionsniveau der Patienten erfasst. Vorgegeben wird eine Skala von 1-100. Das Spektrum der Einschätzung reicht von „völliger Symptomfreiheit“ (90-100 Punkte) bis zu „Patient benötigt ständig Überwachung und intensive Pflege des Personals“ (0-10 Punkte). Ebenso konnte gezeigt werden, dass eine gute Compliance durch eine gute „working

alliance“, d.h. dem Maß an Übereinstimmung zwischen Therapeuten und Patienten, gekennzeichnet ist.

2003 hinterfragten Sellwood et al., wie sich das familiäre Klima und der familiäre Interaktionsstil auf die Compliance auswirken. Das familiäre Klima und der entsprechende Interaktionsstil waren bereits Forschungsgegenstand bei der Untersuchung des Konzeptes zur „expressed emotion“ (EE) 1962 durch Brown et al..

Ein „high EE“ (HEE)-Klima liegt vor, wenn der familiäre Interaktionsstil stark von Kritik, Feindseligkeit und Überengagement geprägt ist. „Low EE“ (LEE) bezeichnet einen Interaktionsstil, der frei von obigen Eigenschaften ist, gemessen während eines 150 Minuten dauernden Interviews eines Keyrelatives mit Hilfe einer speziellen Ratingskala.

Sellwood et al. konnten zeigen, dass gerade Patienten mit HEE-Klima mangelnde Compliance zeigten und ihre Medikamente nicht oder nicht wie verordnet einnahmen.

Nebenbei untersuchten sie den Wissensstand durch Psychoedukation über die Erkrankung bei den Patienten und deren Angehörigen und fanden heraus, dass dies keine entscheidende Komponente für gute Compliance war. Damit konnten sie die Befunde von Basan et al. aus dem Jahre 2000 nicht bestätigen. Hier konnte im Rahmen einer 4-Jahres-Katamnese gezeigt werden, dass eine psychoedukative Basisbehandlung während des Indexaufenthaltes in Kombination mit einer anschließenden kontinuierlichen ambulanten Langzeitbehandlung sowohl die Compliance als auch die Rehospitalisierungsrate positiv beeinflusst.

1.2 Prädiktoren zur frühkindlichen Bindung und späteren psychischen Entwicklung

Zu den wichtigsten Fortschritten der Psychiatrie in den vergangenen 25 Jahren gehört die ständig zunehmende Erkenntnis, dass die Fürsorge, die ein Kind in den ersten Lebensjahren von den Eltern erhält, für seine spätere seelische Gesundheit von lebenswichtiger Bedeutung ist.

Die Suche nach den Wurzeln oder Ursachen psychischer Störungen war ein wesentlicher Beitrag der Psychoanalyse Sigmund Freuds bereits vor mehr als 100 Jahren.

Dührssen et al. (1984) verglichen 458 psychisch Kranke mit 448 gesunden Probanden hinsichtlich zahlreicher Risikovariablen. Als signifikante Ergebnisse wurden gefunden: die Patienten waren häufig unehelich geboren, ihre Eltern wiesen viel häufiger schwere psychische oder körperliche Erkrankungen auf, sie hatten häufiger ein Verlusterlebnis mit Ausfall einer wichtigen Bezugsperson (meist Verlust der Mutter oder des Vaters) und hatten häufiger einen Altersabstand zu Geschwistern von weniger als 18 Monaten.

Der Entwicklungspsychologe John Bowlby untersuchte bereits Mitte des 20. Jahrhunderts, welche gravierenden Folgen für Säuglinge und Kleinkinder eine längere Trennung von den Eltern hat. Aus seinen Erkenntnissen entwickelte er die sog. „Bindungstheorie:“ Eine feinfühlig und beständige Beziehung zur Mutter oder einer anderen Person ist in den ersten Lebensjahren für eine gesunde Entwicklung des Kindes entscheidend.

John Bowlby war außerdem der geistige Vater der Deprivationstheorie (1973, 1975 und 1976). Die zentralen Hypothesen zur frühkindlichen Deprivation gingen davon aus, dass ein Mangel an erlebter Mutterliebe zu schweren physischen, emotionalen und intellektuellen Schäden führt. Weiterhin sollte frühkindliche Deprivation zu erhöhter Aggressivität, gefühlsarmer Psychopathie, Kriminalität, Angst, Depression, Suizidalität und höherer Anfälligkeit für Schizophrenie führen.

Das Problem des „broken home“ als Risikofaktor, der die psychische Entwicklung eines Kindes bis weit ins Erwachsenenalter hinein entscheidend beeinflussen kann, hat seit langem die Aufmerksamkeit vieler Autoren beschäftigt.

Im wesentlichen hat sich die Erkenntnis verdichtet, dass der Faktor „broken home“ eine nicht unbedeutende Rolle für die psychische Entwicklung eines Menschen spielt; was jedoch die quantitativen und qualitativen Voraussetzungen für seine pathogene Wirkung anbelangt, so gibt es noch eine große Anzahl widersprüchlicher Ergebnisse.

Das „broken home“ ist in erster Linie dadurch charakterisiert, dass das Kind nicht während seiner ganzen Kindheit bei beiden natürlichen Eltern aufwächst. Diese Aussage allein genügt jedoch keineswegs als Kriterium, denn das Problem des „broken home“ ist von durchaus komplexer Natur. Zunächst muss berücksichtigt werden, dass die Umstände, die zum „broken home“ geführt haben, sehr unterschiedlich sein können: das Kind kann die Eltern durch Tod, Trennung oder Scheidung der Eltern verlieren. Der Verlust kann beide Eltern betreffen oder nur einen Elternteil, er kann die Mutter oder den Vater betreffen. Das Kind kann von vorneherein nur mit einem Elternteil aufwachsen, z.B. wenn es unehelich geboren wurde; es kann von vorneherein in einem Heim oder bei Pflegeeltern aufwachsen, ohne beide natürliche Eltern jemals gekannt zu haben.

Dagegen weisen Hilgard und Newman (1963) daraufhin, dass ein durch die Eltern bedingtes, ungesundes familiäres Klima oft pathogenetischer wirken könne als der Verlust dieser Eltern.

1.3 Prädiktoren zu verschiedenen life-events bei psychisch kranken Erwachsenen

Egle et al. listeten 2002 eine Reihe von empirisch gesicherten Risikofaktoren auf, die potenzielle Langzeitfolgen und damit ein höheres Risiko für eine psychische Erkrankung haben:

- Verlust- und Trennungserlebnisse (insbesondere Tod der Mutter, Scheidung der Eltern oder längere Trennungsphasen)
- psychische Störungen oder schwere körperliche Erkrankungen der Eltern oder Geschwister
- ungünstige Familiensituation (chronische Disharmonie, alleinerziehende Mutter oder autoritärer Vater)
- Bindungsunsicherheit (häufig wechselnde frühe Beziehungen oder Situationen)
- sexueller Missbrauch und/oder körperliche Misshandlung
- ungünstige psychosoziale Faktoren (niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung)

Felitti et al. gingen 1998 in der gut bekannten kalifornischen ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences Studie) der Frage nach, inwiefern Kindheitsbelastungen die Gesundheit Erwachsener Jahrzehnte später beeinflussen. Es handelte sich um eine retrospektive Erhebung an Stichproben von ca. 10.000 Probanden. Die Studie dokumentiert den hochsignifikanten Zusammenhang von traumatischen Belastungen in der Kindheit mit organischen Störungen im späteren Leben.

Trotzdem gibt es in der Literatur immer wieder Studien, die diese Erkenntnisse widerlegen.

Lazarus beschrieb 1999 ein Stressmodell, das besagt, dass sowohl die Charakteristik des Lebensereignisses selbst als auch die Anzahl der Ereignisse als Stressfaktor davon abhängen, wie ein Individuum es schafft damit umzugehen und in der Lage ist den Stressfaktor zu bewältigen.

W.P. Horan et al. (2005) untersuchten 78 schizophrene Patienten, indem sie über 12 Monate hinweg alle 4 Wochen durch ein halbstrukturiertes Interview alle positiven und negativen Lebensereignisse der Patienten erfassten. Parallel gab es eine Kontrollgruppe mit gesunden Probanden, die alle 4 Monate befragt wurden. Es kam heraus, dass bei den Schizophreniepatienten innerhalb der 12 Monate sogar weniger Lebensereignisse dokumentiert werden konnten als in der Kontrollgruppe.

Gleichzeitig stellte sich jedoch in diesem Zusammenhang heraus, dass die Schizophreniekranken im Falle eines problematischen Ereignisses weniger Kontrolle über das Geschehen hatten, denn es fehlte ihnen oft an geeigneten Bewältigungsstrategien. Außerdem schätzten schizophrene Patienten positive Ereignisse als weniger wünschenswert ein als die Befragten in der Kontrollgruppe.

Kilcommons und Morrison beschäftigten sich 2005 ebenfalls mit dem Zusammenhang von traumatischen Lebensereignissen und der damit verbundene Entwicklung einer Psychose. Es wurden 32 Patienten mit einer psychotischen Diagnose untersucht, davon hatten 94% zumindest ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben, 53% von ihnen erkrankten später an einer posttraumatischen Störung (post-traumatic-stress-disorder, PTSD). Die Schwere des Traumas war assoziiert mit der Schwere des PTSD.

Auffallend war hier, dass körperliche Misshandlungen eher mit positiven psychotischen Symptomen assoziiert waren (Wahnideen, formale Denkstörungen, Halluzinationen, Erregung, Misstrauen, Feindseeligkeit). Sexueller Missbrauch war später überwiegend nur mit Halluzinationen assoziiert.

Ebenso zeigten Read et al. 2005 in ihrer Studie „Childhood trauma and psychosis“, dass Kindesmisshandlungen oder auch die Vernachlässigung eines Kindes ursächliche Faktoren für den Ausbruch einer schizophrenen Psychose sein könnten. Die Arbeitsgruppe konnte besonders Halluzinationen, insbesondere kommentierende und befehlende Stimmen, als typische Symptome bei Patienten mit „childhood trauma“ identifizieren.

Um den Mechanismus zu verstehen, bei welchen Kindern Misshandlungen später zu einer Psychose führen, erfordert es eine differenzierte Integration von biologischen und psychosozialen Paradigmen, mit dem Wissen, dass negative Lebensereignisse die Gehirnfunktion negativ verändern können (Read & Morrison, 2005).

Als Krankheitsmodell bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis soll an dieser Stelle noch das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (VSC) von Nuechterlein & Dawson, 1984 vorgestellt werden, das mittlerweile weltweit akzeptiert wird.

Das VSC besagt, dass stressvolle Lebensereignisse ein Trigger für den Beginn oder die Exazerbation von psychotischen Symptomen sein können.

Im Gegensatz zum Begriff „Vulnerabilität“ steht der Begriff der „Resilienz“ oder auch Widerstandskraft. Damit ist die Fähigkeit gemeint, auch unter ungünstigen Lebensverhältnissen psychisch stabil zu bleiben und Belastungen angemessen und erfolgreich zu bewältigen.

Krankheitsbewältigung (Coping) bezeichnet die Fähigkeit, die Anforderungen, die durch eine Erkrankung an die erkrankte Person gestellt werden, erfolgreich hand zu haben. Stellt man die Coping-Strategien den potentiellen Risikofaktoren gegenüber, so lässt sich vereinfacht sagen, dass günstigen Coping-Strategien eine protektive Funktion hinsichtlich der erfolgreichen Bewältigung von psychischen Stresssituationen beikommt.

Antonovsky (1997) untersuchte die determinierenden Ressourcen, inwiefern sich eine Belastung pathogen auswirkt oder sogar die Gesundheit fördert. Er ging von folgenden Fragen aus: „Wie ist es zu erklären, dass ein Mensch trotz zahlreicher krankheitserzeugender Bedingungen seine Gesundheit bewahren kann? Warum wird bei identischen Risikofaktoren nur ein Teil der Individuen krank, während ein anderer der Belastung stand zu halten vermag?“ (Antonovsky, 1997). Hierbei konnte er folgende drei Komponenten als besonders prädiktiv für ein erfolgreiches Konfliktbewältigungsmuster isolieren: Struktur, Flexibilität und die Fähigkeit, der Konfrontation mit der Belastung eine sinnstiftende Bedeutung beizumessen.

1.4 Literaturübersicht zu psychotischen Störungen und Substanzmissbrauch

Der Zusammenhang zwischen psychotischen Störungen und Drogenmissbrauch stellt sich sowohl bei Jugendlichen als auch bei erwachsenen Patienten häufig als sehr komplex dar (Hambrecht u. Häfner, 1996).

Hierbei geht es vor allem um die Differenzierung, ob es sich bei einem psychotischen Zustandsbild mit vorausgegangenem Drogenabusus um eine drogeninduzierte psychotische Störung oder um eine schizophrene Psychose mit komorbidem Drogenabusus handelt (Renschmidt 1973, Milin 1996; Gouzoulis-Mayfrank 2003, D`Amelio et al 2006).

Häfner und Hambrecht publizierten 1999 eine Studie mit 232 Schizophreniekranken; dabei konnte bei 13% der Patienten ein Cannabiskonsum dokumentiert werden. Diese Patienten konnten in drei Gruppen unterteilt werden.

Gruppe 1 konsumierte Cannabis bereits mehrere Jahre bevor die ersten Symptome einer Schizophrenie auftraten.

Gruppe 2 begann den Cannabiskonsum in demselben Monat, in dem die ersten Symptome auftraten.

Gruppe 3 konsumierte Cannabis erst nach dem Auftreten der ersten Symptome.

So bezeichneten Häfner und Hambrecht Gruppe 1 als „vulnerability group“, diese Patienten leiden an einer chronischen Verschlechterung der Psychose, da Cannabis die Vulnerabilitätsschwelle herabsetzt. Neurobiologische Studien haben die Effekte von Cannabis am Gehirn demonstrieren können (Castle DJ, Ames FR, 1996; Cannabis and the brain).

Traten keine psychotischen Symptome auf, entwickelten diese Patienten ein „amotivational Syndrome“, welches das Stressbewältigungsverhalten beeinträchtigte und kognitive Defizite hinterließ (Lundquist T., 1995, Cognitive dysfunctions in chronic cannabis users).

Gruppe 2 wurde „stress group“ genannt, diese Patienten waren schon immer vulnerabel in Bezug auf Schizophrenie hinsichtlich einer entsprechenden genetischen Konstellation.

Cannabiskonsum wirkt hier als dopaminerger Stressfaktor und beschleunigt den Beginn einer Psychose.

Gruppe 3 ist die „coping group“, diese Patienten konsumieren Cannabis vorwiegend als Selbstmedikation gegen die Symptome der Schizophrenie, besonders gegen negative und depressive Symptome.

Von den Autoren wurde angemerkt, dass das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell für die Schizophrenie bezüglich der Interpretation dieser Studiendaten eine wichtige bahnende Funktion besaß.

Soyka et al. (1993) fanden heraus, dass bei Schizophreniepatienten allgemein ein häufiger Drogenabusus verschiedener Substanzen besteht, besonders häufig Cannabis- und Alkoholkonsum.

Des Weiteren wurde Cannabiskonsum als einer der Hauptfaktoren für eine schlechte Compliance und damit ein eher geringeres Outcome bei der Behandlung von Psychosen gefunden. In einer 12-Monats-follow-up-Studie in den Niederlanden (1994) fanden Linszen et al. heraus, dass Cannabis bei jüngeren Patienten ein signifikanter Risikofaktor für einen Psychose-Rückfall war. Außerdem kann Cannabiskonsum als einer der Hauptfaktoren für den Ausbruch einer Psychose gesehen werden, trotz gutem Schutz mit antipsychotischen Medikamenten (Robinson et al., 1999).

1.5 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit und Fragestellung

In der Einleitung dieser Arbeit wurde nochmal zusammengestellt, welche Risikofaktoren den Ausbruch einer Psychose begünstigen können. So wurde explizit auf „broken home“-Situationen, belastende life-events wie zum Beispiel körperlicher oder sexueller Missbrauch und zuletzt auf Drogenkonsum, speziell Cannabiskonsum, eingegangen.

In dieser Arbeit soll explizit der Zusammenhang zwischen diesen somatischen bzw. psychosozialen Einflussfaktoren und der Entwicklung von dysfunktionaler Krankheitseinsicht und Compliance untersucht werden.

Wir fanden bislang keine veröffentlichten Studien, die den möglichen Zusammenhang des „broken home“ mit den damit einhergehenden problematischen Entwicklungsbedingungen als prägenden Risikofaktor für ein späteres dysfunktionales Krankheitskonzept mit mangelnder Krankheitseinsicht und schlechter Compliance untersucht hätten.

Es interessierte die Frage, ob Patienten, die z.B. bei einem alleinerziehenden Elternteil aufgewachsen sind, durch das geringere Ausmaß an elterlicher Kontrolle und Fürsorge sich besonders autonom entwickelt haben? Neigen diese Patienten eher zur Ausbildung eigener Meinungen und Werthaltungen, was sich später bei Erkrankungen auch auf die Compliance oder Krankheitseinsicht überträgt?

Bringen diese Patienten aufgrund ihres weniger ausgeprägten Urvertrauens weniger Kooperationsbereitschaft und spontanes Vertrauen in die Empfehlungen der Therapeuten mit? Geht diese höhere Skepsis mit einer höheren Ablehnungsquote und damit einer gesteigerten Noncompliance einher?

Um diese Fragen beantworten zu können, soll in der nachfolgenden Untersuchung auf die möglichen prädisponierenden Faktoren für eine mangelnde Krankheitseinsicht mit mäßiger Compliance näher eingegangen werden.

Hierzu soll eine umfassende Erhebung der allgemeinen soziobiographischen und der speziellen pathobiographischen Anamnese erfolgen. Ebenso sollen Daten zur Suchtanamnese, zur familiären Anamnese sowie der bisherigen psychiatrischen Krankheitsvorgeschichte erfolgen.

Es sollen prägende Erfahrungen während der eigenen Kindheit, insbesondere belastende Lebensereignisse in der frühen Kindheit und Jugendphase bis zur Spätadoleszenz und dem Erwachsenenalter dokumentiert werden. Eigene seelische Beeinträchtigungen vor der Erstmanifestation sollen genau erfragt werden. Es soll der Frage nach einem „prägenden“ Schlüsselerlebnis nachgegangen werden. Diese Faktoren sollen entsprechend gewichtet und dichotom verarbeitet werden, so dass ein Belastungsscore für den jeweiligen Lebensabschnitt gebildet werden kann.

Die hierbei gefundenen Profile sollen dann mit der aktuellen Krankheitseinsicht und dem aktuellen Complianceprofil (vom behandelnden Arzt geratet) in Bezug gesetzt werden.

In der vorliegenden Arbeit sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Zeigen die untersuchten Patienten mit einer „broken home“ –Situation eine eher schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht?
2. Korrelieren aktuelle life-events mit negativer Krankheitseinsicht und mangelnder Compliance?
3. Haben Patienten mit Coping-Defiziten eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht?
4. Haben Patienten mit Substanzmissbrauch (v.a. Cannabis und Nikotin) eine eher schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht?
5. Ist bei idealem Erstkontakt durch professionelle Helfer anlässlich der Erstmanifestation, die künftige Compliance und Krankheitseinsicht bei Patienten besser?
6. Welche Rolle spielt das Alter bei der Compliance und Krankheitseinsicht?

2. Methodik

2.1 Organisation des Studienablaufs mit Rekrutierungsbeschreibung

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Stichprobe, die aus den Patienten gewonnen wurde, die während des Erfassungszeitraumes vom 1.5.2003 bis 20.12.2005 stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München behandelt worden sind. Die Untersuchung wurde von zwei Untersucherinnen durchgeführt. Jede Untersucherin befragte jeweils 50 Patienten. Da die beiden Untersucherinnen während des Studienzeitraumes von 32 Monaten nicht durchgehend anwesend sein konnten – Verpflichtungen durch das Studium – wurden nur während einer Gesamtperiode von etwa 12 Monaten, die auf den 3 einbezogenen Stationen mit je 18 Betten anwesenden Patienten, erfasst. Während eines 12monatigen Zeitraumes werden durchschnittlich 600 Patienten stationär behandelt, von denen ca. 40% an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Von diesen 240 Patienten wurden sukzessive genau 100 in die Untersuchung eingeschlossen. Die Zahl 100 wurde angestrebt, um bei späteren Berechnungen die Patientenzahl mit den Prozentwerten identisch halten zu können. Es handelte sich bei den insgesamt 100 Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung also um keine gezielte Selektion; alle infrage kommenden Patienten wurden nach Prüfung der unter 2.2 aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien eingeladen, an diesem semistrukturierten Interview teilzunehmen, die während des Index-Untersuchungszeitraumes in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar, München, stationär behandelt wurden.

Die Nichtteilnahme der Patienten wurde hierbei zwar nicht lückenlos dokumentiert; am häufigsten - ca. 60% - handelte es sich aber um ein akutes bzw. perakutes psychotisches Zustandsbild, so dass eine eingehende Untersuchung während des aktuell anstehenden Untersuchungszeitfensters nicht möglich war. Bei 20% lagen mangelnde deutsche Sprachkenntnisse vor, so dass differenzierten Fragen zur Lebens- und Erkrankungsvorgeschichte nicht eindeutig und frei von sprachlichen Missverständnissen erhoben werden konnten. Bei den restlichen 20% konnten die Patienten entweder nicht zur Teilnahme gewonnen werden oder es lag eine Minderbegabung mit einem IQ unter 80 vor.

Diese Patienten, die erst gegen Ende des Indexaufenthaltes zwecks Studienteilnahme angesprochen wurden, erhielten ein semistrukturiertes Interview mit Hilfe eines selbst entwickelten Fragebogens; zusätzlich wurden eine Reihe von standardisierten Untersuchungsinstrumenten eingesetzt, die unter 2.3 beschrieben werden. Das Interview dauerte im Durchschnitt eine Stunde.

Die Daten wurden anschließend in eine eigens errichtete Datenbank übertragen und mit dem SPSS 15.0 ausgewertet.

Zusätzlich erfolgte eine Befund- und Verlaufsdokumentation durch die behandelnden Ärzte. Auch diese Daten wurden in die Datenbank eingespeist und entsprechend ausgewertet.

2.2 Einschlusskriterien

In die Studie wurden folgende Patienten aufgenommen:

- Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (diagnostiziert nach den Kriterien des ICD 10: F 20, F 22, F 23 und F 25 mit Untergruppen).
- Patienten, die ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gegeben hatten

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen wurden Patienten mit folgenden Kriterien:

- akute psychotische Symptomatik
- akute Suizidalität
- mangelnde deutsche Sprachkenntnisse
- Minderbegabung (IQ kleiner 80)
- Keine schriftliche Zustimmung zur Studienbeteiligung
- Sonstige (nicht näher bezeichnete Kriterien)

2.3 Beschreibung des Untersuchungsinstrumentariums

Die Patienten, die wegen einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis nach Kriterien des ICD 10 gegen Ende des Indexaufenthalts an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt wurden, wurden mittels Fragebögen (s. Anhang) erfasst. Es wurden anonymisierter Form folgende objektivierbare Parameter aufgenommen:

2.3.1 Beschreibung des Patientenfragebogens

- Soziobiographische Daten (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Beruf, Familienstand, Kinder)
- Pathobiographische Daten („broken home“-Situation, life-events, Suchtanamnese)
- Prämorbid/ unspezifische Krankheitsvorgeschichte (Geburtskomplikationen, somatische/seelische Beschwerden)
- Familiäre Anamnese (Psychiatrische Erkrankungen der Kernfamilie)
- Spezifische Krankheitsgeschichte (Alter bei Ersterkrankung, Anzahl der Hospitalisationen, gesamte stationäre Aufenthalte, Berichte über Nebenwirkungen von Medikamenten)

Die meisten Daten der Patienten wurden in chronologischer Reihenfolge erhoben und wie folgt gegliedert:

- Kleinkindalter 0-6 Jahre
- Schulkindalter 7-14 Jahre
- Adoleszenz 15-18 Jahre
- Erwachsenenalter
- letzte 6 Monate

Zur besseren und übersichtlicheren statistischen Auswertung wurden wie in anderer Literatur auch üblich Kleinkindalter und Schulkindalter zusammengefasst und als Kindesalter < 14 Jahre angegeben. Ebenso wurden, um insgesamt zwei Gruppen zu erhalten, die Adoleszenz, das Erwachsenenalter und die letzten 6 Monate zusammengefasst und als Alter > 14 Jahre angegeben.

2.3.2 Beschreibung der Befund- und Verlaufsdokumentation der behandelnden Ärzte (Fremdratingbögen)

Bei der Befund- und Verlaufsdokumentation, die durch den behandelnden Arzt des Patienten vorgenommen wurde, wurden folgende Daten auf einer Ordinalskala ermittelt.

- Aufnahmemodus und Entlassungsmodus
- Diagnose/ evtl. Zweitdiagnose
- Medikation bei Aufnahme und bei Entlassung
- CGI (Clinical Global Impression) bei aktueller Erkrankungsperiode
- Vulnerabilitäts-Stress-Profil/ Coping-Defizite
- Krankheitseinsicht nach Amador 1994
- Fehlende Krankheitseinsicht nach AMDP
- Einschätzung der Compliance medikamentös und nicht medikamentös
- Einschätzung des Familienklimas
- Einschätzung des Wiederaufnahmerisikos zum Zeitpunkt der Entlassung

2.4 Studienauswertung und statistische Programme

Die Auswertung und Berechnung der Daten erfolgte mit Hilfe des SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) unter Windows XP.

Zur Beschreibung der Screeningergebnisse wurden unter Angabe von Mittelwert, Median und Standardabweichung die Ranghäufigkeiten berechnet.

Bei dem Vergleich der Stichproben wurde bei dichotomen Variablen der Chi²-Test bzw. der Fisher's Exact Test herangezogen, bei kategorialen Variablen wurde eine logistische Regression gerechnet.

Bei kontinuierlichen Daten, die normalverteilt waren, wurde der t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, bei nicht-normalverteilten quantitativen Daten der Mann-Whitney-Test.

Allen Ergebnisse der Untersuchung wurde ein Signifikanzniveau von 5 Prozent zugrunde gelegt. Die Signifikanzprüfung war zweiseitig.

Die Darstellung erfolgt in Tabellen und Graphiken.

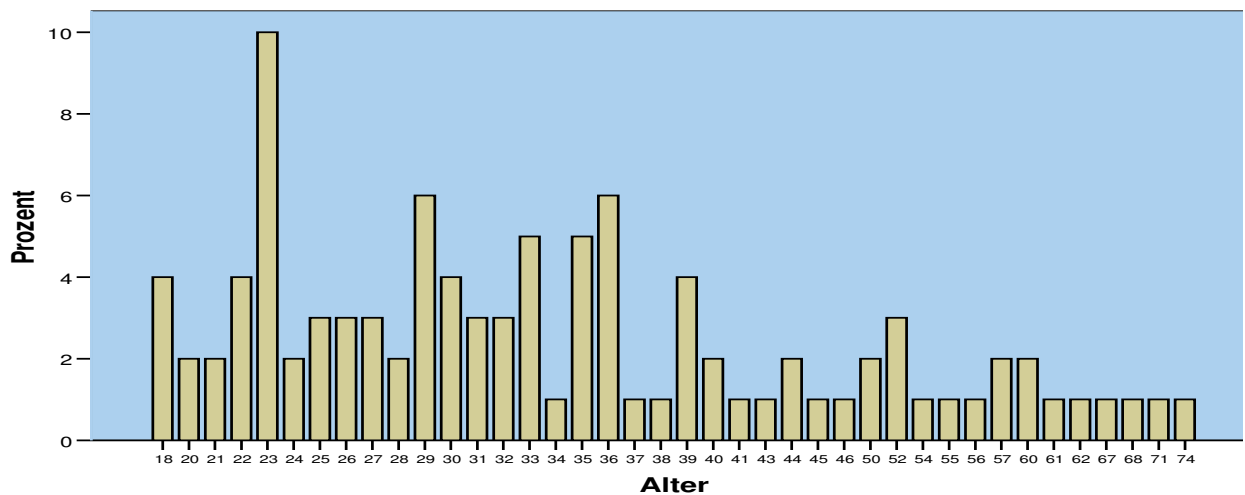
3. Stichprobenbeschreibung der Patienten

Tabelle 1: Geschlecht und Alter

Soziodemographische Variablen	Häufigkeit in %
Männer	55
Frauen	45
Alter in Jahren (Mittelwert)	35 Jahre

An der Untersuchung nahmen 45% Frauen und 55% Männer teil (n=100). Das Durchschnittsalter betrug 35 Jahre (Median 32) bei einer Streuung von 18 bis 74 Jahren. 45% der Patienten waren unter 30 Jahre alt und circa ein Drittel zwischen 31 und 40 Jahre alt. Siehe auch Balkendiagramm unten Abb.1.

Abb. 1: Altersstruktur der Patienten



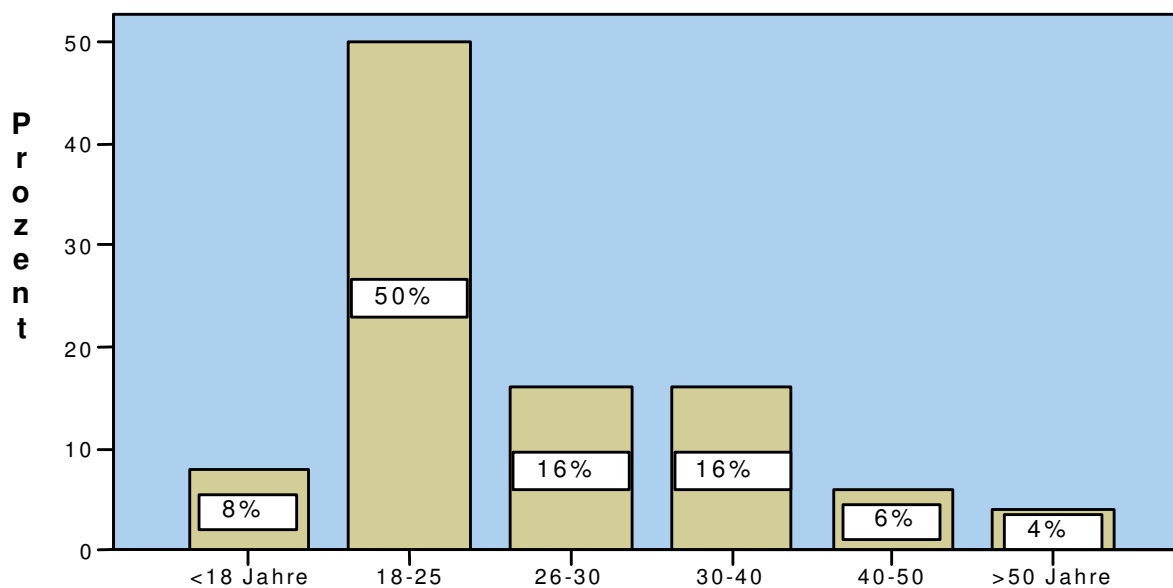
Darstellung von krankheitsspezifischen Variablen:

Tabelle 2: Hauptdiagnosen

ICD 10-Diagnose	Werte in %
F 20.0 paranoid-halluzinat.Psychose	67
F 20.1 hebephrene Psychose	1
F 20.2 katatone Psychose	1
F 20.3 undifferenzierte Psychose	2
F 20.5 schizophreses Residuum	2
F 23 akut vorübergehende Psychose	1
F 25 schizoaffektive Störung	25

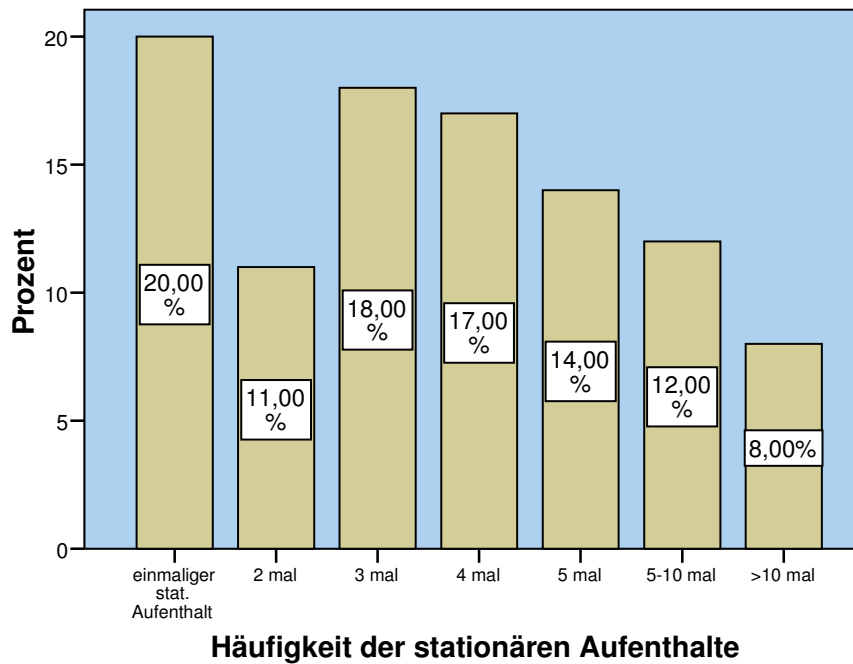
Abb. 2: Alter des Patientenkollektivs bei Diagnosestellung

Alter bei Erstmanifestation der schizophrenen Psychose



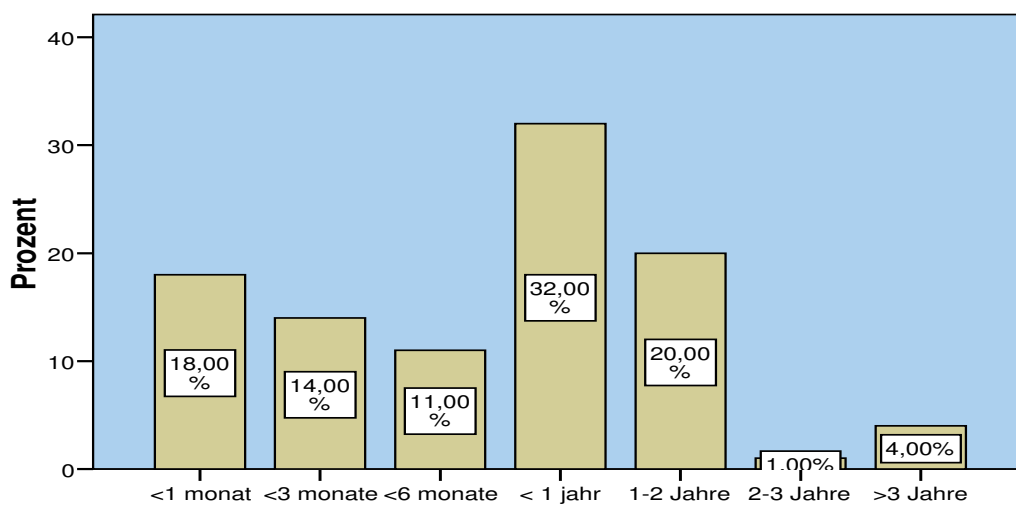
8% der Patienten waren bei Stellung der Erstdiagnose unter 18 Jahre alt, 50% waren zwischen 18 und 25 Jahren, 16% zwischen 26 und 30 Jahren, 16% zwischen 30 und 40 Jahren, 6 % zwischen 40 und 50 Jahre und 4% waren älter als 50 Jahre.

Abb. 3: Häufigkeit der stationären Aufenthalte (inklusive Indexaufenthalt)



Die Anzahl der Hospitalisationen lag im Mittel bei 4. Auch der Median lag bei 4 mit einem 25. Perzentil von 2 und einem 75. Perzentil von 5.

Abb. 4: Insgesamte Dauer aller Hospitalisationen in Monaten



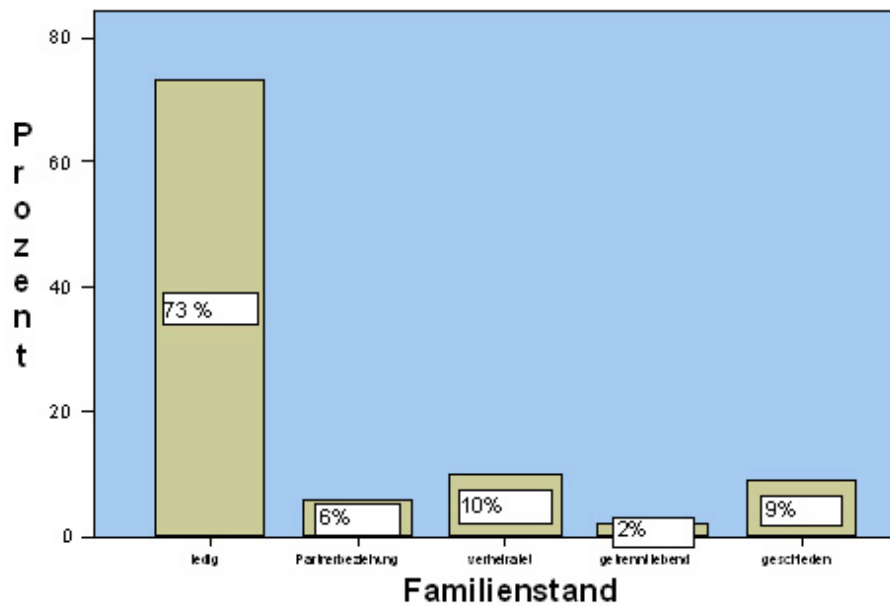
Die durchschnittliche Dauer der gesamten stationären Aufenthalte in Monaten, einschließlich des Indexaufenthaltes, betrug 3,4 Monate.

4. Ergebnisse

4.1 Darstellung sämtlich erhobener Daten

4.1.1 Soziobiographische Daten

Abb. 5: Familienstand des Patientenkollektivs



73% der Patienten waren ledig, 6% in Partnerbeziehung, 10% waren verheiratet, 2% leben getrennt vom Partner und 9% waren geschieden

Tabelle 3: Schulabschluss der Patienten

Erworbener Schulabschluss	Häufigkeit in %
Abitur	32
Fachabitur	3
Mittlere Reife	34
Hauptschulabschluss	20
Sonderschule	1
Kein Abschluss	8

Abb. 6: Derzeitige berufliche Situation der Patienten

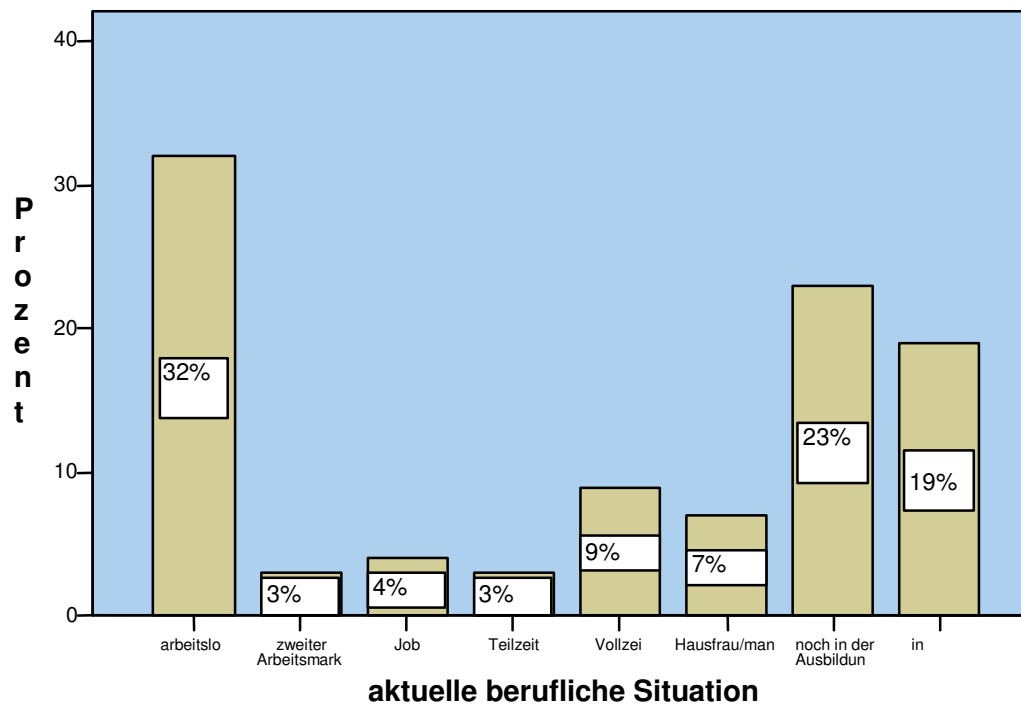


Tabelle 4: Aktuelle Wohnsituation der Patienten

Patient lebt	Häufigkeit in %
- alleine	31
- bei den Eltern	29
- mit Partner/Ehegatte/Familie	14
- allein mit eigenen Kinder	3
- in therapeutischer WG/ Heim	22
- obdachlos	1

4.1.2 Pathobiographische Daten

4.1.2.1 „Broken-home“ - Situationen

Tabelle 5: „Broken home“-Situationen: Kleinkindalter bis zum 6. Lebensjahr, Kindheit vom 7. bis 14. Lebensjahr, Adoleszenz vom 15. bis 18. Lebensjahr

Kind ist aufgewachsen	0 – 6 Jahre	7 – 14 Jahre	15-18 Jahre
- bei beiden Eltern	78	65	56
- bei einem Elternteil	13	27	26
- bei den Großeltern	6	4	4
- bei Pflegeeltern	2	2	1
- therapeutische WG	0	0	8
- mit Partner	0	0	1
- alleine	0	0	4
- im Heim	1	2	0

Der Prozentsatz von Kindern, die nicht bei beiden Eltern aufgewachsen sind, erhöht sich bis zum 18. Lebensjahr auf 44%.

Darstellung der „broken home“-Situationen des Patientenkollektivs im Vergleich zur Normalbevölkerung in Bayern:

Tabelle 6: „Broken home“-Situationen: Vergleich der Patientenstichprobe mit den Werten der Allgemeinbevölkerung in Bayern

Kind nicht bei beiden Eltern aufgewachsen	0 – 6 Jahre	7 – 14 Jahre	15 -18 Jahre
- Patientenstichprobe	22%	35%	44%
- Bevölkerung in Bayern	11%	13%	14%

Es zeigt sich, dass in dem Patientenkollektiv 22% bis zum 6. Lebensjahr nicht bei beiden natürlichen Eltern aufgewachsen sind. Eine „broken home“-Situation liegt also bei 22% der Patienten unter 6 Jahren vor.

In der Normalbevölkerung zeigt sich im Vergleich, dass bei nur 11% der Kinder unter 6 Jahren eine „broken home“-Situation eingetreten ist. Also bei nur halb so vielen.

Bis zum 14. Lebensjahr konnten in unserem Patientenkollektiv „broken home“-Situationen von 35% dokumentiert werden.

Im Vergleich wurden in der Normalbevölkerung bis zum 15. Lebensjahr 13% mit „broken home“-Situationen dokumentiert. Eine Zahl bis zum 14. Lebensjahr liegt leider nicht vor, daher wurde diese Zahl zum Vergleich vorgestellt. Es zeigt sich, dass in unserem Patientenkollektiv die etwa

dreifache Anzahl an „broken home“-Situationen bis zum 14. Lebensjahr dokumentiert werden konnte.

Von unserem Patientenkollektiv lebten bis zum 18. Lebensjahr 44% nicht mehr bei beiden natürlichen Eltern. Im Vergleich waren es in der Normalbevölkerung nur 14% der unter 18-jährigen, die nicht mehr bei beiden Eltern lebten.

Die Anzahl wurde vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Haushalte und Familien in Bayern ermittelt und wurde aus dem statistischen Bericht Teil IV der Ergebnisse der 1%-Mikrozensushebung 2005 entnommen.

4.1.2.2 Darstellung von Life-events bei unserem Patientenkollektiv

Im Patientenfragebogen sind insgesamt 20 Life-events aufgelistet, die erfasst wurden. Davon wird aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit nur auf sieben besonders relevante Life-events näher eingegangen. Diese nachfolgend ausgewählten Items werden auch in der üblichen Fachliteratur diskutiert:

- Suizid eines nahen Angehörigen
- Scheidung der Eltern
- Sexueller Missbrauch
- Körperliche Misshandlungen
- Häufiger Ortswechsel
- Längerer Auslandsaufenthalt
- Häufiger Wechsel von Ausbildungs- und Arbeitsstätte

Dieses Patientenkollektiv wurde ebenfalls mit der Normalbevölkerung verglichen, soweit vergleichbare Zahlen zur Verfügung standen.

Zur besseren Übersicht wurden zwei Altersgruppen gebildet. Eine Gruppe enthält Zahlen des Patientenkollektivs < 14 Jahre alt, die andere Gruppen zählt alle Life-events bei den Patienten > 14 Jahre alt. Es handelt sich hier um eine in der Literatur übliche Einteilung.

Auch die Angaben in der Normalbevölkerung des Bundeslands Bayern waren in dieser Gruppenalterseinteilung erhältlich.

Tabelle 7: Auflistung von Life-events des Patientenkollektivs im Vergleich zur Normalbevölkerung in Bayern

Life-event	Patientenkollektiv Häufigkeit in %			Normalbevölkerung in Bayern Häufigkeit in %		
	Vor dem 14. Lebens- jahr	Nach dem 14. Lebens- jahr	Gesamte Anzahl der Ereignisse vom 1.-18. Lebensjahr	Vor dem 14. Lebensja- hr	Nach dem 14. Lebens- jahr	Gesamt- zeitraum bis zum 18. Lebens- jahr
Suizid eines nahen Angehörigen	3	11	14	0,02 (1)		0,02
Scheidung der Eltern	19	10	29	8,4 (1)	8,2 (1)	16,6
Sexueller Missbrauch	12	14	14 (4)	0,2 (2)	0,01 (2)	0,21
Körperliche Misshandlung	14	6	14 (4)	0,1 (2)	1,8 (2)	1,9
Häufiger Ortswechsel	23	41	64	k.Z. (3)	k.Z. (3)	k.Z.
Längerer Auslandsaufenthalt > 1 Jahr	21	21	42	k.Z. (3)	k.Z. (3)	k.Z.
Häufiger Wechsel von Ausbildungs- stätte u./o. Arbeitsplatz	8	65	73	k.Z. (3)	k.Z. (3)	k.Z.

- (1) Zahlenangaben vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Statistische Berichte, Haushalte und Familien in Bayern 2005, Teil IV der Ergebnisse der 1%-Mikrozensusserhebung 2005
- (2) Zahlenangaben vom Bayerischen Landeskriminalamt, aus polizeilicher Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern 2005
- (3) k.Z., es waren keine adäquaten vergleichbaren Zahlen erhältlich
- (4) Bei diesem Ereignis handelt es sich sowohl vor dem 14. Lebensjahr als auch nach dem 14. Lebensjahr um die gleichen Patienten

Anmerkung:

Beim sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, die Opfer dieses Deliktes wurden, differieren die Zahlen sehr geschlechtsabhängig und werden hier noch mal gesondert ausgewiesen.

Tabelle 8: Sexueller Missbrauch in Abhängigkeit vom Geschlecht

Delikt	Patientenkollektiv < 14 Jahre alt Häufigkeit in %		Normalbevölkerung in Bayern < 14 Jahre alt Häufigkeit in %	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Sexueller Missbrauch	2	10	0,03	0,17

Mädchen sind ca. 5mal häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Jungen.

In unserem Patientenkollektiv kam sexueller Missbrauch bei Jungen 66,6-fach häufiger vor als im Vergleich zur Normalbevölkerung in Bayern.

Bei Mädchen wurde sexueller Missbrauch circa um das 59-fache häufiger dokumentiert als in der Normalbevölkerung in Bayern.

4.1.2.3 Suchtanamnese

Das Suchtverhalten der Patienten beim Nikotin, Alkohol und Cannabiskonsum wird detailliert und im Vergleich zur Normalbevölkerung in Deutschland dargestellt.

Weitere Substanzen werden zusammen in einer Tabelle aufgelistet.

Tabelle 9: Nikotinabusus beim Patientenkollektiv im Vergleich zur Normalbevölkerung in Deutschland

Nikotinabusus	Häufigkeit beim Patientenkollektiv in %	Häufigkeit in der Normalbevölkerung Deutschlands in %
Schulkindalter bis zum 14.Lj.	19	k.Z. (1)
Adoleszenz 15.-18.Lj.	37	19 (2)
Erwachsenenalter >18 Jahre	57	23 (2)

(1) keine Zahlenangaben in diesem Alter erhältlich

(2) Zahlenangaben vom Statistischen Bundesamt, Leben in Deutschland, Haushalte, Familien und Gesundheit, Ergebnisse des Mikrozensus 2005

Die Tabelle zeigt, dass bis zum 18. Lebensjahr etwa doppelt soviel der Patienten rauchen als in der Normalbevölkerung in Deutschland.

Im Erwachsenenalter sind unter den Patienten etwa 2,5mal soviel Raucher als in der Normalbevölkerung.

Tabelle 10: Alkoholkonsum beim Patientenkollektiv

Alkoholkonsum	Gelegentlicher Konsum Häufigkeit in %	Regelmäßiger Konsum (täglich Abusus) Häufigkeit in %
Schulkindalter bis 14.Lj.	13	7
Adoleszenz bis 18. Lj.	43	20
Erwachsenenalter >18 Jahre	52	26

Tabelle 11: Cannabiserfahrung beim Patientenkollektiv im Vergleich zur Normalbevölkerung in Deutschland

Cannabiserfahrung	Patientenkollektiv in %	Normalbevölkerung in Deutschland in %
Schulkindalter bis 14.Lj.	9	0,7 (1)
Adoleszenz bis 18.Lj.	38	2,0 (1)
Erwachsenenalter >18 Jahre	41	4,5 (1)

(1) Zahlenangaben aus „Jahrbuch Sucht 2007“ herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

In unserem Patientenkollektiv finden sich 7% der Patienten, die Angaben bis zum 14. Lebensjahr Cannabis gelegentlich oder auch regelmäßig (fast täglich) konsumiert zu haben. Das ist 10mal häufiger als in der Vergleichsgruppe.

Bis zum 18.Lebensjahr ist die Zahl beim Patientenkollektiv um ein 19faches höher, im Erwachsenenalter 10mal häufiger als in der Normalbevölkerung.

Anmerkung aus „Jahrbuch Sucht 2007“:

Nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV wurden bundesweit insgesamt 4,5 % in der Altersgruppe der 18- bis 59-jährigen mit Symptomen von Missbrauch oder Abhängigkeit identifiziert (Kraus & Augustin, 2001). In einer regionalen Studie im Münchner Raum erhielten 2,1 % der 14- bis 24-jährigen Jugendlichen eine aktuelle Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose (Perkonig et al., 1999). Diese Ergebnisse zeigen, dass der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener, die unter Berücksichtigung der Konsumhäufigkeit unter einem hohen Risiko für negative cannabisbezogene Folgen stehen oder die bereits Symptome von Missbrauch und Abhängigkeit aufweisen, durchaus bedeutsam ist.

Tabelle 12: Art des Substanzabusus in der Gesamtgruppe (n=100)

Art der Substanz	< 14 Jahre alt Häufigkeit in %	> 14 Jahre alt Häufigkeit in %
LSD	3	12
Ecstasy	3	15
Kokain	2	18
Opiate	2	5
Amphetamine	3	6
Benzodiazepine	1	4
Cannabis	9	41
Alkohol	20 (1)	78 (1)

(1) Die Differenzierung in Tabelle 10 „gelegentlicher Alkoholkonsum“ und „regelmäßiger Alkoholkonsum“ wurde hier als Alkoholkonsum zusammengefasst.

Auch in unserem Patientenkollektiv zeigt sich, dass Alkohol und Cannabis von den Suchtmitteln am häufigsten konsumiert werden.

4.1.2.4 Familiäre Anamnese

Tabelle 13: Suchterkrankungen in der Familie der Patienten (n=100)

Suchterkrankung eines Familienmitglieds	Häufigkeit in %
Großeltern	10
Vater	18
Mutter	9
Geschwister	3

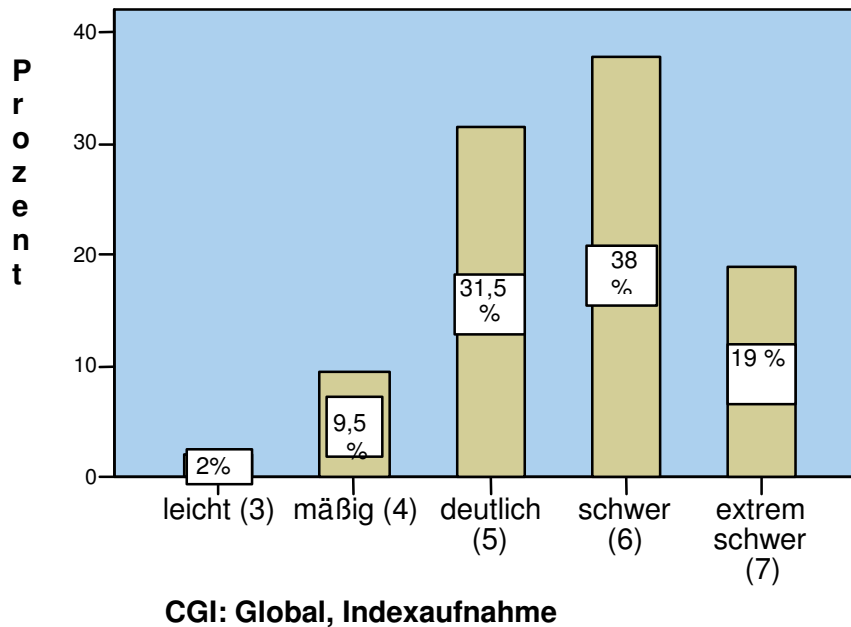
Bei den genannten Suchterkrankungen handelt es sich überwiegend um Alkoholsucht, zum geringen Teil aber auch Medikamentenabusus (Barbiturate) und andere Substanzen.

Tabelle 14: Schizophrenieerkrankungen in der Familie der Patienten (n=100)

An Schizophrenie erkranktes Familienmitglied	Häufigkeit in %
Großeltern	4
Vater	1
Mutter	10
Geschwister	4
Verwandte 2. Grades	7

4.1.3 Ergebnisse der Fremdratingbögen durch die jeweils behandelnden Ärzte

Abb. 7: Beurteilung des CGI (Clinical Global Impression) durch den behandelnden Arzt

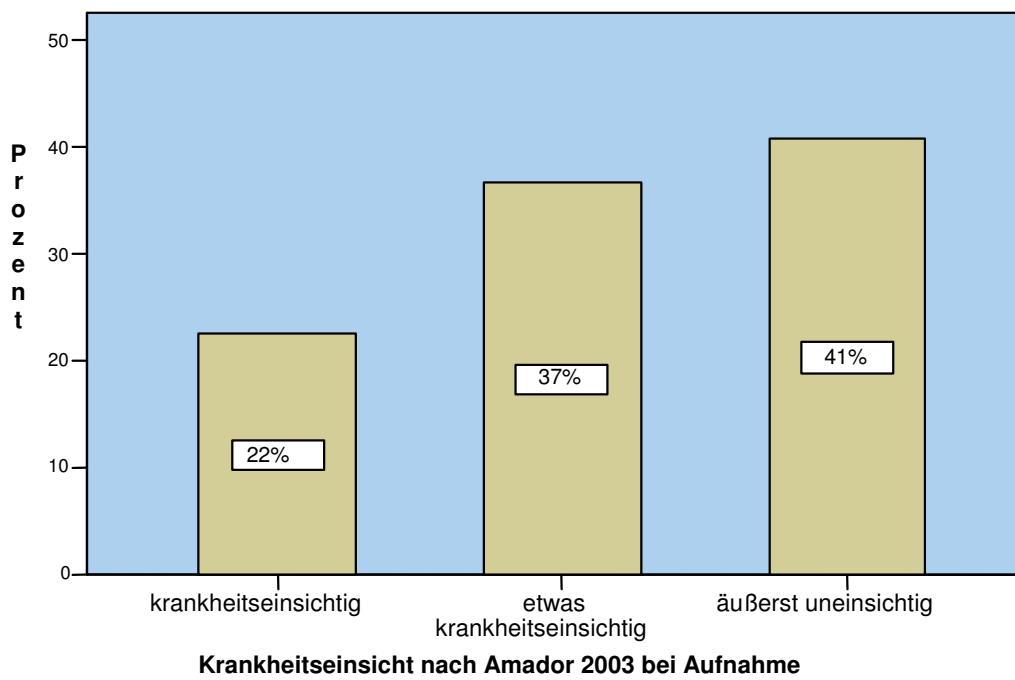


Mittels des CGI (Clinical Global Impression) wird der Krankheitszustand der Patienten auf einer vorgegebenen 7-stufigen Skala von „überhaupt nicht krank“ (1) bis „extrem schwer krank“ (7) global eingeschätzt.

Es fanden sich in unserem Screening 2% die leicht erkrankt waren, 9% wurden als mäßig krank eingestuft, 30% als deutlich krank, 36% als schwer krank und 18% waren extrem schwer krank. Die Stufen (1) und (2), d.h. „überhaupt nicht krank“ und „Grenzfälle“ waren in unserem Patientenkollektiv nicht vertreten.

Insgesamt ergab sich ein Durchschnitts-CGI von 5,4.

Abb. 8: Beurteilung der Krankheitseinsicht nach Amador (2003) bei Aufnahme des Patienten durch den behandelnden Arzt



22% zeigten eine gute Krankheitseinsicht, 36% zeigten sich nur etwas krankheitseinsichtig und 40% waren überhaupt nicht krankheitseinsichtig.

Abb. 9: Beurteilung der Compliance durch den behandelnden Arzt zu Beginn der Behandlung

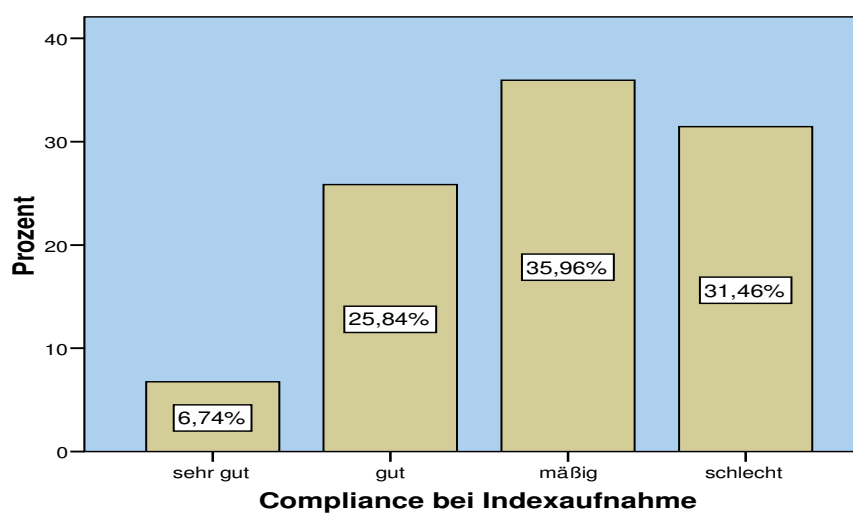
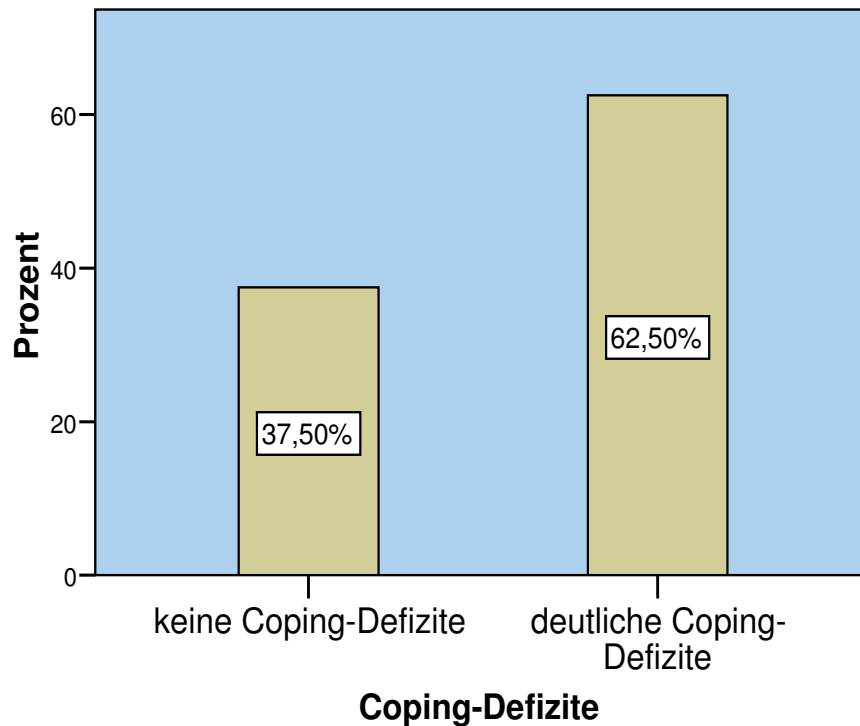


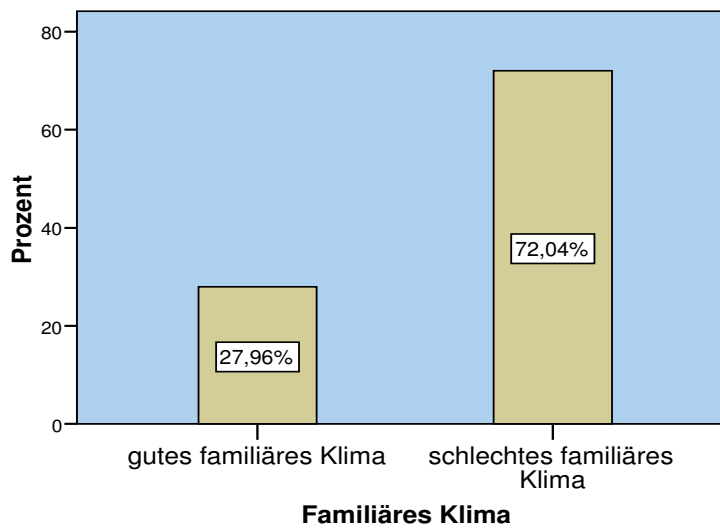
Abb. 10: Einschätzung der allgemeinen Coping-Defizite durch den behandelnden Arzt



Hierbei sollten vom Arzt besonders folgende Merkmale berücksichtigt werden:

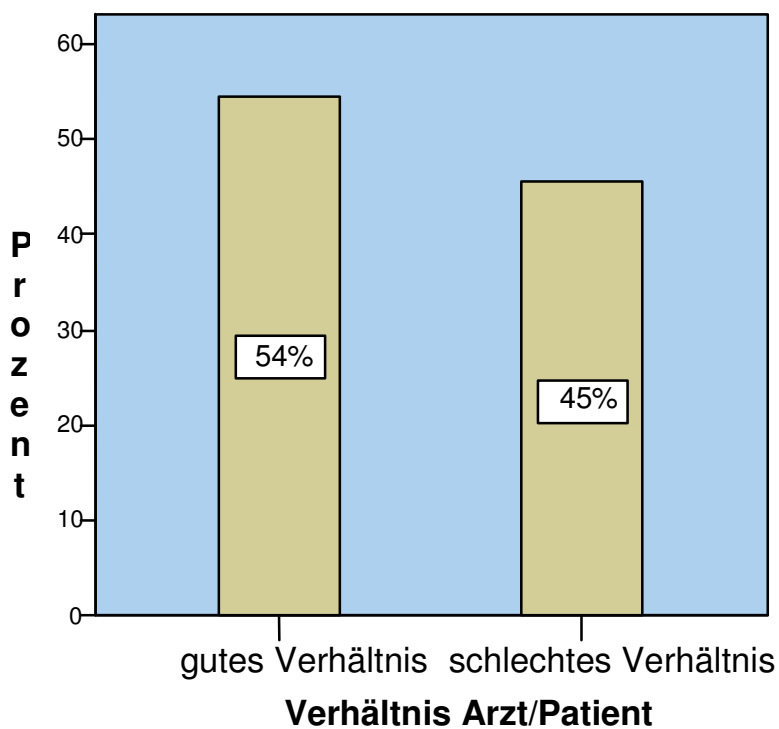
- Selbstbewusstsein, Selbstöffnung, Wünsche und Absichten äußern
- konstruktive Konfliktlösung, effektive Problemlösestrategien
- emotionale Unterstützung und Zuwendung annehmend
- Fähigkeit zuzuhören, Aufmerksamkeit
- Ermutigung durch Unabhängigkeit
- Zustimmung, Akzeptanz
- Fähigkeit zur Beherrschung und Einschränkung
- Humor

Abb. 11: Einschätzung des familiären Klimas durch den behandelnden Arzt zu Beginn der Behandlung



Das familiäre Klima wurde bei 26% der Patienten als gut eingeschätzt, bei 67% als schlecht. 7mal wurde keine Beurteilbarkeit angegeben, so ergibt sich ein n von 93.

Abb. 12: Einschätzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu Beginn der Behandlung



4.2 Beantwortung der Fragestellungen anhand der Ergebnisse

4.2.1 Zeigen die untersuchten Patienten mit einer „Broken home“-Situation eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht zu Beginn des Indexaufenthalts?

Tabelle 15: Zusammenhang „Broken home“-Situation und Compliance bei Aufnahme

	Gute Compliance n= 29	Schlechte Compliance n= 60	Gesamt n=89	Chi ² -Test p-Wert
Kein „Broken home“	16 (28%)	42 (72%)	58 (100%)	p=0,235
„Broken home“	13 (42%)	18 (58%)	31 (100%)	
Gesamt	29 (32%)	60 (68%)	89 (100%)	

Eine wurde eine Kreuztabelle erstellt und durch den Chi²-Test der p-Wert berechnet. Insgesamt finden sich unter den Patienten (n=89) 60 Patienten mit einer schlechten Compliance, wovon 18% eine „broken home“-Situation hatten. Bei 42% konnte kein „broken home“ dokumentiert werden, trotz schlechter Compliance.

Der Signifikanztest (Chi²-Test) deutet darauf hin, dass es keinen Zusammenhang zwischen den beiden betrachteten Variablen gibt.

Tabelle 16: Zusammenhang „Broken home“-Situation und Krankheitseinsicht nach Amador

	Pat. ist krank- heitseinsichtig n= 22	Pat. ist krank- heitsuneinsichtig n=76 (1)	Gesamt n=98	Chi ² -Test p-Wert
Kein „broken home“	16 (25%)	47 (75%)	63 (100%)	p=0,451
„broken home“	6 (17%)	29 (83%)	35 (100%)	
Gesamt	22 (22%)	76 (78%)	98 (100%)	

Es finden sich im Patientenkollektiv (n= 98) 47 Patienten, die krankheitsuneinsichtig sind und kein „Broken home“ erlitten hatten. 29 Patienten sind krankheitsuneinsichtig mit „Broken home“. Die beiden Variablen korrelieren nicht miteinander, der Zusammenhang ist nicht signifikant (p=0,451).

(1) Die Abstufungen in Abb.8 „etwas krankheitseinsichtig“ und „äußerst uneinsichtig“ wurden als krankheitsuneinsichtig gewertet.

4.2.2 Korrelieren Life-events in der Vorgeschichte mit negativer Krankheitseinsicht und mangelnder Compliance bei Indexaufnahme?

Tabelle 17: Zusammenhang Compliance und Life-events (n=89)

	p-Wert
Suizid eines nahen Angehörigen	0,206
Scheidung der Eltern	0,921
Sexuelle Belästigung	0,814
Körperliche Misshandlung	0,511
Häufiger Ortswechsel	0,361
Längerer Auslandsaufenthalt >1Jahr	0,098 ⁽¹⁾
Häufiger Wechsel der Ausbildungs-/Arbeitsstätte	0,540

(1) Es ergibt sich eine näherungsweise Signifikanz (Phi-Test und Cramer-V-Test). Es besteht jedoch keine eindeutige Signifikanz der beiden Variablen.

Es wurde eine logistische Regression gerechnet, dabei ergab sich eine nichtsignifikante Korrelation ausgewählter Life-events mit der Compliance.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Life-events (n=98)

	p-Wert
Suizid eines nahen Angehörigen	0,261
Scheidung der Eltern	0,455
Sexuelle Belästigung	0,718
Körperliche Misshandlung	0,503
Häufiger Ortswechsel	0,408
Längerer Auslandsaufenthalt >1Jahr	0,702
Häufiger Wechsel der Ausbildungs-/Arbeitsstätte	0,124

Ebenso wurde der Zusammenhang der einzelnen Life-events und der Krankheitseinsicht mit einer logistischen Regression überprüft, auch hier zeigte sich keine Korrelation zwischen den beiden Variablen.

4.2.3 Haben Patienten mit Coping-Defiziten eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht bei Indexaufnahme?

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Compliance bei Aufnahme (n=87)

	Keine Coping-Defizite	Deutliche Coping-Defizite	Gesamt	p-Wert
Gute Compliance	16 (55%)	13 (45%)	29 (100%)	0,037
Schlechte Compliance	18 (31%)	40 (69%)	58 (100%)	
Gesamt	34 (39%)	53 (61%)	87 (100%)	

Das Ergebnis zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Compliance ($p < 0,05$). Man kann also davon ausgehen, dass deutliche Coping-Defizite (Krankheitsbewältigungsdefizite) auch mit einer schlechten Compliance einhergehen.

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Krankheitseinsicht bei Aufnahme (n=94)

	Keine Coping-Defizite	Deutliche Coping-Defizite	Gesamt	p-Wert
Krankheitseinsicht vorhanden	7 (33%)	14 (67%)	21 (100%)	0,486
Pat. ist krankheitsuneinsichtig (1)	27 (37%)	46 (63%)	73 (100%)	
Gesamt	34 (36%)	60 (64%)	94 (100%)	

Im Gegensatz zur Compliance zeigt sich hier kein signifikanter Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Krankheitseinsicht ($p = 0,486$). Die Zahlen lassen aber dennoch erkennen, dass Patienten mit deutlichen Coping-Defiziten weit mehr krankheitsuneinsichtig sind.

(1) Die Abstufungen in Abb.8 „etwas krankheitseinsichtig“ und „äußerst uneinsichtig“ wurden als krankheitsuneinsichtig gewertet.

4.2.4 Haben Patienten mit Substanzmissbrauch (v.a. Cannabis und Nikotin) eine schlechtere Compliance und mangelnde Krankheitseinsicht zu Beginn des Indexaufenthalts?

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Compliance

	Gute Compliance	Schlechte Compliance	Gesamt	p-Wert
Kein Cannabis konsumiert	17 (40%)	25 (60%)	42 (100%)	0,175
Cannabis konsumiert	12 (26%)	35 (74%)	47 (100%)	
Gesamt	29 (33%)	60 (67%)	89 (100%)	

Es finden sich zwar mehr Patienten die Cannabis konsumiert haben mit schlechter Compliance, jedoch ergibt sich keine signifikante Korrelation zwischen Cannabiskonsum und Compliance ($p=0,175$).

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Krankheitseinsicht

	Krankheitseinsicht vorhanden	Pat. ist krankheitsuneinsichtig (1)	Gesamt	p-Wert
Kein Cannabis konsumiert	13 (28%)	34 (72%)	47 (100%)	0,333
Cannabis konsumiert	9 (18%)	42 (82%)	51 (100%)	
Gesamt	22 (22%)	76 (78%)	98 (100%)	

Ebenso ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen Cannabiskonsum und Krankheitseinsicht. Die Zahlen zeigen jedoch wieder, dass mehr Patienten, die Cannabis konsumiert hatten, krankheitsuneinsichtig sind.

(1) Die Abstufungen in Abb.8 „etwas krankheitseinsichtig“ und „äußerst uneinsichtig“ wurden als krankheitsuneinsichtig gewertet.

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und Compliance (n=89)

	Gute Compliance	Schlechte Compliance	Gesamt	p-Wert
Nikotinabusus im Erwachsenenalter	18 (37%)	31 (63%)	49 (100%)	0,243
Kein Nikotinabusus im Erwachsenenalter	11 (27%)	29 (73%)	40 (100%)	
Gesamt	29 (33%)	60 (67%)	89 (100%)	

In der Tabelle wird ersichtlich, dass Patienten mit regelmäßigem Nikotinkonsum weniger oft eine schlechte Compliance zeigen, als Nichtraucher. Jedoch ergibt sich auch hier keine signifikante Korrelation zwischen Nikotinabusus und Compliance.

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und Krankheitseinsicht (n=98)

	Krankheitseinsicht vorhanden	Pat. ist krankheitsuneinsichtig (1)	Gesamt	p-Wert
Nikotinabusus im Erwachsenenalter	14 (25%)	42 (75%)	56 (100%)	0,626
Kein Nikotinabusus im Erwachsenenalter	8 (19%)	34 (81%)	42 (100%)	
Gesamt	22 (22%)	76 (78%)	98 (100%)	

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Nikotinabusus.

(1) Die Abstufungen in Abb.8 „etwas krankheitseinsichtig“ und „äußerst uneinsichtig“ wurden als krankheitsuneinsichtig gewertet.

4.2.5 Ist bei idealem Erstkontakt durch professionelle Helfer anlässlich der Erstmanifestation, die Compliance und Krankheitseinsicht bei Aufnahme des Indexaufenthalts besser?

Abb. 13: Erstkontakt bei der stationären Behandlung

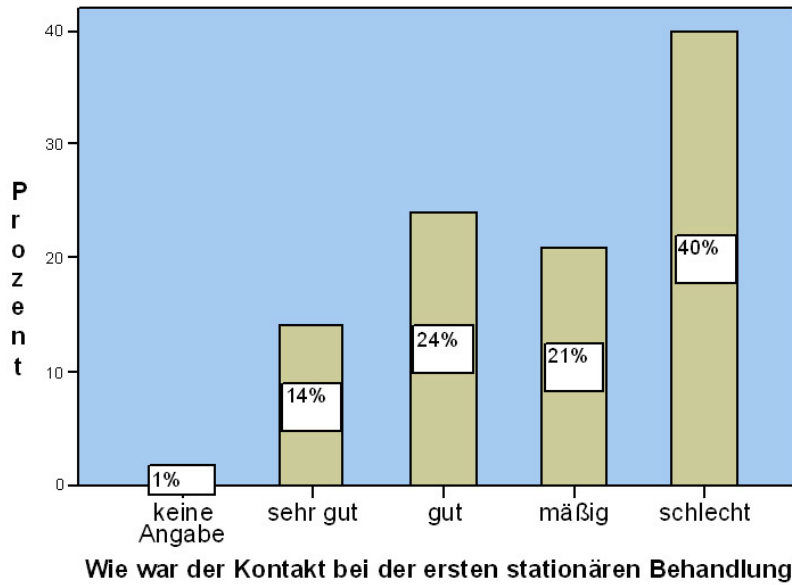


Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Verhältnis bei Erstmanifestation und der Compliance beim Indexaufenthalt (n=88)

	Gutes Verhältnis	Schlechtes Verhältnis	Gesamt	p-Wert
Gute Compliance	25 (89%)	3 (11%)	28 (100%)	<0,001
Schlechte Compliance	21 (35%)	39 (65%)	60 (100%)	
Gesamt	46 (52%)	42 (48%)	88 (100%)	

Der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ist hochsignifikant $p < 0,001$. Das Ergebnis zeigt, dass bei einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis während der Ersthospitalisation eine gute Compliance beim Indexaufenthalt erwartet werden kann.

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen dem Arzt-Patienten-Verhältnis während der Erstmanifestation und der Krankheitseinsicht bei der Indexbehandlung (n=97)

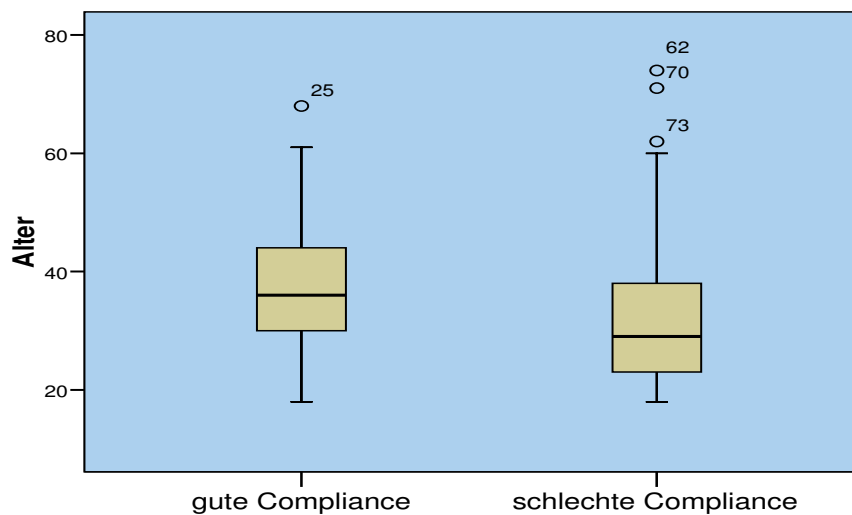
	Gutes Arzt/Patienten-Verhältnis	Schlechtes Arzt/Patienten-Verhältnis	Gesamt	p-Wert
Krankheitseinsicht vorhanden	18 (86%)	3 (14%)	21 (100%)	0,001
Pat. ist krankheitsuneinsichtig (1)	34 (45%)	42 (55%)	76 (100%)	
Gesamt	52 (54%)	45 (46%)	97 (100%)	

(1) Die Abstufungen in Abb.8 „etwas krankheitseinsichtig“ und „äußerst uneinsichtig“ wurden als krankheitsuneinsichtig gewertet.

Das Arzt/Patienten-Verhältnis korreliert mit der Krankheitseinsicht hochsignifikant $p=0,001$.

4.2.6 Spielt das Alter bei der Compliance und Krankheitseinsicht zu Beginn des Indexaufenthalts eine Rolle?

Abb. 14: Boxplot der Compliance bei Aufnahme in Abhängigkeit vom Alter der Patienten

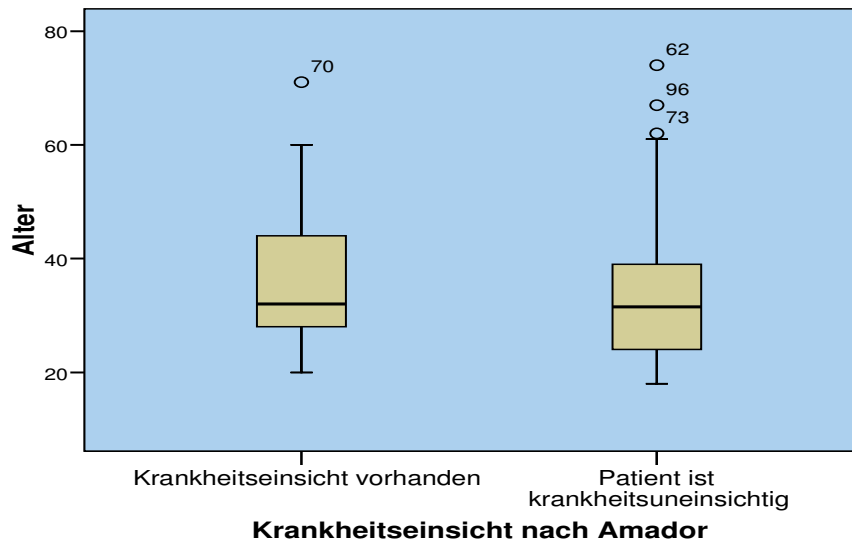


Das Ergebnis zeigt, dass ältere Patienten eher eine gute Compliance haben. Die Abb.14 zeigt, dass der Median für gute Compliance bei 37 Jahren liegt, der Median für schlechte Compliance liegt dagegen bei 28 Jahren. Dies bedeutet, dass die Hälfte der Patienten mit guter Compliance jünger als 37 Jahre war und die andere Hälfte älter als 37 Jahre war. Bei Patienten mit schlechter Compliance sind 50% jünger als 28 Jahre und 50% älter als 28 Jahre. Die Kreise in dem Boxplot-Diagramm kennzeichnen Werte, die im Verhältnis zu den übrigen Werten der Variablen extrem groß oder extrem klein sind. Dabei unterscheidet SPSS noch

zwischen Ausreißern, die etwas größer oder kleiner als die übrigen Werte sind, und Extremwerten, die sehr weit von den übrigen Werten der Variablen abweichen.

Der Mann-Whitney-U-Test ergibt einen 2-seitigen signifikanten Wert von $p=0,023$. Damit zeigt sich eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter des Patienten und der Compliance. Damit kann man bei allgemein älteren Patienten mit besserer Compliance rechnen.

Abb. 15: Boxplot der Krankheitseinsicht bei Indexaufnahme in Abhängigkeit vom Alter der Patienten



Der Median für krankheitseinsichtige Patienten liegt bei 33 Jahren, der Median für krankheitsuneinsichtige Patienten bei 32 Jahren. Es sind also keine großen Unterschiede nachweisbar.

Der Mann-Whitney-U-Test erreicht auch kein Signifikanzniveau $p=0,708$. Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Krankheitseinsicht.

5. Diskussion

5.1 Übersicht der Untersuchungsergebnisse

Ziel der Arbeit war es einen möglichen Einfluss von psychosozialen Faktoren auf die Entwicklung eines dysfunktionalen Krankheitskonzeptes mit mangelnder Krankheitseinsicht und mäßiger Compliance zu untersuchen. Als Einflussfaktoren wurden besonders eine „Broken home“-Situation, Life-events und Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte ins Auge gefasst. Desweiteren wurde geprüft, ob Coping-Defizite, die Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses während der Ersthospitalisation und das Alter der Patienten mit Compliance und Krankheitseinsicht in Zusammenhang stehen.

Zusammenfassend lassen sich folgende Ergebnisse der Untersuchung darstellen:

- In unserem Patientenkollektiv fanden sich im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich mehr „Broken home“-Situationen als in der Normalbevölkerung Bayerns.
- Es konnten bei den Patienten auch deutlich mehr Life-events identifiziert werden als in der Normalbevölkerung Bayerns.
- Es zeigten sich deutlich mehr Cannabis- und Nikotinkonsumenten unter den Patienten als in der vergleichbaren Normalbevölkerung Deutschlands.

Um den Zusammenhang der Compliance und der Krankheitseinsicht mit den verschiedenen Variablen zu erforschen, wurden der Chi²-Test (p-Wert = exakter Test nach Fisher), eine logistische Regressionsrechnung, und der Mann-Whitney-U-Test herangezogen. Es ergaben sich folgende Resultate:

- Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen „Broken home“-Patienten und schlechter Compliance sowie mangelnder Krankheitseinsicht.
- Eine logistische Regressionsrechnung zeigt, dass Life-events in der Vorgeschichte der Patienten nicht mit Compliance oder Krankheitseinsicht korrelieren.
- Es zeigt sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten bei den Patienten und der aktuellen Compliance, nicht aber bei der Krankheitseinsicht.
- Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch (Cannabis, Nikotin) und Compliance oder Krankheitseinsicht.
- Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses während der Ersthospitalisation und der aktuellen Compliance ist hochsignifikant; ebenso ergibt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Verhältnis und der Krankheitseinsicht.
- Der Mann-Whitney-U-Test konnte eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und der Compliance zeigen, es ergab sich aber keine Korrelation zwischen Alter und Krankheitseinsicht.

5.2 Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung bisheriger Studienergebnisse und Publikationen

5.2.1 Einfluss von „Broken home“ auf Compliance und Krankheitseinsicht

Wie bereits unter Kapitel 1.5. erwähnt, wird in dieser Arbeit der mögliche Zusammenhang zwischen „Broken home“, Compliance und Krankheitseinsicht beschrieben. Laut unseren Recherchen wurde eine derartige Fragestellung bisher noch nicht publiziert.

Es gibt eine Fülle von Studien über die Familienatmosphäre und ihren Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Häufig werden in diesem Zusammenhang Risiko- und Schutzfaktoren genannt, die sich beeinträchtigend bzw. förderlich auf die Entwicklung der Kinder auswirken können. Allgemein werden Risikofaktoren folgendermaßen definiert:

„Risikofaktoren sind Bedingungen oder Variablen, welche die Wahrscheinlichkeit positiver oder sozial erwünschter Verhaltensweisen senken oder mit einer höheren Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen einhergehen. Bezogen auf das Gesundheitsverhalten reduzieren Risikofaktoren die Aufnahme oder Beibehaltung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen bzw. sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit solcher Verhaltensweisen, die mit gesundem Verhalten nicht zu vereinbaren sind“ (Jessor et al., 1999).

Es ist aber davon auszugehen, dass zwischen Risikofaktoren und ungünstigem Verhalten bzw. psychischer Störung häufig eine Wechselwirkung vorliegt (Bender und Lösel, 1998). Ein Schutzfaktor im Kleinkindesalter (z.B. ständiges Umsorgtsein durch enge Bezugspersonen und deren ständige Anwesenheit) kann unter Umständen im Jugendalter sogar eine gegenteilige Wirkung entwickeln und zum Risikofaktor werden (z.B. überbehütendes Verhalten, keinen Freiraum geben etc.).

In der heutigen Forschung zu Ein-Elternteil-Familien oder auch Pflegeeltern bemüht man sich um einen differenzierten Blick auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen und familialen Prozesse, die eine Bewältigung fördern oder auch hemmen.

So zeigen viele Studien ein inkompetenteres Erziehungsverhalten bei Scheidungsfamilien. Längsschnittstudien über Scheidungsfamilien belegen einen krisenhaften Verlauf, unmittelbar nach der Scheidung wird die Erziehung als chaotisch und inkonsistent beschrieben, verbessert sich aber nach ein bis zwei Jahren (Wallerstein & Kelly, 1980).

Doch zeigen sich überdauernd weiterhin Tendenzen zu geringerer mütterlicher Autorität bei Alleinerziehenden. Alleinerziehende Mütter üben weniger Kontrolle aus (Demo & Acock, 1996), lassen ihre Kinder eher alleine Entscheidungen treffen (Dornbusch et al., 1985) und sind weniger an Regeln orientiert (B. Schwarz, 1999). Die Unterschiede in der Erziehung gelten als eine wesentliche Erklärung für die Unterschiede im Verhalten von Scheidungskindern und Gleichaltrigen mit verheirateten Eltern (Amato, 1993), denn mangelnde Supervision gilt allgemein als ein Risiko für das Problemverhalten im Jugendalter (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989).

Judith Smetana videografierte 1993 Konfliktgespräche zwischen Müttern und jugendlichen Kindern in vollständigen und geschiedenen Familien und ergänzte diese Information durch Befragungen. Ihre Ergebnisse zeigen, dass zwischen geschiedenen Müttern und ihren Kindern größere Harmonie herrschte, da die Mütter den Jugendlichen eher zugestanden, über persönliche Dinge selber zu entscheiden. In Konfliktsituationen tendieren die verheirateten Mütter dazu, stärker mit Konventionen und Regeln zu argumentieren, die Jugendlichen in dieser Familienform

bestanden stärker darauf, dass Entscheidungen in ihrer persönlichen Verantwortung lägen (Smetana, 1993).

22% der Patienten aus unserem Untersuchungskollektiv erfuhren bis zu ihrem 6. Lebensjahr eine „Broken home“ Situation. Diese Rate ist doppelt so hoch wie bei der Normalbevölkerung in Bayern. Bis zum 14. Lebensjahr konnte in unserem Patientenkollektiv die dreifache Anzahl an „Broken home“ Situationen im Vergleich zur Normalbevölkerung dokumentiert werden. Da trotz differenzierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen eine große Zahl der schizophren erkrankten Patienten nicht für eine längerfristige Zusammenarbeit mit stationären bzw. ambulanten Einrichtungen zu gewinnen sind und oft keine Krankheitseinsicht zeigen, ist die Frage berechtigt, ob „Broken home“ Patienten einen verstärkten Autonomieentwicklungsprozess durchgemacht haben und sich daher eher non-compliant und/oder krankheitsuneinsichtig zeigen.

Lässt man nun die Zielvariable „Broken home“ mit Compliance korrelieren, ergibt sich kein Zusammenhang zwischen den beiden betrachteten Variablen. Schaut man sich in der Vierfeldertafel die Zahlen an, sind es sogar mehr Patienten ohne „Broken home“- Situation, die eine schlechte Compliance zeigen; genauso verhält es sich mit der Krankheitseinsicht. Deshalb sei an dieser Stelle nochmals die Erkenntnis von Bender und Lösel erwähnt, die besagt, dass ein „Schutzfaktor“ sogar eine gegenteilige Wirkung entwickeln kann. Auch in der oben zitierten Untersuchung von Smetana, wo es das Ziel war herauszufinden, ob und wie sich Familienformen im Aushandeln von Autonomie und Selbstbestimmung unterschieden, stellte sich heraus, dass Jugendliche von verheirateten Müttern stärker darauf bestanden, dass Entscheidungen in ihrer persönlichen Verantwortung lägen.

Obwohl in der vorliegenden Untersuchung keine signifikante Korrelation zwischen „Broken home“, Compliance und Krankheitseinsicht nachgewiesen werden konnte, bleibt erstaunlicherweise festzuhalten, dass mehr Patienten eine schlechte Compliance zeigten, die keiner „Broken home“- Situation ausgesetzt waren. Diese Daten erlauben zwar keine differenzierte Aussage darüber, inwiefern sich die „Broken home“- Erfahrung mit ihren familialen Umbrüchen auf den Bewältigungsstil der Mädchen oder Jungen hinsichtlich der allgemeinen Lebenstüchtigkeit ausgewirkt hat. Aber die Tatsache, dass der Anteil an „Broken-home“-Kindern in dieser Stichprobe von schizophren Erkrankten mit 44% bis zum 18. Lebensjahr dreimal so hoch liegt wie in der Allgemeinbevölkerung legt den Schluss nahe, dass eine „Broken-home“-Situation einen vulnerabilisierenden Einfluss auf die Erkrankungsgenese zu haben scheint.

5.2.2 Korrelation von Life-events, Compliance und Krankheitseinsicht

In der Literatur wurden bereits zahlreiche psychosoziale Risikofaktoren und die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von einer psychischen Störung intensiv diskutiert. Es können heute eine Reihe von Lebensereignissen aufgezählt werden, die als empirisch gesicherte Risikofaktoren für psychische Erkrankungen gelten.

Inwieweit soziobiographische und auch pathobiographische Besonderheiten eine Bedeutung bei der Entwicklung von Krankheitseinsicht und Compliance haben, kann aufgrund der widersprüchlichen Literaturdaten bislang nicht eindeutig beantwortet werden.

Die in der Einleitung der Arbeit bereits beschriebenen empirisch gesicherten Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung wurden in der vorliegenden Arbeit detailliert aufgeführt (s. S. 23). Dabei zeigten sich in unserem Patientenkollektiv bei den aufgelisteten Life-events wie Suizid eines nahen Angehörigen, Scheidung der Eltern, sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung stets weitaus mehr Ereignisse als in der Normalbevölkerung in Bayern.

Diese Life-events wurden hinsichtlich ihres Einflusses auf Compliance und Krankheitseinsicht überprüft. Dabei konnte kein Zusammenhang zwischen den einzelnen Lebensereignissen und der Compliance gefunden werden. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen anderer Studien wie z.B. K.A. Weiss et al. (2002), die eine Studie über die Prädiktoren von Risiken für Non-Compliance bei 162 Patienten veröffentlichten. Hier zeigte sich, dass Compliance vor allem assoziiert ist mit dem „global functioning level“, mit Substanzmissbrauch und einer „working alliance“ (Ausmaß der Verbundenheit zwischen Arzt/Therapeut und Patienten).

A. Basan, G. Pitschel-Walz und J. Bäuml konnten 2000 in einer 4-Jahres Katamnese u.a. zeigen, dass soziodemographische Daten nicht ausreichen, um damit das Einhalten bzw. Nicht-Einhalten von ambulanten Arztterminen zu erklären.

Kilcommons und Morrison konnten in ihrer Studie 2005 einen Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Kindesmisshandlung und der Entwicklung einer Psychose zeigen. Diese traumatischen Lebensereignisse haben demzufolge langfristige Auswirkungen auf die weitere psychische Entwicklung.

Nachhaltige Auswirkungen bestehen auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit, des Selbstwertgefühls und von Problemlösestrategien, die häufig wenig effektiv sind bei vormals traumatisierten Patienten (Pfeiffer et al., 2001).

In unserer Untersuchung konnte hierzu festgestellt werden, dass zwischen sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung kein Zusammenhang zu späterer Non-Compliance und mangelnder Krankheitseinsicht bestand.

Auffallend war jedoch der grenzwertig signifikante Zusammenhang ($p=0,098$) zwischen Life-events in Form eines längeren Auslandsaufenthaltes (> 1 Jahr) und einer späteren mangelhaften Compliance; hierbei fand sich eine näherungsweise Signifikanz auch im Phi-Test und Cramer-V-Test.

Das Phänomen, dass Migrationen psychosoziale Risiken hinsichtlich späterer psychischer Störungen bergen, wurde ebenfalls bereits in früheren Publikationen beschrieben. Empirische Untersuchungen ergaben allerdings nur sehr schwache Varianzaufklärungen, wenn konkurrierende Merkmale auspartialisiert wurden (Sameroff et al., 1993).

Längere Auslandsaufenthalte und häufige Wiederanpassungen an neue Situationen können zwar als Überlastungsfaktoren gesehen werden, es besteht jedoch kein eindeutiger Zusammenhang von Auslandsaufenthalten und einer späteren mangelhaften Krankheitseinsicht.

5.2.3 Korrelation von Coping-Defiziten mit Compliance und Krankheitseinsicht

Bei weitem nicht alle Patienten, die in der Kindheit Risiken ausgesetzt waren, leiden unter Folgestörungen; dies kann damit erklärt werden, dass die Prognose von Risikokindern vor allem von Faktoren abhängt, welche die Bewältigung von Belastungen erleichtern.

Die Definition von Coping (Krankheitsbewältigung) wurde auf Seite 8 in der Einleitung beschrieben. Die Operationalisierung der Coping-Defizite, die jeweils von den behandelnden Ärzten bei unserem Patientenkollektiv berücksichtigt werden sollten, wurde bereits auf Seite 28 dieser Arbeit aufgelistet.

Individuen mit Schizophrenie haben Coping-Defizite, die für die Bewältigungsprobleme von Stressoren mit verantwortlich sind (Nicholson und Neufeld, 1992; Zubin, 1986). Auch weitere Studien belegen, dass Individuen mit psychisch bedingten Dysfunktionen eher zu passiven Coping-Strategien neigen im Vergleich zu gesunden Menschen in der Kontrollgruppe (Bosch, van den und Rombouts, 1997).

K.E. Wilder-Willis et al. (2002) fanden, dass defizitäre mnestiche und exekutive Funktionen mit einem verminderten aktiven Einsatz von Coping-Strategien assoziiert sind.

Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass exekutive Funktionen und mnestiche Defizite auch für Defizite in der Selbstinitiation, Proaktivität und Problemlösung verantwortlich zu machen sind. Damit könnte auch der negative Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung allgemein und das Compliance-Verhalten erklärt werden.

In einer Prädiktorstudie von Jeste et al. (2003), an der 110 ambulante Patienten (die älter waren als 45 Jahre) teilnahmen, erwiesen sich von den kognitiven Funktionen vor allem die Konzeptualisierung und das Gedächtnis als die stärksten patientenbezogenen Prädiktoren für die Medikamenten-Compliance.

Das Review von Amador (1991) beschrieb die Ablehnung von Krankheit innerhalb eines psychologischen Coping-Mechanismus als ein potenzielles Ursachenmodell für Krankheitsuneinsichtigkeit bei Schizophrenie.

Das psychologische Ablehnungs-Modell sagt voraus, dass diejenigen Patienten, die Ablehnung als Coping-Strategie entwickeln, eine geringere Krankheitseinsicht haben werden und dadurch weniger Leid und Sorgen (distress) empfinden. Mit distress gemeint sind auch Depression, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität (Mintz et al., 2003).

Aktuell untersuchten Cooke et al. (2007) den Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht, distress und Copingstil bei Schizophreniepatienten und fanden heraus, dass eine positive Interpretation von aktiven Coping-Strategien (social support-seeking coping-style) weniger Leid und Sorgen bzw. distress hervorruft als ein ablehnender Copingstil.

Denn Krankheitsuneinsichtigkeit führt zu einer Verschleppung der Erkrankung, zu einer Verzögerung der Behandlung und zu einem sukzessiven sozialen Abstieg der Betroffenen. Krankheitseinsicht und aktive Coping-Strategien verbessern das funktionale outcome bei Schizophreniepatienten (Cooke et al., 2007).

Bei unserem untersuchten Patientenkollektiv zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($p=0,037$) zwischen Coping-Defiziten und Compliance. Man kann davon ausgehen, dass deutliche Coping-Defizite auch mit einer schlechten Compliance einhergehen.

Im Gegensatz zur Compliance zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Krankheitseinsicht. Von der Häufigkeit sind es zwar weit mehr Patienten, die deutliche Coping-Defizite aufweisen und krankheitsuneinsichtig sind; jedoch erreicht die Korrelation kein Signifikanzniveau.

Möglicherweise besitzt ein Teil der Patienten, die zwar aktuell keine Coping-Defizite ($n=27$) zeigen, aber dennoch einen Mangel an Krankheitseinsicht aufweisen, eine dysfunktionale

Copingstrategie in Form einer Ablehnung der Erkrankung, was sich langfristig als ungünstig für eine erfolgreiche Bewältigung der Psychose herausstellt.

5.2.4 Korrelation von Substanzmissbrauch mit Compliance und Krankheitseinsicht

Patienten mit schizophrenen Erkrankungen zeigen, verglichen sowohl mit der Normalbevölkerung als auch mit anderen klinischen Vergleichsgruppen, eine erhöhte Prävalenz hinsichtlich Nikotinabhängigkeit (Hughes, Hatsukami und Mitchell et al., 1986).

Auch in unserem Patientenkollektiv finden sich bis zum 18. Lebensjahr etwa doppelt soviel rauchende Patienten wie im Vergleich zur Normalbevölkerung in Deutschland. Im Erwachsenenalter sind es in unserem Patientenkollektiv 57% die regelmäßig rauchen, in der Normalbevölkerung in Deutschland sind es dagegen 23%.

Die Hintergründe, warum überdurchschnittlich viele Schizophreniekranken rauchen, liegen zum Teil auch in der Verbesserung von kognitiven Funktionen durch Nikotin; insbesondere gilt dies für die Daueraufmerksamkeit, die gerichtete Aufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis, das Kurzzeitgedächtnis und die Wiedergabe aus dem Gedächtnis (Cattapan-Ludewig et al., 2005).

Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen z.B. Cannabis, Alkohol und Opiaten sind ebenfalls bei schizophrenen Erkrankungen erhöht. Der Cannabiskonsum bei Schizophreniekranken wurde in der Literatur schon vielfach diskutiert und soll auch im Rahmen dieser Arbeit besonders im Zusammenhang mit Compliance und Krankheitseinsicht betrachtet werden.

Einige Studien konnten zeigen, dass Cannabisabusus mit schlechter Medikamenten-Compliance und einem schlechtem Outcome der Erkrankung assoziiert ist. Weiterhin steigert ein längerer und intensiver Cannabisabusus das Risiko eines Krankheitsrückfalls (Linszen, Dingermans & Lenior, 1994).

Die Studie von Miller et al. (2005) „The Insight-Adherence-Abstinence-triad“ stellte ein besonderes Behandlungsprogramm für Cannabis konsumierende Schizophreniepatienten vor. Über einen Zeitraum von einem Jahr nahmen 68 Patienten (davon 30 Patienten mit aktivem Cannabiskonsum) an Psychoedukationsgruppen und mehreren speziellen Motivations- und Verhaltenstherapien teil. In den Gruppen wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Wirkung von Cannabis zu verstehen und wie diese psychoaktive Substanz das Risiko von Symptomanifestationen steigern kann. Nach einem Jahr konnte unter den oben genannten Behandlungsmaßnahmen eine Cannabisabstinenzrate von 50% erreicht werden.

In unserem Patientenkollektiv waren es 38%, die in der Adoleszenz Cannabis konsumiert hatten, im Erwachsenenalter waren es dann 41%.

Allerdings konnte bei dem untersuchten Patientenkollektiv keine signifikante Beziehung zwischen Cannabiskonsum und Compliance gefunden werden und auch keine signifikante Beziehung zwischen Cannabiskonsum und Krankheitseinsicht. Diese Resultate widersprechen einer Reihe von klinischen Studien, wo Cannabiskonsum assoziiert ist mit einer höheren Rückfallrate und mangelnder Compliance und Krankheitseinsicht (Linszen et al. (1994), Negrete et al. (1986), Cleghorn et al. (1991)).

Dieses bemerkenswerte Ergebnis kann vielleicht mit der Hilfe der Studie von Häfner und Hambrecht (1999) erklärt werden. Vorgestellt wurde diese Studie bereits in der Einleitung dieser Arbeit (1.4.) Es könnte sein, dass sich in unserem Patientenkollektiv überzufällig viele Patienten in der von Häfner & Hambrecht definierten Gruppe 1 finden.

Also in der Gruppe, wo Cannabis bereits mehrere Jahre konsumiert wurde, bevor die ersten Symptome einer Schizophrenie auftraten. Im Gegensatz zur Gruppe 2 und 3, wo erst nach dem Auftreten von Symptomen Cannabis vorwiegend als Selbstmedikation konsumiert wurde. Damit könnten dann die Gruppen 2 und 3 eine nachweisbare schlechtere Compliance und

Krankheitseinsicht zeigen, da es sich hier um Patienten handelt, die mehr auf ihr eigenes idiosynkratisches Behandlungskonzept Wert legen.

5.2.5 Einfluss des Arzt-Patienten-Verhältnisses bei Ersthospitalisation auf die spätere Compliance und Krankheitseinsicht

Als extrem wichtiger Prädiktor für die Compliance und Krankheitseinsicht wurde gerade in den letzten Jahren das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Literatur diskutiert. Deshalb sollte auch im Rahmen dieser Untersuchung auf die Frage „Ist bei idealem Erstkontakt durch professionelle Hilfe anlässlich der Erstmanifestation die künftige Compliance und Krankheitseinsicht bei Patienten besser?“ eingegangen werden.

So gaben 61% aus unserem Patientenkollektiv an, den ersten stationären Kontakt mit Ärzten und Therapeuten als mäßig bis schlecht empfunden zu haben; nur 38% gaben zu Protokoll, dass sie den Erstkontakt als gut empfunden hätten.

Der Zusammenhang zwischen der Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu Beginn der Erstbehandlung und der aktuellen Compliance sowie der Krankheitseinsicht war hochsignifikant. Diesem Ergebnis zufolge kann bei einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis eine gute Compliance und Krankheitseinsicht erwartet werden.

Einige Studien berichten darüber, wie es gelingen könnte, das Arzt-Patienten-Verhältnis zu verbessern. J. Hamann et al. (2005) veröffentlichte eine Studie mit der Fragestellung, ob Patienten mit Schizophrenie in die Entscheidung über ihre medizinische Behandlung involviert werden möchten. Das Resultat bestätigte diesen Wunsch der Patienten, in ihre Behandlungsentscheidungen einbezogen zu werden. Dieser Wunsch war umso größer, je negativer die Einstellung zur medikamentösen Behandlung war und zeigte sich besonders groß bei jüngeren Patienten.

Ein Weg, die Patienten in ihre Behandlungsentscheidungen mit einzubeziehen, ist das „shared decision making“ Modell. Dieses hat zum Ziel, die Informations- und Macht-Asymmetrien zwischen Ärzten und Patienten zu verringern und die Patienteninformationen und die Kontrolle über ihre Behandlungsentscheidungen zu steigern (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Das „shared decision making“ Modell wurde als eine vielversprechende Methode vorgeschlagen, um Patienten in medizinische Entscheidungen mit einzubeziehen um damit das outcome der Erkrankung zu verbessern.

Eine weitere Studie von J. Hamann et al. (2006) konnte zeigen, dass in der Interventionsgruppe, wo Psychoedukative Maßnahmen sehr intensiv durchgeführt wurden, die Patienten besser über ihre Erkrankung Bescheid wussten und mehr in die Behandlungsentscheidungen miteinbezogen werden konnten als in der Kontrollgruppe.

Einige Studien konnten zeigen, dass Ärzte dazu neigen, die medikamentöse Compliance ihrer Patienten zu überschätzen.

Byerly et al. (2002) untersuchte 21 Patienten über einen Zeitraum von 3 Monaten mit Hilfe eines Medication Event Monitoring System (MEMS). Hier wurde eine Verschlusskappe verwendet, die jedes Öffnen der Flasche registrierte. Der Test zeigte, dass sich 61,9% der Patienten nicht korrekt an die ärztliche Anweisung hielten. Die behandelten Ärzte dagegen unterschätzten (Clinician Rating Scale) das Ausmaß der Nichtbeachtung ihrer Anweisungen mit nur 5,3% sehr deutlich.

Kissling konnte 1994 zeigen, dass es unter 213 deutschen Psychiatern keine übereinstimmenden Therapieempfehlungen gab. Dies veranlasste Kissling zu postulieren, dass die ärztlichen Behandlungsverfahren standardisiert werden mussten, um übereinstimmende Empfehlungen an die Patienten weitergeben zu können.

J. Hamann et al. konnten durch eine Studie 2005 zeigen, dass sich seit Kisslings Guideline-Offensive die Beachtung dieser Leitlinie durch die Ärzte deutlich verbessert hat. Die eindeutige und klare Kommunikation mit den Patienten ist ein wichtiger Faktor für die Compliance.

Eine weitere Strategie, die Compliance bei Patienten zu verbessern, sind verhaltenstherapeutisch orientierte Familieninterventionen. Hier wird versucht, sowohl die Patienten als auch ihre Familien von der Effektivität einer einzuhaltenden Medikation zu überzeugen.

Die Metaanalyse von Pitschel-Walz et al. (2001) analysierte 25 Familienstudien und konnte zeigen, dass Familieninterventionen die Rückfallrate um schätzungsweise 20% verringern können.

Behandlungen mit Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte von Angehörigen und Kranken sind effektiver als ausschließlich medikamentös orientierte Behandlungen.

5.2.6 Der Einfluss von Alter auf Compliance und Krankheitseinsicht

Die überwiegende Mehrzahl der Autoren berichtet über fehlende Korrelationen zwischen soziodemographischen Variablen und Compliance (Stoudemire, A. & Thompson, 1983; Basan et al., 2000).

Vereinzelt wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Compliance und hohem Lebensalter beschrieben (D. Schwartz, Wang, Zeitz; 1962; Linden, M., 1987).

Unsere Resultate zeigen, dass ältere Patienten eher eine gute Compliance zeigen, diese Korrelation zwischen Alter und Compliance hat Signifikanzniveau. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem von D. Schwartz et al..

Eine mögliche Erklärung, dass mehr ältere Patienten eine gute Compliance zeigen, könnte darin liegen, dass durch die mit zunehmendem Alter häufigere Teilnahme an Psychoedukativen Programmen sowie an Motivations- und Verhaltenstherapien im Laufe der Zeit doch eine Verbesserung der Compliance erreicht werden kann. Die Abb. 15 zeigt, dass der Median für eine gute Compliance bei 37 Jahren liegt, der Median für eine schlechte Compliance dagegen bei 28 Jahren. Schaut man sich die Rehospitalisierungen in der Stichprobenbeschreibung (Abb. 3) an fällt auf, dass über 50% der Patienten bereits öfter als viermal rehospitalisiert werden mussten. 35 % der Patienten erreichen dabei eine gesamte Krankenhausaufenthaltsdauer von mehr als einem Jahr bis hin zu über 4 Jahren (10%) (s. Abb. 4). Die Diagnose Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wurde bei 50% unserer Patienten zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr gestellt. Bei 32% wurde die Diagnose zwischen dem 26. und 40. Lebensjahr gestellt.

Es konnte festgestellt werden, dass eine Psychoedukative Basisbehandlung mit anschließender kontinuierlicher ambulanter Langzeitbehandlung sowohl die Compliance als auch die Rehospitalisierungsrate positiv beeinflusst (Basan et al., 2000, Bäuml et al 2007).

Der Begriff „Psychoedukation“ (Anderson et al., 1980; Bäuml, Pitschel-Walz 2008)) fasst eine Reihe von therapeutischen Interventionen zusammen, die darauf abzielen, psychiatrische Patienten und zum Teil auch deren Angehörige in meist strukturierten, verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel-, Gruppen-, oder Familientherapien zu „schulen“ und zu Experten ihrer Erkrankung auszubilden.

Durch die Ergebnisse des multizentrischen „Psychosen-Informations-Projekts“ (PIP-Studie) konnte die Wirksamkeit Psychoedukativer Interventionen, wie in anderen Studien mit ähnlichem Design, bestätigt werden. Als wesentlicher Befund ergab sich, dass sich durch Verbesserung der Compliance die Anzahl der Wiederaufnahmen der Interventionspatienten signifikant von der Kontrollgruppe unterschied. Bei Verlaufsuntersuchungen zeigte sich jedoch, dass die Patienten der Kontrollgruppe im 3. und 4. Jahr nach Intervention allmählich auch über eine bessere Compliance

verfügten, was sich in einer im Vergleich zu den ersten beiden Jahren geringeren Rate an Compliancemangelrezidiven zeigt (Bäumel et al., 1997b).

Zudem lässt sich nach jahrelanger Behandlung meist auch ein Zuwachs an positiven Copingstrategien nachvollziehen (Bäumel et al., 1996b), was ebenfalls erklären könnte, dass die Compliance bei älteren Patienten besser wird.

Es zeigte sich jedoch kein Zusammenhang von Alter und Krankheitseinsicht bei den Patienten. Der Boxplot (Abb. 15) zeigt, dass der Median für krankheitseinsichtige Patienten bei 33 Jahren, der Median für krankheitsuneinsichtige Patienten bei 32 Jahren liegt. Hier waren also keine großen Unterschiede nachweisbar. Ebenso besteht auch kein positives Signifikanzniveau für den Zusammenhang von Alter und Krankheitseinsicht.

5.3 Kritische Anmerkungen zur Methodik

In der Literatur wird der Mangel an Compliance und Krankheitseinsicht auf verschiedene Art und Weise erfasst, wobei sich allerdings Fragebogen-Methoden durchgesetzt haben.

Bei einem semistrukturiertem Interview, wie bei unserer Untersuchungsmethode, muss man in Erwägung ziehen, dass die Methode der persönlichen Befragung nicht unbedingt ausschließt, dass der Patient wichtige Angaben vorenthält. Man kann gerade in diesem Falle erwarten, dass ein Patient keine große Bereitschaft zeigt, die Tatsache seiner familiären Probleme, negative life-events und/oder Drogenabusus einem fremden Menschen gegenüber zu äußern. Doch fiel bei der Befragung der Patienten auf, dass sehr viele mit großer Unbefangenheit und Offenheit reagierten, wenn o.g. Themen berührt wurden.

Bei den meisten Fragen wurden die Antworten zwar in klar abgestuften Kategorien (sehr gut, gut, mäßig, schlecht) erfragt und auch dargestellt; für die Korrelations- und Regressionsberechnungen mussten diese jedoch zusammengefasst und dichotomisiert werden. Dadurch gingen vermutlich viele feine Abstufungen verloren. So sind Tabellen mit den kategorischen Angaben „krankheitseinsichtig“ bzw. „krankheitsuneinsichtig“ zwar sehr übersichtlich. Hierbei kann jedoch eine eindeutige dichotome Verteilung von Compliance und Krankheitseinsicht vorgetäuscht werden, die es in der klinischen Praxis in dieser Klarheit gar nicht gibt. Durch eine entsprechend engagierte Therapeutenhaltung ist es immer wieder möglich, eine zunächst unverrückbar anmutende mangelnde Krankheitseinsicht mit mäßiger Compliance innerhalb eines guten und tragfähigen therapeutischen Bündnisses allmählich zu modifizieren und zu bessern.

6. Zusammenfassung

Ein großes Problem in der Schizophreniebehandlung bleibt der Aufbau einer guten Krankheitseinsicht mit einer ausreichenden Compliance. Obwohl es bereits viele Erkenntnisse über die Ursachen und die Verbesserung von Non-Compliance und mangelnder Krankheitseinsicht gibt, sind viele Fakten derzeit immer noch unklar.

In der vorliegenden Arbeit sollte daher untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer dysfunktionalen Krankheitseinsicht mit mäßiger Compliance gibt.

In diese klinisch-explorative Untersuchung wurden 100 Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung, die während des Index-Untersuchungszeitraumes von Mai 2003 bis Dezember 2005 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar stationär behandelt wurden, eingeschlossen. Die Untersuchung erfolgte durch ein semistruktuiertes Interview mit Hilfe von selbstentwickelten Fragebögen. Dokumentiert wurden soziobiographische Daten (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Beruf, Familienstand), pathobiographische Daten, insbesondere „Broken home“, Life-events und Suchtanamnese. Zusätzlich erfolgte eine Befund- und Verlaufsdokumentation durch die behandelnden Ärzte, wo folgende Daten ermittelt wurden: Diagnose, Vulnerabilitäts-Stress-Profil, Coping-Defizite, Krankheitseinsicht nach Amador, Einschätzung der Compliance und Einschätzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Es fand sich entgegen unserer Erwartung kein signifikanter Zusammenhang zwischen „Broken home“ als Risikofaktor und damit verbundenen problematischen Entwicklungsbedingungen, die prägend sein könnten für die spätere Non-Compliance und dysfunktionale Krankheitseinsicht. Durch eine logistische Regression konnte gezeigt werden, dass ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Life-events und negativer Krankheitseinsicht sowie mangelnder Compliance besteht. Des Weiteren erreicht der Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und schlechter Compliance sowie mangelnder Krankheitseinsicht kein Signifikanzniveau beim untersuchten Patientenkollektiv.

Jedoch zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen aktuellen Coping-Defiziten und schlechter Compliance ($p=0,037$). Ein Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und mangelnder Krankheitseinsicht konnte nicht bestätigt werden.

Als weiterer hochsignifikanter Prädiktor ($p < 0,001$) für eine gute Compliance erwiesen sich in dieser Arbeit das Arzt-Patienten-Verhältnis, insbesondere zu Beginn der Behandlung. Auch der Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Verhältnis und Krankheitseinsicht erwies sich als hochsignifikant. Diese signifikanten Ergebnisse fügen sich in die zum Thema bestehende Literatur ein.

Als letzten Aspekt konnte noch durch einen Boxplot gezeigt werden, dass ältere Patienten eher eine gute Compliance haben. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und der Compliance ($p=0,023$). Bei der Krankheitseinsichtigkeit in Abhängigkeit vom Alter der Patienten ließen sich keine großen Unterschiede feststellen, ebenso konnte sich auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen bestätigen.

Zusammenfassend konnten in dieser Arbeit keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Compliance und Krankheitseinsicht einerseits und belastenden Lebensereignissen wie „Broken home“, Life-events und Suchtproblematik andererseits gefunden werden. In weiteren Untersuchungen sollte daher der Frage nachgegangen werden, inwiefern nicht doch biologisch bedingten Vulnerabilitätsfaktoren in Form von kognitiven Beeinträchtigungen eine entscheidende Funktion bei der Ausdifferenzierung von Krankheitseinsicht und Compliance beikommt. In der zur Zeit an der Indexklinik durchgeführten und von der DFG geförderten COGPIP-Studie (Pitschel-Walz, Bäuml, Froböse, Gsottschneider, Kraemer, Jahn, 2007) wird der Beantwortung dieser Frage gezielt nachgegangen. Erste Ergebnisse weisen daraufhin, dass eine signifikante Wechselwirkung zwischen kognitivem Status und der Verbesserung der Krankheitseinsicht während des

Indexaufenthaltes mit Psychoedukation und kognitivem Training festzustellen ist (Bäumel et al. 2008).

Unsere Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass es lohnenswert sein könnte, Modelle zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses weiter zu vertiefen. Ebenso sollten Konzepte zur Coping-Verbesserung bei den Patienten systematisch ausgebaut und in die Routinebehandlung implementiert werden. Dadurch könnte am ehesten gewährleistet werden, dass die von einer schizophrenen Erkrankung betroffenen Patienten durch behutsame und geduldige Anleitung die Chance erhalten, die Hintergründe ihrer Erkrankung zu verstehen und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen mit der notwendigen Konsequenz und Ausdauer beizubehalten. Dadurch ließe sich ein tatsächlicher Fortschritt in der Psychosenbehandlung mit Aussicht auf eine relevante Verbesserung der Langzeitprognose erzielen.

7. Literaturverzeichnis

- Amador, X.F, Strauss, D.H., Yale, S.A., Gorman, J.M. (1991): Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 17, pp. 113-132
- Amato, P.R. (1993): Childrens adjustment to divorce: Theories, hypotheses and empirical support. *Journal of Marriage and the family*, 55, 23-38
- Anderson, C.M, Hogarty, GE, Reiss DJ.: Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophr Bull* Vol.6 No.3 (1980) 490-505
- Antonovsky A.: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* 1997. Tübingen: dgvt
- Bäuml, J. et al (2008) in Vorbereitung ; Psychoedukation und Krankheitseinsicht bei schizophren erkrankten Patienten: Wechselwirkung zwischen Kognition und Wissenszuwachs
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R.R., Kissling, W. (2007) Psychoedukation in Schizophrenia: Rehospitalisation and Hospital Days- 7 Year Follow-Up of Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*; 68: 854-861
- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G. (2006) Psychoedukation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*; Vol. 32 no S1 pp.S1-S9
- Bäuml J (2006) Psychoedukation aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Psychiatrische Praxis*; 33: 379-382
- Bäuml J, Pitschel-Walz G (2005) Psychoedukation bei schizophrenen Patienten mit Denkstörungen: Förderung von Krankheitsverständnis und Compliance-Ergebnisse
- Bäuml J, Pitschel-Walz G (2003) Psychoedukation in der Behandlung von Depressionen. *Hausarzt Kolleg Neurologie Psychiatrie*; 1: 56-59
- Bäuml J, Kraemer S (2002) Kombinationsbehandlung aus Medikation, Psychoedukation und kognitiver Verhaltenstherapie bei Patienten mit einer schizophrenen Psychose. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*; 34 (4): 739-766
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Kissling, W.: Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen: Spezifische Auswirkungen eines bifokalen Ansatzes auf Krankheitsbewältigung und Rezidivraten im 4-Jahreszeitraum. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. In: „Die Behandlung schizophrener Menschen. Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit“ Dittmar, V., Klein H.E., Schön, D.(Hrsg.). S. Roderer Verlag, Regensburg (1997b) 169-195

- Bäumli, J., Kissling, W., Pitschel-Walz, G.: Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen: Spezifische Auswirkungen eines bifokalen Ansatzes auf Krankheitsbewältigung und Rezidivraten im 4-Jahreszeitraum. Gfts-Jahreskongreßband (1996b) 8-18
- Basan, A., Pitschel-Walz, G., Bäumli, J.: Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung. Fortschr Neurol Psychiat 2000, 68: 537-545
- Bender, D., Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto-versus pathogenetische Ansätze In: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits-oder Krankheitstheorie? Saluto-versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer-Verlag, 17-145
- Bleuler, E.: Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke 1911. Reprint: Mit einem Vorwort von Manfred Bleuler: Tübingen: Archiv der Edition Diskord 1988
- Bosch, van den, R.J., Rombouts, R.P., (1997): Coping and cognition in schizophrenia and depression. Compr. Psychiatry 38, 341-344
- Bowlby, J.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. 1975. München: Kindler
- Bowlby, J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. 1973. München: Kindler
- Bowlby, J.: Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. 1976. München: Kindler
- Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M.: Influence of family life on the course of Schizophrenic illness. Brit.J. of Prevention and Social Medicine 1962; 16:55-68
- Byerly, M., Fisher, R., Rush, A.J.: A comparison of clinician vs electronic monitoring of anti-psychotic adherence in schizophrenia [poster]. Presented at the 41st annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; Dec 8-12, 2002; San Juan, Puerto Rico
- Castle DJ, Ames FR. Cannabis and the brain. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1996; 30: 179-183
- Cattapan-Ludewig, K., Ludewig, S., Jaquenoud Sirot, E., Etzenberger, M., Hasler, F.: Warum rauchen Schizophreniepatienten? Nervenarzt 2005, 76, 287-294
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. : Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? Soc Sci Med 1997; 44: 681-692
- Cleghorn, JM, Kaplan, RD, Szechtman, B., Szechtman, H., Brown, GM, Franco, S.: Substance abuse and schizophrenia: effect on symptoms but not on neurocognitive function. J Clin Psychiatry, 1991 Jan; 52 (1): 26-30
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anikumar, A.P., Aasen, I., Kuipers, E., Kumari, V. (2007) Insight, distress and coping styles in schizophrenia. Schizophrenia Research; 94, issues 1-3, pp 12-22

- Demo, D.H. & Acock, A.C. (1996): Family structure, family process and adolescent Wellbeing. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 457-488
- Dornbusch, S.M. (1985): Single parents extended households and the control of adolescents. *Child Development*, 56, 326-341
- Dührssen, A.: Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Geneseforschung, *Z Psychosom Med*, 1984; 30: 18-42
- Egle, UT., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B., Hoffmann, S.O.: Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit-Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate, *Z Psychosom Med. Psychother*; 2002 b, 48; 411-434
- Felitti V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998): The relationship of adult health status to childhood Abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med* 14, 245-258
- Finzen A.: Schizophrenie. Die Krankheit behandeln. 5. Aufl. Psychiatrie Verlag, Bonn 2001
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., Kissling, W.: Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2382-2384
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., Kissling, W.: Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006: 114: 265-273
- Hamann, J., Mischo, C., Langer, B.: Physicians and patients involvement in relapse Prevention with antipsychotics in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1448-1450
- Hambrecht M, Häfner H. (2000): Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an Epidemiological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 34: 468-475
- Hambrecht M, Häfner H.(1996): Führen Alkohol-oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie? *Nervenarzt*; 67: 36-45
- Hilgard, J., Newman, M.: Parental loss by death in childhood as an ethiological factor among Schizophrenic and alcoholic patients compared with a non-patient community Sample. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1963, 137, 14-28
- Horan, W.P., Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Hwang, S.S., Mintz, J.: Stressful life events in recent-onset schizophrenia: reduced frequencies an altered Subjective appraisals. *Schizophrenia Research* 75 (2005) 363-374
- Hughes, JR, Hatsukami, DK, Mitchell, JE (1986): Prevalence of smoking among psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry* 143: 993-997
- Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M. (1999): "Protektive Einflussfaktoren auf jugendliches Gesundheitsverhalten." In: Kolip, P. (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim: Juventa, 41-69

- Jeste, S.D., Patterson, T.L., Palmer, B.W., Dolder, C.R., Goldman, S., Jeste, D.V. (2003): Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older Outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 49-58
- Kapman, O., Laippala, P., Väänänen J., Koivisto, E., Kiviniemi, P., Kilkkku, N., Lehtinen, K.: Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Research* 110 (2002) 39-48
- Kilcommons AM, Morrison AP.: Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 351-359
- Kissling, W.: Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 382): 16-24
- Lazarus, R.S.: *Stress and Emotion: A new Synthesis*. 1999. Springer Publishing, New York
- Linden, M.: Negative vs. positive Therapieerwartungen und Compliance vs. Non-Compliance *Psychiat. Prax.* 14 (1987) 133-136
- Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME.: Cannabis abuse and the course of recent onset Schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 273-279
- Lundquist T.: *Cognitive dysfunctions in chronic cannabis users*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International, 1995
- Milin, R.P.(1996): Comorbidity of substance abuse and psychotic disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 5, 1056-4993
- Miller, R., Mc Cormack Caponi, J., Sevy, S., Robinson, D. (2005): The Insight-Adherence-Abstinence triad: An integrated treatment focus for cannabis-using first-episode schizophrenia patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol.69, No.3, 220-236
- Mintz, A.R.: Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Res.* 61, 75-88, 2003
- Negrete, J.C., Knapp, W.P., Douglas, D.E., Smith, W.B.: Cannabis affects the severity of Schizophrenic symptoms: results of a clinical survey. *Psychol Med.* 1986 Aug; 16 (3): 515-20
- Nicholson, I.R., Neufeld, R.W.J., (1992). A dynamic vulnerability perspective on stress and Schizophrenia. *Am. J. Orthopsychiatry*, 62, 117-131
- Nuechterlein K.H. and Dawson M.E. : A heuristic vulnerability / stress model of Schizophrenic episodes: *Schizophr Bull* 1984a; 10:300
- Patterson, G. R., De Baryshe, B.D., Ramsey, E. (1989): A developmental perspective on Antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335
- Peters, U.H.: *Lexikon für Psychiatrie und Psychotherapie*, 6. Auflage, 2007, Urban & Fischer Verlag

- Pfeiffer, E., Frank, R., Lehmkuhl, U. (2001): Psychiatrische Langzeitfolgen von Kindesmiss-
handlung. Familie, Partnerschaft, Recht; 7, 282-287
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, Kraemer, S., Jahn, T.
(2007) Psychoedukation bei schizophren Erkrankten-die Münchner COGPIP-Studie(I):
Studiendesign, Stichprobe und erste klinische Verlaufsergebnisse.
Der Nervenarzt, 2007, Band 78, Suppl 2, S. 319
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. (2007) Psychotherapie bei Schizophrenien: Ergebnisse von
Metaanalysen zur Wirksamkeit. Psychiatrische Praxis; 34, Suppl 1: S.28-32
- Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W (2006) Psychoedukation
and Compliance in the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis
Information Project Study.
Journal of Clinical Psychiatry; 67: 443-452
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J.: The effect of family interventions on relapse and
rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis.
Schizophr Bull 2001; 27: 73-92
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Kissling, W. (2006) Psychoedukation in
Schizophrenia-Results of a Survey of all Psychiatric Institutions in Germany, Austria
Switzerland. Schizophrenia Bulletin; 32 (4): 765-775
- Read J., Morrison AP, Ross CA.: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature
Review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 330-350
- Remschmidt H. (1973): Psychotische Zustandsbilder bei jugendlichen Drogenkonsumenten. Med
Klinik; 67: 706-16, 781-6
- Robinson, D.G., Woerner, M.G., Alvir, J.M., Geisler, S., Koreen A., Sheitman, B. (1999):
Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or Schizoaffective
disorder. American Journal of Psychiatry, 156, 544-549
- Sameroff, AJ, Seifer, R., Baldwin, A., Baldwin, C. (1993): Stability of intelligence from Preschool
to adolescence: The influence of social and family risk factors. Child Dev; 64: 80-97
- Schwartz, D., Wang, M., Zeitz, L.: Mediation errors made by elderly, chronically ill patients. Am.
J. Publ. Health 52 (1962) 2018-2029
- Schwarz, B. (1999): Die Entwicklung Jugendlicher in Scheidungsfamilien. Weinheim: Psychologie
Verlags Union
- Sellwood, W., Tarrier, N., Quinn, J., Barrowclough, C.: The family and compliance In
schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed
emotion. Psychological Medicine, 2003, 33, 91-96
- Seneca LA: Epistula L, in Loretto F [Hrsg.] Epistulae morales ad Lucilium, Liber V, 1988, 48-53,
Stuttgart

- Smetana, J. G. (1993): Conceptions of parental authority in divorced and married mothers and their adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 19-39
- Soyka M., Albus M., Kathmann N.: Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993; 242: 362-372
- Stoudemire, A., Thompson, T.L.: Medication noncompliance: systematic approaches to Evaluation and intervention. *Gen. Hosp. Psychiat.* 5 (1983) 233-239
- Wallerstein, J.S., Kelly, J.B. (1980): *Surviving the breakup- How children and parents cope With divorce*, New York, NY: Basic Books
- Weiss, KA., Smith, E., Hull, J.W., Piper A.C., Huppert, J.D.: Predictors of Risk of Nonadherence in outpatients with Schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 28, No.2, 2002
- Wilder-Willis, K.E., Shear, P.K., Steffen, J.J., Borkin, J. (2002): The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia *Schizophrenia Research*, 55, 259-267
- Zubin, J., (1986). Implications of the vulnerability model for DSM-IV with special reference to schizophrenia: A further investigation. *J. Abnorm. Psychol.*, 82, 189-199

8. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Altersstruktur der Patienten	16
Abb. 2:	Alter des Patientenkollektivs bei Diagnosestellung	17
Abb. 3:	Häufigkeit der stationären Aufenthalte (inklusive Indexaufenthalt)	18
Abb. 4:	Insgesamte Dauer aller Hospitalisationen in Monaten	18
Abb. 5:	Familienstand des Patientenkollektivs	19
Abb. 6:	Derzeitige berufliche Situation der Patienten	20
Abb. 7:	Beurteilung des CGI (Clinical Global Impression) durch den behandelnden Arzt	27
Abb. 8:	Beurteilung der Krankheitseinsicht nach Amador (2003) bei Aufnahme des Patienten durch den behandelnden Arzt	28
Abb. 9:	Beurteilung der Compliance durch den behandelnden Arzt zu Beginn der Behandlung	28
Abb. 10:	Einschätzung der allgemeinen Coping-Defizite durch den behandelnden Arzt	29
Abb. 11:	Einschätzung des familiären Klimas durch den behandelnden Arzt zu Beginn der Behandlung	30
Abb. 12:	Einschätzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu Beginn der Behandlung	30
Abb. 13:	Erstkontakt bei der stationären Behandlung	36
Abb. 14:	Boxplot der Compliance bei Aufnahme in Abhängigkeit vom Alter der Patienten	37
Abb. 15:	Boxplot der Krankheitseinsicht bei Indexaufnahme in Abhängigkeit vom Alter der Patienten	38

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Geschlecht und Alter	16
Tabelle 2:	Hauptdiagnosen	17
Tabelle 3:	Schulabschluss der Patienten	19
Tabelle 4:	Aktuelle Wohnsituation der Patienten	20
Tabelle 5:	„Broken home“-Situationen: Kleinkindalter bis zum 6. Lebensjahr, Kindheit vom 7. bis 14. Lebensjahr, Adoleszenz vom 15. bis 18. Lebensjahr	21
Tabelle 6:	„Broken home“-Situationen: Vergleich der Patientenstichprobe mit den Werten der Allgemeinbevölkerung in Bayern	21
Tabelle 7:	Auflistung von Life-events des Patientenkollektivs im Vergleich zur Normalbevölkerung in Bayern	23
Tabelle 8:	Sexueller Missbrauch in Abhängigkeit vom Geschlecht	24
Tabelle 9:	Nikotinabusus beim Patientenkollektiv im Vergleich zur Normalbevölkerung in Deutschland	24
Tabelle 10:	Alkoholkonsum beim Patientenkollektiv	25
Tabelle 11:	Cannabiserfahrung beim Patientenkollektiv im Vergleich zur Normalbevölkerung in Deutschland	25
Tabelle 12:	Art des Substanzabusus in der Gesamtgruppe (n=100)	26
Tabelle 13:	Suchterkrankungen in der Familie der Patienten (n=100)	26
Tabelle 14:	Schizophrenieerkrankungen in der Familie der Patienten (n=100)	26
Tabelle 15:	Zusammenhang „Broken home“-Situation und Compliance bei Aufnahme	31
Tabelle 16:	Zusammenhang „Broken home“-Situation und Krankheitseinsicht nach Amador	31
Tabelle 17:	Zusammenhang Compliance und Life-events (n=89)	32
Tabelle 18:	Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Life-events (n=98)	32
Tabelle 19:	Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Compliance bei Aufnahme (n=87)	33
Tabelle 20:	Zusammenhang zwischen Coping-Defiziten und Krankheitseinsicht bei Aufnahme (n=94)	33
Tabelle 21:	Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Compliance	34
Tabelle 22:	Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Krankheitseinsicht	34
Tabelle 23:	Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und Compliance (n=89)	35
Tabelle 24:	Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und Krankheitseinsicht (n=98)	35
Tabelle 25:	Zusammenhang zwischen Arzt-Patienten-Verhältnis bei Erstmanifestation und der Compliance beim Indexaufenthalt (n=88)	36
Tabelle 26:	Zusammenhang zwischen dem Arzt-Patienten-Verhältnis während der Erstmanifestation und der Krankheitseinsicht bei der Indexbehandlung (n=97)	37

10. Danksagung

Herrn Prof. Dr. H. Förstl danke ich für die Möglichkeit dieser Dissertation an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. J. Bäuml für die Überlassung des Themas und die exzellente Betreuung.

Ebenso möchte ich mich bei Frau Dr. G. Pitschel-Walz für die großartige Unterstützung sehr bedanken.

Mein Dank gilt des Weiteren den Teams der Stationen 7/1, 7/2, 7/3 und 9/2 der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München für die gute Kooperation.

Meinen Eltern, meinen Freunden, insbesondere Frau K. Kilchert, Frau L. Essinger, Herrn V. Vöth, Herrn Dr. H. M. Bender und Herrn A. Fischer danke ich für Ratschläge und Diskussionen während der Fertigstellung dieser Arbeit.

11. Anhang

Kopien des verwendeten Erfassungsbogens und des Arztfragebogens

1. Patientenerfassungsbogen (Seite 60 bis 70)
2. Arztfragebogen (Befund- und Verlaufsdokumentation) (Seite 71 bis 78)

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar
Direktor: Professor Dr. H. Förstl**

Dr. J. Bäuml
Leitender Oberarzt der Klinik

**Lebensgeschichte und die Einstellung zur eigenen Erkrankung und
Behandlung**

Patienten-Nummer:

Initialen: w/m
(Vor-und Nachname)

Geburtsdatum:

Aufnahmedatum:.....

Untersuchungsdatum:.....

A) Aufnahmesituation: freiwillig unfreiwillig

	Patient selbst	Angehörige	Hausarzt	Nervenarzt	Polizei	Andere
-notfallmäßig						
-angemeldet						

B) Kurzbiographie:

Alter:..... **Beruf:**.....

Nationalität:

Konfession:

Vater: Alter:..... Beruf:.....

Mutter: Alter:..... Beruf:.....

Geschwister: Anzahl:.....

Mädchen:..... Buben:.....

Stiefgeschwister:.....

Geschwisterreihe:.....

Zwilling:

1. Familiäre Situation/ "Brokenhome?"

	Kleinkind 0-6 Jahre	Schulkind 7-14 Jahre	Adoleszenz 15-18 Jahre	Erwachsenenalter 18 bis dato	In den letzten 6 Monaten
Aufgewachsen / lebt in intakter Familie					
Aufgewachsen/ lebt bei einem Elternteil					
Aufgewachsen/ lebt bei Großeltern					
Aufgewachsen/ lebt bei Verwandten					
Aufgewachsen/ lebt bei Pflegeeltern					
Aufgewachsen/ lebt im Heim/ Internat/therapeut. WG					
Lebt alleine					
Lebt zusammen mit Ehemann/Ehefrau Partner/Partnerin					
Lebt in WG					
Sonstiges					

2. Wie empfanden Sie das familiäre Klima oder die Betreuungssituation während Ihrer gesamten Kindes- und Jugendzeit?

- beschützend, stabilisierend
 stabilisierend, zum Teil auch problematisch
 überwiegend problematisch, wenig stabilisierend
 destabilisierend

3. Höchster erworbener Schulabschluß

- Abitur
 Fachabitur
 Mittlere Reife
 Hauptschulabschluß
 Sonderschule
 kein Abschluß

4. Berufsausbildung

- Derzeit noch in Ausbildung:** Lehre Meister Fachschule Studium
- Abgebrochene Ausbildung:** Lehre Meister Fachschule Studium
- Abgeschlossene Ausbildung:** Lehre Meister Fachschule Studium

5. Aktuelle berufliche Situation

- arbeitslos
- zweiter Arbeitsmarkt
- Job
- Teilzeit
- Vollzeit
- Hausfrau/ -mann
- noch in der Ausbildung
- in Rente

6. Finanzielle Situation

	Kleinkind 0-6 Jahre	Schulkind 7-14 Jahre	Adoleszenz 15-18 Jahre	Erwachsenen- alter	Letzten 6 Monate
Sehr gut					
Eher gut					
Eher schlecht					
Schlecht					

7. Familienstand

- ledig Partnerbeziehung verheiratet (Seit wann?.....)
- getrennt lebend geschieden verwitwet
- Z.n. aktueller Partnertrennung
- Sonstiges

8. Eigene Kinder

- keine
- sind vorhanden:.....
- Tochter/ Töchter: Anzahl:.....Alter:.....
- Sohn/ Söhne: Anzahl:.....Alter:.....
- leben bei der /dem Patientin/Patienten
- leben nicht bei der/dem Patientin/Patienten
- Kontakt zu allen vorhanden
- kein Kontakt vorhanden
- Kontakt zu:.....
- Besonderes:.....

9. Aktuelle Wohnsituation

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alleine | <input type="checkbox"/> Mit dem Partner | <input type="checkbox"/> Zusammen mit den eigenen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Bei den Eltern | <input type="checkbox"/> WG | <input type="checkbox"/> Therapeutische WG |
| <input type="checkbox"/> Bei der Mutter | <input type="checkbox"/> Bei den Großeltern | <input type="checkbox"/> Obdachlos |
| <input type="checkbox"/> Bei dem Vater | <input type="checkbox"/> Heim | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

10. Partnerbeziehung

Erste Partnerschaft: Alter:.....Dauer:.....

- Sie haben eher langfristige, stabile Partnerschaften
- Sie haben häufig wechselnde Partnerschaften
- Sie haben nur gelegentlich Partnerbeziehungen
- Sie sind noch in der ersten Beziehung
- Sie hatten noch nie einen Partner

11. Wie empfinden/ empfanden Sie die Beziehung zu Ihrem derzeitigen bzw. letzten Partner?

- Meistens bin/ war ich glücklich
- Meine Stimmung geht/ ging immer auf und ab
- Ich bin/ war meistens unglücklich und belastet

C.) Frühkindliche Entwicklung und Pubertät

1. Ihre Geburt

unauffällig

unbekannt

Geburtskomplikationen

z.B.: Sectio caesarea:

Notkaiserschnitt

geplanter Kaiserschnitt

keine Angabe

Forzepsextraktion (Zangenentbindung)

Vakuumentraktion (Sauglockenentbindung)

Nabelschnurumschlingung

2. Kleinkindalter

Entwicklungsverzögerungen Welcher Art?.....

Auffälligkeiten wie z.B.

Enuresis

Enkopresis

Nägelkauen

Trichotillomanie

Daumenlutschen, wenn älter als 3 Jahre

keine Auffälligkeiten bekannt

Sonstiges

D.) Somatische/ Seelische Beschwerden/Krankheitsvorgeschichte

	Kleinkind 0-6 Jahre	Schulkind 7-14 Jahre	Adoleszenz 15-18 Jahre	Erwachsenenalter	Die letzten 6 Monate
Schwere Krankheiten (Epilepsie, Meningitis, Enzephalitis)					
Grössere Operationen					
Unfälle (z.B. SHT) mit Bewußtlosigkeit					
Unfälle ohne Bewußtlosigkeit					
Sonstiges an somatischen Beschwerden					

Seelische Beschwerden, mit denen Sie in Behandlung waren und/oder die Sie stark belastet haben

	Kleinkind 0-6 Jahre	Schulkind 7-14 Jahre	Adoleszenz 15-18 Jahre	Erwachsenenalter	In den letzten 6 Monaten
Essstörungen					
Ängste/ Phobien					
Hyperaktivität					
Sonstiges					

1.Life-events

	Kleinkind 0-6 Jahre	Schulkind 7-14 Jahre	Adoleszenz 15-18 Jahre	Erwachsenenalter	In den letzten 6 Monaten
Tod eines nahen Angehörigen/ Freundes					
Suizid eines nahen Angehörigen/ Freundes					
Schwere Erkrankung eines Familien- mitglieds/ Freundes					
Scheidung der Eltern					
Kriminelle Straftaten					
Gefängnisaufenthalt					
Sexuelle Belästigung					
Schwangerschaft- abbruch					
Ungewollter Abort/ Fehlgeburt					
Eheschließung/en					
Kinder					
Schwerwiegender Streit mit einer nahe- stehenden Person					
Finanzielle Notlage					
Ortswechsel					
Längerer Auslands- aufenthalt/e					
Wechsel der Ausbildungsstätte, des Studienfachs, des Arbeitsplatzes					
Veränderung der Positon am Arbeits- platz					
Beendigung einer Partnerschaft					
Beendigung einer engen Freundschaft					
Sonstiges					

2. Suchtanamnese:

Eigene Suchtanamnese:

	Kleinkind 0-6 Jahre	Schulkind 7-14 Jahre	Adoleszenz 15-18 Jahre	Erwachsenenalter	Letzten 6 Monate
Nikotin					
Alkohol					
<u>Drogen</u> z.B. Cannabis					
LSD					
Ecstasy					
Kokain					
Crack					
Heroin					
Amphetamine					
<u>Medikamente</u> z.B. Benzo- diazepine					
Analgetika					
Sonstiges					

Illegale Drogen:

- 1= nie probiert
 2= nur ausprobiert
 3= gelegentlich konsumiert
 4= regelmäßig konsumiert

Legale Drogen:

- 1= nie probiert
 2= normaler Konsum
 (Frauen 20g/d, Männer 60g/d)
 3= Missbrauch
 (Gelegentliche Überdosierung)
 4= Abusus
 5= nur ausprobiert

Erfolgte bei Ihnen eine Behandlung der Suchterkrankung?

- Nein
 ambulant
 stationär

3. Suizidalität/ Autoaggressionen

	Noch nie	Einmal	2-5 mal	> 5 mal	Wann zuletzt?	Methode
Suizidgedanken						
Bereits gescheiterte Suizidversuche						
Selbstverletzungen						

E) Spirituelle Grundhaltung

1. Welche Rolle spielt der religiöse Glaube in Ihrem Leben?

	Kindesalter (bis 14.Lj.)	Jugendalter (bis 18.Lj.)	Erwachsenenalter	Letzten 6 Monate
Sehr wichtig				
Wichtig				
Etwas wichtig				
Gar nicht wichtig				

2. Wie engagiert waren/ sind Sie im religiösen Bereich?

	Kindesalter (bis 14. Lj.)	Jugendalter (bis 18. Lj.)	Erwachsenenalter	In den letzten 6 Monaten
Sehr engagiert				
Etwas engagiert				
Gar nicht engagiert				

3. In welchem Ausmaß nahmen/ nehmen Sie esoterische Interessen wahr? (Astrologie, Horoskop, Mondkalender, Kartenlegen, Wahrsagerin, Schamane, Klangspiel, Heilsteine, Reinkarnation, Karma, Rituale, Yoga,...)

	Kindesalter (bis 14. Lj.)	Jugendalter (bis 18. Lj.)	Erwachsenenalter	In den letzten 6 Monaten
Sehr oft				
Oft				
Manchmal				
Gar nicht				

F) Zur Krankheitskonzept-Bildung

1. Erkrankungen in der Familie

	Behinderungen	F20.- Schizophrenie	F00.- Hirnerg. Erkrankung (z.B. Alzheimer)	F10.- Sucht- erkrankungen	F30.- Affektive Erkrankungen (Depression)	F40.-F60.- Persönlichkeitsstörungen/ Verhaltens- u. Erlebnis- störungen (Ängste, Phobien, Zwangsstörungen, Essstörungen)
<u>Großmutter</u> mütterlicherseits ----- väterlicherseits	-----	-----	-----	-----	-----	-----
<u>Großvater</u> mütterlicherseits ----- väterlicherseits	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Mutter						
Vater						
Geschwister						
<u>Verwandte</u> mütterlicherseits ----- väterlicherseits	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1= unauffällig

2= Verdacht auf

3= ambulante Behandlung

4= stationäre Behandlung

5= keine Angabe möglich

2. Bewältigungsstil bei Krankheiten

	Großmutter mütterl. / väterl.		Großvater mütterl./ väterl.		Mutter	Vater	Geschwister	Sie selbst
Ängstliches Verhalten, hypochondrisch , sofort zum Arzt								
Gelassenes Verhalten, nur bei ernsten Situationen zum Arzt								
Nur bei stärksten Beschwerden zum Arzt								

3. Therapieverhalten

Auf welche Art von Behandlung legen Sie wert?

- Schulmedizin
- Schulmedizin, ergänzend Naturheilverfahren/Homöopathie
- zuerst Naturheilverfahren, nur wenn kein Therapieerfolg, dann Schulmedizin
- ausschließlich Naturheilverfahren/ Homöopathie

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 der Technischen Universität München Klinikum rechts der Isar
 Direktor: Professor Dr. H. Förstl

Dr. J. Bäuml
 Leitender Oberarzt

Klinik u. Poliklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie d. Technischen
 Universität München, Ismaninger Straße 22 81675 München

Ismaninger Straße 22
 81675 München
 Fernsprecher (0 89) 41 40 – 4205/-4206
 Telefax (0 89) 41 40 - 4245

Unser Zeichen: bäu/kai
 (bitte stets angeben)

02.06.03

Befund- und Verlaufsdokumentation

Lebensgeschichte und die Einstellung zur eigenen Erkrankung und Behandlung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die nachfolgenden Fragen sollen bitte bei Aufnahme und Entlassung bearbeitet werden. Zur Beurteilung soll in der Regel jeweils ein mindestens 1-wöchiges Beobachtungsintervall herangezogen werden, sofern keine andere zeitliche Begrenzung vorgegeben wird. Bei nicht zeitlich begrenzten Parametern bitte jeweils eine Globaleinschätzung vornehmen.

Patienten-Nr.:

Initialen: (Vor-und Nachname)

Geburtsdatum:

Aufnahmerating:

Datum:

Station:

Arzt:

Entlassungsrating:

Datum:

Station:

Arzt:

<i>Aufnahmemodus</i>		<i>Entlassungsmodus</i>	
1. freiwillig, Patient selbst		1. reguläre Entlassung/Verlegung	
2. freiwillig, durch Intervention der Angehörigen		2. vorzeitige Entlassung	
3. Über Hausarzt		3. Entlassung auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat	
4. Über Nervenarzt		4. irregulärer Behandlungsabbruch	
5. Per Polizei/UG			
6. Anderes			

Diagnose:	Aufnahme	Entlassung
F 20.0 (paranoid-halluzinatorisch)		
F 20.1 (hebephren)		
F 20.2 (kataton)		
F 20.3 (undiff.)		
F 20.4 (postschiz.depr.)		
F 20.5 (Residuum)		
F 20.6 (Simplex)		
F 20.8 (Sonstiges)		
F 20.9 (Nicht näher bez.)		
F 21 (Schizotype Störung)		
F 22 (Anhaltende wahnhafte Störung)		
F 23 (Akut vorübergehende psychot. St.)		
F 24 (Induzierte wahnhafte Störung)		
F 25 (Schizoaffektiv)		
F 25.0 (Schizoman)		
F 25.1 (Schizodepressiv)		
F 25.2 (Gemischt schizoaffektiv)		
F 25.8 (Sonstig schizoaffektiv)		
F 25.9 (nicht näher bez., schizoaffektiv)		
Zweitdiagnose:		
F 0 (Organische/symptomatische psych. Störungen)		
F 1 (Substanz-induzierte Störungen)		
F 3 (Affektive Störungen)		
F 30 (Manisch)		
F 31 (Bipolar)		
F 32 (Depressive Episode)		
F 33 (Rezidivierende depressive Störung)		
F 34 (Anhaltende affektive Störung/Dysthymie)		
F 38 (Sonstige affektive Störung)		
F 39 (Nicht näher bezeichnete affektive Störung)		
F 4 (Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen)		
F 40 (Phobien)		
F 41 (Angststörungen)		
F 42 (Zwangsstörungen)		
F 43 (Anpassungsstörungen)		
F 44 (Dissoziative Störungen)		
F 45 (Somatoforme Störungen)		
F 48 (Sonstige neurotische Störungen)		
F 48.0 (Neuasthenie)		
F 5 (Verhaltensauffälligk. i. Verbindung mit körperl. Stör.)		
F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)		
F 7 (Intelligenzminderung)		
F 8/F 9 (Entwicklungsstörungen)		

Ambulante / komplementäre Behandlungssituation	Letzte 6 Monate vor der Aufnahme	Bei Entlassung geplant für die nächsten 6 Monate
Psychiater		
Ambulante Psychotherapie		
Tagesklinik		
Tagesstätte		
SPDi		
Therapeutische WG		
Werkstätte		
Sonstiges		

Problembereiche:		Aufnahme	Entlassung
Wohnung	Skalierung I: 1. Keine Probleme 2. Leichte Probleme 3. Deutliche Probleme 4. Sehr erhebliche Probleme		
Arbeit			
Finanzen			
Freizeit			
Beziehungen			
Sonstiges			

Medikation:	Aufnahme	Entlassung
NL		
MS		
AD		
BZD		
Sonstiges		

		Aufnahme	Entlassung
<i>CGI: Global, aktuelle Erkrankungsepisode</i>			
<i>CGI: Global, letzte 10 Jahre (falls Erstmanifestation: Ø):</i>		-----	-----
CGI Nebenwirkungen	0: nicht beurteilbar 1: gar nicht vorhanden 2: Grenzfall 3: Leicht 4: Mäßig 5: Deutlich 6: Schwer 7. Extrem schwer	-----	-----
- EPMS			
- Vegetativ			
- Sonstiges			
Zielsymptome:			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Vulnerabilitäts-Stress-Profil:	Gesamturteil
Vulnerabilität	
- Genetisch	1: keinerlei Hinweis 2: einige Hinweise 3: deutliche Hinweise 4: sehr starke Hinweise 5: nicht beurteilbar
- Somatisch	
- Lebensgeschichte	
Stressoren	
- Coping-Defizite (ganz allgemein)	
- Interaktionsprobleme mit anderen (letzte 6 Monate)	
- Life-events (letzte 6 Monate)	

		Aufnahme	Entlassung
Krankheitseinsicht (Nach Amador 1994):	1: nicht relevant 2: krankheitseinsichtig 3: etwas krankheitseinsichtig 4: äußerst uneinsichtig		
Fehlende Krankheitseinsicht (Nach AMDP):	1: nicht vorhanden 2: leicht 3: mittel 4: schwer 5: keine Angaben/nicht beurteilbar		

Compliance:	Zum Zeitpunkt der Aufnahme	Zum Zeitpunkt der Entlassung
Globale Einschätzung (medikamentös + nicht medikamentös)		
medikamentös		
Schlafentzug	X	
Lichttherapie		
Physiotherapeutische Maßnahmen		
KT		
BT		
AT		
PIP-Gruppe		
DIP-Gruppe		
Entspannungstraining		
Rollenspielgruppe		
KVT		
DBT		
Stationsdisziplin		
Kooperation mit Pflegepersonal		
Beachtung der Ausgangsregelung		
Sonstiges		

1: sehr gut (ganz regelmäßig)
2: gut (1-2 mal wöchentlich nicht (teil-) genommen)
3: mäßig (3 mal und öfter pro Woche nicht (teil-)genommen)
4: schlecht (die ganze Woche über Verweigerung der Behandlung)
5: nicht beurteilbar (bei mehrwöchigen Beobachtungszeiträumen Entsprechende Interpolation der Einschätzung)

	Aufnahme	Entlassung
Qualität der Arzt-/Patientenbeziehung		

- 1: sehr gut, keine Probleme
- 2: gut, nur gelegentlich Probleme
- 3: mäßig, häufig Probleme
- 4: schlecht, fast ständig Probleme, andauernd gespannte Beziehung
- 5: nicht beurteilbar

	Aufnahme	Entlassung
Selbstkompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung		

- 1: sehr gut
- 2: gut
- 3: mäßig
- 4: schlecht
- 5: nicht beurteilbar

Angehörige		Aufnahme	Entlassung
	1: sehr gut		
	2: gut		
	3: mäßig		
	4: schlecht		
	5: nicht beurteilbar		
	6: kein Kontakt zu den Angehörigen		
Familiäres Klima, ganz allgemein			
Qualität der Patient-/Angehörigenbeziehung:		-----	-----
- Key-Relative			
- Andere Angehörige			
Protektives Potential der Angehörigen:		-----	-----
- Key-Relativ			
- Andere Angehörige			
Qualität der Kooperation zwischen Angehörigen und Behandlern:		-----	-----
- Key-Relativ			
- Andere Angehörige			

Hilfsbedürftigkeit der Angehörigen:	Aufnahme	Entlassung
- Key-Relativ		
- Andere Angehörige		

- 1: keine
2: etwas
3: deutlich
4: behandlungsbedürftig (F: ...)
5: nicht beurteilbar

Effizienz der bisherigen Behandlungsmaßnahmen	Bei Entlassung
Global Urteile	
Neuroleptische Medikation	
Moodstabilizer	
Antidepressiva	
Sonstige Medikation	
Schlafentzug	
Lichttherapie	
EKT	
Psychotherapeutische Maßnahmen:	
KT	
BT	
AT	
Sonstiges	

<i>Stationärer Behandlungsverlauf</i>	Während des stat. Aufenthalts
global	
Selbstverletzungen	
Suizidversuche	1: sehr gut, keinerlei Probleme 2: leichte Probleme 3: mäßig, deutliche Probleme 4: schlecht, erhebliche Probleme 5: nicht beurteilbar
Weglaufverhalten	
Drogengebrauch	
Unfälle	
Besondere Vorkommnisse	
Sonstiges	

	Bei Entlassung
Grad der Remission	

- 1: Vollremission
- 2: Weitgehende Remission
- 3: Lediglich Teilremission
- 4: Keinerlei Besserung
- 5: Verschlechterung
- 6: Nicht beurteilbar

	Bei Entlassung
Rezidivprophylaxe:	
Neuroleptika	
Moodstabilizer	
Antidepressiva	
Sonstiges	

- 1: gar nicht indiziert
- 2: 1-2 Jahre
- 3: 3-5 Jahre
- 4: mehr als 5 Jahre
- 5: nicht beurteilbar

Einschätzung des Wiederaufnahmerisikos zum Zeitpunkt der Entlassung:		Entlassung
Für das 1. Jahr		
Für das 2. Jahr		
Für das 3.-5. Jahr		
Für das 6. Jahr und länger		

- 1: gar nicht
- 2: sehr gering (1-20 %)
- 3: gering (21-40 %)
- 4: deutlich (41-70 %)
- 5: sehr groß (71-100)
- 6: nicht beurteilbar

Sonstige Bemerkungen zum Behandlungsverlauf, zur Krankheitseinsicht, zur Compliance, zur Effizienz der Behandlung, zur Prognose, zum Verhältnis zu den Angehörigen etc.: