

Aus der Psychiatrischen Klinik
des Universitätskrankenhauses Eppendorf

Direktor : Prof. Dr. med. D. Naber

**Einfluß der Partnerschaft auf den Erkrankungsverlauf bei
Doppeldiagnose-Patienten**

D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich der Universität Hamburg
vorgelegt von

Sabine Fieger-Bergmann
aus
Hamburg

Hamburg, 2000

Angenommen vom Fachbereich der Medizin
der Universität Hamburg am: *20.02.2001*

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: *Prof. Dr. H.-P. Leichtweiß*

Referent: *Prof. Dr. M. Krausz*

Korreferent: *Prof. Dr. D. Naber*

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	14
2. STAND DER LITERATUR.....	17
2.1. Die Sozialen Kernvariablen	17
2.1.1. Die Zahl der Ehen der psychiatrisch erkrankten Patienten	17
2.1.2. Zivilstand und Diagnose	18
2.1.3. Geschlecht und Diagnose.....	19
2.1.4. Die Scheidungsrate	19
2.1.5. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ersterkrankungsalter	20
2.1.6. Zivilstand und Alter	22
2.1.7. Die Kinder der schizophrenen Patienten.....	23
2.2. Die soziale Anpassung der Patienten, die in einer Partnerschaft leben	25
2.2.1. Das Bewältigungsverhalten	25
2.2.1.1. Die Compliance	25
2.2.1.1.1. Die Medikamenteneinnahme	25
2.2.1.1.2. Klinikaufnahme und Geschlecht.....	25
2.2.1.2. Die Inanspruchnahme von Hilfe	25
2.2.1.2.1. Der Substanzabusus und die Inanspruchnahme von Hilfe	25
2.2.2. Die aktuelle Adaptation	26
2.2.2.1. Das Berufsleben.....	26
2.2.2.1.5. Die Einnahmequelle.....	26
2.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf?.....	26
2.2.2.3. Die Suizidalität.....	26
2.2.2.3.1. Die Suizidversuche	26
2.2.2.3.4. Familienstand und Suizid.....	27
2.2.3. Die prämorbidie Persönlichkeit	28
2.2.3.1. Die Rolle der Schulbildung.....	28
2.2.3.4. Die berufliche Ausbildung.....	28
2.3. Der Suchtmittelkonsum.....	28
2.3.1. Die Zahl der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus	28
2.3.2. Die Rückfälligkeit in den Alkoholismus bzw. Trockenphasen.....	29
2.3.3. Das Hauptsuchtmittel.....	30
2.3.4. Das Erstalter, in dem der Suchtmittelkonsum begann	31
2.3.5. Der Geschlechterunterschied beim Substanzmißbrauch	32
2.4. Familienstatus und Erkrankungsverlauf.....	32
2.4.1. Die stationären Behandlungen.....	32
2.4.2. Ehe und Entscheidung zum Abbruch der Behandlung	33
2.4.3. Familienstatus und Residualsyndrom	33
2.5. Erklärungsmodelle für die Geschlechterunterschiede im Familienstatus	34
3. HYPOTHESEN	38
4. METHODIK DER UNTERSUCHUNG	40
4.1. Beschreibung der Studie	40
4.2. Die diagnostischen Kriterien.....	40

4.3. Die Untersuchungsgruppen	40
4.3.1. Das Alter der untersuchten Patienten.....	42
4.3.2. Die Geschlechterverteilung.....	42
4.3.3. Der Familienstand der Patienten.....	42
4.3. Untersuchungsplan	44
4.3.1. Zeitlicher Ablauf.....	44
4.3.2. Erhebungsorte in Hamburg.....	44
4.4. Beschreibung des Erhebungsinstrumentariums	44
4.4.1. Instrumente zur Einschätzung der Psychopathologie	45
4.4.1.1. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	45
4.4.1.2. Paranoid-Depressivitäts-Skala (PDS)	45
4.4.1.3. Frankfurter Beschwerdefragebogen.....	46
4.4.1.4. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).....	46
4.4.1.5. Global Assessment of Functioning Scale (GAFS).....	47
4.4.1.6. Extrapiramidale Symptomskala (EPS).....	47
4.4.1.7. Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE).....	48
4.4.1.8. Münchner Alkoholismus -Test (MALT).....	48
4.4.1.9. Soziobiographisches Interview	49
4.5. Statistische Analyse.....	49
5. ERGEBNISSE	51
5.1. Die sozialen Kernvariablen unserer Patienten.....	51
5.1.1. Die Zahl der verheirateten Patienten.....	51
5.1.2. Zivilstand und Diagnose	52
5.1.3. Geschlecht und Diagnose.....	56
5.1.4. Die Scheidungsrate	57
5.1.5. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Erstaufnahmealter	59
5.1.6. Zivilstand und Alter	59
5.1.7. Die Kinder unserer Patienten	59
5.1.8. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter	60
5.1.9. Beziehung zwischen Alter und Diagnosegruppe	60
5.1.10. Erstaufnahmealter und Heirat	60
5.1.11. Erstaufnahmealter und Diagnosegruppe	60
5.1.12. Die Freunde der Patienten.....	61
5.2. Die soziale Anpassung der Patienten.....	62
5.2.1. Das Bewältigungsverhalten	62
5.2.1.1. Die Compliance	62
5.2.1.1.2. Die Medikamenteneinnahme	62
5.2.1.1.3. Der Aufnahmehodus	63
5.2.1.1.4. Der Anlaß der Klinikaufnahme.....	64
5.2.1.2. Die Inanspruchnahme von Hilfe durch unsere Patienten	64
5.2.1.2.1. Substanzabusus und die Inanspruchnahme von Hilfe.....	64
5.2.1.2.2. Der Kontakt zu einer Beratungsstelle	64
5.2.1.2.3. Die Anzahl der Beratungen.....	65
5.2.1.2.4. Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe.....	65
5.2.1.3. Die Freundschaften der Patienten	65
5.2.1.3.1. Die Anzahl der Freunde der Befragten	65
5.2.1.3.2. Freunde mit Suchtproblemen.....	65
5.2.1.3.3. Freunde mit psychiatrischen Problemen	66
5.2.2. Die aktuelle Adaptation unserer Patienten.....	66
5.2.2.1. Das Berufsleben.....	66
5.2.2.1.1. Die Probleme der Patienten im Beruf	66
5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung.....	68
5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf	70
5.2.2.1.4. Sind die Patienten in ihrem erlernten Beruf tätig?.....	71

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle unserer Patienten	71
5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme.....	73
5.2.2.1.7. Krankschreibung in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme.....	73
5.2.2.2. Die Wohnsituation unserer Patienten.....	73
5.2.2.3. Die Suizidalität der Patienten.....	75
5.2.2.3.1. Die Suizidversuche	75
5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken unserer Patienten.....	75
5.2.2.3.3. Die Suizidpläne.....	76
5.2.2.4. Die Aggressivität	76
5.2.3. Die Prämorbidie Persönlichkeit der Patienten unserer Studie.	77
5.2.3.1. Probleme in der Schulzeit	77
5.2.3.2. Die Schulbildung unserer Patienten.....	80
5.2.3.3. Probleme in der Ausbildung	81
5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Patienten.....	86
5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung vor Ausbruch der Erkrankung anhand von GAPAS.....	88
5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften	88
5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen.....	88
5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit	88
5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus und Selbständigkeit	88
5.3. Der Suchtmittelkonsum unserer Patienten.....	89
5.3.1. Die Zahl der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus	89
5.3.2. Die Rückfälligkeit in den Alkoholismus bzw. Trockenphasen.....	90
5.3.3. Das Hauptsuchtmittel.....	90
5.3.3.1. Suchtmittelaufnahme in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme.....	91
5.3.3.1.1. Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme.....	91
5.3.3.1.2. Cannabiskonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	91
5.3.3.1.3. Benzodiazepinkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	91
5.3.3.1.4. Sonstiger Konsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	91
5.3.3.1.5. Nikotinkonsum in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme	92
5.3.3.2. Das Erster, in dem der Suchtmittelkonsum begann	92
5.3.5. Der Geschlechterunterschied beim Suchtmittelkonsum	94
5.3.6. Höchstmenge, die die Patienten bis zur Untersuchung konsumiert hatten	94
5.3.7. Häufigkeit eines Rausches	95
5.3.8. Entzugssymptome	95
5.3.9. Häufigkeit eines Delirs	95
5.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für den Patienten	95
5.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums.....	96
5.4. Der Verlauf der Erkrankung unserer Patienten.....	97
5.4.1. Die stationären Behandlungen der Patienten	97
5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen.....	97
5.4.1.2. Anzahl der Monate der stationären Behandlungen	98
5.4.1.3. Dauer der stationären Behandlungen	98
5.4.1.4. Verlauf der schizophrenen Erkrankung	98
5.4.1.5. Schweregrad der Erkrankung.....	98
5.4.2. Die Fremdbeurteilung der Patienten	99
5.4.2.1. Einschätzung durch BPRS	99
5.4.2.1.1. BPRS 1: Angst und Depression	99
5.4.2.1.2. BPRS 2: Anergie.....	99
5.4.2.1.3. BPRS 3: Denkstörung	99
5.4.2.1.4. BPRS 4: Aktivierung	100
5.4.2.1.5. BPRS 5: Mißtrauen und Feindseligkeit	100
5.4.2.2. Einschätzung durch GAF.....	100
5.4.2.3. Die Beurteilung der ausgewählten Itemgruppen des SCAN.....	100
5.4.3. Die Selbsteinschätzung der Patienten	101
5.4.3.1. Die Selbsteinschätzung der Patienten durch FBF	101
5.1. Die sozialen Kernvariablen der Alkoholiker	102
5.1.6. Die Kinder der Alkoholiker	102

5.1.10. Das Erstaufnahmealter der Alkoholiker.....	102
5.2. Die Soziale Anpassung der Alkoholiker.....	102
5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der Alkoholiker.....	102
5.2.1.1. Die Compliance der Alkoholiker.....	102
5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der Alkoholiker.....	102
5.2.1.3. Die Freundschaften der Alkoholiker.....	103
5.2.1.3.3. Freunde mit psychiatrischer Problematik.....	103
5.2.2. Die aktuelle Adaptation der Alkoholiker.....	103
5.2.2.1. Das Berufsleben.....	103
5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung.....	103
5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf.....	103
5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf.....	103
5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der Alkoholiker.....	103
5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme.....	103
5.2.2.2. Die Wohnsituation der Alkoholiker.....	103
5.2.2.3. Die Suizidalität der Alkoholiker.....	103
5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken.....	103
5.2.3. Die prämorbid Persönlichkeit der Alkoholiker.....	104
5.2.3.1. Probleme in der Schulzeit.....	104
5.2.3.1. Die Schulbildung.....	104
5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung.....	104
5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Alkoholiker.....	104
5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung der Alkoholiker vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS.....	104
5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften.....	104
5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen.....	105
5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit.....	105
5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus.....	105
5.3. Der Suchtmittelkonsum der Alkoholiker.....	105
5.3.3. Hauptsuchtmittel in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme.....	105
5.3.3.1.1. Der Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme.....	105
5.3.6. Höchstmenge, die die Patienten konsumiert hatten.....	105
5.3.8. Entzugssymptome.....	105
5.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für die Alkoholiker.....	105
5.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums.....	105
5.4. Der Verlauf der Erkrankung der Alkoholiker.....	106
5.4.1. Die stationären Behandlungen der Alkoholiker.....	106
5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen.....	106
5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen.....	106
Ergebnisse der schizophrenen Patienten.....	107
5.1. Die sozialen Kernvariablen der schizophrenen Patienten.....	107
5.1.6. Die Kinder der schizophrenen Patienten.....	107
5.1.10. Das Erstaufnahmealter der schizophrenen Patienten.....	107
5.2. Die soziale Anpassung der schizophrenen Patienten.....	108
5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der schizophrenen Patienten.....	108
5.2.1.1. Die Compliance der schizophrenen Patienten.....	108
5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der schizophrenen Patienten.....	108
5.2.1.3. Die Freundschaften der schizophrenen Patienten.....	108
5.2.1.3.3. Die Freunde mit psychiatrischer Problematik.....	108
5.2.2. Die aktuelle Adaptation der schizophrenen Patienten.....	108
5.2.2.1. Das Berufsleben.....	108
5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung.....	108
5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf.....	108
5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf.....	108

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der schizophränen Patienten.....	108
5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor aktueller Aufnahme	109
5.2.2.2. Die Wohnsituation der schizophränen Patienten	109
5.2.2.3. Die Suizidalität der schizophränen Patienten.....	109
5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken	109
5.2.3. Die prämorbid Persönlichkeit der schizophränen Patienten.....	109
5.2.3.1. Die Probleme in der Schulzeit	109
5.2.3.2. Die Schulbildung	109
5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung der schizophränen Patienten.....	109
5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der schizophränen Patienten.....	109
5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung der schizophränen Patienten vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS	110
5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften	110
5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen.....	110
5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit	110
5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus.....	110
5.4. Der Verlauf der Erkrankung der schizophränen Patienten	110
5.4.1. Die stationären Behandlungen der schizophränen Patienten	110
5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen.....	110
5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen	110
5.1. Die sozialen Kernvariablen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	111
5.1.6. Die Kinder der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	111
5.1.10. Das Erstaufnahmealter der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	111
5.2. Die soziale Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	111
5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	111
5.2.1.1. Die Compliance der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	111
5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	111
5.2.1.3. Die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	111
5.2.1.3.3. Die Freunde mit psychiatrischer Problematik.....	111
5.2.2. Die aktuelle Adaptation der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	112
5.2.2.1. Das Berufsleben der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	112
5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	112
5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf	112
5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch ..	112
5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	112
5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme der Doppeldiagnose- Patienten mit schädlichem Gebrauch	112
5.2.2.2. Die Wohnsituation der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	112
5.2.2.3. Die Suizidalität der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	113
5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken	113
5.2.3. Die prämorbid Persönlichkeit der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	113
5.2.3.2. Die Schulbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	113
5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch ..	114
5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	114
5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS	114
5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften	114
5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen.....	114
5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit	114
5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus.....	114
5.3. Der Suchtmittelkonsum der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	114
5.3.3. Hauptsuchtmittel der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	114
5.3.3.1. Suchtmittelleinnahme in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme der Doppeldiagnose- Patienten mit schädlichem Gebrauch	115

5.3.3.1.1. Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	115
5.3.6. Höchstmenge, die die Patienten konsumiert hatten	115
5.3.8. Entzugssymptome der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	115
5.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	115
5.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	115
5.4. Der Verlauf der Erkrankung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	115
5.4.1. Die stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch	115
5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	115
5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch.....	116
5.1. Die sozialen Kernvariablen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	117
5.1.6. Die Kinder der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	117
1.1.10. Das Erstaufnahmealter der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	117
5.2. Die soziale Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	117
5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	117
5.2.1.1. Die Compliance der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	117
5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	117
5.2.1.1.3. Die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	117
5.2.1.1.3.3. Die Freunde mit psychiatrischer Problematik.....	117
5.2.2. Die aktuelle Adaptation der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	118
5.2.2.1. Das Berufsleben der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	118
5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung.....	118
5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf	118
5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf.....	118
5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	118
5.2.2.1.6. Die Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme	119
5.2.2.2. Die Wohnsituation der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	119
5.2.2.3. Die Suizidalität der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	119
5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken	119
5.2.3. Die prämorbid Persönlichkeit der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	119
5.2.3.1. Die Probleme in der Schulzeit	119
5.2.3.2. Die Schulbildung	120
5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung.....	120
5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	120
5.2.3.5. Die Einschätzung der sozialen Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS.....	120
5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften	120
5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Freundschaften	120
5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit	120
5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus.....	121
5.3. Der Suchtmittelkonsum der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	121
5.3.3. Die Hauptsuchtmittel der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	121
5.3.3.1. Die Suchtmittelleinnahme in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	121
5.3.3.1.1. Der Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	121
5.3.8. Entzugssymptome	121
5.3.10. Der Stellenwert der Behandlung der sucht für die Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	121
5.3.11. Die Beschreibung des Suchtmittelkonsums der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	121

5.4. Der Verlauf der Erkrankung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	122
5.4.1. Die stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom.....	122
5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	122
5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom	122
 6. DISKUSSION.....	123
 6.1. Diskussion der Fehlermöglichkeiten	123
 6.2. Diskussion der Bedeutung eigener Ergebnisse und Diskussion im Zusammenhang	124
6.2.1.1. Der Familienstand der Patienten	124
6.2.1.2. Familienstand und Diagnosegruppe.....	124
6.2.1.3. Geschlecht und Diagnose.....	125
6.2.1.4. Die Scheidungsrate	125
6.2.1.5. Geschlecht und Ersterkrankungsalter	125
6.2.1.6. Zivilstand und Alter	125
6.2.1.7. Die Kinder der Patienten.....	126
6.2.1.8. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter	126
6.2.1.9. Beziehung zwischen Alter und Diagnosegruppe	126
6.2.1.10. Erstaufnahmearter und Heirat	127
6.2.1.11. Erstaufnahmearter und Diagnosegruppe	127
 6.2. Die soziale Anpassung der Patienten.....	127
6.2.1. Das Bewältigungsverhalten	127
6.2.1.1. Die Compliance	127
6.2.1.1.1. Die Medikamenteneinnahme	127
6.2.1.1.2. Der Aufnahmemodus	129
6.2.1.1.3. Der Anlaß der Klinikaufnahme.....	129
6.2.1.2. Die Inanspruchnahme von Hilfe durch unsere Patienten.....	130
6.2.1.2.1. Der Kontakt zu einer Beratungsstelle	130
6.2.1.2.2. Die Anzahl der Beratungen.....	130
6.2.1.2.3. Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe.....	130
6.2.1.3. Die Freundschaften der Patienten	131
6.2.1.3.1. Die Anzahl der Freunde der Befragten	131
6.2.1.3.2. Freunde mit Suchtproblemen	131
6.2.1.3.3. Freunde mit psychiatrischen Problemen	131
6.2.2. Die aktuelle Adaptation unserer Patienten.....	132
6.2.2.1. Das Berufsleben.....	132
6.2.2.1.1. Die Probleme der Patienten im Beruf	132
6.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung.....	133
6.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf	134
6.2.2.1.4. Sind die Patienten in ihrem erlernten Beruf tätig?.....	135
6.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle unserer Patienten	135
6.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme.....	136
6.2.2.1.7. Krankschreibung in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme.....	136
6.2.2.2. Die Wohnsituation unserer Patienten.....	136
6.2.2.3. Die Suizidalität der Patienten.....	138
6.2.2.3.1. Die Suizidgedanken unserer Patienten.....	138
6.2.2.3.2. Die Suizidpläne	138
6.2.2.3.3. Die Anzahl der Suizidversuche.....	138
6.2.2.4. Die Aggressivität	139
6.2.3. Die Prämorbid Persönlichkeit der Patienten unserer Studie.	139
6.2.3.1. Probleme in der Schulzeit	139
6.2.3.2. Die Schulbildung unserer Patienten.....	142
6.2.3.3. Probleme in der Ausbildung	143
6.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Patienten	145
6.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung vor Ausbruch der Erkrankung anhand von GAPAS... 146	
6.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften	146

6.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen.....	146
6.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit	147
6.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus und Selbständigkeit	147
6.3. Der Suchtmittelkonsum unserer Patienten.....	148
6.3.1. Die Zahl der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus	148
6.3.2. Die Rückfälligkeit bzw. die Trockenphasen	149
6.3.3. Hauptsuchtmittel in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme	149
6.3.3.1. Suchtmittelleinnahme in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme	150
6.3.3.1.1. Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	150
6.3.3.1.2. Cannabiskonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	151
6.3.3.1.3. Benzodiazepinkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	151
6.3.3.1.4. Sonstiger Konsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme	151
6.3.3.1.5. Nikotinkonsum in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme	151
6.3.4. Das Erstalter, in dem der Suchtmittelkonsum begann	151
6.3.5. Der Geschlechterunterschied beim Substanzmißbrauch	152
6.3.6. Höchstmenge, die die Patienten bis zur Untersuchung konsumiert hatten	152
6.3.7. Häufigkeit eines Rausches	153
6.3.8. Entzugssymptome	153
6.3.9. Häufigkeit eines Delirs	154
6.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für den Patienten	154
6.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums.....	154
6.4. Der Verlauf der Erkrankung unserer Patienten.....	155
6.4.1. Die stationären Behandlungen der Patienten	155
6.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen.....	155
6.4.1.2. Anzahl der Monate der stationären Behandlungen	156
6.4.1.3. Dauer der stationären Behandlungen	156
6.4.1.4. Verlauf der schizophrenen Erkrankung	156
6.4.1.5. Schweregrad der Erkrankung.....	156
6.4.2. Die Fremdbeurteilung der Patienten	157
6.4.2.1. Einschätzung durch BPRS	157
6.4.2.2. Einschätzung durch GAF.....	157
6.4.2.3. Die Beurteilung der ausgewählten Itemgruppen des SCAN.....	157
6.4.3. Die Selbsteinschätzung der Patienten	158
6.4.3.1. Die Selbsteinschätzung der Patienten durch FBF	158
7. ZUSAMMENFASSUNG.....	159
Die soziale Anpassung	162
Die prämorbidie Persönlichkeit.....	167
Der Verlauf der Erkrankung.....	172
8. LITERATUR.....	174
9.1. Tabellen	176
9.2. Score sheet für die aus der ICG ausgewählten Itemgruppen des Projekts Psychose und Sucht..	187
9.3. Lebenslauf	188
9.4. DANKSAGUNG	189

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: DIE DIAGNOSEGRUPPEN.....	41
ABBILDUNG 2: GESCHLECHT UND FAMILIENSTAND (PROZENT)	52
ABBILDUNG 3: DIAGNOSEGRUPPEN UND FAMILIENSTAND	53
ABBILDUNG 4: GESCHLECHT UND DIAGNOSE (PROZENT)	56
ABBILDUNG 5: DIAGNOSEGRUPPEN UND FAMILIENSTAND (PROZENT).....	58
ABBILDUNG 6: VERHÄLTNIS ZU KOLLEGEN IM BERUFSLEBEN	67
ABBILDUNG 7: PROBLEME IM VERHÄLTNIS ZU MITSCHÜLERN UND HEIRAT	78
ABBILDUNG 8: PROBLEME IM VERHÄLTNIS ZU LEHRERN UND HEIRAT	79
ABBILDUNG 9: PROBLEME DURCH AUSBILDUNGSWECHSEL UND HEIRAT	82
ABBILDUNG 10: PROBLEME IM VERHÄLTNIS ZU KOLLEGEN UND HEIRAT	83
ABBILDUNG 11: PROBLEME IM VERHÄLTNIS ZU VORGESETZTEN UND HEIRAT	83
ABBILDUNG 12: DIE DIAGNOSEGRUPPEN.....	89
ABBILDUNG 13: ERSTALTER BENZODIAZEPINKONSUM	93
ABBILDUNG 14: ERSTALTER SONSTIGES.....	93

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: DIAGNOSEGRUPPEN	41
TABELLE 2: FAMILIENSTAND UND DIAGNOSEGRUPPEN (N)	43
TABELLE 3: ANTEIL DES FAMILIENSTANDES AN DEN DIAGNOSEGRUPPEN	43
TABELLE 4: ANTEIL DER DIAGNOSEGRUPPE AM FAMILIENSTAND	43
TABELLE 5: FAMILIENSTAND DER PATIENTEN	51
TABELLE 6: FAMILIENSTAND UND GESCHLECHT (PROZENT)	51
TABELLE 7: FAMILIENSTAND U. GESCHLECHT (N)	52
TABELLE 8: ANTEIL DES FAMILIENSTANDES AN DEN DIAGNOSEGRUPPEN (PROZENT).....	53
TABELLE 9: ANTEIL DER DIAGNOSEGRUPPEN AM FAMILIENSTAND (PROZENT)	54
TABELLE 10: ANTEIL DER DIAGNOSEGRUPPEN AM FAMILIENSTAND (N)	54
TABELLE 11: PARTNERSCHAFT UND DIAGNOSEGR. (N)	55
TABELLE 12: ANTEIL DIAGNOSEGR. AN PARTNERSCHAFT	55
TABELLE 13: ANTEIL D. PARTNERSCHAFT AN DIAGNOSEGRUPPE	55
TABELLE 14: GESCHLECHT U. DIAGNOSE (PROZENT)	56
TABELLE 15: GESCHLECHT U. DIAGNOSE (N)	57
TABELLE 16: FAMILIENSTAND U. DIAGNOSEGRUPPE (N)	57
TABELLE 17: ANTEIL FAMILIENSTAND AN DIAGNOSEGRUPPE	58
TABELLE 18: ANTEIL DER DIAGNOSEGRUPPEN AM FAMILIENSTAND	59
TABELLE 19: BERUFSTÄTIGKEIT UND HEIRAT	69
TABELLE 20:BERUFLICHE STELLUNG UND DIAGNOSEGRUPPE	69
TABELLE 21: RELATION ZUM BERUF UND HEIRAT	70
TABELLE 22: RELATION ZUM BERUF UND DIAGNOSE	71
TABELLE 23: ÜBERWIEGENDE EINNAHMEQUELLE UND HEIRAT	72
TABELLE 24: ÜBERWIEGENDE EINNAHMEQUELLE. U. DIAGNOSEGR.	72
TABELLE 25WOHNSITUATION UND FAMILIENSTAND	74
TABELLE 26: WOHSITUATION UND DIAGNOSEGRUPPE.....	74
TABELLE 27: WOHSITUATION UND GESCHLECHT	75
TABELLE 28: AUTOAGGRESSIONEN UND DIAGNOSEGRUPPE.....	76
TABELLE 29: SCHULBILDUNG UND HEIRAT	81
TABELLE 30: SCHULBILDUNG UND DIAGNOSEGR.	81
TABELLE 31: SUMME DER PROBL. (AUSBILD.) UND HEIRAT	85
TABELLE 32: SUMME DER PROBL. (AUSBILD.) UND DIAGNOSEGR.	86
TABELLE 33: SUMME DER PROBL. (AUSBILD.) UND GESCHLECHT	86
TABELLE 34: AUSBILDUNG UND HEIRAT	87
TABELLE 35: AUSBILDUNG UND DIAGNOSEGRUPPE	87
TABELLE 36: DIAGNOSEGRUPPEN	89
TABELLE 37: HÖCHSTMENGE ALK. UND HEIRAT	94
TABELLE 38: KINDER DER SCHIZOPHR. PATIENTEN	107
TABELLE 39: WOHSITZ DER DOPPELDIAGN.-PAT. MIT SCHÄDL. GEBR.	113
TABELLE 40 : BERUFLICHE STELLUNG UND HEIRAT	118
TABELLE 41: WOHSITUATION UND HEIRAT (DOPPELDIAGN.-PAT. MIT ABHÄNGIGKEITSSYNDROM).....	119
TABELLE 42: DIAGNOSEGRUPPEN	149
TABELLE 43: PARTNERSCHAFT / FREUNDE.....	176
TABELLE 44: COMPLIANCE DER PATIENTEN	176
TABELLE 45: INANSPRUCHNAHME V. HILFE D. ALKOHOLIKER U. DOPPELDIAGNOSE-PAT.	177
TABELLE 46: PROBLEME IM BERUFSLEBEN.....	177
TABELLE 47: BERUFSTÄTIGKEIT / WOHSITZ.....	178
TABELLE 48: SUIZIDALITÄT U. AGGRESSIVITÄT	178
TABELLE 49: PROBL. IN D.SCHULE / SCHULBILD.....	179
TABELLE 50: PROBL. IN AUSBILD. / BERUFL. AUSBILD.....	180
TABELLE 51: GAPAS	180
TABELLE 52: SUCHTMITTELKONS. D. PAT.....	180
TABELLE 53: COMPLIANCE DER PATIENTEN.....	182
TABELLE 54: ERKRANKUNGSVERLAUF	182
TABELLE 55: KINDER / FREUNDE HEIRAT UND UNTERGRUPPEN	183
TABELLE 56: BERUFSTÄTIGKEIT / WOHSITZ HEIRAT UND UNTERGRUPPEN.....	183

TABELLE 57: SUIZIDALITÄT / AGGRESSIVITÄT HEIRAT UND UNTERGRUPPEN.....	184
TABELLE 58: PROBLEME IN SCHULE / SCHULBILD. HEIRAT UND UNTERGRUPPEN.....	184
TABELLE 59: PROBLEME IN AUSBILD. / BERUFL. AUSBILD. HEIRAT UND UNTERGRUPPEN	184
TABELLE 60: GAPAS / HEIRAT UND UNTERGRUPPEN.....	185
TABELLE 61: SUCHTMITTEL-KONSUM / HEIRAT UND UNTERGRUPPEN.....	185
TABELLE 62: COMPLIANCE / HEIRAT UND UNTERGRUPPEN.....	186
TABELLE 63: ERKRANKUNGSVERLAUF / HEIRAT UND UNTERGRUPPEN	186

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob die Partnerschaft eine stabilisierende Funktion besitzt. Auch in der Sozialtherapie gewinnt die Angehörigenarbeit zunehmend an Bedeutung. In der Literatur wird jedoch das Augenmerk meist auf die Herkunftsfamilie gelegt. Häufig waren damit Schuldzuweisungen verknüpft; besonders die Mütter saßen auf der Anklagebank.

Beim Alkoholismus sind die Partnerschaftsprobleme gut untersucht; man spricht in diesem Zusammenhang zum Beispiel von „Co-Alkoholikern“. Auch ist bekannt, daß die Ehescheidungsrate beim Alkoholiker fast doppelt so hoch ist, wie in der Normalbevölkerung.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Angehörigen, der für die meisten Menschen, neben den Eltern, die wichtigste Bezugsperson ist: dem Partner.

Auch Walker E et al. (1985) machen die Bedeutung des Familienstandes im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit deutlich, die durch alle Gesellschaftsschichten und Kulturen nachzuweisen sei. Sie weisen auf verschiedene Studien hin, die zeigen, daß Unverheiratete berichten, daß sie weniger glücklich seien und daß sie ihr Leben als weniger befriedigend empfinden. Weiterhin werden Unverheiratete öfter aufgrund psychiatrischer Erkrankungen behandelt und öfter hospitalisiert. Unter den Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden, sind Menschen, die an einer Neurose erkrankt sind, am häufigsten verheiratet, während schizophrene Patienten am seltensten verheiratet sind. Die Autoren (Walker et al., 1985) zeigen auch verschiedene Studien auf, die nachweisen, daß verheiratete psychiatrische Patienten weniger stark gestört sind als unverheiratete. D. Hell (1982) betont, daß die ehelichen Beziehungen und die damit verbundenen Problemstellungen für die Lebensqualität des einzelnen von vorrangiger Bedeutung sind. Er ist der Ansicht, daß psychisch behinderte Menschen in besonderem Maße auf ihre Angehörigen angewiesen sind. Für viele unter ihnen ist der Ehepartner die engste und wichtigste Bezugsperson. Daß mindestens jeder dritte Schizophrene verheiratet sei und daß bei depressiven Menschen die Verhältnisse sogar ähnlich wie in der Durchschnittsbevölkerung liegen, weist auf das enorme praktische Interesse hin, daß der Erforschung der Ehen dieser Kranken zukomme. Weiterhin macht Hell (1982) deutlich, daß die Erforschung der Ehen depressiver und schizophrener Patienten ein relativ junger Zweig der Familientherapie sei. Beispielsweise könne sich die Interaktionsforschung über die Herkunftsfamilien junger Schizophrener auf ein weit größeres Erfahrungswissen stützen.

Bei der Definition der Doppeldiagnose möchte ich mich Zeiler (1990) anschließen, der auf folgenden Zusammenhang hinweist: „Doppeldiagnose bedeutet nicht Doppel-Krankheit. So kann beispielsweise eine Alkoholabhängigkeit integraler Bestandteil einer basal schizophrenen Symptomatik sein, ohne daß die psychopathologischen Kriterien einer süchtigen Entwicklung erfüllt sind. Anders formuliert: Selbst wenn auf der Syndromebene zwei Störungen konstatiert werden, kann es sich - unter nosologischem Aspekt - um ein einheitliches Krankheitsgeschehen handeln.“ Wie eng der Substanzgebrauch mit der schizophrenen Erkrankung verwoben ist, zeigt Zeilers (1990) typologische Einteilung des Substanzmißbrauchs in 4 motivationale Grundtypen: Der *katathym* motivierte Mißbrauch ist aus einem Verstimmungszustand und / oder einer konflikthaft belastenden Situation ableitbar. Der *paranoid-konflikthaft* motivierte Mißbrauch entspricht einer „gespaltenen“ Wirklichkeitsbeziehung. Durch den Abusus werden bedrängende, ängstigende Wahnerfahrungen abgedämpft. Der *amorph* motivierte Mißbrauch reflektiert einen entordneten Bewältigungsstil. Der *eigenweltlich* motivierte Mißbrauch gründet sich auf wahnhaft-private Sinnsetzungen. Diese Vielfalt der Motivierungszusammenhänge verbiete es, den Substanzmißbrauch Schizophrener auf *eine* motivistische Grundstruktur, z.B. eine süchtige Fehlhaltung zurückzuführen. Zeiler kommt zu dem Ergebnis, daß vor allem therapieunwillige, ledige Schizophrene mit Nikotinkonsum zum Alkoholmißbrauch tendieren. Schwere Formen des Alkoholmißbrauchs reflektieren ungünstigere Krankheitsverläufe, leichte hingegen häufig stabilere Residualverfassungen.

Zur Therapie bemerkt Zeiler (1990), daß das Ziel der Abstinenz nicht denselben Stellenwert wie bei nichtpsychotischen Abhängigkeitskranken besitze, da das Suchtverhalten von der basalen schizophrenen Krankheitsdynamik bestimmt werde. Weiterhin bilde sich der Mißbrauch regelmäßig mit Entlastung der schizophrenen Krankheitsaktivität und Besserung der Lebensumstände zurück.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in vier Abschnitte: Im ersten Abschnitt habe ich die sozialen Kernvariablen der Patienten untersucht und beispielsweise überprüft, ob Patienten mit einem niedrigen Erkrankungsalter seltener verheiratet sind, als Patienten, die erst später im Leben erkranken. Anschließend habe ich die soziale Anpassung der Patienten in Hinsicht auf den Familienstand untersucht. Dieser Abschnitt ist untergliedert in die prämorbid und die aktuelle Adaptation. Es folgt die Untersuchung des Suchtmittelkonsums und im

letzten Abschnitt die Betrachtung des Krankheitsverlaufs anhand von Fremd- und Selbstbeurteilung.

2. Stand der Literatur

2.1. Die Sozialen Kernvariablen

2.1.1. Die Zahl der Ehen der psychiatrisch erkrankten Patienten

Aus der Literatur ist bekannt, daß psychiatrisch erkrankte Menschen seltener verheiratet sind als die Durchschnittsbevölkerung. Dies trifft besonders für Männer zu, die an Schizophrenie erkrankt sind. Auch Walker et al. (1985) weisen nach, daß die Zahl der verheirateten Männer und Frauen insgesamt signifikant niedriger ist als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Zahl der niemals verheirateten und der früher verheirateten Patienten war signifikant höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Autoren weisen aber auch Geschlechtsunterschiede nach, nach denen Frauen statistisch signifikant häufiger verheiratet sind bzw. früher verheiratet waren als Männer. Als früher verheiratet bezeichnen die Autoren verwitwet, getrennt lebend oder geschieden.

Das Ziel der Studie von Tien A Y et al. (1992) war die Erfassung soziodemographischer Risikofaktoren der Schizophrenie. Wenn unverheiratete Frauen und Männer verglichen werden, so haben die Männer ein 50 mal höheres relatives Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken, während es bei Frauen „nur“ 15 mal höher ist. Auch für die anderen beiden Patientengruppen der Studie, also die Patienten mit einer schizoaffectiven Psychose und die Patienten mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen, war mit dem Familienstand „getrennt lebend oder geschieden“ ein höheres Risiko zu erkranken verbunden.

Auch Gureje et al (1991) machen deutlich, daß signifikant mehr Frauen als Männer verheiratet waren. Weiterhin heiraten Frauen früher als Männer. Um den Einfluß des Familienstands auf die schizophrene Erkrankung und den Alkohol- bzw. Drogenmißbrauch ohne den Einfluß einer psychiatrischen Behandlung zu untersuchen, haben Reich et al. folgende drei Patientengruppen gebildet: Die größte Gruppe setzte sich aus Menschen zusammen, deren Zurechnungsfähigkeit im Zusammenhang mit einem Gerichtsprozeß geprüft werden sollte. Die kleinste Gruppe bildeten Patienten mit chronischen Schmerzen und die dritte Gruppe wurde von Patienten gebildet, die aufgrund ihrer Behinderung einen Antrag auf staatliche Unterstützung gestellt haben. Die Autoren bildeten folgende diagnostische Untergruppen: Schizophrenie mit N = 168 und Alkohol- bzw. Drogenabusus mit N = 72. Auch hier bestätigte sich, daß die Zahl der Ehen geringer ist. Dies traf sowohl für die Gruppe der Schizophrenen, der Alkoholkranken und für alle anderen Diagnosegruppen zu. Wenn alle Gruppen zusammengefaßt werden, war der prozentuale Anteil der verheirateten Frauen

größer als der Männer (25% vs. 8%). Dies traf ebenfalls auf die einzelnen Gruppen zu. Unter den Personen mit Schizophrenie bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Verheirateten und Ledigen, wenn man Männer und Frauen insgesamt und nur die Männer vergleicht. Aber nur unter den Frauen war der Anteil der verheirateten Personen signifikant höher als der ledigen Frauen.

Franzek E und Beckmann H (1992) fanden heraus, daß bei Ersthospitalisation 29,6% ihrer untersuchten Patienten verheiratet waren. Sie konnten die Erkenntnis, nach der Frauen häufiger verheiratet sind als Männer, nicht bestätigen (8 Männer und 8 Frauen). Nach Ansicht der Autoren könnte dieser Effekt dadurch hervorgerufen werden, daß sie nur Patienten mit einem ungünstigen Verlauf untersucht haben.

Barbee J G et al. (1989), die 54 schizophrene Patienten untersuchten, fanden keine signifikanten Differenzen in Geschlecht, Alter, Familienstatus und Zahl der Kinder, wenn Patienten mit Alkoholabusus und / oder Abhängigkeit und Patienten ohne Suchtdiagnose verglichen werden.

Ein kultureller Vergleich von schizophrenen amerikanischen und türkischen Patienten zeigt nach Cetingök M et al. (1990), daß sowohl amerikanische Männer (66,1%) als auch türkische Männer (78,9%) eher Singles sind. Aber die türkischen Frauen waren doppelt so häufig verheiratet wie die amerikanischen Frauen (47,6% vs. 25,2%).

2.1.2. Zivilstand und Diagnose

Heinssen et al. (1988) weisen auf den Zusammenhang sowohl zwischen Familienstand und Geschlecht als auch zwischen Familienstand und Diagnose hin. Auch hier waren signifikant mehr Frauen jemals verheiratet als Männer. Niemals verheiratet waren 79,8% der Männer und 52,1% der Frauen. Wenn man eine Untergliederung der Patienten nach der Diagnose vornimmt, so ergibt sich folgendes: Signifikant mehr Patienten mit einer Schizophrenie (82%) als Patienten mit einer affektiven Psychose (58%) und mit einer nicht-spezifischen Psychose (50%) waren niemals verheiratet.

Wenn man den Anteil der Ehen unter dem Gesichtspunkt der Typologie betrachtet, so sind die verheirateten Patienten, laut Franzek E und Beckmann H (1992), nach DSM III gleichmäßig auf die paranioten, undifferenzierten und Residual-Typen verteilt. Nimmt man jedoch die Einteilung nach Leonhard in systematische und unsystematische Formen der Schizophrenie vor, so ergibt sich, daß signifikant mehr Patienten mit der unsystematischen Form (15 von 30 Patienten, darunter 7 Frauen und 8 Männer) als mit der systematischen

Form (1 von 24 Patienten, 1 Frau) verheiratet waren. Möglicherweise sei die prämorbidie Anpassung der Patienten mit einer systematischen Schizophrenie nachteilig bei der Suche nach einem Partner.

Soyka M et al. (1993) geben an, daß die schizophrenen Patienten mit einer zusätzlichen Sucht mit 65,6% signifikant häufiger Singles waren als die Patienten ohne eine Sucht, von denen 55,1% Singles waren. Signifikant mehr Patienten ohne eine Sucht waren verheiratet als Patienten mit einer zusätzlichen Sucht (23,5% vs. 9,4%)

2.1.3. Geschlecht und Diagnose

Franzek E und Beckmann H (1992) zeigen auf, daß 77,8% der Frauen und 37,0% der Männer positive Symptome aufweisen. Auch bei der Typologie nach DSM III und der Klassifikation nach Leonhard ergaben sich signifikante Geschlechterunterschiede. Das Residual-Syndrom und die Katatonie (Systematische Katatonie und periodische Katatonie) war am stärksten bei den Männern ausgeprägt. Die paranoide Schizophrenie und die Paraphrenie war am häufigsten bei den Frauen anzutreffen.

2.1.4. Die Scheidungsrate

Jetzt möchte ich näher auf die Scheidungsrate bei endogenen Psychosen eingehen. Hell (1982), der die Ehen depressiver und schizophrener Menschen verglichen hat, gibt hierzu an, daß schizophrene Patienten zwar dreimal häufiger als die Durchschnittsbevölkerung geschieden werden, aber es falle kein größerer Anteil in die Zeit vor der Erkrankung als nach der Erkrankung. Deshalb führe nicht die Krankheitsbelastung zu der großen Scheidungsrate, sondern viele Autoren vermuteten eher einen Zusammenhang zur prämorbidem Persönlichkeit des Patienten. Im Gegensatz dazu würden Affektpsychose-Kranke nur vor ihrer ersten Erkrankung häufiger geschieden als die Normalbevölkerung. Nach der Erkrankung sinke die Scheidungsrate signifikant ab und entspreche dann der Quote der Durchschnittsbevölkerung. Dies lege die Vermutung nahe, daß die Ehescheidung bei depressiven Patienten eher zu einer Auslösung der Depression beitrage.

Reich et al., die schizophrene Patienten und Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus verglichen haben, machen deutlich daß, in der Gruppe mit Alkohol- bzw. Drogenmißbrauch der prozentuale Anteil der geschiedenen Personen im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen und auch im Vergleich mit den gesamten Diagnosegruppen höher ist. Bei Männern waren es 35% und bei den Frauen 25%.

Insgesamt waren die Personen mit Schizophrenie tendenziell, aber nicht signifikant häufiger geschieden als verheiratet. In der Gruppe der Alkohol- bzw. Drogenabhängigen bestand zwischen den verheirateten und den ledigen Gruppenmitgliedern kein signifikanter Unterschied, weder wenn man die Männer und Frauen insgesamt vergleicht, noch wenn man nur Frauen oder nur Männer vergleicht. Vergleicht man die verheirateten und die geschiedenen Personen in dieser Gruppe, erkennt man, daß sie signifikant häufiger geschieden sind. Dies traf auf die Männer und Frauen insgesamt zu und auf den Vergleich nur unter den Männern, aber nicht wenn nur die Frauen verglichen werden.

Cetingök M et al. (1990) fanden heraus, daß mehr als doppelt so viele amerikanische Männer (23,2%) wie türkische Männer (9,6%) getrennt lebend oder geschieden oder verwitwet sind.

2.1.5. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ersterkrankungsalter

Gureje (1991) hat den Einfluß des Geschlechts auf das Ersterkrankungsalter und soziodemographische Daten untersucht. Er stellte fest, daß bei seiner Untersuchung in Nigeria Männer ein signifikant niedrigeres Ersterkrankungsalter haben als Frauen. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter der Männer 23.5 Jahre und bei Frauen 26.4 Jahre betrug. Vor dem Lebensalter von 30 Jahren sind bereits 83% der Männer, aber erst 66% der Frauen erkrankt. Männer sind ebenfalls bei ihrer ersten Hospitalisation signifikant jünger als Frauen. In der Gruppe der verheirateten Patienten besteht zwischen Männern und Frauen kein signifikanter Unterschied im Ersterkrankungsalter und im Zeitpunkt der ersten Hospitalisation.

Laut Cetingök M et al. (1990) zeigt sich auch im Vergleich amerikanischer und türkischer schizophrener Patienten, daß die Männer in beiden Kulturen früher erkranken als die Frauen und daß sie bei Ersthospitalisation jünger sind als die Frauen. Auch Franzek E und Beckmann H (1992) machen deutlich, daß es sich bei den Geschlechterunterschieden um ein transkulturelles Phänomen handelt. Sie verweisen auf frühere Studien nach denen Männer bei ihrer ersten Hospitalisation jünger sind und nach denen bei Männern die Psychose in einem früheren Lebensalter erstmals auftritt.

Bei der Studie von Tien A Y et al. (1992) handelt es sich um eine Longitudinalstudie, deren Daten auf dem „National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program“ beruhen, durch das alle psychiatrischen Erkrankungen erfaßt werden. Ziel dieser Studie war, Vorboten und soziodemographische Risikofaktoren der Schizophrenie zu

erfassen. Sie untersuchten folgende Patientengruppen: Patienten mit einer Schizophrenie, Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose und Patienten mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Erstaunlich war die hohe Inzidenzrate der Schizophrenie in dieser Studie mit 0,20 pro 100. Die Autoren zeigen auf, daß diese Schätzung 3 bis 30mal höher ist als Schätzungen, die auf klinischen Daten beruhen. Die Diskrepanz erklären die Autoren damit, daß Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung häufig eine Behandlung vermeiden und somit klinischen Studien entgehen. Diese Studie zeige, daß sich die Hälfte der schizophrenen Patienten nicht in Behandlung begibt. Eine weitere mögliche Erklärung seien falsch positive Angaben durch die Patienten.

Ein weiterer überraschender Unterschied zu anderen Studien ist das enorme Anwachsen der Inzidenzrate für die Männer in der Altersgruppe, die 55 Jahre und älter sind, während andere Studien in dieser Altersgruppe ein abnehmende Rate verzeichnen. In dieser Gruppe betrug die Inzidenzrate 0,19 pro 100 während sie in der Altersgruppe 35 bis 54 Jahre 0,05 pro 100 betrug. Erklärt wird dieser Effekt durch die hohe Zahl der Männer, die niemals verheiratet waren. Jüngere Männer werden wahrscheinlich durch Familienmitglieder in die Behandlung gebracht, während älteren Männern eine soziale Stütze fehlt, weil die Eltern möglicherweise schon verstorben sind, oder weil sich die Eltern nicht mehr um ihre erwachsenen Kinder kümmern können, oder weil sie aufgrund der Symptome in der Prodromalphase nicht geheiratet haben. Wenn dies der Fall sei, könnten Fälle von Schizophrenie, die erst in einem etwas höheren Lebensalter erstmals auftreten, bei vielen Männern und auch bei einigen Frauen durch klinische Studien nicht entdeckt werden.

Die Studie von Tien A Y et al. (1992) weicht nach eigenen Angaben von den Ergebnissen anderer Autoren ab, die wie Gureje (1992) und Cetingök M (1990) (siehe oben) feststellten, daß Frauen in einem späteren Lebensalter erstmals erkranken als Männer. Die Autoren stellten fest, daß beide Geschlechter gleich häufig zum ersten Mal im Alter von 18 bis 34 Jahren erkranken. Ursache könnten die unterschiedlichen Erwartungen der Eltern an ihre Söhne und Töchter sein, die dazu führen, daß sie eine soziale Unangepaßtheit und berufliches Versagen bei Töchtern eher akzeptiert wird, während Söhne eher in eine Behandlung gebracht werden. Den kranken Frauen sei es eher möglich, ein soziales Leben außerhalb der Familie zu führen oder zu heiraten und ihr Elternhaus zu verlassen, so daß die Wahrscheinlichkeit, daß die Eltern die Notwendigkeit einer Behandlung erkennen, sinkt. Außerdem könne eine frühe Heirat eine Schutzwirkung besitzen. Diese Frauen würden einer klinischen Studie entgehen, während Männer häufiger als furchterregend und potentiell ge-

fährlich eingestuft werden und schon deshalb eine Behandlung eher für nötig befunden wird.

Ebenso wie Tien A Y et al. fanden Franzek E und Beckmann H (1992), die 54 chronisch schizophrene Patienten untersuchten, im Alter bei Ersthospitalisation zwischen Männern und Frauen keinen signifikanten Unterschied. Das Alter bei Ersthospitalisation lag bei Frauen bei $29,4 \pm 8,8$ Jahre und bei Männern betrug es $26,4 \pm 7,1$ Jahre. Die Autoren erkannten jedoch einen steilen Anstieg der Ersthospitalisation im Alter von mehr als 35 Lebensjahren, der hauptsächlich auf den weiblichen Patienten beruhte (9 Frauen und 3 Männer). Das heißt also, daß 3 mal mehr Frauen im Alter von über 35 Jahren erstmals stationär aufgenommen wurden wie Männer.

2.1.6. Zivilstand und Alter

Um die Wechselwirkung zwischen Alter und Heirat sowie zwischen Geschlecht und Heirat zu untersuchen, teilten Walker et al. (1985) die Patienten in 6 Altersgruppen ein: 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45 und 45 und älter. In allen Altersgruppen waren die Männer signifikant häufiger niemals verheiratet. Bis auf die Gruppen der 26-30-Jährigen und Patienten in der Gruppe mit dem Alter 45 und älter waren die Frauen signifikant häufiger verheiratet. In allen Altersgruppen waren die Frauen tendenzmäßig früher verheiratet als die Männer, es ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Jedoch Nanko S et al. 1993 fanden einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Familienstatus einerseits und zwischen Alter und Zivilstand andererseits. Für die *Rate der Ehen* (Zahl der verheirateten schizophrenen Patienten / Zahl der verheirateten Personen der Kontrollgruppe x 100) ergab sich folgendes: Die Zahl der verheirateten Patienten nahm mit dem Alter der Patienten zu, was für beide Geschlechter zutraf. Die Eherate der männlichen Schizophrenen reichte von 5 % bis 63 % mit einem Durchschnitt von 32 %. Die schizophrenen Männer waren in allen Altersgruppen zusammen und in den einzelnen Altersgruppen signifikant seltener verheiratet als die männlichen Mitglieder der Kontrollgruppe. Auch die Eherate der schizophrenen Frauen war geringer. Dies machte sich besonders in den unteren Altersgruppen bemerkbar. Sie reichte von 46 % bis 87 % mit einem Durchschnitt von 72 %. Die schizophrenen Patientinnen waren in allen Altersgruppen insgesamt und in den einzelnen Altersgruppen bis auf das sechste Lebensjahrzehnt signifikant seltener verheiratet als die Patientinnen der Kontrollgruppe. Der Vergleich der schizophrenen Patienten untereinander ergab, daß die Männer signifikant seltener verheiratet sind als die Frauen. Dieser

Unterschied trat in allen Altersgruppen zusammen genommen und in jeder Altersgruppen allein außer in der sechsten Lebensdekade auf.

2.1.7. Die Kinder der schizophrenen Patienten

Nanko S et al. (1993) haben die schizophrenen Patienten untersucht, die zu einer ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus in Tokyo kamen. Die Fortpflanzung der Patienten mit einer schizophrenen Psychose ist für die Autoren von theoretischer und von genetischer Bedeutung, weil das Auftreten der Schizophrenie anscheinend trotz einer geringeren Zahl an Nachkommen bei Schizophrenen als in der Durchschnittsbevölkerung stabil ist. Sie verweisen auf Studien von Erlenmeyer-Kimling et al. (1980) und Haverkamp et al. (1982) durch die bekannt wurde, daß schizophrene Patienten, hierunter besonders die männlichen Patienten, weniger Kinder haben als die Durchschnittsbevölkerung. Dafür machen aber laut Aussage der Autoren Haverkamp et al. (1982) und auch Hilger et al. (1983) die geringere Zahl der Ehen der schizophrenen Patienten verantwortlich und nicht die geringere Zahl der Kinder in den Ehen. Nanko et al. (1993) haben, im Gegensatz zu den meisten vorangegangenen Studien, Patienten untersucht, die sich einer ambulanten Behandlung unterzogen haben, weil diese eher die Möglichkeit haben zu heiraten und weniger Symptome aufweisen als stationär behandelte Patienten. Daß sich aufgrund der ambulanten Behandlung andere Ergebnisse herausstellen, machen die Autoren anhand der Studie von Burr et al. (1979) deutlich, nach der ambulant behandelte schizophrene Frauen nahezu genauso viele Kinder haben wie Frauen der Durchschnittsbevölkerung. Nanko et al. nahmen eine Unterteilung in die Altersgruppen nach der dritten bis sechsten Lebensdekade der Patienten vor. Die Kontrollgruppe bildeten Patienten, die zur gleichen Zeit im Krankenhaus chirurgisch behandelt wurden und den schizophrenen Patienten in Alter und Geschlecht entsprachen.

Die schizophrenen Patienten beider Geschlechter in allen Altersgruppen haben signifikant weniger Kinder als die Mitglieder der Kontrollgruppe außer den weiblichen Schizophrenen in ihrem dritten Lebensjahrzehnt. In dieser Gruppe hatten die schizophrenen Frauen zwar weniger Kinder als die Frauen der Kontrollgruppe, aber der Unterschied war nicht signifikant.

Die *Fortpflanzungsrate* (Zahl der Kinder der schizophrenen Patienten / Zahl der Kinder der Patienten der Kontrollgruppe x 100) betrug bei den schizophrenen Männern 8 % bis 45 % mit einem Durchschnitt von 29 %. Die Fortpflanzungsrate der weiblichen Patientinnen mit Schizophrenie reichte von 28 % bis 80 % mit einem Durchschnitt von 62 %.

Die durchschnittliche Zahl der *ehelichen Kinder* war zwar bei den schizophrenen Männern in allen Altersgruppen zusammen und auch in den einzelnen Altersgruppen niedriger als bei den Männern der Kontrollgruppe, der Unterschied war aber nicht statistisch signifikant. Im Gegensatz dazu hatten die schizophrenen Patientinnen in ihrem sechsten Lebensjahrzehnt und in allen Altersgruppen insgesamt signifikant weniger eheliche Kinder als die Patientinnen der Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse der Autoren weisen darauf hin, daß die Zahl der Ehen der schizophrenen Patienten von ihrem Alter abhängt. Sie wächst mit dem Alter stärker als in der Kontrollgruppe an. Daß die männlichen Schizophrenen in allen Altersgruppen signifikant seltener verheiratet sind als die Männer der Kontrollgruppe, während die schizophrenen Patientinnen in ihrem sechsten Lebensjahrzehnt ebenso häufig verheiratet sind wie die Frauen der Kontrollgruppe, bedeutete möglicherweise, daß die schizophrenen Männer eher Schwierigkeiten haben eine Ehefrau zu finden, während schizophrenen Frauen heiraten, wenn auch erst in einem späteren Lebensalter. Auch andere Autoren wie z.B. Erlenmeyer-Kimling et al. (1980) hätten festgestellt, daß die schizophrenen männlichen Patienten signifikant seltener verheiratet sind als die schizophrenen Patientinnen. Dies könne am niedrigeren Ersterkrankungsalter der männlichen Schizophrenen liegen, die deshalb eine geringere Chance hätten zu heiraten und vor Ausbruch der Erkrankung Kinder zu bekommen. Auch Slater et al. (1971) hätten beobachtet, daß die Fortpflanzungsrate der schizophrenen Frauen mit ihrem Lebensalter ansteigt. Sie reiche von 20 % im Alter von 20 bis 24 Jahren bis zu über 96 % im Alter von über 65 Jahren. Die vorliegende Studie zeige, daß schizophrene Frauen weniger eheliche Kinder haben als die Frauen der Kontrollgruppe, während dies bei den männlichen Schizophrenen nicht der Fall sei. Es sei schwierig zu sagen, ob die Frauen soziale oder biologische Schwierigkeiten hätten, die sie davon abhalten Kinder zu bekommen, während die Männer Schwierigkeiten haben eine Ehefrau zu finden. Man könne schließen, daß die geringere Fortpflanzungsrate der schizophrenen Patienten bei den Männern durch die geringere Anzahl an Ehen hervorgerufen wird, während bei den Frauen die geringere Zahl der ehelichen Kinder verantwortlich ist.

Soyka M et al. (1993) geben an daß die schizophrenen Patienten, die einen zusätzlichen Suchtmittelkonsum aufweisen, mit 73,1% signifikant häufiger kein Kind haben als die Patienten ohne Suchtmittelabusus (63,0%). Mit 20,6% hatten diese Patienten signifikant häufiger ein Kind als die Patienten mit Suchtmittelkonsum, von denen nur 12,3% ein Kind hatten.

2.2. Die soziale Anpassung der Patienten, die in einer Partnerschaft leben

2.2.1. Das Bewältigungsverhalten

2.2.1.1. Die Compliance

2.2.1.1.1. Die Medikamenteneinnahme

Auch der Substanzmißbrauch hat Einfluß auf das Bewältigungsverhalten. Zeiler (1991) beschreibt, daß sich hochsignifikante Differenzen ergeben, wenn Probanden mit schwerem Mißbrauch und abstinente Schizophrene verglichen werden: Der Anteil der Neuroleptika-behandlung war bei Patienten mit schwerem Mißbrauch mit $p < 0,001$ niedriger. Im Vergleich mit leichtem Mißbrauch und der Kontrollgruppe fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Im Gegensatz dazu fanden Barbee et al (1989) keine signifikanten Differenzen in der Einnahme von Medikamenten, wenn schizophrene Patienten mit und ohne Alkoholabusus und / oder Abhängigkeit verglichen werden. Insgesamt hatten 31,4% der Patienten ihre Medikamente eine Woche vor Aufnahme wie verschrieben eingenommen.

2.2.1.1.2. Klinikaufnahme und Geschlecht

Bromet E J et al. (1992) zeigen auf, daß sich Frauen signifikant früher als Männer in psychiatrische Behandlung begeben. 38% der Frauen suchten schon 3 oder mehr Jahre vor Ausbruch der ersten psychotischen Symptome eine psychiatrische Einrichtung auf. Weniger als 10% begeben sich innerhalb eines Jahres nach dem ersten auftreten von psychotischen Symptomen in Behandlung. Bei den Männern waren es entsprechend 25% und 15%. Insgesamt werden Frauen signifikant früher hospitalisiert (etwas weniger als 60% innerhalb eines Monats nach Auftreten erster Symptome) als Männer (ca. 37%).

2.2.1.2. Die Inanspruchnahme von Hilfe

2.2.1.2.1. Der Substanzabusus und die Inanspruchnahme von Hilfe

Auch wenn die Zustimmung zur Behandlung und die Suche von therapeutischen Hilfen von Patienten mit schwerem Mißbrauch und Schizophrenen verglichen werden, war sie laut Zeiler (1991) mit $p < 0,001$ geringer. Hier gab es ebenfalls keine signifikanten Differenzen, wenn Probanden mit leichtem Abusus und Schizophrene verglichen werden. Dies spreche für die Annahme, daß die Schwere des Abusus der Unangepaßtheit des Bewältigungsverhaltens korrespondiert.

Bei Barbee et al. (1989) unterschieden sich die schizophrenen Patienten mit und ohne Suchtdiagnose nicht signifikant in der Häufigkeit, mit der sie einen Psychiater aufsuchten und auch nicht in der Zeitspanne seit dem letzten Besuch bei einem Psychiater vor der aktuellen Aufnahme.

2.2.2. Die aktuelle Adaptation

2.2.2.1. Das Berufsleben

2.2.2.1.5. Die Einnahmequelle

Bromet E J et al. (1992), die Patienten mit einer nicht-organischen Psychose untersucht haben, stellten fest, daß ein signifikant größerer Anteil an Frauen (47,3%) sich selbst finanziell unterstützte oder durch ihre Ehegatten unterstützt wurde, während es bei den Männern nur 28,6% waren. Es lebten aber gleich viel Männer (81,9%) und Frauen (85,1%) bei ihren Eltern.

2.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf?

Bromet E J et al. (1992), die Patienten mit einer nicht-organischen Psychose untersucht haben, fanden, daß der größte Teil der Patienten als ausgebildete oder ungelernete Arbeiter berufstätig waren, obwohl viele von ihnen eine spezielle Berufsausbildung hatten. Es waren 54,3% der Männer und 48,9% der Frauen. Zum Vergleich geben die Autoren an, daß 1980 nur 27% der Erwachsenen in Suffolk County als gelernte oder ungelernete Arbeiter tätig waren. Den größten Anteil der untersuchten Personen, die als ungelernete Arbeiter tätig waren, bildeten Patienten mit Schizophrenie (58%) und die unspezifisch psychotischen Patienten (52%). Von den Patienten mit einer affektiven Psychose waren es 44%.

2.2.2.3. Die Suizidalität

2.2.2.3.1. Die Suizidversuche

Soyka M et al. (1993) zeigen auf, daß signifikant mehr schizophrene Patienten mit einem Suchtmittelkonsum (30%) als Patienten ohne Suchtmittelabusus (13,2%) einen Suizidversuch unternehmen. In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren auf eine Studie von Häfner (1991), nach der 10% der schizophrenen Patienten durch einen Suizid sterben.

Bei den Suizidversuchen ergab sich in der Studie von Bromet E J et al. (1992) zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Unterschied. Die Autoren verweisen aber auf eine Studie von Weissman (1974) nach der Frauen 3 bis 5 mal häufiger einen Suizidversuch begehen als Männer. 75% der Männer und 77,8% der Frauen hatten noch keinen Selbst-

mordversuch unternommen. Einen Suizidversuch hatten 14,8% der Männer und 13,3% der Frauen begangen.

2.2.2.3.4. Familienstand und Suizid

Breier et al. (1984) verglichen folgende 3 Patientengruppen in Connecticut: schizophrene Patienten, die einen Suizid begangen hatten, nicht-schizophrene Patienten mit Suizid und Schizophrene, die keinen Selbstmord unternommen hatten. Im Vergleich der schizophrenen Patienten untereinander waren die Patienten, die einen Selbstmord begangen hatten, u.a. jünger und häufiger Männer. Nur wenn die schizophrenen Patienten, die einen Suizid vollendet hatten, mit den suizidalen Nicht-Schizophrenen verglichen werden, waren die schizophrenen Patienten ebenfalls jünger und häufiger männlichen Geschlechts und zusätzlich signifikant häufiger nicht verheiratet. Daß diese Patienten häufiger ledig waren kann an ihrem geringeren Alter und an der geringeren Anzahl an Ehen bei schizophrenen Patienten liegen. Wie wichtig aber das soziale Umfeld für die schizophrenen Patienten ist, zeigt das Ergebnis, das sich bei der Suche nach life events ergab. Obwohl die Autoren bei den nicht-schizophrenen Patienten signifikant mehr belastende Lebensereignisse wie den Tod eines nahen Angehörigen oder eines Freundes fanden, war für die schizophrenen Patienten, die Suizid begangen hatten, die Mitteilung, daß sie nicht mehr bei ihrer Familie leben können, ein mit Streß verbundenes Lebensereignis. Breier et al. stufen diese Mitteilung als möglichen Auslöser des Suizides ein.

Die folgende Studie weist jedoch keinen Zusammenhang zwischen Familienstatus und Suizidalität auf. Cheng K K et al. (1989) ermittelten aus den Krankenakten in Hong Kong von zwei Kliniken alle schizophrenen Patienten, die zwischen 1981 und 1985 Suizid begangen hatten und in ambulanter Behandlung waren. Sie kamen teilweise zu Ergebnissen, die von denen anderer Autoren abweichen. Beispielsweise betrug das Durchschnittsalter der Patienten in dieser Studie bei ihrem Tod 31,3 Jahre, während es bei Roy (1982) bei 25,8 Jahren liege. Ebenso fanden die Autoren keinen Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und dem Suizid wie andere Forscher, auf die Cheng et al. (1989) verweisen (z.B. Barraclough et al. (1974)). Nur 5 der 74 untersuchten Patienten lebten allein, was 6,7 % entspricht, während die meisten anderen mit nahen Verwandten zusammenlebten. Die Autoren räumen hier zwar ein, daß Hong Kong der dicht besiedelste Ort der Welt ist, und daß es sich nur wenige Menschen leisten können, allein zu leben, aber sie verweisen darauf, daß 1981 nur 3,8 % der Menschen in der Durchschnittsbevölkerung allein lebten, so daß dieser Prozentsatz nicht signifikant von dem der Studie abweiche. Ebenso war der Anteil der verheirate-

ten Patienten mit 27 % höher als in anderen Studien. Hier führen die Autoren u.a. eine Studie von Roy (1982) an. Dies könne aber an der relativ hohen Anzahl an Frauen in dieser Studie liegen, da mehr schizophrene Frauen als Männer verheiratet sind.

2.2.3. Die prämorbid Persönlichkeit

2.2.3.1. Die Rolle der Schulbildung

Tien A Y et al (1992) fanden in allen untersuchten Diagnosegruppen (Patienten mit Schizophrenie, Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose und Patienten mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen) eine signifikante Korrelation zwischen der Zahl der Ausbildungsjahre und dem Erkrankungsrisiko. Je besser die Ausbildung war, um so geringer war die Gefahr zu erkranken. Der Grad der Ausbildung, Arbeit und Familienstatus werden hier als Maß für die soziale Anpassung gewertet.

Der größte Teil der Patienten, die Bromet E J et al. (1992) untersuchten, hatte einen hohen Schulabschluß. Die Frauen hatten eine signifikant längere Ausbildung als die Männer. 19,2% der Frauen hatte eine Ausbildung, die 16 und mehr Jahre dauerte, während es bei den Männern nur 7,5% waren.

2.2.3.4. Die berufliche Ausbildung

Bromet E J et al. (1992) untersuchten 188 Patienten mit einer nicht-organischen Psychose, bei denen zum ersten Mal eine stationäre Aufnahme erfolgte. Bei den meisten Patienten diagnostizierten sie Schizophrenie (20%); 16% der Patienten hatten eine bipolare Erkrankung mit psychotischen Symptomen und 12% waren unipolar depressiv mit psychotischen Symptomen. Ein überraschend großer Teil der Patienten hatte eine spezielle Berufsausbildung. Hier war der Anteil der Frauen jedoch geringer. Bei Männern waren es 38,5% in der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahre und 44% im Alter von 20 bis 24 Jahren. Bei den Frauen waren es 41,7% in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre und 18,2% in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen.

2.3. Der Suchtmittelkonsum

2.3.1. Die Zahl der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus

Die Prävalenzrate für jede Art von Abusus bzw. Abhängigkeit betrug in der Studie von Soyka M et al. (1993), die schizophrene Patienten in 2 Münchner Krankenhäusern untersuchten, 21,8% in Gruppe 1 und 42,9% in Gruppe 2, die die Autoren als „chronischere“

Gruppe bezeichneten. Hier trat ebenfalls ein signifikanter Geschlechterunterschied auf: es waren 32,8% der Männer und 15,0% der Frauen. Die Autoren geben an, daß laut einer epidemiologischen Studie die Prävalenzrate in Bayern auf 7,9% geschätzt wird. Die Prävalenzraten der Studie sind also wesentlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Weiterhin verweisen die Autoren auf Freed (1975) der Prävalenzraten des Alkoholabusus von schizophrenen Patienten von 3% bis 63% angibt.

Bei den 53 von Barbee J G et al. (1989) untersuchten schizophrenen Patienten hatten 5 Patienten eine Lifetime-Diagnose für Alkoholabusus, 11 Patienten für Alkoholabhängigkeit und 9 Patienten für Abusus und Abhängigkeit. Insgesamt hatten also 47% der Patienten eine Lifetime-Diagnose für Alkoholkrankheit. Von allen Patienten hatten 69% jemals Drogen genommen, und 37% der Patienten hatten schon einmal in ihrem Leben für die Dauer von mindestens 2 Wochen täglich Drogen konsumiert. Patienten mit Abusus oder Abhängigkeit hatten signifikant häufiger jemals in ihrem Leben Drogen konsumiert. Alle Patienten mit Alkoholmißbrauch mit und ohne Abhängigkeit hatten schon einmal 2 Wochen lang täglich Drogen konsumiert. Die hohe Zahl an Patienten, die auch andere Drogen konsumiert und der hohe Anteil an Patienten, der schon einmal in ihrem Leben 2 Wochen lang täglich Drogen eingenommen hat, lege nahe, daß es sich hier um einen Subtyp der Schizophrenie handele, der extrem stark für jede Art von Drogenmißbrauch neigt.

Wenn man eine Unterteilung der Schizophrenie nach ihren Subtypen vornimmt, so erkennt man, daß die Patienten mit einem Residualsyndrom (54,7%) die signifikant höchste Lifetime-Prävalenz für jede Art von Abusus / Abhängigkeit im Vergleich zu den Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose (alle anderen Subtypen: 10,8%) oder einer paranoischen Schizophrenie (16,3%) aufweisen.

2.3.2. Die Rückfälligkeit in den Alkoholismus bzw. Trockenphasen

Körkel J und Lauer G (1988) berichten über unterschiedliche Ergebnisse vom Einfluß der Ehe auf die Rückfälligkeit von Alkoholikern. Sie erwähnen eine Studie von Cronkite und Moos (1983) nach der Verheiratete (insbesondere verheiratete Männer) 2 Jahre nach Therapieende bessere Erfolge als Nichtverheiratete aufwiesen. Auch bei Rathod et al. (1966) seien unter alleinstehenden und geschiedenen Expatienten mehr Rückfällige als unter Verheirateten festzustellen gewesen. Die Autoren verweisen aber auch auf eine Arbeit von Gewehr (1983), die zu dem Ergebnis kommt, daß bei ledigen Frauen und Männern weniger Rückfälle und häufiger langfristige Abstinenz als bei Verheirateten zu verzeichnen waren. Körkel J und Lauer G (1988) fassen zusammen, daß zwischen Familienstand und Rückfäll-

lichkeit keine einheitlichen Beziehungen nachgewiesen wurden. Nichtverheiratete Abhängige seien aber offenbar tendentiell einem höheren Rückfallrisiko ausgesetzt. Es deute sich zudem an, daß eine gute Qualität der ehelichen Beziehung mit geringeren Rückfallhäufigkeiten einhergehe.

2.3.3. Das Hauptsuchtmittel

Soyka M et al. (1993), die schizophrene Patienten in 2 Krankenhäusern in München untersucht haben, fanden heraus, daß neben Alkohol die am häufigsten konsumierten Suchtmittel Cannabis, Cocain und Amphetamine waren. Von den legalen Suchtmitteln wurden am häufigsten Benzodiazepine konsumiert. Während in Deutschland der Alkoholabusus ein größeres Problem darstelle, werden in den USA häufiger Drogen konsumiert. Zeiler (1991) untersuchte 66 schizophrene Patienten, deren Erstmanifestation mindestens 2 Jahre zurücklag und die keine Alkoholhalluzinose in der Vergangenheit aufwiesen, nach. Er berichtet, daß bei den Schizophrenen unter den Substanzen mit Abhängigkeitspotential dem Nikotin die größte Bedeutung zukomme. Ein exzessiver Nikotinkonsum sei insbesondere bei impulsiv entsteuerten Syndromen, zumal hebephrener Färbung, anzutreffen. Im Kontext erhöhter sozialer Anforderungen in Arbeit, Partnerbeziehung und Familie nehme der Nikotingebrauch Schizophrener zu, oft parallel zu steigendem Konsum von Alkohol und sedativ-tranquilisierenden Substanzen. Im von Zeiler (1991) untersuchten Kollektiv war bei 18 von 66 Patienten im zurückliegenden 1-Jahreszeitraum (7 Kranke) oder in früherer Zeit (11 Kranke) ein Medikamentenmißbrauch aufgetreten. Von den insgesamt 18 Patienten mit Medikamentenmißbrauch stammten 13 Kranke aus der Alkohol- und 5 Patienten aus der Kontrollgruppe. In 9 Fällen der Alkoholgruppe war Alkohol die wichtigste Substanz; nur bei einer Patientin stand eine Medikamentenabhängigkeit im Vordergrund, während Alkohol lediglich als Ersatzmittel hinzutrat. In 3 Fällen lag ein polyvalenter Mißbrauch vor mit simultanem oder alternierendem Gebrauch von Medikamenten und Alkohol. Der Häufigkeit nach nahmen Hypnotika und Benzodiazepine die erste Stelle ein, gefolgt von Analgetika (meist Mischpräparaten), Laxantien, Biperiden und - in Einzelfällen - Schilddrüsenhormonen sowie kreislaufaktiven Substanzen. Die Bevorzugung sedativ-anxiolytisch wirksamer Präparate entsprach der ausgeprägten Angstdynamik der Patienten.

In der von Zeiler (1991) untersuchten Stichprobe hatten 8 der 66 Patienten Erfahrungen mit Drogen. 6 der Patienten hatten Cannabis konsumiert, aber je nur ein Kranker LSD und Heroin. Der Drogenkonsum wurde in allen Fällen während der präschizophrenen Verlaufs-

strecke erstmals manifest; nur bei 3 Patienten setzte er sich - als sporadischer Drogenkonsum - in die schizophrene Erkrankung hinein fort.

Barbee et al. (1989) fanden heraus, daß neben Alkohol Marihuana die am häufigsten konsumierte Substanz war. Unter den schizophrenen Patienten ohne Alkoholabusus mit oder ohne Abhängigkeit hatten 7 Patienten Marihuana konsumiert und jeweils nur 1 Patient Tranquilizer und Psychedelics. Unter den schizophrenen Patienten mit Alkoholmißbrauch und / oder Abhängigkeit hatten ebenfalls die meisten Marihuana konsumiert, aber der Konsum verteilte sich auch über die anderen Substanzen.

Die Art des Suchtmittelmißbrauchs hängt auch vom Alter des Patienten ab. Soyka M et al. (1993) fanden einen Drogenabusus fast ausschließlich nur unter Patienten, die jünger als 30 Jahre alt waren.

Auch Zeiler (1991) ist der Ansicht, daß die Mißbrauchsprävalenz und die relative klinische Bedeutung einzelner Stoffe stichprobenabhängig sind. Sie werden von der Art der untersuchten Klientel sowie von Milieufaktoren und soziokulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst. Er hält es für möglich, daß junge Männer, insbesondere wenn sie in einem städtischen Milieu leben, stärker zum Drogenkonsum, ältere Kranke dagegen eher zur Einnahme von Alkohol oder Medikamenten neigen.

Um Variablen zu identifizieren, die im Vergleich von Alkohol- und Kontrollgruppe am stärksten zur Gruppendifferenzierung beitragen, führte Zeiler (1991) ein Diskriminanzanalyse durch. Zur Gruppendifferenzierung tragen im wesentlichen die Variablen „Therapieferne“ und „Nikotinkonsum“ bei, in geringerem Maße die Variable „jemals verheiratet“. Die klinische Interpretation lautet: trinkende Kranke zeichnen sich - verglichen mit abstinenten - vor allem durch Nikotinkonsum und Distanz zu therapeutischen Angeboten aus, darüber hinaus - tendentiell - durch ledigen Familienstand.

2.3.4. Das Erstalter, in dem der Suchtmittelkonsum begann

Zeiler (1990) ermittelte ein 1-Jahrsprävalenz für eine langzeitbetreute Klientel von 19%, bei Berücksichtigung nur schwerer Formen des Alkoholmißbrauchs 8%. Das Alter bei Beginn streute zwischen 13 und 55 Jahren ($m = 27,5$ Jahre). Rund die Hälfte der Patienten (17 von 37) begann in der dritten Lebensdekade zu trinken. In 2/3 der Fälle setzte des Abusus im engeren zeitlichen Umkreis der psychotischen Erstmanifestation (± 5 Jahre) ein.

2.3.5. Der Geschlechterunterschied beim Substanzmißbrauch

Bromet E J et al. (1992) zeigen auf, daß Männer (58%) einen signifikant stärkeren Suchtmittelabusus hatten als Frauen (28,9%).

Auch Soyka M (1993) fand unter den Frauen einen signifikant geringeren Alkohol- und Drogenabusus als bei den Männern. Die Lifetime-Prävalenz für Alkoholabusus betrug für Männer 30% und für Frauen 9,7% in Gruppe 1. In Gruppe 2, die als die „chronischere“ Gruppe bezeichnet wurde, waren es 46% der Männer und 21,9% der Frauen. Nur in Gruppe 2 trat auch bei der Lifetime-Prävalenz für den Abusus illegaler Drogen ein signifikanter Geschlechterunterschied auf: es waren 21,5% der Männer und 6,2% der Frauen.

Ebenso überwogen in der Alkoholgruppe der von Zeiler (1991) untersuchten Patienten die männlichen Probanden (24 von 37). Ein präschizophrener Beginn des Mißbrauchs ist fast ausschließlich bei Männern zu beobachten, ein Beginn im schizophrenen Verlauf jedoch bei beiden Geschlechtern gleichermaßen. Deshalb nimmt Zeiler (1991) an, daß die schizophrene Erkrankung die geschlechtsdifferenten Alkoholrisiken nivelliert, d.h. es kommt zu einer Verwischung der sozial- und kulturtypischen Prägung des Substanzmißbrauchs.

Im Untersuchungskollektiv von Zeiler (1991) waren unter den Patienten, bei denen ein Medikamentenabusus aufgetreten war, die Kranken weiblichen Geschlechts im Vergleich zur Gesamtstichprobe überrepräsentiert (11 von 18).

Von den 66 Patienten hatten 8 Erfahrungen mit Drogen. Diese Patienten waren durchgehend männlichen Geschlecht.

Barbee et al. (1989) fanden unter den schizophrenen Patienten mit und ohne Sucht keine signifikanten Differenzen im Geschlecht.

2.4. Familienstatus und Erkrankungsverlauf

2.4.1. Die stationären Behandlungen

Soyka M et al. (1993) fanden bei verheirateten Patienten eine geringere Zahl an Krankenhausaufenthalten als bei ledigen. Sie geben den Anteil der verheirateten schizophrenen Patienten ihrer Studie mit 25,3% in Gruppe 1 (aus der psychiatrischen Abteilung des Universitätskrankenhauses München) und 17,0% in Gruppe 2 (aus dem psychiatrischen Krankenhaus in München / Haar), deren Mitglieder eine größere Zahl an vorangegangenen Krankenhausaufenthalten hatten, an.

2.4.2. Ehe und Entscheidung zum Abbruch der Behandlung

Da viele Autoren widersprüchliche Motive der Patienten für den Abbruch der Behandlung angaben, untersuchten Heinssen et al. (1988) den Einfluß der Diagnose auf die Entscheidung, die Klinik vorzeitig zu verlassen. Da ein Abbruch der Behandlung mit einer schlechten Prognose korreliert ist, waren die Autoren bemüht, die Vorzeichen dieses Entschlusses zu erkennen und so zu erreichen, daß die Therapeuten diesem Entschluß zuvorkommen. Bei den schizophrenen Patienten und den schizoaffektiven Patienten ergab sich im Familienstatus zwischen den Patienten, die die Klinik gegen ärztlichen Rat verließen und denen, die ihre Entlassung mit den Therapeuten abstimmten, kein signifikanter Unterschied. Überraschend war jedoch, daß die unipolar depressiven Patienten, die die Behandlung abbrachen, wesentlich häufiger verheiratet waren und stabile zwischenmenschliche Beziehungen besaßen, während bei den Patienten mit Borderline Persönlichkeit der umgekehrte Fall zutraf. Diesen scheinbaren Widerspruch erklären die Autoren durch den Einfluß der Diagnose auf den Entscheidungsprozeß. Bei Patienten mit Borderline Persönlichkeit kommt es in der Behandlung zu einer Krise, wenn sie ihre Grenzen erfahren, was in diesen Patienten Wut und Ärger auslöst. Aus dieser Krise heraus entschließen sie sich, die Klinik gegen ärztlichen Rat zu verlassen. Bei den unipolar depressiven Patienten wird die Krise jedoch aufgelöst, wenn im Laufe der Behandlung von ihnen mehr Initiative und Verantwortungsübernahme verlangt wird. Deshalb brechen gerade die Patienten mit einem stabilen sozialen Umfeld die Behandlung ab, um in früheren Beziehungen ihr Verlangen nach Passivität und Abhängigkeit befriedigen zu können.

2.4.3. Familienstatus und Residualsyndrom

Fenton W S und McGlashan T H (1994) verglichen schizophrene Patienten mit Residualsyndrom mit schizophrenen Patienten, die dieses Syndrom nicht aufwiesen. Diese Patienten wurden aus dem Chestnut Lodge Hospital in Rockville, Md zwischen 1950 und 1975 entlassen. Die Autoren fanden heraus, daß signifikant weniger schizophrene Patienten mit einem Residualsyndrom vor Ausbruch der Erkrankung verheiratet waren als die Patienten, die das Syndrom nicht aufwiesen (6% versus 28%). Die beiden Patientengruppen unterschieden sich jedoch nicht statistisch signifikant in ihrem Ersterkrankungsalter und in ihrer prämorbidem Anpassung (in beiden Gruppen wurden die Patienten als Einzelgänger seit der Adoleszenz beschrieben), so daß diese beiden Faktoren nicht für den Unterschied im Familienstatus verantwortlich sein können. Das Auftreten des Residualsyndroms erwies sich als stabil. 83% der Patienten, bei denen bei Erstaufnahme ein Residualsyndrom vorlag, behiel-

ten dieses bis zur Aufnahme im oben angegebenen Krankenhaus bei. Es waren etwas mehr Männer als Frauen betroffen, aber der Unterschied war nicht statistisch signifikant, so daß auch Geschlechtsunterschiede nicht für die geringere Zahl der Ehen unter den Patienten mit Minussymptomatik ausschlaggebend sein können. Auch die Zahl der Krankenhausaufenthalte und die pharmakologische Behandlung mit Neuroleptika unterschied sich in den beiden Patientengruppen nicht. Für die unterschiedliche Anzahl der Ehen in den beiden Gruppen geben die Autoren keine Erklärung. Insgesamt war das Auftreten des Residualsyndroms mit einem negativen Langzeitergebnis korreliert.

2.5. Erklärungsmodelle für die Geschlechterunterschiede im Familienstatus

Für die Erklärung der Geschlechtsunterschiede weisen Walker et al. (1985) verschiedene Theorien auf. Nach der *Selektionstheorie* (hier werden z.B. Farina et al (1963), Rushing (1979) genannt) sind die Männer aufgrund ihrer traditionellen Rolle in der Phase des Umwerbens stärker betroffen, weil sie mit mehr Bestimmtheit und einer beruflichen Unabhängigkeit verbunden sei. Frauen könnten trotz ihrer Passivität und ihres sozialen Rückzuges heiraten, wenn sie dem Mann während des Umwerbens die gesamte Verantwortung überlassen. Laut Walker müßten dann also Patienten, deren Symptome ihrer traditionellen Rolle widersprechen, unverheiratet sein. Demnach müßten unverheiratete Frauen häufiger Symptome wie Feindseligkeit und unsoziales Verhalten an den Tag legen, während unverheiratete Männer häufiger an sozialem Rückzug und anderen negativen Symptomen leiden. Nach der *Selektionstheorie* sind verheiratete Patienten weniger gestört als unverheiratete. Walker berichtet von vielen Studien, die diese Annahme belegen, doch wurden entweder nur Männer untersucht oder der Einfluß des Geschlechtsunterschiedes wurde nicht berücksichtigt. Er weist auf eine Studie von Kirshner und Johnston (1983) hin, nach der verheiratete Frauen im Global Assesment Scale die schlechtesten Ratings aufwiesen, während verheiratete Männer die höchsten Ratings erreichten. Bei unverheirateten Patienten zeigten sich die gleichen Ergebnisse. Diese Unterschiede lassen sich nach Walkers (1985) Ansicht nicht nur mit der Selektionstheorie in Einklang bringen.

Auch Studien über die *prämorbidie Anpassung* zeigen laut Walker et al. (1985), daß psychisch gestörte Menschen aus dem Pool der Heiratsfähigen ausgeschlossen werden. Einschätzungen über die prämorbidie Anpassung enthielten typischerweise den Familienstatus als Bewertungskriterium, weil festgestellt wurde, daß Ehe beispielsweise mit einer besseren Prognose korreliert ist. Aber auch hier weisen die Autoren auf Studien (Lewine (1981),

Aylward, Walker & Bettes (1984)) hin, die Geschlechtsunterschiede aufzeigen. Danach besitzen Männer insgesamt eine schlechtere prämorbidie Anpassung, wenn der Familienstatus berücksichtigt wird. Auch weisen Männer größere geistige Defizite und ein niedrigeres Ersterkrankungsalter als Frauen auf. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß die Männer wahrscheinlich eher aufgrund ihrer schlechteren prämorbidien Anpassung als aufgrund ihrer Unfähigkeit, die traditionelle Rolle in der Phase des Umwerbens zu erfüllen, seltener verheiratet sind als Frauen.

Walker et al. (1985) nennen eine weitere Theorie, die den Zusammenhang zwischen Familienstand und psychischer Gesundheit erklärt, nach der die Ehe eine *sozioemotionale Stütze* darstellt, die als Puffer gegen psychologischen Streß wirkt. Die Autoren führen hier Studien von Lee (1974) und Udry (1974) auf. Es gebe weiterhin Studien wie beispielsweise Gove et al. (1972), die nahelegen, daß die *Ehe für Männer eine stärkere emotionale Befriedigung* bedeute als für die Frauen, weil die traditionelle Rolle des Ehemannes den Mann eher dazu befähige, beruflich Karriere zu machen. Bernard (1972) gehe sogar so weit zu sagen, daß die *Ehe nur für die Männer der psychischen Gesundheit zuträglich* sei, während sie bei Frauen Streß hervorrufe, weil die Ehe ihre Fähigkeit, die persönliche Kontrolle über ihr Leben auszuüben, einschränke. Diese Annahme beruhe auf der Erkenntnis, daß verheiratete Frauen stärkere psychologische Verzweiflung aufweisen als verheiratete Männer. Nach Bernards Studie müßten laut Walker (1985) verheiratete Frauen stärker psychisch gestört sein als unverheiratete.

Gegen die *Selektionstheorie* und die Theorie, daß die Ehe eine emotionale Stütze darstellt, spricht, daß die verheirateten Frauen insgesamt höhere Scores an Symptomen erreichten als verheiratete oder früher verheiratete Männer und als früher verheiratete Frauen. Es wurden 9 Gruppen von Symptomen wie z.B. Anhedonie, vegetative Symptome, Feindseligkeit, Alkohol- und Rauschgiftmißbrauch untersucht. Die Autoren halten es jedoch für möglich, daß diejenigen Frauen, die weniger psychisch gestört waren als die Frauen, die unverheiratet blieben, aber die Ehe könnte dann zu einer Exacerbation der Symptome geführt haben. Dies decke sich mit Studien beispielsweise von Clausen (1981), die zeigten, daß die Ehepartner von Frauen, die an einer manifesten Psychose erkrankt sind, gefühlloser sind und sich häufiger antisozial verhalten als die Ehemänner in der Durchschnittsbevölkerung. Die Autoren vermuten, daß diese Frauen von Männern ausgesucht wurden, die ein von der Norm abweichendes Verhalten aufweisen. Während psychotische Männer eher Ehefrauen haben, die ihnen eine Stütze sind.

Gegen die Annahme, daß die verheirateten Frauen aufgrund ihrer Symptome einer Heirat eher zustimmen, spricht das Ergebnis, daß verheiratete Frauen keine speziellen Symptom-muster aufwiesen.

Frauen erreichten signifikant höhere Werte in den Symptomen Anhedonie, suizidale Nei-gungen, vegetative Symptome und in der Desorientierung. Nur in bezug auf Alkoholabusus erreichten die Männer signifikant höhere Werte.

Walker et al. (1985) fassen zusammen, daß der bestimmende Faktor in der Interaktion zwi-schen Familienstatus und Geschlecht eher der psychologische Status des Ehepartners ist als beispielsweise die Geschlechterrolle. Wenn die Patienten in einer Ehe leben, durch die sie gestützt werden, könnte es sein, daß sie weniger psychisch gestört sind.

Gureje (1991) zeigte, daß nur in der Gruppe der verheirateten Patienten zwischen Männern und Frauen kein signifikanter Unterschied im Ersterkrankungsalter und im Zeitpunkt der ersten Hospitalisation besteht. Für diesen Zusammenhang macht er verschiedene Interpreta-tionsmöglichkeiten deutlich. Es könnte sich einmal bei den verheirateten Patienten um ei-nen ähnlichen Typ der Schizophrenie handeln. Dann nennt er die Möglichkeit, daß die Ehe den Ausbruch der Krankheit hinausschiebt, weil sie dem Erkrankten eine Stütze bietet. Hier verweist er aber auf Studien, die nahelegen, daß die Ehe einen entgegengesetzten Einfluß auf Männer und Frauen hat. Deshalb hält er es für unwahrscheinlich, daß die Ehe in diesem Fall für beide Geschlechter einen Schutzeffekt hat. Für ihn ist die Annahme, daß es sich bei verheirateten Patienten um eine *Variante der Schizophrenie* handelt, die durch ein spätes Ersterkrankungsalter gekennzeichnet ist, plausibler.

Daß zwischen dem Familienstatus und der Symptomatologie bei Männern und Frauen kei-ne einheitlichen Beziehungen bestehen wird durch die Studie von Cetingök M et al (1990), der amerikanische und türkische schizophrene Patienten verglich, deutlich. Zur Symptoma-tologie bemerken die Autoren, daß Halluzinationen am häufigsten bei türkischen Frauen auftraten, die getrennt lebend, geschieden oder verwitwet waren und bei den amerikani-schen verheirateten Männern. Desorientierung fanden die Autoren am häufigsten unter tür-kischen verheirateten Frauen und unter türkischen Männern, die getrennt lebend, geschie-den oder verwitwet waren. Unter Sprachlosigkeit litten eher die türkischen Frauen, die al-lein lebten.

Zu den Auswirkungen der Ehe auf eine psychische Erkrankung bemerken Reich et al., daß es nicht nur möglich sei, daß eine unglückliche Ehe eine psychische Erkrankung hervorruft,

sondern daß eben auch der umgekehrte Vorgang genauso gut vorstellbar sei. Sie geben zu bedenken, daß jede soziale Rolle Vor- und Nachteile mit sich bringt. Wie gut eine Person eine soziale Rolle erfüllen kann, hänge auch von ihren Fähigkeiten ab. Vorausgesetzt, daß eine einträglichere Rolle stärkere emotionale Fähigkeiten erfordert, können Personen, denen diese Fähigkeit fehlt, diese Rolle nicht erfüllen. Unter der Annahme, daß in unserer Gesellschaft die Männer in der Ehe zwei Rollen repräsentieren (Ehemann und Berufstätiger), während Frauen nur die Rolle der Ehefrau übernehmen (hier beziehen sich die Autoren auf Gove (1987; 1990), besitzen Männer zwei potentielle Quellen der emotionalen Befriedigung. Gleichzeitig seien die Rollen aber mit stärkerem Streß und höheren Anforderungen verbunden. In der gesunden Bevölkerung seien die emotionalen Fähigkeiten stark genug, so daß jeder sich seine Rolle innerhalb Familienstandes aussuchen könnte. Psychisch kranke Menschen aber würden gezwungen, diejenige Rolle zu übernehmen, die weniger anspruchsvoll ist. Für die Männer unserer Gesellschaft bedeute dies, unverheiratet zu bleiben, weil sie dann nur eine Rolle übernehmen müßten, während die Frauen heiraten, weil sie auch nur eine Rolle übernehmen und häufig auf diese Weise finanzielle Unterstützung erhielten.

Tien et al. (1992) fanden, daß unverheiratete Männer ein 50 mal höheres relatives Risiko haben an Schizophrenie zu erkranken, während es bei unverheirateten Frauen „nur“ 15 mal höher ist. Verantwortlich machen die Autoren Geschlechterunterschiede in der Selektion für die Ehe und Geschlechterunterschiede im Ausprägungsgrad der psychopathologischen Symptome. Die Autoren machen deutlich, daß auch andere Forscher zu ähnlichen Ergebnissen kamen, aber nicht in diesem starken Ausmaß. Verheiratete Frauen hatten in dieser Studie ein 2,4 mal höheres relatives Risiko an Schizophrenie zu erkranken als verheiratete Männer. Diese Erkenntnis lege nahe, daß Frauen mit präorbiden Krankheitszeichen eher heiraten als Männer mit präorbiden Symptomen.

3. Hypothesen

3.1. Die verheirateten Patienten unterscheiden sich in folgenden **sozialen Kernvariablen**:

- ◆ 3.1.1. Männer sind signifikant seltener verheiratet als Frauen.
- ◆ 3.1.2. Prozentual am häufigsten sind die Alkoholiker verheiratet. Hier ist aber auch die Scheidungsrate am höchsten. Die schizophrenen Patienten haben prozentual den geringsten Anteil an Ehen.
- ◆ 3.1.3. Patienten mit einem niedrigen Ersterkrankungsalter sind signifikant seltener verheiratet als Patienten, deren Erkrankung erst in einem späteren Lebensalter auftritt.
- ◆ 3.1.4. Die Zahl der Kinder ist geringer als in der Durchschnittsbevölkerung.

3.2. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, sind **sozial besser angepaßt**.

- ❖ **3.2.1. Die verheirateten Patienten unterscheiden sich durch ein positiveres Bewältigungsverhalten.**
 - ◆ 3.2.1.1. Bei diesen Patienten ist die Compliance größer. Sie stimmen der Behandlung eher zu und nehmen die Medikamente zuverlässiger ein.
 - ◆ 3.2.1.2. Diese Patienten unterscheiden sich bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Sie schalten bereits rechtzeitig Hilfe ein, wenn sie eine Verschlechterung bemerken. Hier besteht ein Geschlechterunterschied: Frauen bemühen sich eher als Männer um Hilfe.
- ❖ **3.2.2. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, haben eine bessere aktuelle Adaptation.**
 - ◆ 3.2.2.1. Sie unterscheiden sich in den sozialen Kernvariablen. Sie haben beispielsweise weniger Probleme im Berufsleben und sind eher in ihrem erlernten Beruf tätig.
 - ◆ 3.2.2.2. Wenn man Suizidalität als ein Zeichen für Maladaptation bewertet, zeigt sich auch hier, daß Patienten, die in einer Partnerschaft leben, seltener einen Suizidversuch unternehmen. Bei Frauen ist die Anzahl der Suizidversuche jedoch höher als bei Männern.
 - ◆ 3.2.2.3. Auch in der Aggressivität unterscheiden sie sich von den anderen Patienten. Sie sind seltener fremd- bzw. autoaggressiv.

❖ 3.2.3. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, haben eine stabilere **prämorbid**e Persönlichkeit.

◆ 3.2.3.1. Bei verheirateten Patienten ist beispielsweise die Schulbildung höher und es gab weniger Probleme in der Ausbildung.

3.3. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, haben einen geringeren bzw. anderen Suchtmittelkonsum.

◆ 3.3.1. Die Prävalenzrate des Alkohol- bzw. Drogenabusus unter den Schizophrenen Patienten ist höher als in der Durchschnittsbevölkerung.

◆ 3.3.2. Patienten mit einer Partnerschaft haben einen geringeren Suchtmittelkonsum und die negativen Auswirkungen sind geringer. Sie erlitten seltener einen Filmriß, ein Delir trat seltener auf und die körperlichen Probleme sind geringer.

◆ 3.3.3. Sie haben einen anderen Suchtmittelkonsum. An erster Stelle liegt Nikotin, dann folgt Alkohol. Einige Patienten rauchen Cannabis, doch der Konsum von Drogen wie Heroin ist wesentlich geringer.

◆ 3.3.4. Auch hier besteht ein Unterschied in den Geschlechtern: Der Konsum von Alkohol und Drogen ist bei Frauen geringer.

◆ 3.3.5. Diese Patienten haben eher das Gefühl, daß ihr Suchtmittelmißbrauch behandelt werden muß und suchen häufiger Selbsthilfegruppen auf.

3.4. Bei Patienten, die in einer Partnerschaft leben, verläuft die Erkrankung leichter. Der Schweregrad der Erkrankung ist geringer. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte ist niedriger.

◆ 3.4.1. Patienten, die in einer Partnerschaft leben, leiden objektiv (in der Fremdbeurteilung) weniger unter Befindlichkeitsstörungen. Diese Patienten haben z.B. weniger Angst und Schuldgefühle. Auch in den Itemgruppen unterscheiden sich diese Patienten. Sie sind z.B. seltener depressiv.

◆ 3.4.2. Ebenso leiden sie subjektiv seltener unter Befindlichkeitsstörungen. Im FBF geben sie beispielsweise seltener Gefühle wie Anhedonie und Angst an.

4. Methodik der Untersuchung

4.1. Beschreibung der Studie

Treffen die beiden Erkrankungen Psychose und Sucht zusammen, gelangen die Patienten häufig in die Lücke zwischen Suchttherapie und psychiatrischer Rehabilitation. Zur Erlangung konkreter Vorschläge für die Gestaltung spezifischer therapeutischer Vorgehensweisen wird in Hamburg am Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE) eine Studie „Prospektive, monozentrische Verlaufsuntersuchung von Abhängigkeitserkrankungen und schizophrenen Psychosen (auch kurz „Projekt Psychose und Sucht“ genannt) durchgeführt. Die Studie wird durch das Bundesministerium für Forschung und Technik (BMFT) gefördert. Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen dieser Studie durchgeführt.

4.2. Die diagnostischen Kriterien

Die in dieser Untersuchung verwendeten Diagnosen wurden nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD 10) gestellt.

4.3. Die Untersuchungsgruppen

Gruppe 1:

(Doppeldiagnose-Patienten) Patienten mit einer schizophrenen Störung und stofflichem Mißbrauch: Diagnose nach ICD -10: F 2 und F1x.1, F1x.2, F 12 oder F 19, Patienten mit Cocain- oder Heroinmißbrauch wurden ausgeschlossen (N = 198)

Gruppe 2:

Schizophrenie, anhaltende wahnhaftige Störung, induzierte wahnhaftige Störung: Diagnose nach ICD-10: F 20, F 22 und F 24 (N = 82).

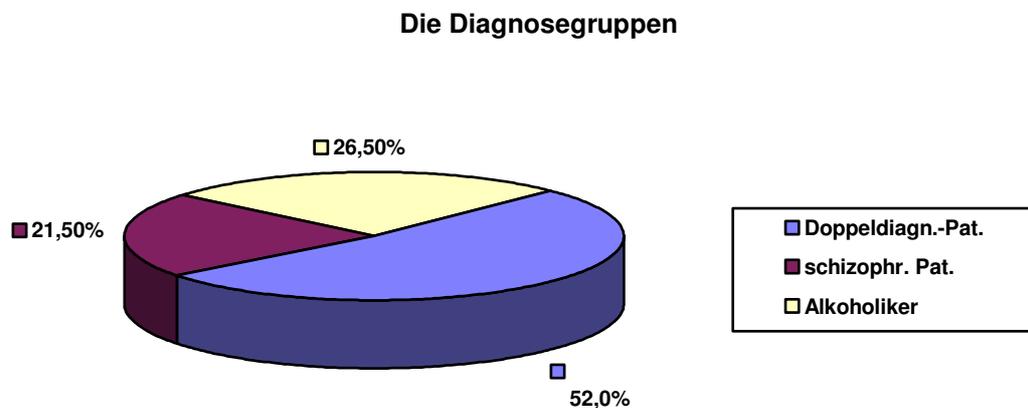
Gruppe 3:

Alkoholabhängigkeit: Diagnose nach ICD-10: F 10.2 (N = 101).

Tabelle 1: Diagnosegruppen

	Anzahl	Prozent
Doppeldiagn.-Pat.	198	52,0
Schizophr. Pat.	82	21,5
Alkoholiker	101	26,5
Summe	381	100

Abbildung 1: Die Diagnosegruppen



Diagnostische Einschlußkriterien für die Gruppe 1 (Hauptuntersuchungsgruppe) waren eine der Diagnosen des Abschnitts F2 der ICD-10 (Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung) in Kombination mit einer der Diagnosen des Abschnittes F1x.1 (schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen) oder F1x.2 (Abhängigkeitssyndrom) der ICD-10. Bei den Diagnosen F1x.1 bzw. F1x.2 unterschieden wir, ob sie anamnestisch und /oder aktuell vorlagen. Auch Patienten mit länger zurückliegendem Substanzmißbrauch wurden aufgenommen, da in der Studie auch Zusammenhänge zwischen schizophrener Psychose und Suchtmittelmißbrauch untersucht werden sollen. Es ist z.B. vorstellbar, daß sich die beiden Störungen wechselseitig verstärken, daß die Psychose durch den Suchtmittelkonsum hervorgerufen wird, oder daß die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen durch den Suchtmittelkonsum vergrößert wird. Bei mehr als 70% der Patienten der Gruppe 1 lag ein aktueller

Substanzmißbrauch vor. Personen mit der Diagnose F1x.5 der ICD-10 (Psychotische Störung durch Suchtmittel) wurden ebenfalls miteinbezogen.

Die Schizophrenen -Vergleichsgruppe enthält N=85 Patienten ohne Suchtmittelproblematik, bei denen nach den Kriterien der ICD-10 die Diagnose F20 (Schizophrenie) oder F22 (anhaltend wahnhafte Störung) gestellt wurde.

Hatte sich bei der Befragung ein bis dahin nicht bekannter Gebrauch psychotroper Substanzen herausgestellt, dann wurde diese Person in die Hauptuntersuchungsgruppe eingegliedert.

Die Patienten ohne psychotische Symptomatik mit der aktuellen Diagnose F10.2 (Alkoholabhängigkeitssyndrom) bildeten eine weitere Vergleichsgruppe. Hatte sich bei der Befragung eine bis dahin nicht bekannte psychotische Symptomatik herausgestellt, wurde dieser Patient nach Überprüfung der Einschlusskriterien in die Hauptuntersuchungsgruppe übernommen (Jahresbericht Projekt Psychose und Sucht 1992).

4.3.1. Das Alter der untersuchten Patienten

Das durchschnittliche Alter aller Patienten betrug 35,6 Jahre mit einem Minimum von 18 Jahren und einem Maximum von 64 Jahren. Der Median liegt bei 34 Jahren, der Modalwert bei 29 Jahren und die Standardabweichung liegt bei 10,2.

4.3.2. Die Geschlechterverteilung

An der Studie haben 281 männliche und 100 weibliche Patienten teilgenommen (Zahl der gesamten Patienten = 381).

4.3.3. Der Familienstand der Patienten

Beim Familienstand gaben die Befragten an, ob sie ledig, verheiratet, verwitwet, getrennt lebend oder geschieden sind. Bei 2 der Patienten lagen uns keine Angaben zum Zivilstand vor.

Tabelle 2: Familienstand und Diagnosegruppen (N)

	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	155	17	1	3	21	197
Schizophr.Pat.	50	9	0	6	17	82
Alkoholiker	39	22	3	8	28	100
Summe	244	48	4	17	66	379

Ein großer Anteil unserer Patienten ist ledig. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es z.B. 78,7%.

Tabelle 3: Anteil des Familienstandes an den Diagnosegruppen

	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	78,7	8,6	0,51	1,5	10,7	100
schizophr.Pat.	61,0	11,0	0,0	7,3	20,7	100
Alkoholiker	39,0	22,0	3,0	8,0	28,0	100
Summe	64,4	12,7	1,1	4,5	17,4	100

Von den Befragten, die geschieden sind, bilden die Alkoholiker den größten Anteil (42,4%). Von den ledigen Personen sind die meisten Doppeldiagnose-Patienten (63,5%).

Tabelle 4: Anteil der Diagnosegruppe am Familienstand

	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	63,5	35,4	25,0	17,6	31,8	52,0
schizophr.Pat.	20,5	18,8	0,0	35,3	25,8	21,6
Alkoholiker	16,0	45,8	75,0	47,1	42,4	26,4
Summe	100	100	100	100	100	100

Um die Zahl der Zellen zu verkleinern und eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen, habe ich alle Befragten, die verheiratet, verwitwet, getrennt lebend oder geschieden waren, zur Gruppe der *jemals verheirateten* Patienten zusammengefaßt (N=244). Die Ledigen bilden die Gruppe der *niemals verheirateten* Patienten (N=135).

4.3. Untersuchungsplan

Hier stelle ich den zeitlichen Ablauf dar und nenne die Erhebungsorte der Studie: „Prospektive, monozentrische Verlaufsuntersuchung von Abhängigkeitserkrankungen und schizophrenen Psychosen“ (BMFT). Die hier vorliegende Arbeit wurde in diesem Rahmen erstellt.

4.3.1. Zeitlicher Ablauf

Es handelt sich um eine monozentrische, deskriptive, prospektive Verlaufsuntersuchung mit 3 Erhebungszeitpunkten:

1. Erstuntersuchung (Indexaufnahme) ab 1.10.1991.
2. Nachbefragung 12 Monate nach der Indexaufnahme (1. Katamnese).
3. Nachbefragung nach weiteren 12 Monaten (2. Katamnese).

Die hier vorgelegte Arbeit bezieht sich auf die Daten der Indexaufnahme und auf die der ersten Katamnese.

4.3.2. Erhebungsorte in Hamburg

In erster Linie setzt sich die Stichprobe des Forschungsprojektes aus akupsykiatrischen Stationen zusammen. Darüber hinaus wurden bei den Doppeldiagnose-Patienten auch Untergruppen aus komplementären Institutionen wie ambulanten Versorgungseinrichtungen, Übergangwohnheimen und aus der Praxis eines niedergelassenen Arztes berücksichtigt. Im folgenden nenne ich die kooperierenden Einrichtungen: Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE), Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll (AKO), Gemeindepsychiatrisches Zentrum Eimsbüttel (GPZE), Therapiezentrum Psychose und Sucht TPS), Treffpunkt Eilbek (TE), betreutes Wohnen Hamburg-Mitte und ein niedergelassener Nervenarzt (Dr. med. J.Jaspersen).

4.4. Beschreibung des Erhebungsinstrumentariums

Der Hauptanteil der Angaben wurde im direkten Gespräch mit den Patienten erhoben. Bei den Erstuntersuchungen waren hierzu mindestens zwei einstündige Termine notwendig.

Beim ersten Termin wurde das sog. soziobiographische Interview geführt, beim zweiten der psychopathologische Befund erhoben. Zwischen den Gesprächsterminen füllten die Befragten die Selbstbeurteilungsfragebögen aus. Wenn die Patienten dazu nicht in der Lage waren, wurden ihnen die Selbstbeurteilungsfragebögen vorgelesen und der Interviewer / die Interviewerin kreuzte für sie die Antworten an. Hinzu kommen einige standardisierte Fremdratings, anhand derer der Untersucher / die Untersucherin den klinischen Eindruck protokolliert sowie eine Verhaltensbeurteilung durch das Pflegepersonal bzw. durch die Betreuer in den komplementären Einrichtungen. Bei den Patienten aus der Akutpsychiatrie wurde eine möglichst frühe Untersuchung nach der Aufnahme durchzuführen.

4.4.1. Instrumente zur Einschätzung der Psychopathologie

Der FBF, die PDS und der MALT-S dienen der Selbsteinschätzung, alle übrigen der Fremdeinschätzung. Bei den verwendeten Instrumenten handelt es sich um übliche Testinventare, die national und international gebräuchlich sind. Das vom Projekt Psychose und Sucht entwickelte soziobiographische Interview bildet eine Ausnahme.

4.4.1.1. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

Die zehnte Version der Present State Examination (PSE 10) ist das Kernstück des 1992 von der WHO veröffentlichten SCAN. Anhand dieses standardisierten Interviews, das sich an den Kriterien der aktuellen Internationalen Klassifikation psychiatrischer Störungen orientiert, wurde bei allen Indexpatienten der Untersuchungsgruppen ein psychopathologischer Befund erhoben. Jedoch wurden dabei nur die für die Untersuchung diagnostisch relevanten Abschnitte des PSE-10 verwendet (Panik, Angst, Phobien, depressive Stimmung, Denken, Konzentration, Interessen, expansive Stimmung, Manie, AS-If-Section, Halluzinationen, Ich-Störungen und Beeinflussungserlebnisse, Wahnvorstellungen, Motorik und Verhalten, Affekt, Sprachauffälligkeiten, Alkohol und Drogen). (Jahresbericht Psychose und Sucht 1992). Für die ausgewählten Items wurde vom Projekt Psychose und Sucht eine Score sheet erstellt, der auf einen Blick die Werte für die verschiedenen Itemgruppen zeigt. (vgl.)

4.4.1.2. Paranoid-Depressivitäts-Skala (PDS)

Bei der PDS (v. Zerssen 1975) handelt es sich um einen klinischen Fragebogen mit 43 Items, die neben den Skalen zur Erfassung von Paranoidität und Depressivität auch eine Kontrollskala (Tendenz zur Verleugnung von Symptomen) einschließt, weiterhin 3 Items, durch die das Verständnis der Testinstruktion und die Bereitschaft zu ihrer Befolgung (Mo-

tivation) geprüft werden soll. Sie dient zur Objektivierung des Ausmaßes aktueller paranoider Tendenzen, ängstlich-depressiver Gestimmtheit und Krankheitsverleugnung. Für jede Item stehen 4 Beantwortungsmöglichkeiten zur Verfügung:

1. Trifft ausgesprochen zu (3 Punkte)
2. Trifft überwiegend zu (2 Punkte)
3. Trifft etwas zu (1 Punkt)
4. Trifft gar nicht zu (0 Punkte)

Die Punktschme der Items einer Skala bildet den Rohwert derselben.

4.4.1.3. Frankfurter Beschwerdefragebogen

Als ursächlich für die später auftretende Produktivsymptomatik (Wahn, Halluzination) werden im Basisstörungskonzept relativ unauffällige Beeinträchtigungen von Denken, Wahrnehmung, Sprache und Motorik im Prozeß der beginnenden Schizophrenie angesehen. In 98 Items beschreibt der FBF (Süllwood 1991) eine Reihe von subjektiven Symptomen, wie sie von den Betroffenen geschildert werden. Der FBF wird zur Erfassung schizophrener Basisstörungen eingesetzt. Für eine Beschreibung der Störungsschwerpunkte im Einzelfall lassen sich die Items nach folgenden phänomenologischen Gesichtspunkten ordnen:

Verlust an Kontrolle, sensorische Irritationen, komplexe Wahrnehmungsstörungen, Sprache, Denken, Gedächtnis, Motorik, Automatismenverlust, Anhedonie und Angst, Reizüberflutung.

4.4.1.4. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Die BPRS (CIPS 1986) hält das psychopathologische Erscheinungsbild des Patienten fest. Sie wurde insbesondere für schizophrene Erwachsene entwickelt und ist aus den folgenden 18 Symptomkomplexen konstruiert worden:

1. Körperbezogenheit, 2. Angst, 3. emotionale Zurückgezogenheit, 4. Zerfall der Denkprozesse, 5. Schuldgefühle, 6. Gespanntheit, 7. Maniertheit, Affektiertheit und Positur, 8. Größenideen, 9. depressive Stimmung, 10. Feindseligkeit, 11. Mißtrauen und paranoide Inhalte, 12. Halluzinationen, 13. motorische Verlangsamung, 14. unkooperatives Verhalten, 15. ungewöhnliche Denkinhalte, 16. affektive Abstumpfung und Verflachung, 17. Erregung, 18. Orientierungsstörungen.

Der Untersucher stuft den Patienten je nach Ausprägung eines Symptomkomplexes ein.

Jeder Symptomkomplex wird durch eine Reihe von darunter subsummierbaren Symptomen präzisiert und ist auf der folgenden 7-stufigen Skala zu beurteilen:

1= nicht vorhanden, 2= sehr gering, 3= gering, 4= mäßig, 5= mäßig stark, 6= stark, 7= extrem stark.

Der Gesamt-Rohwert wird durch die Summation aller Punktwerte - Score 6 gebildet. Er kann als Ausmaß der psychischen Gestörtheit interpretiert werden. Es lassen sich 5 Faktoren (Skalen) unterscheiden:

Skala 1: Angst/Depression (Item Nr.: 1, 2, 5, 9)

Skala 2: Anergie (Item Nr.: 3, 13, 16, 18)

Skala 3: Denkstörung (Item Nr.: 4, 8, 12, 15)

Skala 4: Aktivierung (Item Nr.: 6, 7, 17)

Skala 5: Feindseligkeit und Mißtrauen (Item Nr.: 10, 11, 14).

4.4.1.5. Global Assessment of Functioning Scale (GAFS)

Die GAFS stammt aus dem DS-III-R (Wittchen et al. 1989) und dient zur Globalbeurteilung des psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus eines Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher (oder durch Umweltbedingungen bedingte) Einschränkungen sind nicht miteinzubeziehen. Auf einer Skala von 1 (Minimalpunktzahl) bis 90 (Maximalpunktzahl) ist auch die Vergabe von Zwischenwerten (z.B. 45, 68, 72) möglich.

4.4.1.6. Extrapyramidale Symptomskala (EPS)

Die EPS (CIPS, 1986) ist ein Instrument zur Beurteilung der Parkinson-Symptomatik und eignet sich zur Abschätzung extrapyramidaler Nebenwirkungen im Rahmen von Neuroleptikabehandlungen. Auf einer 5-stufigen Ratingskala von 0 bis 4 können 10 Items entsprechend ihrer Ausprägung beurteilt werden. Ein vollständiges Fehlen der Symptomatik wird durch einen Wert von 0 angezeigt, während ein Wert von 4 den ausgeprägtesten Schweregrad anzeigt. Durch die Addition der einzelnen Itembewertungen und Dividierung durch die Anzahl der bewerteten Items wird der Gesamtwert gebildet. Der Schweregrad kann folgendermaßen beurteilt werden:

Bis 0,3: minimal, 0,4-1,0: leicht, 1,1-1,5: mittel, 1,6 und höher: ausgeprägt.

4.4.1.7. Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE)

Verhaltensbeobachtungen von Schwestern und Pflegern können mit der NOSIE (CIPS, 1986) dokumentiert werden. Zuweilen steht das Pflegepersonal in einem direkteren Kontakt zu den Patienten als die Stationsärzte. Die 30 Items werden nach ihrer Auftretenshäufigkeit in den letzten 3 Tagen wie folgt gewichtet:

1= nie, 2= manchmal, 3= oft, 4= meistens, 5= immer.

Die Beurteilungen zu den Items werden in 7 Skalenwerten und einem Indexwert zusammengefaßt. Als Faktorenwert in jedem dieser 7 Faktoren gilt die verdoppelte Summe der Urteilsausprägungen in den Items des betreffenden Faktors. Der Indexwert errechnet sich aus: $150 + \text{Summe der Faktorenwerte in den positiven Faktoren} / \text{Summe der Faktorenwerte in den negativen Faktoren}$.

Positive Skalen:

Soziale Anpassungsfähigkeit

2. Soziales Interesse
3. Persönliche Sauberkeit
- Negative Skalen:
 4. Reizbarkeit
 5. Manifeste Psychose
 6. Retardierung
 7. Depression.

4.4.1.8. Münchner Alkoholismus -Test (MALT)

Im deutschen Sprachraum ist der MALT (Feuerlein et al. 1979) einer der verbreitetsten Alkoholismustests. Weil zu erwarten war, daß die am meisten mißbrauchte Substanz Alkohol sein würde, wurde er in die Reihe der Tests mit aufgenommen. Ein weiterer Grund war, daß eine Alkoholiker-Vergleichsgruppe untersucht wurde. Der MALT wird in den Formen S (Selbstrating, 24 Items) und F (Fremdrating, 7 Items) zur Einschätzung der Gefährdung und des tatsächlichen Bestehens einer Alkoholabhängigkeit eingesetzt. Die Punkte des MALT-F, die der Untersucher als zutreffend bezeichnet, erhalten eine vierfache, die vom Patienten als zutreffend angekreuzten Aussagen des MALT-S erhalten eine einfache Gewichtung. Der Gesamtwert errechnet sich durch Addition der Punkte aus MALT-F und MALT-S. Bei einem Testwert von 6 bis 10 Punkten besteht der Verdacht auf Alkoholismus, bei einem Testwert von 11 und mehr Punkten besteht Alkoholismus.

4.4.1.9. Soziobiographisches Interview

Das soziobiographische Interview wurde von der Arbeitsgruppe Psychose und Sucht auf der Grundlage des AMDP und anderer Instrumente entwickelt. Es enthält Sektionen zu Psychiatrie (z.B. Modus der aktuellen Klinikaufnahme, Häufigkeit stationärer Behandlungen, Verlauf der Psychose), Therapie (z.B. Medikation, Einstellung zu Medikamenten), sozialer Bereich (z.B. Familienstand, Kinder, Schulbildung, Einkommen, Freundeskreis, Partnerschaft), Kindheit/Herkunftsfamilie (z.B. Geschwister, psychische Erkrankungen in der Familie), Suizidalität, Aggressivität, Suchtanamnese (z.B. Wechselwirkungen von Suchtmittelkonsum und Psychose), Veränderungen der Lebenssituation, wobei das Alter des Patienten und eine Bewertung der Bedeutung für den Befragten vorgenommen wird (z.B. Tod eines Elternteils, Verlust des Arbeitsplatzes), Global Assessment of Premorbid Adjustment Scale (Kurzbeschreibung, die das Ausmaß der sozialen Anpassung des Patienten vor dem ersten Ausbruch der Erkrankung in 4 verschiedenen Bereichen einschätzt: 1. soziale Kontakte und Freundschaften, 2. psychosexuelle Entwicklung/Beziehungen, 3. allgemeine Leistungsfähigkeit und 4. Ablösung vom Elternhaus/Selbständigkeit), somatischer Befund (z.B.: aktueller körperlicher Befund, CCT, Labor (BB, GOT, GPT, Gamma-GT)) und Selbsteinschätzungen zu Alltagsaktivitäten, Einschätzung der Herkunftsfamilie, Kindheit und Probleme in der Partnerschaft.

Von besonderer Bedeutung sind die Fragen, die sich gezielt mit den möglichen Wechselwirkungen zwischen psychotischer Symptomatik, Psychopharmakawirkungen und den Wirkungen der konsumierten Suchtmittel befassen. Bei der Bearbeitung des soziobiographischen Interviews wurde, soweit möglich, die Krankenakte mit herangezogen.

4.5. Statistische Analyse

Alle im folgenden errechneten Ergebnisse wurden auf einem Personalcomputer Apple Macintosh mit dem Programmpaket Statview 4,0 erstellt. Die Textverarbeitung erfolgte auf IBM mit Microsoft Word 97.

Zur deskriptiven Statistik

Die Ergebnisse wurden zur graphischen Veranschaulichung in Form von Tabellen und Diagrammen dargestellt.

Inferenzstatistik

Das Bestehen von Zusammenhängen wurde mittels Chi-Quadrat-Kontingenzanalysen, Regressionsanalysen, t-Test und ANOVA bzw. zweifaktorieller ANOVA, je nach Skalentyp der verwandten Variablen, geprüft.

Für eine größere Übersichtlichkeit bei der Darstellung der Ergebnisse sind drei Signifikanzniveaus unterschieden worden, die jeweils durch entsprechend viele Sternchen angegeben wurden: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ und *** $p < 0,001$.

5. Ergebnisse

Teil A: Ergebnisse aller Patienten

5.1. Die sozialen Kernvariablen unserer Patienten

An unserer Studie haben 381 Patienten teilgenommen.

5.1.1. Die Zahl der verheirateten Patienten

Mit 64,4% war der größere Anteil unserer Patienten niemals verheiratet. Bei 2 Patienten lagen uns zum Familienstand keine Angaben vor.

Tabelle 5: Familienstand der Patienten

	Anzahl	Prozent
niemals verheiratet	244	64,4
jemals verheiratet	135	35,6
Summe	379	100

Die Frauen unserer Studie waren überzufällig häufiger verheiratet als die Männer ($p = 0,0002$). Von den weiblichen Patienten waren 51,0% jemals verheiratet, aber bei den Männern waren es 30,2%.

Tabelle 6: Familienstand und Geschlecht (Prozent)

	Mann	Frau	Summe
niemals verheiratet	69,8	49,0	64,4
jemals verheiratet	30,2	51,0	35,6
Summe	100	100	100

Abbildung 2: Geschlecht und Familienstand (Prozent)

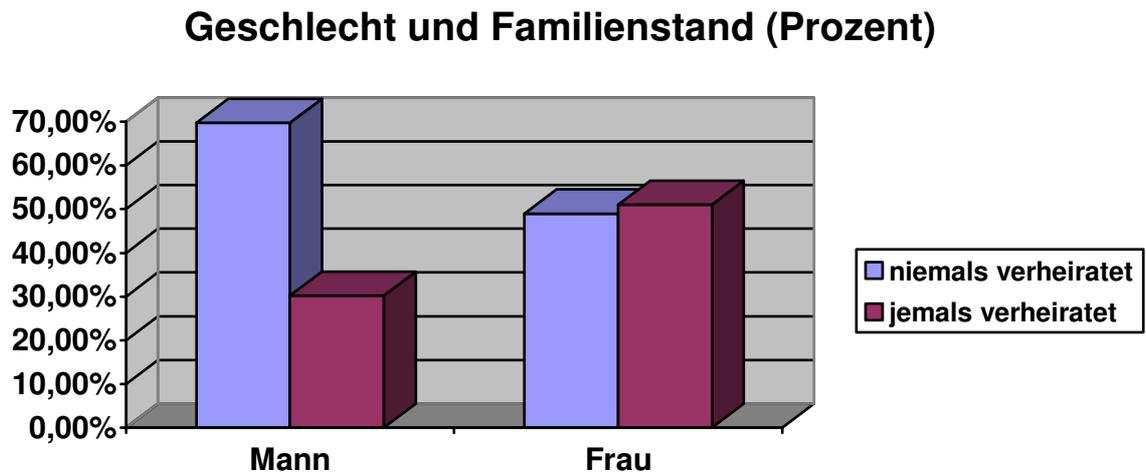


Tabelle 7: Familienstand u. Geschlecht (N)

	Mann	Frau	Summe
niemals verheiratet	196	48	244
jemals verheiratet	85	50	135
Summe	281	98	379

Die weiblichen Patienten *lebten* jedoch nicht signifikant häufiger *in einer Partnerschaft* als die männlichen ($p = 0,1081$; $df:1$).

In der *maximalen Dauer einer Partnerschaft* unterschieden sich die Männer und Frauen aber überzufällig mit $p = 0,0001$. Sie dauerte bei den Frauen maximal 115,9 Monate und bei den Männern 64,6 Monate.

In der *Dauer der letzten Partnerschaft* unterschieden sich die Geschlechter wiederum signifikant ($p = 0,0009$; $df: 1$). Bei den weiblichen Patienten dauerte sie 85,5 Monate und bei den männlichen 46,7 Monate.

5.1.2. Zivilstand und Diagnose

Die drei Diagnosegruppen unterschieden sich im Familienstand hochsignifikant mit $p < 0,0001$; $df: 8$. Am häufigsten waren die Alkoholiker verheiratet (61,0%). Von den Doppel-diagnose-Patienten waren die meisten unverheiratet (78,7%).

Tabelle 8: Anteil des Familienstandes an den Diagnosegruppen (Prozent)

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	78,7	21,3	100
Schizophr. Pat.	61,0	39,0	100
Alkoholiker	39,0	61,0	100
Summe	64,4	35,6	100

Abbildung 3: Diagnosegruppen und Familienstand

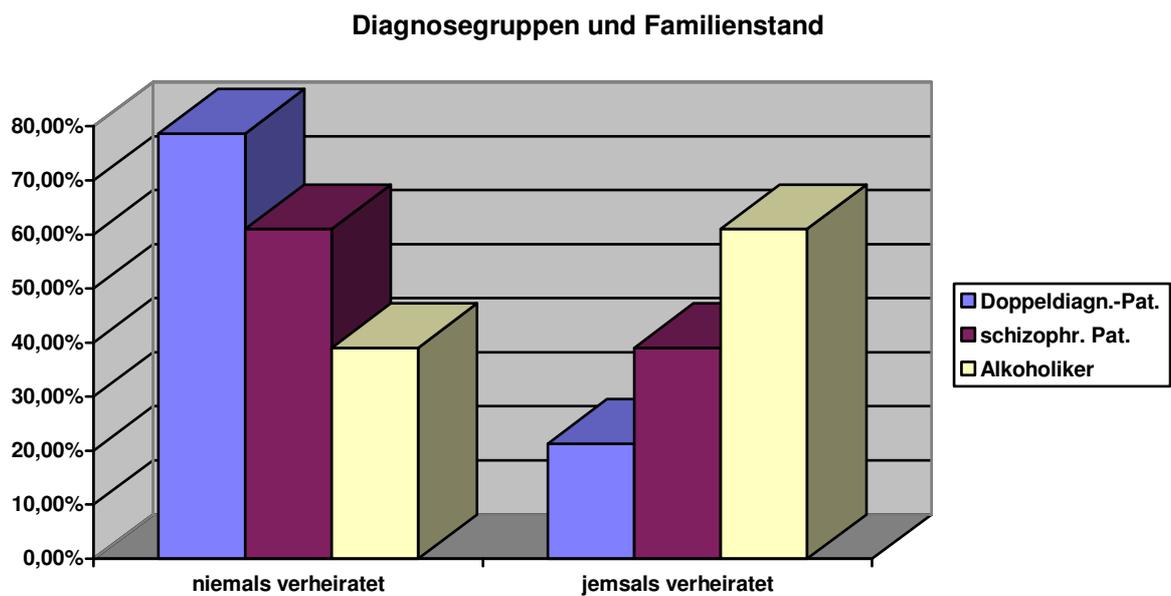


Tabelle 9: Anteil der Diagnosegruppen am Familienstand (Prozent)

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	63,5	31,1	52
Schizophr. Pat.	20,5	23,7	21,6
Alkoholiker	16,0	45,2	26,4
Summe	100	100	100

Der größte Teil der verheirateten Patienten stammt von den Alkoholikern (45,2%)

Tabelle 10: Anteil der Diagnosegruppen am Familienstand (N)

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	155	42	197
Schizophr. Pat.	50	32	82
Alkoholiker	39	61	100
Summe	244	135	379

Zum sozialen Bereich fragten wir unsere Patienten, ob sie zur Zeit in einer Partnerschaft leben. Hier unterschieden sich die Diagnosegruppen ebenfalls signifikant mit $p = 0,0295$; $df: 2$. Der größte Anteil der Patienten, die diese Frage verneinten waren die Doppeldiagnose-Patienten (53,4%). Von den Untersuchten, die mit „ja“ antworteten waren 35,1% Alkoholiker. Insgesamt lebten aber in allen drei Diagnosegruppen über 60% nicht in einer Partnerschaft.

Tabelle 11: Partnerschaft und Diagnosegr. (N)

	Doppeldiagn.-Pat.	Schizophr. Pat.	Alkoholiker	Summe
nein	142	63	61	266
ja	56	18	40	114
Summe	198	81	101	380

Tabelle 12: Anteil Diagnosegr. an Partnerschaft

	Doppeldiagn.-Pat	Schizophr. Pat.	Alkoholiker	Summe
nein	53,4	23,7	22,9	100
ja	49,1	15,8	35,1	100
Summe	52,1	21,3	26,6	100

Tabelle 13: Anteil d. Partnerschaft an Diagnosegruppe

	Doppeldiagn.-Pat.	Schizophr. Pat.	Alkoholiker	Summe
nein	71,7	77,8	60,4	70,0
ja	28,3	22,2	39,6	30,0
Summe	100	100	100	100

Auch in der *maximalen Dauer einer Partnerschaft* unterschieden sich die Diagnosegruppen signifikant mit $p = 0,0103$; $df: 2$. Am längsten dauerte die Partnerschaft bei den Alkoholikern (durchschnittlich 136,8 Monate). Bei den schizophrenen Patienten betrug die Dauer maximal 71,4 Monate und bei den Doppeldiagnose-Patienten 67,6 Monate.

In der *Dauer der letzten Partnerschaft* unterschieden sich die drei Diagnosegruppen wiederum signifikant mit $p = 0,0103$; $df 2$. Auch hier dauerte sie bei den Alkoholikern am längsten, nämlich 89,86 Monate. Bei den schizophrenen Patienten dauerte sie 60,96 Monate und bei den Doppeldiagnose-Patienten 47,41 Monate.

5.1.3. Geschlecht und Diagnose

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in der Diagnosegruppe statistisch signifikant mit $p < 0,0001$; df: 2. Der Anteil der Frauen unter den Alkoholikern (20,8 vs. 79,2) und ebenfalls unter den Doppeldiagnose-Patienten (17,7% vs. 82,3%) war wesentlich geringer.

Tabelle 14: Geschlecht u. Diagnose (Prozent)

	Mann	Frau	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	82,3	17,7	100
Schizophr. Pat.	46,3	53,7	100
Alkoholiker	79,2	20,8	100
Summe	73,8	26,2	100

Abbildung 4: Geschlecht und Diagnose (Prozent)

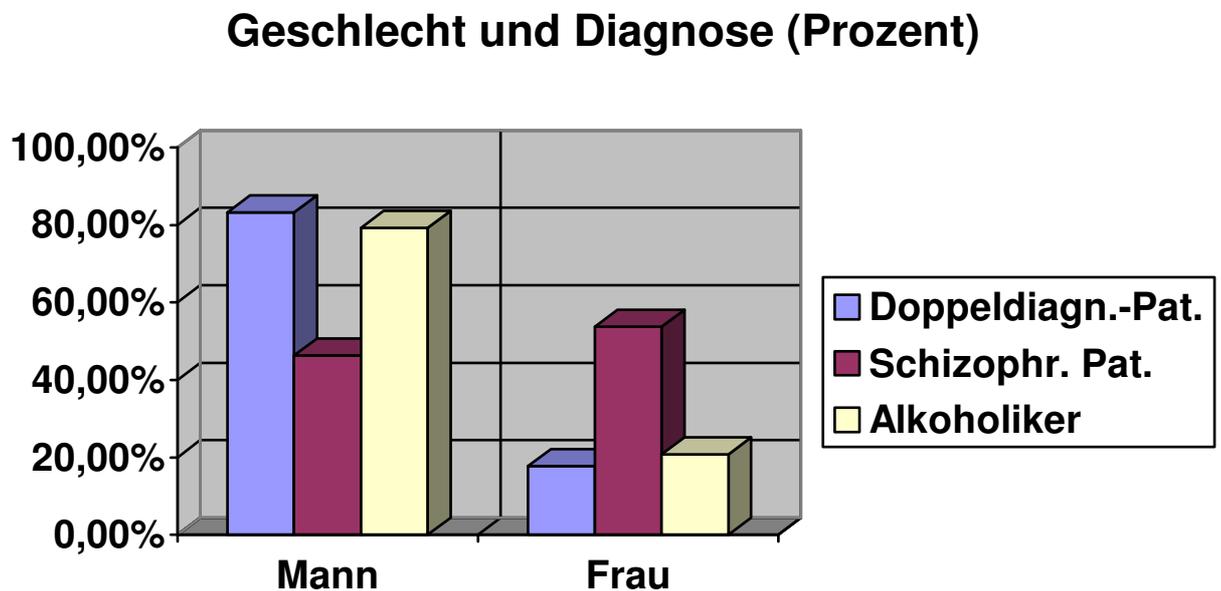


Tabelle 15: Geschlecht u. Diagnose (N)

	Mann	Frau	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	163	35	198
Schizophr. Pat.	38	44	82
Alkoholiker	80	21	101
Summe	281	100	381

5.1.4. Die Scheidungsrate

Die Diagnosegruppen unterscheiden sich in bezug auf den Familienstand signifikant ($p < 0,0001$; df: 8).

Insgesamt sind 17,4% (N = 66) der Patienten geschieden und 12,7% (N = 48) verheiratet. An den geschiedenen Patienten bilden die Alkoholiker mit 42,4% (N = 28) den größten Anteil, sie sind aber auch am häufigsten unter den verheirateten Patienten vertreten (45,8%; N = 22). Die meisten Ledigen stammen aus der Gruppe der Doppeldiagnose-Patienten (63,5%; N = 155).

Tabelle 16: Familienstand u. Diagnosegruppe (N)

	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	155	17	1	3	21	197
Schizophr. Pat.	50	9	0	6	17	82
Alkoholiker	39	22	3	8	28	100
Summe	244	48	4	17	66	379

Tabelle 17: Anteil Familienstand an Diagnosegruppe

	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	78,7	8,8	0,51	1,5	10,7	100
Schizophr. Pat.	61,0	11,0	0	7,3	20,7	100
Alkoholiker	39,0	22,0	3,0	8,0	28,0	100
Summe	64,4	12,7	1,1	4,5	17,4	100

Abbildung 5: Diagnosegruppen und Familienstand (Prozent)

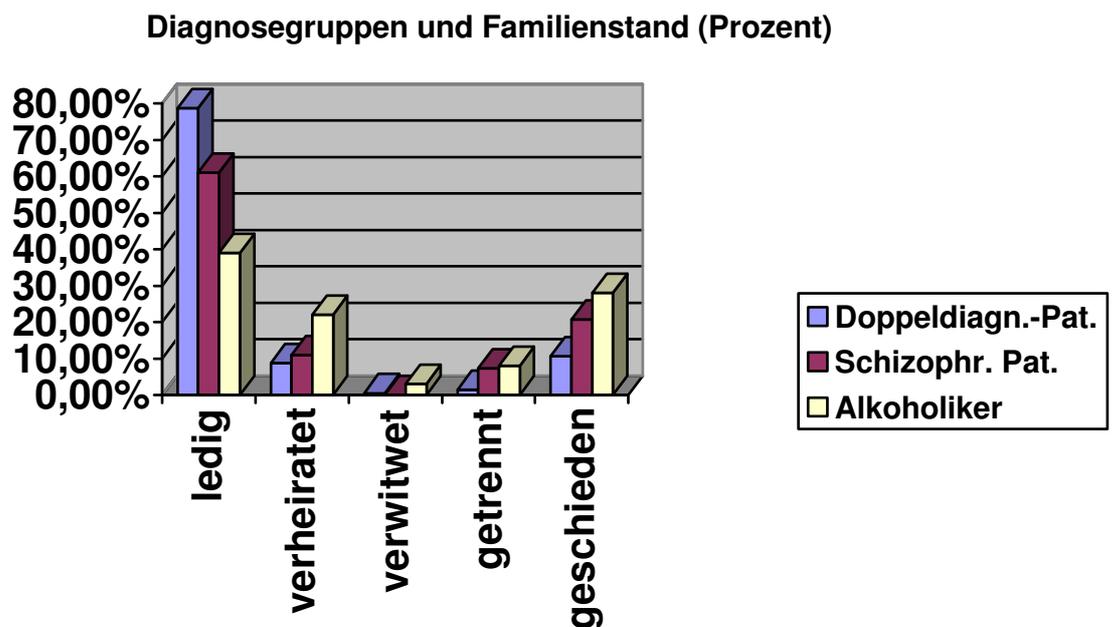


Tabelle 18: Anteil der Diagnosegruppen am Familienstand

	ledig	verheiratet	verwitwet	getrennt	geschieden	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	63,5	35,4	25,0	17,6	31,8	52,0
Schizophr. Pat.	20,5	18,8	0	35,3	25,8	21,6
Alkoholiker	16,0	45,8	75,0	47,1	42,4	26,4
Summe	100	100	100	100	100	100

5.1.5. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Erstaufnahmealter

Zwischen dem Erstaufnahmealter und dem Geschlecht fand sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang ($p = 0,1509$; df: 360). Das durchschnittliche Erstaufnahmealter betrug bei Männern 28,3 Jahre und bei Frauen 30,0 Jahre.

5.1.6. Zivilstand und Alter

Die jemals verheirateten Patienten waren signifikant älter als die niemals verheirateten ($p < 0,0001$; df: 380). Das Durchschnittsalter der verheirateten Patienten betrug 42,3 Jahre und das der ledigen 31,8 Jahre.

5.1.7. Die Kinder unserer Patienten

Die durchschnittliche Anzahl der Kinder beträgt 0,57. Das Maximum lag bei 5 und das Minimum bei 0 Kindern.

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich ebenfalls signifikant ($p < 0,0001$; Z-Value: -10,5365). Die jemals verheirateten Patienten hatten häufiger Kinder als die ledigen. (Mean Rank: 268,95 vs. 145,36).

Die drei Diagnosegruppen unterschieden sich in der Anzahl der Kinder insgesamt überzufällig ($p < 0,0001$, F-Value 16,37). Mit durchschnittlich einem Kind war die Anzahl der Kinder bei den Alkoholikern am größten. Wenn nur Doppeldiagnose-Patienten und schizophrene Patienten verglichen werden, zeigt sich jedoch kein signifikanter Unterschied ($p = 0,59$).

Frauen haben signifikant mehr Kinder als die Männer der Studie ($p = 0,0176$; df: 378).

Frauen haben im Mittel 0,76 und Männer 0,50 Kinder.

Die Sektion „sozialer Bereich“ enthielt auch die Frage nach Personen, die zum Haushalt des Patienten gehören. Hier unterteilten wir noch in Personen, die im Haushalt leben, die keine oder selbst eine Suchtmittel- und / oder psychiatrische Problematik aufweisen. Da die Erwartungswerte einiger Zellen < 1 waren, habe ich alle Kinder, die im Haushalt der Patienten leben zu einer Gruppe zusammengefaßt. (Ein Kind wies eine psychiatrische Problematik auf.)

Jemals verheiratete Patienten lebten signifikant häufiger mit ihren Kindern in einem Haushalt als die ledigen Patienten ($p < 0,0001$; df: 1). Von den Verheirateten waren es 22,4% und von den niemals verheirateten Patienten 1,9%.

Ebenfalls zwischen den Diagnosegruppen traten hier überzufällige Unterschiede auf ($p < 0,0001$; df: 2). Mit 17,0% lebten die Alkoholiker am häufigsten mit ihren Kindern in einem Haushalt. Von den schizophrenen Patienten gaben 14,8% und von den Doppeldiagnose-Patienten 2,9% eine positive Antwort.

Männer und Frauen unterschieden sich in diesem Punkt jedoch nicht signifikant ($p = 0,0564$; df: 1). Frauen lebten jedoch tendentiell häufiger mit ihren Kindern in einem Haushalt als die Männer (14,0% vs. 7,4%).

5.1.8. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter

Im Alter unterschieden sich die Männer und Frauen nicht überzufällig ($p = 0,0822$; df: 379). Tendentiell waren die weiblichen Patienten etwas älter als die männlichen (35 J. vs. 40J.).

5.1.9. Beziehung zwischen Alter und Diagnosegruppe

Die drei Diagnosegruppen unterschieden sich insgesamt im Alter signifikant. Jedoch zwischen Doppeldiagnose-Patienten und schizophrenen Patienten war der Altersunterschied nicht überzufällig. Die Doppeldiagnose-Patienten sind mit einem Durchschnittsalter von 33,6 Jahren am jüngsten. Die schizophrenen Patienten sind im Mittel 35 Jahre alt und die Alkoholiker 40 Jahre. ($p < 0,0001$; df: 2; F-Value 14,5)

5.1.10. Erstaufnahmealter und Heirat

Patienten, die jemals verheiratet waren, haben ein signifikant höheres Erstaufnahmealter als die ledigen Patienten ($p < 0,0001$; Z-Value: -9,1; Mean Rank: 249,2 vs. 144).

5.1.11. Erstaufnahmealter und Diagnosegruppe

Zwischen dem Erstaufnahmealter und der Diagnosegruppe besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$; df: 2). Dabei erreichten die Doppeldiagnose-Patienten im Mittel

die niedrigsten Rangwerte und die Alkoholiker die höchsten (Mean Rank: Doppeldiagnose-Patienten: 148,8; schizophrene Patienten: 176,9; Alkoholiker: 259,9).

5.1.12. Die Freunde der Patienten

Zum sozialen Bereich fragten wir unsere Patienten, wie viele Personen sie zu ihrem Freundeskreis rechnen.

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,7121$; $df: 1$).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in diesem Punkt nicht statistisch signifikant ($p = 0,0606$; $df:2$).

Männer und Frauen unterschieden sich in der *Anzahl ihrer Freunde* ebenfalls nicht überzufällig ($p = 0,9244$; $df: 1$).

Außerdem konnten die Befragten angeben, ob es unter den *Freunden* welche *mit Suchtproblemen* gibt.

Im Familienstand traten hier keine Unterschiede auf ($p = 0,5037$; $df: 1$).

Jedoch die Diagnosegruppen unterschieden sich signifikant mit $p < 0,0001$; $df: 2$. Am häufigsten hatten die Doppeldiagnose-Patienten Freunde, die auch eine Suchtproblematik aufweisen (44,79%). Von den Alkoholikern stimmten 38,38% zu und von den schizophrenen Patienten 15,85%.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,2229$; $df: 1$).

Weiterhin konnten die Patienten Angaben machen, ob es unter ihren *Freunden* welche *mit einer psychiatrischen Problematik* gibt.

In diesem Punkt unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten sehr signifikant ($p < 0,0001$; $df: 1$). Von den jemals verheirateten antworteten 15,15% mit „ja“ und von den niemals verheirateten 34,03%.

Auch innerhalb der Diagnosegruppen traten überzufällige Unterschiede auf ($p = 0,0003$; $df:2$). Mit 35,26% hatten die Doppeldiagnose-Patienten am häufigsten Freunde mit einer psychiatrischen Problematik. Von den schizophrenen Patienten waren es 25,61% und von den Alkoholikern 13,13%.

Die Geschlechter unterschieden sich auch hier nicht signifikant ($p = 0,3020$; $df: 1$).

5.2. Die soziale Anpassung der Patienten

5.2.1. Das Bewältigungsverhalten

5.2.1.1. Die Compliance

5.2.1.1.2. Die Medikamenteneinnahme

Zur Medikamenteneinnahme erfragten wir, ob Psychopharmaka verordnet und eingenommen wurden. Weiterhin konnten die Patienten angeben, ob sie die Medikamente freiwillig oder eher, wenn sie gedrängt werden, einnehmen. An dieser Stelle wurden nur die Schizophrenen und die Doppeldiagnose-Patienten betrachtet.

Bei der Frage nach Verordnung der Psychopharmaka gab es folgende Antwortmöglichkeiten: Erstens: verordnet und eingenommen, zweitens: verordnet, aber nicht eingenommen; drittens: nicht verordnet, aber eingenommen und viertens: nicht verordnet und nicht eingenommen.

Tendentiell ($p = 0,0729$; $df: 3$) gaben die verheirateten Patienten seltener an, daß das Medikament zwar verordnet war, aber nicht eingenommen wurde (11,1% vs. 23,0%). Sie gehörten aber auch eher zu der Gruppe von Patienten, denen keine Psychopharmaka verordnet wurden und die nichts eingenommen haben (33,3% vs. 22,4%).

Die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,7470$; $df: 3$).

Männer und Frauen unterschieden sich jedoch statistisch signifikant ($p = 0,0254$; $df: 3$).

Unter den Männern war der Anteil der Patienten höher, denen die Medikamente zwar verordnet wurden, die sie aber nicht eingenommen haben (22,5% vs. 12,8%). Von den Frauen war der Anteil der Patientinnen größer, denen keine Psychopharmaka verordnet wurden und die auch keine Medikamente eingenommen haben (37,2% vs. 22,5%).

Es war aber bei Heirat, Diagnosegruppe und beim Geschlecht jeweils ein Erwartungswert < 1 und eine sinnvolle Zusammenfassung der Zellen war nicht möglich. Deshalb habe ich die Frage nach der Einnahme der Psychopharmaka nicht für weitere Berechnungen herangezogen.

Für die Überprüfung der Freiwilligkeit der Medikamenteneinnahme habe ich eine Zusammenfassung vorgenommen, da mehr als 20% der Erwartungswerte kleiner 5 waren. Erstens: immer; zweitens: teilweise (nur, wenn ich mich gut fühle; nur, wenn ich mich schlecht fühle; regelmäßig, aber nach „Selbstverordnung“); drittens: gedrängt/im Krankenhaus; viertens: gar nicht und fünftens: sonstiges.

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich auch hier nur tendentiell ($p = 0,0910$; $df: 4$). Die jemals verheirateten haben ihre Medikamente häufiger gedrängt (12,7% vs. 8,4%) oder gar nicht eingenommen (4,2% vs. 2,1%). Von ihnen war aber auch der Anteil größer, die ihre Medikamente immer einnehmen (50,7% vs. 47,1%). Ebenfalls war der Anteil geringer, der die Psychopharmaka nur teilweise einnimmt (18,3% vs. 34,0%). Die Diagnosegruppen ($p = 0,2508$; $df: 4$) und die Geschlechter ($p = 0,6897$; $df: 4$) unterschieden sich nicht überzufällig.

Wir fragten unsere Patienten nach ihrer Einstellung zu Medikamenten. Sie konnten angeben, ob sie stark ablehnend, kritisch, unentschieden, positiv mit Einschränkungen oder sehr positiv eingestellt sind.

Im Zivilstand traten nur tendentiell Differenzen auf ($p = 0,0978$; $df: 4$). Jemals verheiratete waren seltener positiv mit Einschränkungen (14,5% vs. 25,1%) und häufiger kritisch (39,3% vs. 31,3%) eingestellt als die ledigen Patienten.

Die drei Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch signifikant ($p = 0,0082$; $df: 8$). Die Alkoholiker waren eher kritisch (45,3%) oder stark ablehnend (30,7%) eingestellt. Kritisch eingestellt waren von den Schizophrenen 33,3% und von den Doppeldiagnose-Patienten 29,5%. Von den Schizophrenen waren 20,99% und von den Doppeldiagnose-Patienten 17,9% stark ablehnend eingestellt.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in ihrer Einstellung zu Medikamenten nicht signifikant ($p = 0,1774$; $df: 4$).

5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus

Wir unterschieden zwischen folgenden Aufnahmemodi: freiwillig, Zwang und nicht in Klinik.

Die jemals verheirateten Patienten waren signifikant ($p = 0,0118$; $df: 2$) häufiger freiwillig (83,2% vs. 73,4%) und auch häufiger nicht in der Klinik (0,8% vs. 7,9%).

Die Diagnosegruppen unterschieden sich ebenfalls signifikant ($p < 0,0001$; $df: 4$). Der größte Teil der Alkoholiker (95,0%) war freiwillig in der Klinik. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 70,1% und von den Schizophrenen 69,1%. Von den Schizophrenen war ein relativ hoher Anteil zwangsweise in der Klinik (30,9%). von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 18,97% und von den Alkoholikern 4,95%.

Männer und Frauen unterschieden sich auch signifikant ($p = 0,0128$; $df: 2$). Unter den Frauen war der Anteil derjenigen größer, die unter Zwang in die Klinik aufgenommen wurden

(26,6% vs. 14,5%). Von den Männern war ein größerer Anteil nicht in der Klinik als von den Frauen (6,5% vs. 2,1%).

5.2.1.1.4. Der Anlaß der Klinikaufnahme

Den Anlaß der Klinikaufnahme habe ich wie folgt zusammengefaßt: 1) selbst; 2) Familie (auch Partner), Nachbarn, Vormund; 3) Arzt (Nervenarzt oder anderer Arzt); 4) Klinik (eig. Poliklinik oder andere Klinik); 5) Behörde (Gesundheitsamt oder andere Behörde); 6) anderes und 7) nicht in Klinik.

Im Familienstand ($p = 0,1425$; df: 6) und zwischen den Geschlechtern ($p = 0,0808$; df: 6) waren die Differenzen nicht statistisch signifikant. Männer hatten jedoch die Klinikaufnahme tendentiell häufiger selbst veranlaßt als die Frauen (44,6% vs. 37,9%).

Aber die Diagnosegruppen unterschieden sich in diesem Punkt hochsignifikant ($p < 0,0001$; df: 12). Der größte Teil der Alkoholiker hatte ein Krankenhausaufnahme selbst bewirkt (63,6%). Von den Schizophrenen waren es 36,6% und von den Doppeldiagnose-Patienten 33,7%. Die Einweisung geschah bei den Alkoholikern seltener durch eine Behörde (9,1%). Bei den Doppeldiagnose-Patienten waren es 15,1% und den Schizophrenen 23,2%.

5.2.1.2. Die Inanspruchnahme von Hilfe durch unsere Patienten

In diese Berechnungen habe ich nur die Alkoholiker und die Doppeldiagnose-Patienten aufgenommen, weil wir hier nach Beratungen und Selbsthilfegruppen für Alkoholiker gefragt haben.

5.2.1.2.1. Substanzabusus und die Inanspruchnahme von Hilfe

Im folgenden wird deutlich, daß die Alkoholiker eher Hilfe suchen als die Doppeldiagnose-Patienten

5.2.1.2.2. Der Kontakt zu einer Beratungsstelle

Hier gaben die Befragten an, ob sie schon einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten.

Im Familienstand ($p = 0,4383$; df: 1) und zwischen den beiden Geschlechtern ($p = 0,6029$; df: 1) traten keine signifikanten Unterschiede auf.

Jedoch die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich statistisch signifikant mit $p < 0,0001$; df: 1. Von den Doppeldiagnose-Patienten hatten nur 28,87% schon einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle. Unter den Alkoholikern war der Anteil mit 52,48% wesentlich höher.

5.2.1.2.3. Die Anzahl der Beratungen

Die durchschnittliche Anzahl der Beratungen lag bei 0,36. Das Minimum betrug 0 Beratungen und das Maximum 12. 86,1% der Patienten hatten sich 0 bis einmal beraten lassen. (Standardabw.: 1,2; Median: 0).

Ebenfalls in der Anzahl der Beratungen unterschieden sich weder verheiratete und niemals verheiratete Patienten ($p = 0,7445$) noch Männer und Frauen überzufällig ($p = 0,5824$; df: 248). Die Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch mit $p = 0,0164$ signifikant. Die Alkoholiker hatten sich häufiger beraten lassen als die Doppeldiagnose-Patienten.

5.2.1.2.4. Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe

Die Anzahl der Kontakte zu Selbsthilfegruppen reichte von 0 bis 24. Der Durchschnitt lag bei 0,63. 85,4% der Patienten hatten keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe. (Standardabw.: 2,2; Median: 0)

Im Zivilstand traten bei der Frage nach Kontakt zu Selbsthilfegruppen signifikante Unterschiede auf ($p < 0,0001$; df: 4). Von den niemals Verheirateten hatten 68,3% keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, während es bei den jemals verheirateten Patienten 38,0% waren.

Auch in diesem Punkt unterschieden sich die beiden Diagnosegruppen signifikant ($p < 0,0001$; df: 4). Von den Doppeldiagnose-Patienten gaben 75,4% an, keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe zu haben. Von den Alkoholikern hatten jedoch nur 23,0% keine Selbsthilfegruppe in Anspruch genommen.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in dieser Frage nicht überzufällig ($p = 0,2409$; df: 4).

5.2.1.3. Die Freundschaften der Patienten

Hier habe ich wieder die gesamte Zahl der Patienten unserer Studie berücksichtigt.

5.2.1.3.1. Die Anzahl der Freunde der Befragten

Ledige und verheiratete Patienten unterschieden sich in der Anzahl der Freunde nicht signifikant ($p = 0,7121$; df: 1). Auch zwischen Männern und Frauen ($p = 0,9244$; df: 1) und zwischen den drei Diagnosegruppen ($p = 0,0606$; df: 2) traten keine überzufälligen Unterschiede auf.

5.2.1.3.2. Freunde mit Suchtproblemen

Wir fragten, ob es unter ihren Freunden auch welche mit einer Suchtproblematik gibt. Im Zivilstand ($p = 0,5037$; df: 1) und zwischen männlichen und weiblichen Patienten ($p =$

0,2229; df: 1) waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant. Jedoch die Diagnosegruppen unterschieden sich hochsignifikant mit $p < 0,0001$; df: 2. Von den Patienten, deren Freunde eine Suchtproblematik aufweisen, stammte mit 62,77% der größte Anteil von den Doppeldiagnose-Patienten. 27,74% stammten von den Alkoholikern und 9,49% von den schizophrenen Patienten.

5.2.1.3.3. Freunde mit psychiatrischen Problemen

Ledige und jemals verheiratete Patienten unterschieden sich hinsichtlich von Freunden mit einer psychiatrischen Problematik signifikant ($p < 0,0001$; df:1). Von den niemals verheirateten Patienten bejahten 34,03% die Frage, von den jemals verheirateten nur 15,15%. Zwischen den Geschlechtern waren die Unterschiede nicht signifikant ($p = 0,3020$; df: 1). Aber die Diagnosegruppen unterschieden sich überzufällig ($p = 0,0003$; df: 2). Am häufigsten hatten die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten ebenfalls psychiatrische Probleme (35,26%). Von den schizophrenen Patienten waren es 25,61% und von den Alkoholikern 13,13%.

5.2.2. Die aktuelle Adaptation unserer Patienten

5.2.2.1. Das Berufsleben

5.2.2.1.1. Die Probleme der Patienten im Beruf

Auch hier fragten wir nach Schwierigkeiten durch oder mit Berufswechsel, Verhältnis zu Kollegen, Verhältnis zu Vorgesetzten, Drogen oder Alkohol, Leistungen, Disziplin, Krankheit oder sonstiges.

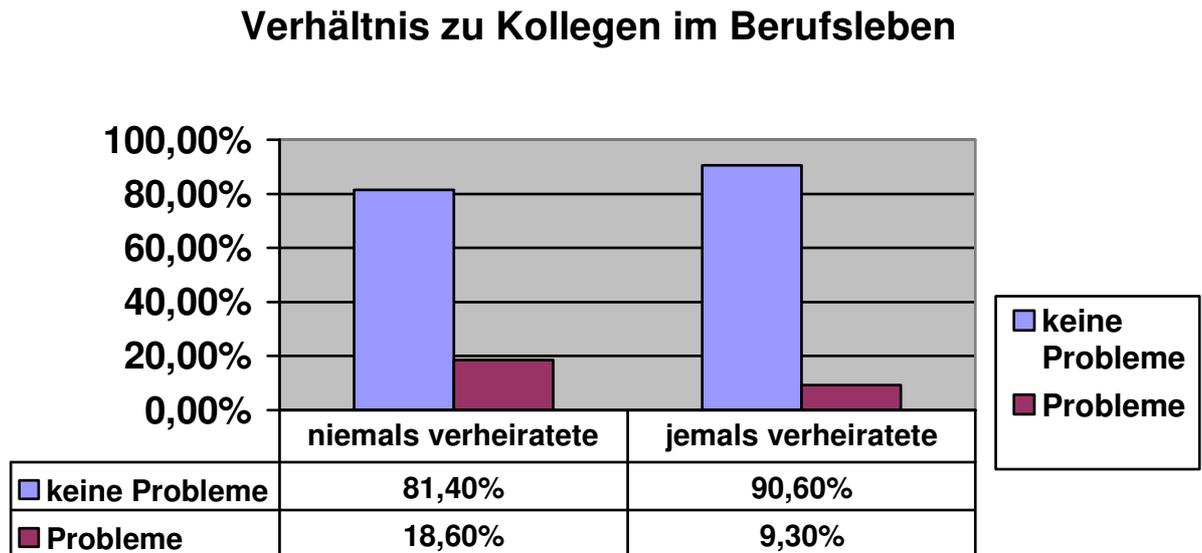
In Schwierigkeiten durch *Berufswechsel* unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten nicht signifikant ($p = 0,6094$; df: 1).

Zwischen den Diagnosegruppen wurden signifikante Unterschiede sichtbar ($p = 0,0049$; df:2). Am häufigsten hatten die Alkoholiker hier Probleme (34,7%). Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 20,5% und von den Schizophrenen 14,3%.

Auch Männer und Frauen differierten in diesem Punkt signifikant ($p = 0,0074$; df:1). Von den Patientinnen gaben mit 12,94% seltener Schwierigkeiten an als die männlichen Patienten, von denen es 27,27% waren.

Bei der Frage nach Problemen mit *Kollegen* traten nur im Familienstand signifikante Unterschiede auf ($p = 0,0226$; $df:1$). 9,4% der Verheirateten gaben hier Schwierigkeiten an, aber 18,6% der niemals Verheirateten.

Abbildung 6: Verhältnis zu Kollegen im Berufsleben



Weder die Diagnosegruppen ($p = 0,5717$; $df:1$) noch die Geschlechter ($p = 0,3468$; $df:1$) unterschieden sich hier überzufällig.

Im Zivilstand gab es Schwierigkeiten durch *Drogen oder Alkohol* betreffend keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,3543$; $df:1$).

Doch die Diagnosegruppen unterschieden sich hier überzufällig ($p < 0,0001$; $df: 2$). Der größte Teil der Alkoholiker gaben in diesem Punkt Probleme an (65,4%). Es waren 34,8% der Doppeldiagnose-Patienten und nur 2,8% der schizophrenen Patienten.

Auch männliche und weibliche Patienten unterschieden sich signifikant ($p = 0,0444$; $df: 1$). Auch hier gaben Frauen weniger Schwierigkeiten als die Männer an (28,2% vs. 40,5%).

Weder jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten ($p = 0,0510$; $df:1$) noch die Geschlechter ($p = 0,1087$; $df: 1$) unterschieden sich in *Leistungsproblemen* signifikant.

Tendentiell hatten Verheiratete hier jedoch seltener Schwierigkeiten (14,8% vs. 23,7%). Doch die Diagnosegruppen unterschieden sich auch hier überzufällig ($p = 0,0040$; $df:2$).

Am häufigsten gaben Doppeldiagnose-Patienten hier Schwierigkeiten an (26,92%). Es waren 19,7% der Schizophrenen und 9,9% der Alkoholiker.

Weder innerhalb des Familienstandes ($p = 0,0794$; $df:1$) noch zwischen den Geschlechtern ($p = 0,0845$; $df:1$) noch in den Diagnosegruppen ($p = 0,1797$; $df: 2$) traten in dem Punkt Schwierigkeiten durch *Disziplin* signifikante Differenzen auf. Tendentiell hatten Verheiratete (10,9% vs. 18,1%) und Frauen (9,4% vs. 17,2%) weniger Probleme.

In Problemen durch *Krankheit* unterschieden sich weder verheiratete und ledige Patienten ($p = 0,2545$; $df:1$) noch die Diagnosegruppen ($p = 0,3962$; $df:2$) noch Männer und Frauen ($p = 0,0938$; $df:1$) statistisch signifikant. Tendentiell hatten Frauen hier aber seltener Probleme (11,8% vs. 19,8%).

5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung

Zur beruflichen Stellung nahmen wir folgende Einteilung vor: Arbeiter, Facharbeiter, Meister, einfacher Angestellter / Beamter, mittlerer Angestellter / Beamter, leitender Angestellter / Beamter, noch nie berufstätig, noch in Ausbildung, nicht arbeitend, anderes. Um eine bessere Übersicht zu erzielen, habe ich folgende Gruppen zusammengefaßt: Arbeiter, Facharbeiter und Meister, alle Angestellten und Beamte, in Ausbildung oder nie berufstätig und anderes.

Hier zeigten sich im Familienstand hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,0001$; $df: 3$). Der größte Teil der jemals verheirateten Patienten waren Arbeiter, Facharbeiter und Meister (48,1% vs. 42,6%). 33,8% der verheirateten Patienten waren als Angestellte oder Beamte tätig. Von den ledigen Patienten waren es 17,4%. Unter den verheirateten war der Anteil der Patienten, die noch in der Ausbildung sind oder noch nie berufstätig waren wesentlich geringer (3,0% vs. 19,8%).

Tabelle 19: Berufstätigkeit und Heirat

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Arb./Facharb./Meister	42,6	48,1	44,5
Angest./Beamter	17,4	33,8	23,2
in Ausbildung./nie berufst.	19,8	3,0	13,9
anderes	20,2	15,0	18,4
Summe	100	100	100

Auch innerhalb der Diagnosegruppen traten hochsignifikante Unterschiede auf ($p < 0,0001$, $df: 6$). 59,4% der Alkoholiker waren als Arbeiter / Facharbeiter oder Meister tätig. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 42,0% und von den Schizophrenen 32,5%. Unter den Doppeldiagnose-Patienten (18,7%) und den Schizophrenen (18,1%) war aber auch der Anteil derjenigen größer, die noch in der Ausbildung bzw. noch nie berufstätig waren. Von den Alkoholikern waren es 0,99%.

Tabelle 20: Berufliche Stellung und Diagnosegruppe

	Doppeldiagnose- Patienten	schizophrene Pat.	Alkoholiker	Summe
Arb./Facharb./Meister	42,0	32,5	59,4	44,6
Angest./Beamte	20,2	26,5	25,7	23,1
in Ausbildung./nie berufst.	18,7	18,1	0,99	13,8
anderes	19,2	22,9	13,9	18,6
Summe	100	100	100	100

Ebenfalls männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in dieser Beziehung zufällig ($p = 0,0035$; $df: 3$). Unter den Männern war der Anteil derjenigen größer, die als Arbeiter / Facharbeiter oder Meister tätig waren (50,2% vs. 29,4%). Die Frauen waren eher

als Angestellte oder Beamte tätig (31,4% vs. 20,0%). Männer und Frauen waren nahezu gleich häufig noch in der Ausbildung oder nie berufstätig (13,7% vs. 15,7%)

5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf

Wir fragten unsere Patienten zur Relation zum Beruf, ob sie Vollzeit (mehr als 20 Wochenstunden bezahlter Tätigkeit), Teilzeit (10 bis 20 Wochenstunden bezahlter Tätigkeit), Hausmann / -frau, Hausfrau / -mann mit bezahlter Nebentätigkeit, in einer therapeutische Werkstatt o.ä., arbeitslos gemeldet, nicht arbeitend oder berentet sind. Um die Zahl der Zellen zu verringern, habe ich folgende Zusammenfassung vorgenommen: Vollzeit- und teilzeitbeschäftigt, nicht arbeitend (arbeitslos und nicht arbeitend), berentet und anderes (therapeutische Werkstatt und Hausfrau / -mann mit und ohne Nebentätigkeit).

Die jemals verheirateten Patienten unterschieden sich hier sehr signifikant von den niemals verheirateten ($p = 0,0003$; $df: 3$). 56,1% der verheirateten Patienten waren voll- bzw. teilzeitbeschäftigt, während es bei den ledigen Patienten nur 36,9% waren. Unter den jemals verheirateten Patienten war auch der Anteil der nicht arbeitenden Personen wesentlich geringer (28,00% vs. 48,8%). Lediglich der Anteil der berenteten Personen war unter den Verheirateten etwas höher (13,6% vs. 9,4%).

Tabelle 21: Relation zum Beruf und Heirat

	Voll- o. Teilzeit	nicht arbeitend	berentet	anderes	Summe
niemals verheiratet	36,9	48,8	9,4	4,9	100
jemals verheiratet	56,1	28,0	13,6	2,3	100
Summe	43,6	41,5	10,9	4,0	100

Auch die Diagnosegruppen unterschieden mit $p = 0,008$ ($df: 6$) in der Relation zum Beruf signifikant. Unter den Schizophrenen war der Anteil der Personen, die voll- oder teilzeitbeschäftigt sind, mit 53,7% am größten. Von den Alkoholikern waren es 51,5% und von den Doppeldiagnose-Patienten 35,9%. Von den schizophrenen Patienten war aber auch ein großer Anteil berentet (13,4%). Von den Alkoholikern war der kleinste Anteil berentet (5,9%), während es bei den Doppeldiagnose-Patienten ähnlich viele waren wie bei den Schizophrenen (12,3%).

Tabelle 22: Relation zum Beruf und Diagnose

	Voll- o. Teilzeit	nicht arbeitend	berentet	anderes	Summe
DoDi	35,9	45,6	12,3	6,2	100
Schizo	53,7	30,5	13,4	2,4	100
Alk	51,5	41,6	5,9	0,9	100
Summe	43,9	41,3	10,8	4,0	100

Zwischen den Geschlechtern war der Unterschied nicht signifikant ($p = 0,0513$; $df:3$). Von den weiblichen Patienten war aber tendentiell ein größerer Anteil voll- oder teilzeitbeschäftigt (53,5% vs. 40,4%). Unter den Patientinnen waren weiterhin weniger nicht arbeitend (31,7% vs. 44,8%) und auch weniger berentet (8,9% vs. 11,6%).

5.2.2.1.4. Sind die Patienten in ihrem erlernten Beruf tätig?

Wir fragten unsere Patienten, ob sie in ihrem erlernten Beruf tätig sind.

Zwischen jemals verheirateten Patienten und niemals verheirateten trat ein hochsignifikanter Unterschied auf ($p < 0,0001$; $df: 1$). Von den jemals verheirateten Patienten waren 31,3% im erlernten Beruf tätig, während es bei den unverheirateten nur 11,4% waren. Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in diesem Punkt überzufällig ($p = 0,0015$; $df:2$). Von den Alkoholikern war mit 27,7% der größte Anteil im erlernten Beruf tätig, von den Schizophrenen waren es 23,1% und von den Doppeldiagnose-Patienten nur 11,5%. Zwischen Männern und Frauen war hier kein signifikanter Unterschied ersichtlich.

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle unserer Patienten

Bei der Angabe der überwiegenden Einnahmequelle waren folgende Angaben möglich: Lohn, Jobs, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Partner, Illegales, Rente, Vater, Mutter, Geschwister und anderes. Da zu geringe Erwartungswerte auftraten, habe ich folgende Zusammenfassung vorgenommen: Lohn / Jobs, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Rente, Familie und anderes (mit Partner, Vater, Mutter, Geschwister und illegale Einkünfte). Illegale Einkünfte hatten nur 2 Doppeldiagnose-Patienten angegeben. Deshalb kommt es hier nicht zu einer Verzerrung der Ergebnisse.

Verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich in ihrer Einnahmequelle hochsignifikant ($p = 0,0001$; $df:4$). Die größten Differenzen bestanden im Einkommen durch Lohn oder Jobs. Es waren 41,5% der jemals verheirateten und 23,5% der niemals verheirateten Patienten. Weiterhin erhielten die verheirateten Patienten seltener Sozialhilfe als die ledigen (17,8% vs. 34,6%).

Tabelle 23: überwiegende Einnahmequelle und Heirat

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Lohn / Jobs	23,5	41,5	29,9
Arbeitsl.-Geld	7,8	9,6	8,5
Sozialhilfe	34,6	17,8	28,6
Rente	12,8	17,8	14,6
Familie u. anderes	21,4	13,3	18,5
Summe	100	100	100

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in ihrer überwiegenden Einnahmequelle signifikant ($p = 0,0001$; $df:8$). Von den Alkoholikern gaben 58,0% Lohn oder Jobs als Haupteinnahmequelle an. Von den Schizophrenen waren es 29,4% und von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 15,9%. Die Alkoholiker waren auch wesentlich seltener berentet (5,0%). Hier waren es bei den Schizophrenen 18,8% und bei den Doppeldiagnose-Patienten 17,4%.

Tabelle 24: überwiegende Einnahmequelle. u. Diagnosegr.

	DoDi	Schizo	Alk	Summe
Lohn / Jobs	15,9	29,4	58,0	30,0
Arbeitsl.-Geld	10,3	3,5	9,0	8,4
Sozialhilfe	32,3	31,8	19,0	28,7
Rente	17,4	18,8	5	14,5
Familie u. anderes	24,1	16,5	9,0	18,4
Summe	100	100	100	100

Männer und Frauen unterschieden sich nicht durch ihre überwiegende Einnahmequelle ($p = 0,8363$; $df: 4$).

5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme

Die Befragten gaben hier an, wie viele Monate sie in dem Jahr vor ihrer Aufnahme gearbeitet hatten. Gemeint ist damit Lohnarbeit, nicht die Arbeit in einer therapeutischen Werkstatt o.ä.. Das Minimum betrug also 0 und das Maximum 12 Monate. Im Durchschnitt hatten unsere Patienten 3,1 Monate gearbeitet. (Standardabweichung: 4,5).

Es unterschieden sich sowohl verheiratete und ledige Patienten ($p = 0,0002$) als auch die Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 2$) signifikant. Die jemals verheirateten Befragten hatten länger gearbeitet als die ledigen. Innerhalb der Diagnosegruppen hatten die Alkoholiker im Jahr vor der Aufnahme an mehr Monaten gearbeitet als die anderen beiden Gruppen. Am wenigsten hatten die Doppeldiagnose-Patienten gearbeitet.

Die beiden Geschlechter unterschieden sich nicht überzufällig ($p = 0,3965$).

5.2.2.1.7. Krankschreibung in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme

Hier gaben die Patienten an, wie viele Monate sie im letzten Jahr vor der Aufnahme krankgeschrieben waren. Diese Angabe berücksichtigten wir nur, wenn der Befragte prinzipiell berufstätig war, also nicht berentet o.ä..

In dieser Frage traten keine Unterschiede im Familienstand ($p = 0,2578$), zwischen den Diagnosegruppen ($p = 0,1788$) und zwischen Männern und Frauen ($p = 0,8449$) auf.

5.2.2.2. Die Wohnsituation unserer Patienten

Wir fragten nach folgenden Wohnmöglichkeiten: Mietwohnung, eigenes Haus, Eigentumswohnung, WG, Untermiete, therapeutische WG, Übergangwohnheim, ohne festen Wohnsitz, betreutes Wohnen und anderes. Da auch hier mehr als 20% der Erwartungswerte kleiner als 5 waren, habe ich folgende Zusammenfassung vorgenommen: Erstens: Mietwohnung; zweitens: eigenes Haus und Eigentumswohnung; drittens: Untermiete, WG und Übergangwohnheim; viertens: therapeutische WG und betreutes Wohnen und fünftens: anderes.

Jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten unterscheiden sich hochsignifikant im Wohnsitz ($p < 0,0001$; $df: 4$). Verheiratete Patienten wohnen häufiger in einer Mietwohnung (74,3% vs. 53,3%) und im eigenen Haus oder einer Eigentumswohnung (8,8% vs. 4,9%). Von den jemals verheirateten Patienten wohnen 0 % in einer therapeutischen WG. Von den ledigen Patienten sind es 8,9%.

Tabelle 25 Wohnsituation und Familienstand

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Mietwohnung	53,3	74,3	60,7
eig. Haus/Eigentumsw.	4,9	8,8	6,3
Unterm./WG/Übergangsw.	11,8	2,2	8,4
therap. WG/betr. Wohnen	8,9	0,0	5,8
anderes	21,1	14,7	18,8
Summe	100	100	100

Auch zwischen den Diagnosegruppen bestehen hier signifikante Differenzen ($p = 0,0012$; $df: 8$). Insgesamt wohnt der größte Teil der Patienten in einer Mietwohnung. Es sind 66,3% der Alkoholiker, 63,5% der Schizophrenen und 57,1% der Doppeldiagnose-Patienten. Große Unterschiede bestehen zwischen Patienten, die in einer therapeutischen WG wohnen. Von den Alkoholikern sind es 0.0%, aber von den Schizophrenen sind es 7,1% und von den Doppeldiagnose-Patienten 8,1%. Ähnlich große Differenzen bestehen zwischen Personen, die zur Untermiete, in einer WG oder einem Übergangwohnheim leben. Hier sind es 2,0% der Alkoholiker, aber 5,9% der Schizophrenen und 12,6% der Doppeldiagnose-Patienten.

Tabelle 26: Wohnsituation und Diagnosegruppe

	DoDi	Schizo	Alk	Summe
Mietwohnung	57,1	63,5	66,3	60,9
eig. Haus/Eigentumsw.	3,5	9,4	8,9	6,2
Unterm./WG/Übergangsw.	12,6	5,9	2,0	8,3
therap. WG/betr. Wohnen	8,1	7,1	0,0	5,7
anderes	18,7	14,1	22,8	18,8
Summe	100	100	100	100

Ebenfalls zwischen den Geschlechtern besteht ein überzufälliger Unterschied ($p = 0,0175$; df: 4). Frauen leben häufiger in einer Mietwohnung (73,8% vs. 56,2%) und seltener zur Untermiete, in einer WG oder einem Übergangwohnheim (4,9% vs. 9,6%) als die Männer.

Tabelle 27: Wohnsituation und Geschlecht

	Mann	Frau	Summe
Mietwohnung	56,2	73,8	60,9
eig. Haus/Eigentumsw.	6,4	5,8	6,2
Unterm./WG/Übergangsw.	9,6	4,9	8,3
therap. WG/betr.Wohnen	5,7	5,8	5,7
anderes	22,1	9,7	18,8
Summe	100	100	100

5.2.2.3. Die Suizidalität der Patienten

Wir befragten unsere Patienten nach: Suizidversuchen, -gedanken und -plänen.

5.2.2.3.1. Die Suizidversuche

Im Familienstand traten keine signifikanten Differenzen auf ($p = 0,1853$).

Die Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch überzufällig ($p = 0,0403$; df: 2). Die häufigsten Suizidversuche hatten die Doppeldiagnose-Patienten unternommen, die wenigsten die Schizophrenen.

Männer und Frauen differierten nicht statistisch signifikant ($p = 0,9526$).

5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken unserer Patienten

Im Familienstand zeigten sich signifikante Differenzen in bezug auf Suizidgedanken ($p = 0,0075$; df: 1). Jemals verheiratete Patienten hatten seltener Suizidgedanken als niemals verheiratete (69,4% vs. 81,5%).

Zwischen den Diagnosegruppen traten hier ebenfalls signifikante Differenzen auf ($p = 0,0096$; df: 2). Die Doppeldiagnose-Patienten hatten am häufigsten Suizidgedanken (83,6%). Von den Alkoholikern stimmten hier 71,3% und von den Schizophrenen 69,5% zu.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,4896$; df:1).

5.2.2.3.3. Die Suizidpläne

In bezug auf Suizidpläne unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht signifikant ($p = 0,0976$; $df: 1$). Tendentiell machten aber jemals verheiratete seltener Suizidpläne als niemals verheiratete Patienten (46,3% vs. 55,5%).

Auch die Geschlechter unterschieden sich nicht statistisch signifikant ($p = 0,5412$; $df: 1$).

Jedoch die Diagnosegruppen differierten in diesem Punkt signifikant ($p = 0,0033$; $df: 2$).

Am häufigsten machten Doppeldiagnose-Patienten Suizidpläne (60,1%). Am seltensten stimmten die schizophrenen Patienten zu (39,0%). Von den Alkoholikern waren es 47,5%.

5.2.2.4. Die Aggressivität

Hier prüften wir, ob sich unsere Patienten in den letzten zwei Wochen vor dem Interview gegenüber Personen, Gegenständen oder sich selbst gegenüber aggressiv verhalten haben.

In allen drei Punkten unterschieden sich weder verheiratete und ledige Patienten, noch die Diagnosegruppen, noch die Geschlechter signifikant.

Nur in bezug auf Autoaggressionen unterschieden sich die Diagnosegruppen signifikant ($p = 0,0020$ $df: 4$). Weil mehr als 20% der Erwartungswerte kleiner als 5 waren habe ich folgende Einteilung vorgenommen: Keine Autoaggressionen, nichtphysische Autoaggressionen (z.B. Selbstbeschimpfungen) und physische Autoaggressionen mit und ohne Verletzungen. Hier gaben 23,5% der Alkoholiker nichtphysische Aggressionen an. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 9,7% und von den Schizophrenen 5,9%. (Der größte Teil der Patienten hatte keine Autoaggressionen; im Durchschnitt waren es 80,45%. Physische Autoaggressionen gaben durchschnittlich 7,0% der Patienten an.)

Tabelle 28: Autoaggressionen und Diagnosegruppe

	keine Autoaggressionen	nicht phys. Autoaggr.	phys. Autoaggressionen	Summe
Doppeldiagn.-Pat.	82,3	9,7	8,1	100
schizophr. Pat.	88,2	5,9	5,9	100
Alkoholiker	70,3	23,8	5,9	100
Summe	80,4	12,6	7,0	100

5.2.3. Die Prämorbidie Persönlichkeit der Patienten unserer Studie.

5.2.3.1. Probleme in der Schulzeit

Wir fragten nach folgenden Problemen während der Schulzeit: Schulwechsel, Klasse wiederholt, Verhältnis zu den Mitschülern, Verhältnis zu den Lehrern, Probleme mit Drogen oder Alkohol, Schwierigkeiten bei den Leistungsanforderungen, Disziplinprobleme, häufige Krankheit oder sonstige Probleme.

In Problemen durch *Schulwechsel* unterschieden sich die Patienten, die jemals verheiratet waren und die, die niemals verheiratet waren, sehr signifikant ($p = 0,0035$; $df: 1$). 16,42% der jemals Verheirateten gaben Probleme hier an, aber mit 30,04% lagen die niemals verheirateten Patienten höher.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich signifikant ($p = 0,0342$; $df: 2$). Nur 17% der Alkoholiker hatten häufig einen Schulwechsel, aber 30,61% der Doppeldiagnose-Patienten. Die schizophrenen Patienten lagen mit 23,17% in der Mitte.

Zwischen den Geschlechtern gab es keine signifikante Differenz ($p = 0,4759$; $df: 1$).

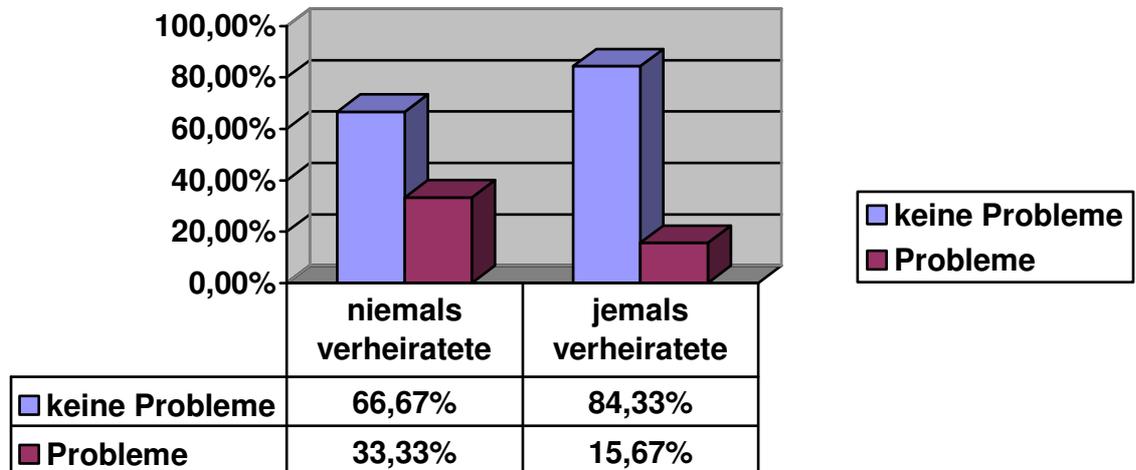
Hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,0001$; $df: 1$) zeigen sich bei der Betrachtung der jemals verheirateten und der niemals verheirateten Patienten. Die verheirateten Patienten hatten seltener die *Klasse wiederholt* als die Unverheirateten (17,91% vs. 38,84%).

Die Diagnosegruppen unterschieden sich nicht signifikant in dem Problem „*Klasse wiederholt*“. Mit $p = 0,0511$ ($df: 2$) hatten aber tendentiell mehr Doppeldiagnose-Patienten (36,92%) hier Schwierigkeiten als die Schizophrenen mit 25,61% und die Alkoholiker mit 25,00%.

Es hatten jedoch mit 20,67% signifikant weniger Frauen als Männer (35%) die Klasse wiederholt ($p = 0,0085$; $df: 1$).

Im Familienstand zeigten sich signifikante Unterschiede im *Verhältnis zu den Mitschülern*. Während 15,67% der jemals verheirateten Patienten Probleme hier Schwierigkeiten angaben, waren es bei den niemals Verheirateten 33,33% ($p = 0,0002$; $df: 1$).

Abbildung 7: Probleme im Verhältnis zu Mitschülern und Heirat



Im Verhältnis zu den Mitschülern unterschieden sich die Diagnosegruppen nicht statistisch signifikant ($p = 0,0908$, $df: 2$).

Auch zwischen den Geschlechtern gab es hier keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,8236$; $df: 1$).

Im Verhältnis zu den Lehrern gaben ebenfalls signifikant mehr unverheiratete Patienten als Verheiratete Probleme an (26,56% vs. 12,695), ($p = 0,0018$, $df: 1$).

Die Diagnosegruppen differierten in diesem Punkt nicht signifikant ($p = 0,1706$).

Aber signifikant weniger Frauen (14,43%) als Männer (24,01%) hatten Schwierigkeiten im Verhältnis zu den Lehrern ($p = 0,480$; $df: 1$).

In der Frage nach Drogen- oder Alkoholproblemen in der Schulzeit war die Differenz zwischen den Patienten, die jemals verheiratet waren, und den ledigen Patienten hochsignifikant ($p < 0,0001$; $df: 1$). Von den jemals Verheirateten gaben 6,02% hier Probleme an, während es bei den niemals Verheirateten 23,46% waren.

Ebenfalls innerhalb der Diagnosegruppen zeigten sich hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,0001$; $df: 2$). Keiner der schizophrenen Patienten gab hier Probleme an, jedoch 83,34% der Doppeldiagnose-Patienten und 16,67% der Alkoholiker.

Die weiblichen Patienten hatten mit 10,31% signifikant weniger Schwierigkeiten mit Drogen oder Alkohol als die männlichen Patienten mit 20,00% ($p = 0,0304$; $df: 1$).

Durch Probleme mit Disziplin unterschieden sich die Diagnosegruppen, die Geschlechter und verheiratete und ledige Patienten überzufällig. Unter den schizophrenen Patienten hatte der größte Teil keine Probleme (87,80%). Von den Alkoholikern waren es 76,53% und von

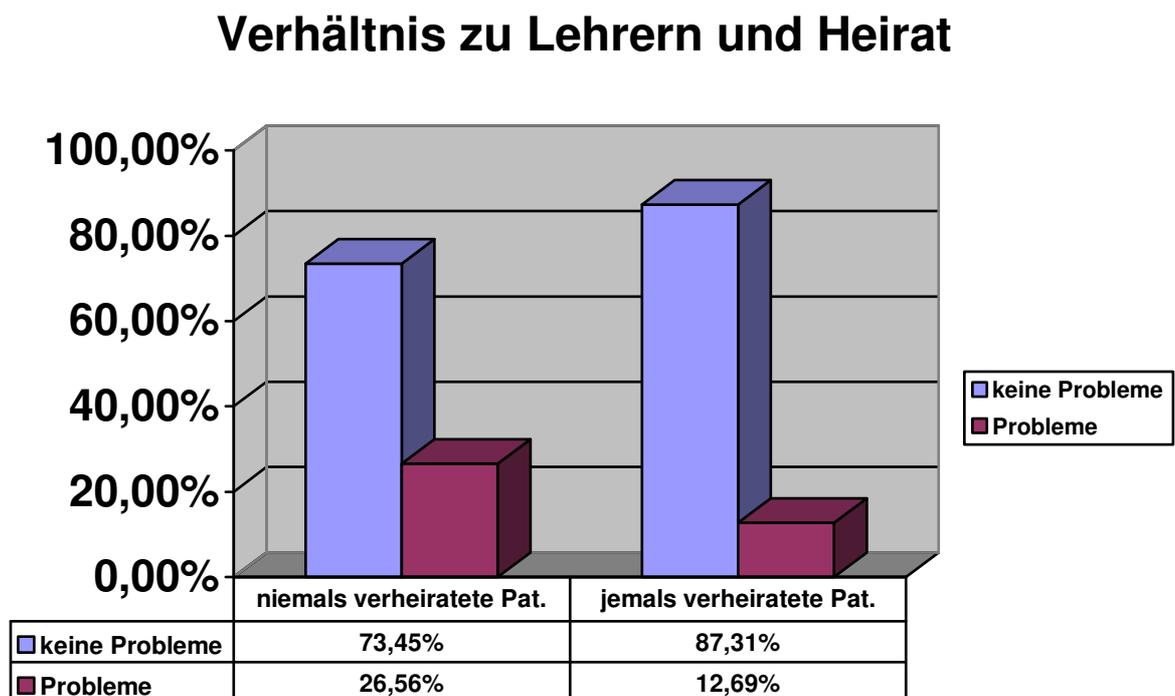
den Doppeldiagnose-Patienten waren es 71,65%; ($p = 0,0153$; $df: 2$). Weiterhin hatten die Frauen (86,60%) signifikant seltener Probleme durch Disziplin als Männer (72,92%); ($p = 0,0063$; $df: 1$). Weiterhin hatten jemals verheiratete Patienten in diesem Punkt weniger Probleme als unverheiratete (85,61% vs. 71,78); ($p = 0,0025$; $df: 1$).

Durch die Schwierigkeit *Klasse wiederholt* unterschieden sich die beiden Geschlechter und verheiratete und ledige Patienten, nicht jedoch die Diagnosegruppen ($p = 0,0511$; $df: 2$) statistisch signifikant. Von den Frauen hatten nahezu 80% (79,38%) die Klasse nicht wiederholt, während es bei den Männern weniger waren (65,0%); ($p = 0,0085$; $df: 1$). Auch von den verheirateten Patienten hatten mit 82,09% weniger eine Klasse wiederholt; von den unverheirateten Patienten waren es 61,16%; ($p = < 0,0001$; $df: 1$).

Verhältnis zu Mitschülern und Heirat

Wie oben traten Unterschiede im *Verhältnis zu Lehrern* im Familienstand und bei männlichen und weiblichen Patienten, nicht aber bei den Diagnosegruppen ($p = 0,1706$; $df: 2$) auf. Von den Frauen hatten 85,57% keine Probleme, von den Männern waren es 75,99%; ($p = 0,0480$; $df: 1$). Ebenfalls jemals verheiratete Patienten hatten hier seltener Schwierigkeiten (87,31% vs. 73,44%); ($p = 0,0018$; $df: 1$).

Abbildung 8: Probleme im Verhältnis zu Lehrern und Heirat



In der *Leistung* in der Schule unterschieden sich weder die Diagnosegruppen ($p = 0,1137$; $df:2$) noch die Geschlechter signifikant ($p = 0,1567$; $df:1$). Auch die jemals verheirateten Patienten hatten nur tendentiell weniger Leistungsprobleme (23,48% vs. 32,92%; $p = 0,0559$; $df:1$).

In Problemen in der Schule durch *häufige Krankheit* unterschieden sich nur die Diagnosegruppen überzufällig ($p = 0,0497$; $df: 2$). Mit 3,66% gaben die Schizophrenen hier die wenigsten Schwierigkeiten an. Am häufigsten traten bei den Doppeldiagnose-Patienten Probleme auf (11,79%). 6,00% der Alkoholiker gaben eine positive Antwort.

Zwischen den Geschlechtern ($p = 0,6021$; $df:1$) und dem Familienstand ($p = 0,5879$; $df: 1$) ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

In Schwierigkeiten durch *Disziplin* zeigten sich im Zivilstand statistisch signifikante Unterschiede ($p = 0,0025$; $df: 1$). Die jemals verheirateten Patienten hatten weniger Disziplinprobleme als Patienten, die niemals verheiratet waren (14,39% vs. 28,22%).

Die schizophrenen Patienten hatten signifikant am seltensten Probleme in der *Disziplin* in der Schule (12,19%). Die meisten Probleme gaben Doppeldiagnose-Patienten mit 28,35% an. Von den Alkoholikern waren es 23,47% ($p = 0,0153$; $df: 2$).

Frauen hatten hier mit 13,40% überzufällig weniger Schwierigkeiten als die Männer mit 27,08% ($p = 0,0063$; $df:1$).

In der Angabe der *sonstigen Probleme* unterschieden sich nur die Diagnosegruppen signifikant ($p = 0,0035$; $df: 2$). 3,66% der Schizophrenen gaben sonstige Probleme an, aber 17,43% der Doppeldiagnose-Patienten und 20,41% der Alkoholiker.

Es unterschieden sich in diesem Punkt aber nicht Männer und Frauen ($p = 0,6799$; $df: 1$) und auch nicht die jemals verheirateten Patienten und die niemals verheirateten signifikant ($p = 0,2360$; $df: 1$).

In der *Summe der Probleme*, die in der Schulzeit auftraten unterschieden sich die Diagnosegruppen, die Geschlechter und auch die jemals verheirateten und die niemals verheirateten Patienten signifikant.

5.2.3.2. Die Schulbildung unserer Patienten

Wir werteten hier nur den höchsten erreichten Schulabschluß; z.B. wurde Gymnasium ohne Abschluß als Realschulabschluß gewertet.

Auch hier unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten sehr signifikant ($p = 0,0003$; $df: 3$). Von den jemals verheirateten Patienten hat der größte Teil

mit 56,3% einen Hauptschulabschluß. Von den niemals verheirateten sind es 36,8%. Aber unter den ledigen Patienten war der Anteil der Personen, die das Gymnasium absolviert haben deutlich größer (23,1% vs. 8,9%). Unter diesen Patienten war aber auch der Anteil der Personen ohne Schulabschluß größer (10,7% vs.6,7%).

Tabelle 29: Schulbildung und Heirat

	keiner	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Summe
niemals verheiratet	10,7	36,8	29,3	23,1	100
jemals verheiratet	6,7	56,3	28,1	8,9	100
Summe	9,3	43,8	28,9	18,0	100

Ebenfalls die Diagnosegruppen differieren in der Schulbildung hochsignifikant ($p < 0,0001$; df: 6). Von den Alkoholikern besitzt mit 59,0% der größte Teil eine Hauptschulabschluß. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 43,9% und von den Schizophrenen 25,6%. Ein deutlicher Unterschied besteht auch zwischen den Patienten mit Abitur. Von den Alkoholikern haben nur 3,0% diesen Abschluß erreicht. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 20,4% und von den Schizophrenen sind es 30,5%.

Tabelle 30: Schulbildung und Diagnosegr.

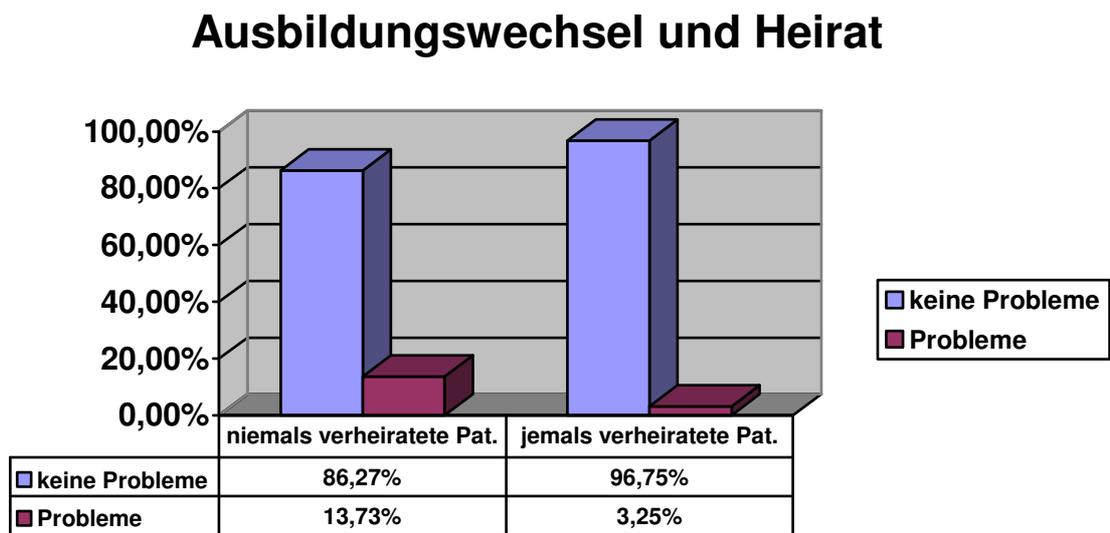
	keiner	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Summe
DoDi	7,7	43,9	28,1	20,4	100
Schizo	8,5	25,6	35,4	30,5	100
Alk	13,0	59,0	25,0	3,0	100
Summe	9,3	43,9	28,8	18,0	100

5.2.3.3. Probleme in der Ausbildung

Auch hier fragten wir nach Ausbildungswechsel, Verhältnis zu den Kollegen, Verhältnis zu Vorgesetzten, Drogen / Alkohol, Leistungsanforderungen, häufige Krankheit, Disziplin und sonstigen Problemen.

Auch in Schwierigkeiten durch einen *Ausbildungswechsel* unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten sehr signifikant ($p = 0,0020$). Die jemals Verheirateten hatten signifikant seltener die Ausbildung gewechselt als die niemals Verheirateten (3,25% vs. 13,73%).

Abbildung 9: Probleme durch Ausbildungswechsel und Heirat

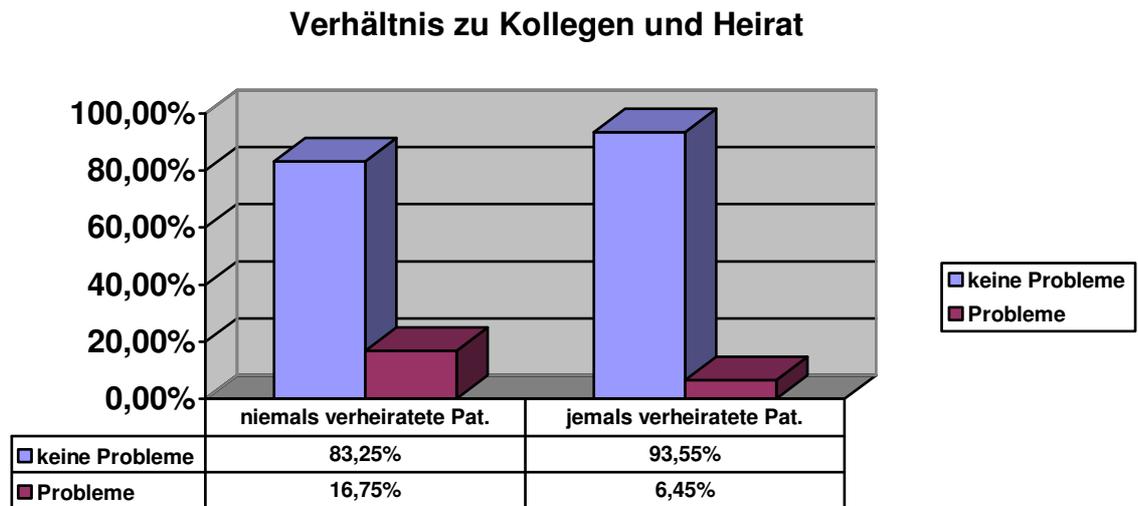


Die Diagnosegruppen unterschieden sich hier nicht signifikant ($p = 0,0892$; df: 2).

Die weiblichen Patienten hatten mit 2,50% jedoch signifikant seltener die Ausbildung gewechselt als die Männer mit 12,15% ($p = 0,0116$; df: 1).

Im *Verhältnis zu den Kollegen* zeigten sich signifikante Unterschiede im Familienstand ($p = 0,0069$; df: 1). Patienten, die jemals verheiratet waren, hatten weniger Probleme im Verhältnis zu den Kollegen als die niemals Verheirateten (6,45% vs. 16,75%).

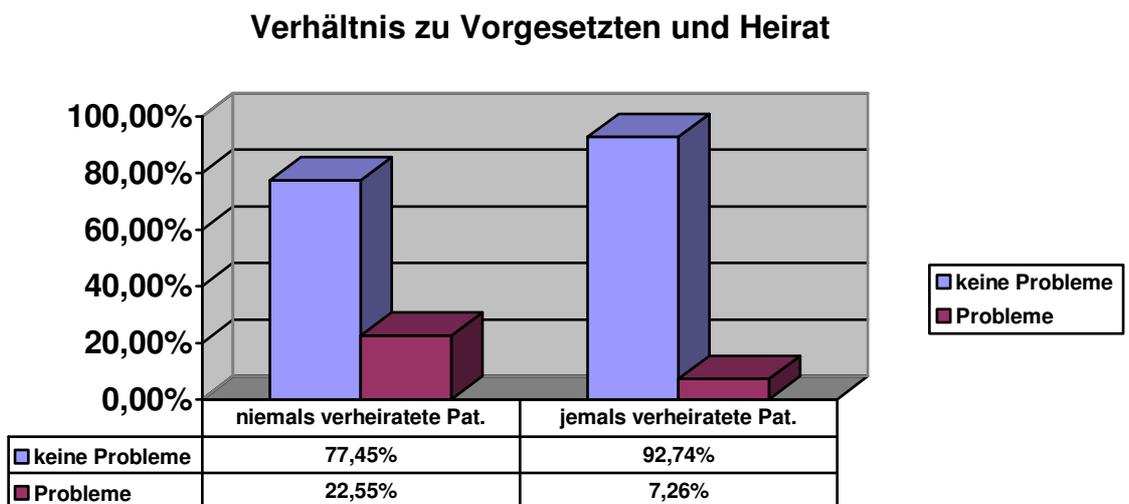
Abbildung 10: Probleme im Verhältnis zu Kollegen und Heirat



Auch hier unterschieden sich die Diagnosegruppen nicht signifikant ($p = 0,1919$; $df: 2$). Ebenfalls differierten männliche und weibliche Patienten ($p = 0,9157$; $df: 1$) nicht signifikant.

Eine signifikante Differenz ergab sich in ihrem *Verhältnis zu den Vorgesetzten* bei den jemals verheirateten und den niemals verheirateten Patienten ($p = 0,0003$; $df: 1$). Von den jemals verheirateten Patienten gaben hier 7,26% Probleme an, während es bei den niemals verheirateten Patienten 22,55% waren.

Abbildung 11: Probleme im Verhältnis zu Vorgesetzten und Heirat



Die Diagnosegruppen ($p = 0,7883$; $df: 2$) und die Geschlechter ($p = 0,0624$; $df: 1$) unter-

schieden sich nicht überzufällig in diesem Punkt. Frauen gaben hier aber tendentiell etwas weniger häufig Probleme an als Männer (10,00% vs. 18,95%).

Signifikant weniger Patienten, die jemals verheiratet waren (17,74%), als niemals verheiratete Patienten (28,43%) hatten Probleme durch *Drogen oder Alkohol* ($p = 0,0288$; df: 1).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich bezüglich dieses Problems hochsignifikant ($p = 0,0001$; df: 2). Mit 6,95% gaben die Schizophrenen die wenigsten Schwierigkeiten an. Die meisten Probleme hatten die Doppeldiagnose-Patienten mit 32,73%. Bei den Alkoholikern waren es 23,08%.

Mit 15,00% der weiblichen Patienten hatten signifikant weniger Frauen als Männer, von denen 27,42% Schwierigkeiten angaben, Drogen- oder Alkoholprobleme ($p = 0,0245$; df: 1).

Im Familienstand wurden in dem Punkt Probleme durch *Leistungsanforderungen* hochsignifikante Differenzen sichtbar ($p < 0,0001$; df: 1). 13,82% der jemals verheirateten Patienten und 34,31% der niemals verheirateten Patienten hatten in der Ausbildung Probleme mit den Leistungsanforderungen.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich hier signifikant ($p = 0,0009$; df: 2). Die wenigsten der Alkoholiker (12,09%), jedoch 33,34% der Doppeldiagnose-Patienten hatten hier Schwierigkeiten. Bei den Schizophrenen waren 29,58%.

Männer und Frauen unterschieden sich in diesem Punkt nicht signifikant ($p = 0,0785$; df: 1). Tendentiell hatten Frauen auch hier weniger Schwierigkeiten als Männer (18,99% vs. 29,03%).

Verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich in Problemen mit *Disziplin* nicht statistisch signifikant ($p = 0,1500$; df: 1)

Auch zwischen den Diagnosegruppen ($p = 0,2045$; df: 2) und dem Geschlecht ($p = 0,2332$; df: 1) traten keine signifikanten Unterschiede auf.

In dem Problem *häufige Krankheit* während der Ausbildung unterschieden sich die Diagnosegruppen überzufällig häufig ($p = 0,0043$; df: 2). Es waren 1,14% der Alkoholiker, 9,72% der Schizophrenen, aber 13,94% der Doppeldiagnose-Patienten.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich hier nicht signifikant ($p = 0,4747$; df: 1).

Auch im Zivilstand zeigten sich bei diesem Problem keine signifikanten Differenzen ($p = 0,3038$).

Von den jemals verheirateten Patienten hatten 7,32% *sonstige Probleme*, aber 17,24% der niemals verheirateten Patienten ($p = 0,0110$; $df:1$).

Weder in den Diagnosegruppen ($p = 0,0830$; $df: 2$) noch im Geschlecht ($p = 0,1659$; $df:1$) traten signifikante Unterschiede bei der Angabe von *sonstigen Problemen* auf. Tendentiell hatten jedoch die Alkoholiker mit 8,89% am wenigsten und die Doppeldiagnose-Patienten mit 17,68% am häufigsten sonstige Schwierigkeiten. Von den Schizophrenen gaben 9,72 sonstige Probleme an.

Wegen der besseren Übersichtlichkeit habe ich *die Summe der Probleme* in der Ausbildung in 3 Gruppen zusammengefaßt: Keine Probleme, 1 bis 3 Probleme und 4 bis 7 Probleme. Auch hier traten zwischen jemals verheirateten und niemals verheirateten Patienten hochsignifikante Unterschiede auf ($p < 0,0001$; $df: 2$). Der größte Anteil der verheirateten Patienten hatte keine Schwierigkeiten in der Ausbildung (59,7%), während es unter den ledigen Patienten 30,1% waren.

Tabelle 31: Summe der Probl. (Ausbild.) und Heirat

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
keine Probleme	30,1	59,7	41,2
Probl.-Anzahl: 1 - 3	59,7	37,1	51,2
Probl.-Anzahl: 4 - 7	10,2	3,2	7,6
Summe	100	100	100

Zwischen den Diagnosegruppen traten hier ebenfalls signifikante Differenzen auf ($p = 0,0001$; $df: 4$). 58,2% der Alkoholiker hatten keine Schwierigkeiten in der Ausbildung, während es bei den Schizophrenen 48% und bei den Doppeldiagnose-Patienten nur 28,7% waren. Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied auch in der Gruppe mit 1 bis 3 Problemen. Hier liegen 61,6% der Doppeldiagnose-Patienten, 46,7% der Schizophrenen und 36,3% der Alkoholiker.

Tabelle 32: Summe der Probl. (Ausbild.) und Diagnosegr.

	DoDi	Schizo	Alk	Summe
keine Probleme	28,7	48,0	58,2	41,2
Probl.-Anzahl: 1 - 3	61,6	46,7	36,3	51,2
Probl.-Anzahl: 4 - 7	9,8	5,3	5,5	7,6
Summe	100	100	100	100

Auch männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in der Anzahl der Probleme in der Ausbildung überzufällig ($p = 0,0041$; $df: 2$). Die Frauen hatten häufiger keine Probleme (56,5% vs. 36,0%). Von den Männern hatten mehr 1 bis 3 Schwierigkeiten (55,5% vs. 38,6%).

Tabelle 33: Summe der Probl. (Ausbild.) und Geschlecht

	Mann	Frau	Summe
keine Probleme	36,0	56,6	41,2
Probl.-Anzahl: 1 - 3	55,5	38,6	51,2
Probl.-Anzahl: 4 - 7	8,5	4,8	7,6
Summe	100	100	100

5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Patienten

Für die Berufsausbildung berücksichtigten wir folgende Punkte: Keine Ausbildung, Lehre, Fachschule, Fachhochschule und Hochschule.

Auch hier habe ich aufgrund zu geringer Erwartungswerte eine Zusammenfassung vorgenommen: Lehre und Fachschule, Fachhochschule und Hochschule, keine Ausbildung.

Im Familienstand wurden überzufällige Differenzen deutlich ($p = 0,0003$; $df: 2$). 68,% der jemals verheirateten Patienten haben eine Lehre oder Fachschule absolviert. Bei den niemals verheirateten Patienten waren es 46,5%. Besonders deutlich wird der Unterschied bei

der Betrachtung der Personen, die keine Ausbildung besitzen. Von den Verheirateten waren es 28,1%, aber bei den ledigen Patienten waren es 45,7%.

Tabelle 34: Ausbildung und Heirat

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Lehre / Fachsch.	46,5	68,1	54,2
Fachhochsch. / Hochschule	7,8	3,7	6,3
keine Ausbildung	45,7	28,1	39,4
Summe	100	100	100

Auch zwischen den Diagnosegruppen waren die Unterschiede signifikant ($p = 0,0002$; df: 4). 69,0% der Alkoholiker haben eine Lehre oder eine Fachschule abgeschlossen. Von den Schizophrenen (48,8%) und den Doppeldiagnose-Patienten (48,7%) waren es nahezu gleich viele. Von den Schizophrenen besitzen 14,3% einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluß. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 5,1% und von den Alkoholikern sind es 2,0%. Unter den Doppeldiagnose-Patienten war der Anteil der Personen, die keine Ausbildung abgeschlossen haben mit 46,2% am größten. Von den Schizophrenen sind es 36,9% und von den Alkoholikern 29,0%.

Tabelle 35: Ausbildung und Diagnosegruppe

	DoDi	Schizo	Alk	Summe
Lehre / Fachsch.	48,7	48,8	69,0	54,1
Fachhochsch. / Hochschule	5,1	14,3	2,0	6,3
keine Ausbildung	46,2	36,9	29,0	39,6
Summe	100	100	100	100

Zwischen Männern und Frauen waren die Unterschiede in der Ausbildung nicht signifikant ($p = 0,1266$; df:2).

5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung vor Ausbruch der Erkrankung anhand von GAPAS

Durch GAPAS (Global Assessment of Premorbid Adjustment Scale) soll das Ausmaß der sozialen Anpassung des Patienten vor dem ersten Ausbruch seiner Erkrankung in vier verschiedenen Bereichen eingeschätzt werden: (1) soziale Kontakte/Freundschaften; (2) psychosexuelle Entwicklung/Beziehungen; (3) allgemeine Leistungsfähigkeit (z.B. Schulleistungen) und (4) Ablösung vom Elternhaus/Selbständigkeit. Es waren drei Kategorien mit der Angabe einer Zwischenstufe mit einer Dezimalstelle möglich. Dabei bedeutet ein Score von 0 die geringste Anpassung und ein Score von 3 die höchste soziale Anpassung.

5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften

Im Familienstand ($p = 0,0029$; $df: 372$) und zwischen den Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 2$) wurden signifikante Differenzen ersichtlich, nicht aber zwischen Männern und Frauen ($p = 0,9954$; $df: 374$). Die jemals verheirateten Patienten wurden besser eingeschätzt als die ledigen (Durchschnittswerte: 2,2 vs. 2,0). Innerhalb der Diagnosegruppen erreichten die Alkoholiker die höchsten und die Doppeldiagnose-Patienten die niedrigsten Werte.

5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen

Auch hier unterschieden sich nur verheiratete und ledige Patienten ($p < 0,0001$) und die Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 2$) signifikant. Die jemals verheirateten Patienten erreichten hier ebenfalls höhere Werte als die niemals verheirateten. Die Alkoholiker erreichten die höchsten Werte und die Schizophrenen die niedrigsten. Mit $p = 0,9199$ waren die Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Patienten nicht überzufällig.

5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit

Jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten ($p < 0,001$; $df: 371$) unterschieden sich ebenso wie die Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 2$) in der allgemeinen Leistungsfähigkeit signifikant. Die verheirateten Patienten erreichten höhere Werte als die ledigen (Durchschnittswerte: 2,2 vs. 1,8). Auch hier erreichten wieder die Alkoholiker die höchsten Werte und die Doppeldiagnose-Patienten die niedrigsten. Zwischen den Geschlechtern bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p = 0,4936$; $df: 373$).

5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus und Selbständigkeit

Im Zivilstand ($p < 0,0001$) traten auch hier wiederum ebenso wie zwischen den Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 2$) signifikante Differenzen auf. Die verheirateten Patienten erreichten im Durchschnitt höhere Werte als die ledigen. Auch die Alkoholiker erreichten

wieder die höchsten Werte und die Schizophrenen die niedrigsten. Auch in diesem Punkt bestand zwischen Männern und Frauen kein überzufälliger Unterschied ($p = 0,8168$)

5.3. Der Suchtmittelkonsum unserer Patienten

An dieser Stelle habe ich die schizophrenen Patienten ausgeschlossen, da Patienten mit einer psychotischen Erkrankungen, bei denen sich im Verlauf der Befragung ein bis dahin nicht bekannter Gebrauch psychotroper Substanzen herausstellte, den Doppeldiagnose-Patienten zugeordnet wurden. Wenn die schizophrenen Patienten z.B. bei der Frage nach Nikotinkonsum, der der Definition nicht widerspricht, eingeschlossen werden, werde ich darauf hinweisen.

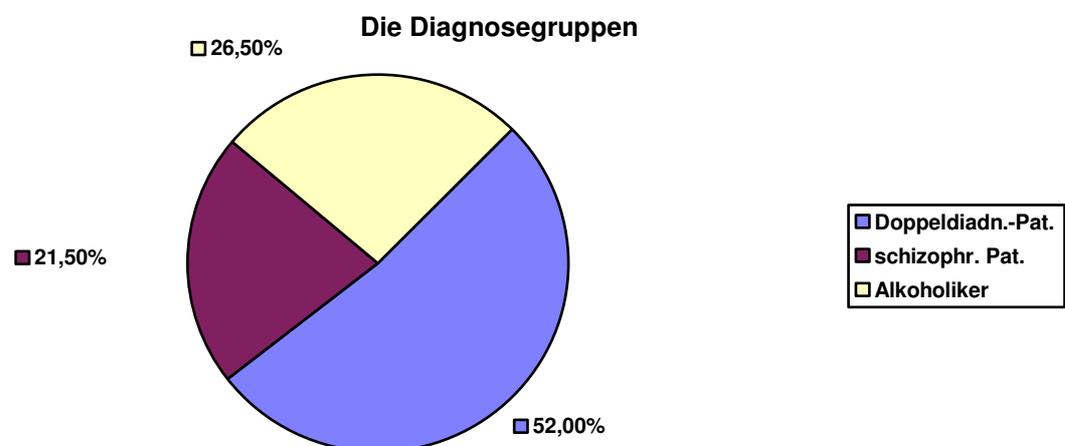
5.3.1. Die Zahl der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus

Von allen Patienten waren 52,0% Doppeldiagnose-Patienten und 26,5% Alkoholiker.

Tabelle 36: Diagnosegruppen

	Anzahl	Prozent
Doppeldiagn.-Pat.	198	52,0
Schizophr. Pat.	82	21,5
Alkoholiker	101	26,5
Summe	381	100

Abbildung 12: Die Diagnosegruppen



5.3.2. Die Rückfälligkeit in den Alkoholismus bzw. Trockenphasen

Zu Trockenphasen fragten wir die Patienten, ob sie sich schon einmal vorgenommen haben, ohne Alkohol bzw. Drogen zu leben und wie lange sie durchgehalten haben.

Es unterschieden sich in diesem Punkt aber weder verheiratete von unverheirateten Patienten ($p = 0,8325$; $df:1$), noch die beiden Diagnosegruppen ($p = 0,3640$; $df:1$), noch die Geschlechter ($p = 0,1443$; $df: 1$) signifikant.

Ebenfalls in der maximalen Dauer der Trockenphasen unterschieden sich die jemals verheirateten und die ledigen Patienten nicht statistisch signifikant ($p = 0,1506$). Auch die Diagnosegruppen ($p = 0,7068$) und männliche und weibliche Patienten ($p = 0,8106$) differierten nicht überzufällig.

Im Familienstand traten in bezug auf die Dauer der letzten Trockenphase auch keine signifikanten Unterschiede auf ($p = 0,8230$). Die Diagnosegruppen unterschieden sich hier ebenfalls nicht signifikant ($p = 0,0597$). Tendentiell dauerten die Trockenphasen bei den Doppeldiagnose-Patienten jedoch länger als bei den Alkoholikern (Dauer in Wochen im Durchschnitt: 116,2 vs. 99,6). Jedoch unterschieden sich die Geschlechter auch hier nicht signifikant ($p = 0,8131$).

5.3.3. Das Hauptsuchtmittel

Hier erfolgte eine Einschätzung des in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme hauptsächlich konsumierten Suchtmittels. Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich in diesem Fall hochsignifikant mit $p < 0,0001$. Von den verheirateten Patienten gaben 94,17% Alkohol als Hauptsuchtmittel an, während es bei den niemals verheirateten Patienten nur 53,61% waren. Unter ihnen war der Anteil mit Cannabis-Konsum mit 28,35% wesentlich höher als unter den verheirateten Patienten (3,88%). Weiterhin gaben die ledigen Patienten häufiger den Konsum mehrerer Suchtmittel an als die Verheirateten (15,98% vs. 1,94%).

Die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich ebenfalls signifikant ($p < 0,0001$). Von den Doppeldiagnose-Patienten hatten 53,03% Alkohol, 29,8% Cannabis und 1,01% Heroin konsumiert. 97,03% der Alkoholiker hatten Alkohol konsumiert. Unter ihnen hatte keiner Cannabis und 0,99% hatten Heroin konsumiert.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich bei der Angabe des Hauptsuchtmittels nicht signifikant ($p = 0,3476$).

5.3.3.1. Suchtmittleinnahme in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme

Hier gaben die Patienten an, an wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen vor ihrer Aufnahme sie folgende Suchtmittel konsumiert hatten: Alkohol, Cannabis, Kokain, Heroin, Benzodiazepine oder sonstiges. Da keiner der verheirateten Patienten Kokain oder Heroin konsumiert hatte, habe ich diese beiden Suchtmittel nicht in meine statistischen Berechnungen aufgenommen. Außerdem fragten wir nach dem durchschnittlichen Nikotinkonsum in diesem Zeitraum.

5.3.3.1.1. Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Das Minimum beträgt 0 Tage, das Maximum 28 Tage; der Median liegt bei 28 Tagen, der Mittelwert bei 16,9 Tagen. (N = 271)

Im Alkoholkonsum unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten ($p = 0,0003$; df: 267) und auch die beiden Diagnosegruppen ($p < 0,0001$) signifikant. Die jemals verheirateten Patienten hatten an mehr Tagen Alkohol konsumiert als die ledigen (im Durchschnitt: 20,4 vs. 14,8). Die Alkoholiker hatten ebenfalls an mehr Tagen Alkohol getrunken als die Doppeldiagnose-Patienten. Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht überzufällig ($p = 0,2912$; df: 269).

5.3.3.1.2. Cannabiskonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Minimum und Maximum s.o.; der Median liegt hier bei 0 Tagen, der Mittelwert beträgt 4,8. (N = 220)

Im Zivilstand traten auch hier signifikante Unterschiede auf ($p = 0,0087$). Die jemals verheirateten Patienten hatten seltener Cannabis konsumiert als die ledigen Patienten. Auch die Diagnosegruppen differierten signifikant ($p = 0,0005$). Die Alkoholiker hatten seltener über Cannabiskonsum berichtet. Auch hier unterschieden sich die Geschlechter nicht signifikant ($p = 0,5056$; df: 218).

5.3.3.1.3. Benzodiazepinkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Minimum und Maximum s.o.; Median: 0 Tage, Mittelwert: 1,6 Tage. (N = 200)

Im Benzodiazepinkonsum unterschieden sich weder die verheirateten und unverheirateten Patienten ($p = 0,6441$), noch die Diagnosegruppen ($p = 0,9836$; df: 198), noch Männer und Frauen ($p = 0,8098$) signifikant.

5.3.3.1.4. Sonstiger Konsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Minimum und Maximum s.o.; Median: 0 Tage, Mittelwert: 0,6 Tage. (N = 196)

Auch in diesem Punkt traten keine signifikanten Differenzen im Familienstand ($p = 0,7629$;

df: 192), zwischen den Diagnosegruppen ($p = 0,7693$; df: 194) und ebenfalls nicht im Geschlecht ($p = 0,7170$) auf.

5.3.3.1.5. Nikotinkonsum in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme

Wir fragten die Patienten nach der Anzahl der Zigaretten, die sie pro Tag geraucht haben.

Hier habe ich die schizophrenen Patienten in meine Berechnung mitaufgenommen.

Jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,7236$; df: 375). Die Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch überzufällig ($p < 0,0001$; df: 2) Die Doppeldiagnose-Patienten rauchten im Durchschnitt 10 Zigaretten mehr als die Schizophrenen ($p < 0,0001$), aber die Alkoholiker rauchten 8 Zigaretten mehr als die Schizophrenen ($p = 0,0022$). Zwischen Alkoholikern und Doppeldiagnose-Patienten war der Unterschied nicht signifikant ($p = 0,5537$). Männer und Frauen differierten nicht signifikant ($p = 0,0626$; df: 376). Tendentiell rauchten Frauen aber etwas weniger als die Männer (20,0 vs. 23,4).

5.3.2. Das Erster, in dem der Suchtmittelkonsum begann

Der Patient gab hier an, in welchem Lebensalter der Suchtmittelkonsum begann. Bei Alkohol fragten wir, wann der Patient erstmals eine deutliche Wirkung verspürt hatte (z.B. Schwips).

Das Minimum des Ersteres für *Alkoholkonsum* beträgt 5 Jahre, das Maximum 60 Jahre, der Mittelwert liegt bei 16,6 Jahren. (N = 284)

Im Familienstand wurden signifikante Unterschiede deutlich ($p < 0,0001$). Jemals verheiratete Patienten waren beim Konsumbeginn älter als die ledigen

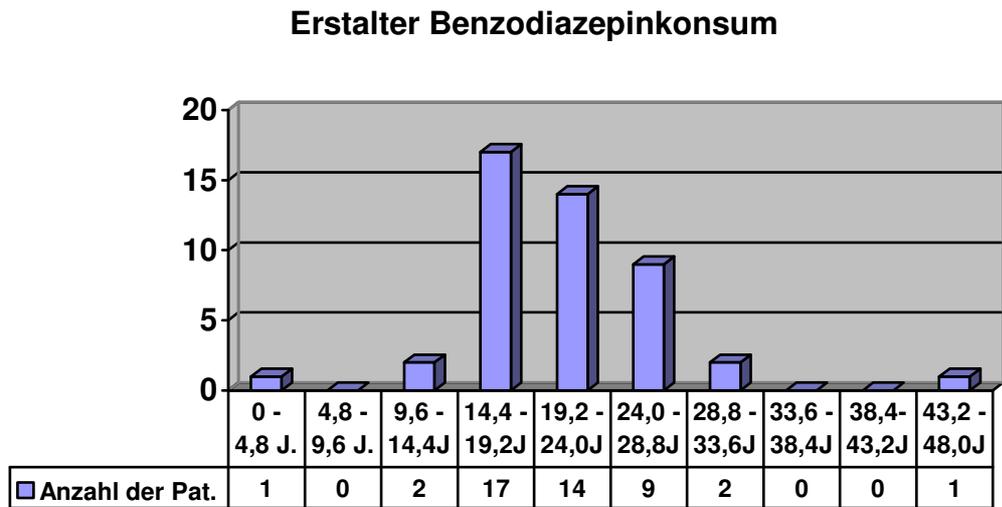
Die Alkoholiker waren tendentiell älter beim erstmaligen Alkoholkonsum als die Doppeldiagnose-Patienten ($p = 0,0704$).

Auch Männer und Frauen unterschieden sich signifikant ($p = 0,0093$). Das Lebensalter der Frauen war bei erstmaligem Konsum höher.

Für das Erster des *Benzodiazepinkonsums* beträgt das Minimum 0 Jahre, das Maximum 48 Jahre; der Mittelwert liegt bei 21 Jahren. (N = 46)

Hier traten nur im Familienstand überzufällige Unterschiede auf ($p = 0,0138$). Auch hier waren die jemals verheirateten Patienten älter als die niemals verheirateten.

Abbildung 13: Erstalter Benzodiazepinkonsum

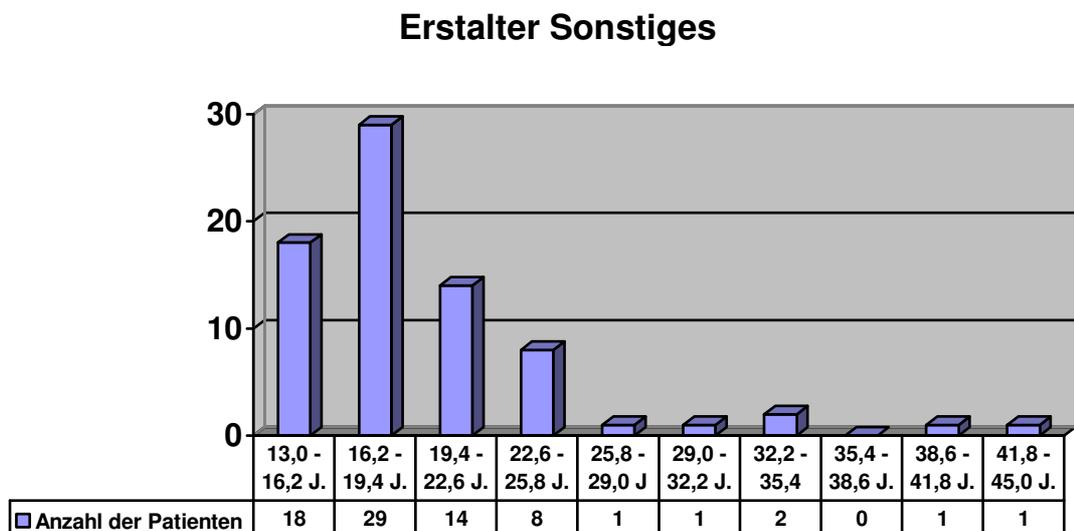


Die Diagnosegruppen ($p = 0,5487$) und die Geschlechter ($p = 0,9648$; $df: 44$) unterschieden sich jedoch nicht signifikant.

Das Minimum des Erstalters von *sonstigen Suchtmitteln* beträgt 13 Jahre, das Maximum 45 Jahre, der Mittelwert liegt bei 19,7 Jahren. ($N = 75$).

Auch hier unterschieden sich nur verheiratete und unverheiratete Patienten statistisch signifikant ($p = 0,0414$). Jemals verheiratete Patienten waren bei erstem Konsum älter.

Abbildung 14: Erstalter Sonstiges



Alkoholiker und Doppeldiagnose-Patienten ($p = 0,5107$) unterschieden sich ebenso wie Männer und Frauen ($p = 0,8937$; $df: 73$) nicht überzufällig.

5.3.5. Der Geschlechterunterschied beim Suchtmittelkonsum

Männer und Frauen unterschieden sich, wie oben erläutert, weder im Hauptsuchtmittel noch durch die Suchtmittelaufnahme in den letzten 4 Wochen vor der Aufnahme (Alkohol, Cannabis, Benzodiazepine, sonstige Suchtmittel und Nikotin).

5.3.6. Höchstmenge, die die Patienten bis zur Untersuchung konsumiert hatten

Wir untersuchten die Höchstmenge, die die Patienten jemals an Suchtmitteln konsumiert hatten.

Hochsignifikant unterschieden sich die verheirateten und unverheirateten Patienten in der Höchstmenge des Alkoholkonsums mit $p = 0,0004$. Die jemals verheirateten Patienten weisen einen höheren Konsum auf als die Unverheirateten. 42,0% der niemals verheirateten und 16,9% der verheirateten Patienten hatten bis zu 200 ml Alkohol konsumiert. Der größte Anteil der verheirateten Patienten (46,1%) hatte bis zu 400ml Alkohol getrunken, während es bei den Ledigen 38,3% waren.

Tabelle 37: Höchstmenge Alk. und Heirat

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Höchstmenge 0 - 200 ml	42,0	16,9	31,8
Höchstmenge 201 - 400 ml	38,2	46,1	41,4
Höchstmenge 401 - 600 ml	10,7	28,1	17,7
Höchstmenge 601 - 800 ml	4,6	3,4	4,1
Höchstmenge > 800 ml	4,6	5,6	5,0
Summe	100,0	100,0	100,0

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich statistisch signifikant in der Höchstmenge des Alkoholkonsums ($p < 0,0001$). Der größte Anteil der schizophrenen Patienten hatte bis zu 200 ml Alkohol konsumiert (46,2%), während es bei den Alkoholikern nur 10,0% waren. Unter ihnen war jedoch der Anteil mit einem Konsum von über 800 ml Alkohol we-

sentlich höher (12,2% vs. 0,7%).

Männer und Frauen unterschieden sich hier nicht überzufällig ($p = 0,6327$).

In der Höchstmenge an Cannabis und Benzodiazepinen unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nicht signifikant. Ebenfalls zwischen den Diagnosegruppen und den Geschlechtern traten keine signifikanten Differenzen auf. Tendentiell hatten die Alkoholiker jedoch weniger Cannabis konsumiert als die Doppeldiagnose-Patienten ($p = 0,0721$).

5.3.7. Häufigkeit eines Rausches

Die Frage lautete hier: Wie oft hatten Sie schon einen schweren Rausch (mit Filmriß) oder eine Überdosierung (Horrortrip, Angstzustände o.ä.) ?

Hier unterschieden sich nur die Diagnosegruppen signifikant ($p = 0,0003$). Die Doppeldiagnose-Patienten gaben geringere Häufigkeiten an als Alkoholiker.

Im Zivilstand ($p = 0,8546$) und zwischen den Geschlechtern ($p = 0,9075$) traten keine signifikanten Differenzen auf.

5.3.8. Entzugssymptome

Wir fragten unsere Patienten, ob sie beim Absetzen Entzugssymptome spürten.

Jemals verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich statistisch signifikant ($p = 0,0005$; $df: 1$). Die ledigen Patienten haben wesentlich seltener Entzugssymptome angegeben als die jemals verheirateten.

Desgleichen unterschieden sich die Diagnosegruppen überzufällig ($p < 0,0001$; $df: 1$).

87,0% der Alkoholiker, aber nur 48,6% der Doppeldiagnose-Patienten gaben Entzugssymptome an.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,1369$; $df: 1$).

5.3.9. Häufigkeit eines Delirs

Hier prüften wir, wie oft die Patienten schon ein Delir hatten.

Nur die Diagnosegruppen unterschieden sich signifikant ($p = 0,0071$). Die Alkoholiker berichteten über eine größere Anzahl an Delirien als die Doppeldiagnose-Patienten.

Im Familienstand ($p = 0,4993$) und zwischen den Geschlechtern ($p = 0,6479$) zeigten sich jedoch keine signifikanten Differenzen.

5.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für den Patienten

Die Patienten schätzten hier ein, wie wichtig ihnen die Behandlung ihrer Alkohol- bzw. Drogenprobleme ist. Folgende Antworten waren möglich: nicht wichtig, eher unwichtig,

mäßig wichtig, eher wichtig und sehr wichtig.

Im Familienstand zeigten sich signifikante Differenzen ($p < 0,0001$; df: 4). 71,0% der jemals verheirateten Patienten hielten die Behandlung ihrer Sucht für sehr wichtig, während es von den ledigen 39,5% waren.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich hochsignifikant ($p < 0,0001$; df: 4). Der größte Teil der Alkoholiker (92,0%) schätzte die Behandlung ihrer Alkoholprobleme als sehr wichtig ein. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es nur 28,3%.

Die Geschlechter unterschieden sich statistisch nicht signifikant.

5.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums

Die InterviewerIn prüfte hier, ob eine klinische Diagnose eines stofflichen Mißbrauchs oder einer Abhängigkeit, MALT > 6 Punkte, harnfremde Stoffe im Urin (z.B. Cannaboide, Opiate, Benzodiazepine; sofern nicht Teil der Therapie), Zeichen somatischer Folgeerkrankungen stofflichen Mißbrauchs (z.B. erhöhte Leberwerte, erhöhtes MCV, Leberschädigungen, Polyneuropathie, Hirnvolumenminderung), Mißbrauchsproblematik aktuell oder in der Anamnese oder der klinische Eindruck einer Suchtmittelproblematik vorlagen.

Im Vorliegen der *klinischen Diagnose eines stofflichen Mißbrauchs oder einer Abhängigkeit* unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten ($p = 0,0029$; df: 1) und die Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; df: 1) signifikant. Bei 87,0% der jemals verheirateten und bei 70,4% der ledigen Patienten lag eine klinische Diagnose vor. Innerhalb der Diagnosegruppen wurde bei dem größten Teil der Alkoholiker eine klinische Diagnose für stofflichen Mißbrauch gestellt (99,0% vs. 62,8%). Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,7792$; df:1).

Im Zivilstand ($p < 0,0001$; df: 1) und zwischen den Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; df: 1) traten hochsignifikante Differenzen in *MALT > 6 Punkte* auf. Von den verheirateten Patienten waren es 90,3% und von den ledigen 66,3%. Von den Alkoholikern waren es 99,0% und von den Doppeldiagnose-Patienten 62,2%. Auch hier unterschieden sich die Geschlechter nicht überzufällig ($p = 0,6121$; df: 1).

Bezüglich *harnfremder Stoffe im Urin* unterschieden sich jemals verheiratete und ledige Patienten nicht signifikant ($p = 0,0948$; df: 1). Tendentiell hatten aber weniger der jemals verheirateten Patienten hier einen positiven Befund als die ledigen (6,1% vs. 12,9%). Die Diagnosegruppen ($p = 0,4523$; df: 1) und die Geschlechter ($p = 0,7153$; df: 1) differierten nicht statistisch signifikant.

Im Familienstand ($p = 0,0244$; $df: 1$) und in den Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 1$) wurden die *Folgeerkrankungen* betreffend signifikante Differenzen deutlich. Von den jemals verheirateten Patienten lagen bei 42,9% Folgeerkrankungen vor. Von den Ledigen waren es 28,3%. 57,3% der Alkoholiker, aber nur 19,0% der Doppeldiagnose-Patienten hatten Folgeerkrankungen. Zwischen den Geschlechtern waren die Unterschiede nicht signifikant ($p = 0,7773$).

Im *aktuellen Mißbrauch* unterschieden sich nur die Diagnosegruppen signifikant ($p < 0,0001$; $df: 1$). Es waren 87,2% der Alkoholiker und 48,8% der Doppeldiagnose-Patienten. Verheiratete und ledige Patienten ($p = 0,2249$; $df: 1$) und die Geschlechter ($p = 0,2067$; $df: 1$) unterschieden sich nicht signifikant.

Auch im *anamnestischen Mißbrauch* unterschieden sich nur die beiden Diagnosegruppen signifikant ($p = 0,0474$; $df: 1$). Hier waren ebenfalls die Alkoholiker häufiger betroffen als die Doppeldiagnose-Patienten (98,98% vs. 93,90%). Im Familienstand ($p = 0,5143$; $df: 1$) und zwischen männlichen und weiblichen Patienten ($p = 0,1362$; $df: 1$) wurden keine signifikanten Unterschiede deutlich.

Den *klinischen Eindruck* betreffend unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten ($p = 0,0292$; $df: 1$) und die Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 1$), nicht jedoch die Geschlechter ($p = 0,8866$; $df: 1$) signifikant. Bei 84,8% der jemals verheirateten und bei 72,8% der ledigen Patienten lag der klinische Eindruck einer Suchtmittelproblematik vor. Von den Alkoholikern waren 95,6% und von den Doppeldiagnose-Patienten 67,1%.

5.4. Der Verlauf der Erkrankung unserer Patienten

In diesem Teil der Arbeit habe ich die Bedingungen der stationären Behandlungen, den Erkrankungsverlauf, die Selbsteinschätzung der Patienten und die Fremdbeurteilung durch die Interviewer untersucht. Wenn nur ein Teil der Patienten betrachtet wird, weise ich an der betreffenden Stelle darauf hin.

5.4.1. Die stationären Behandlungen der Patienten

5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen

Das Minimum beträgt 0 Behandlungen, das Maximum 48; der Mittelwert liegt bei 5,5. (N = 363)

Hier unterschieden sich jemals verheiratete und ledige Patienten ($p = 0,0133$) und auch die Diagnosegruppen ($p < 0,0001$; $df: 2$) statistisch signifikant. Die jemals verheirateten Patien-

ten hatten eine geringere Anzahl an stationären Behandlungen als die ledigen. Die wenigsten Behandlungen hatten die Alkoholiker, die meisten die Doppeldiagnose-Patienten. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant ($p = 0,8850$).

5.4.1.2. Anzahl der Monate der stationären Behandlungen

Minimum: 0, Maximum: 36, Mittelwert: 2,1; (N = 353)

Im Familienstand traten hier keine überzufälligen Unterschiede auf ($p = 0,0709$). Bei den verheirateten Patienten war die Anzahl tendentiell jedoch geringer.

Die Diagnosegruppen differierten jedoch signifikant ($p = 0,0015$; df: 2). Auch hier war die Anzahl bei den Alkoholikern am geringsten und bei den Doppeldiagnose-Patienten am höchsten.

5.4.1.3. Dauer der stationären Behandlungen

Minimum: 0 Tage, Maximum: 3185 Tage, Mittelwert: 57,7 Tage.

Bei den jemals verheirateten Patienten war die Dauer der Behandlung hochsignifikant kürzer als bei den Ledigen ($p = 0,0003$).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich signifikant ($p < 0,0001$; df: 2). Die Alkoholiker gaben die kürzeste Dauer und die Schizophrenen die längste Dauer an.

Auch hier differierten männliche und weibliche Patienten nicht statistisch signifikant ($p = 0,1886$).

5.4.1.4. Verlauf der schizophrenen Erkrankung

Hier habe ich nur die Schizophrenen und die Doppeldiagnose-Patienten untersucht. Wir unterschieden hier nach Ersterkrankung, chronischem oder episodischem Verlauf.

Im Verlauf der Erkrankung traten weder im Zivilstand, noch zwischen den Diagnosegruppen, noch zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede auf.

5.4.1.5. Schweregrad der Erkrankung

Auch hier habe ich nur mit den Schizophrenen und den Doppeldiagnose-Patienten gearbeitet.

Wir nahmen eine Unterteilung in abnehmenden, gleichbleibenden, zunehmenden und wechselnden Schweregrad vor.

Es unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten und auch die Geschlechter nicht überzufällig.

Nur die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich tendentiell ($p = 0,0698$; df: 3). Von

den Schizophrenen gaben mehr Patienten einen zunehmenden (44,4% vs. 40,9%) und weniger einen abnehmenden (8,6% vs. 17,1%) Verlauf an.

5.4.2. Die Fremdbeurteilung der Patienten

Die Einschätzung der Patienten durch die InterviewerIn geschah anhand des BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) und durch GAF, mit dem die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten eingeschätzt wird. Außerdem erfolgte in einem von der Arbeitsgruppe erstellten Score sheet die Beurteilung der aus dem SCAN ausgewählten Itemgruppen.

5.4.2.1. Einschätzung durch BPRS

Bei der BPRS, welche das psychopathologische Erscheinungsbild des Patienten beschreibt und speziell für schizophrene Erwachsene entwickelt wurde, lassen sich 5 Skalen unterscheiden: Skala 1: Angst/Depression, Skala 2: Anergie, Skala 3: Denkstörung, Skala 4: Aktivierung, Skala 5: Feindseligkeit und Mißtrauen. Da die angegebenen Symptomkomplexe überwiegend für die schizophrene Erkrankung typisch sind, habe ich hier die Alkoholiker aus den Berechnungen ausgeschlossen.

5.4.2.1.1. BPRS 1: Angst und Depression

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich nicht statistisch signifikant durch Angst und Depression ($p = 0,9240$; df: 280).

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich Doppeldiagnose-Patienten und Schizophrene nicht überzufällig ($p = 0,3471$; df: 281).

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht überzufällig ($p = 0,3443$; df: 281).

5.4.2.1.2. BPRS 2: Anergie

Auch durch das Symptom Anergie unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht ($p = 0,5820$; df: 280).

Die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich ebenfalls nicht statistisch signifikant ($p = 0,2016$; df: 1).

Die beiden Geschlechter unterschieden sich in diesem Punkt auch nicht ($p = 0,8763$; df: 281).

5.4.2.1.3. BPRS 3: Denkstörung

Im Zivilstand traten durch Denkstörungen keine überzufälligen Unterschiede auf ($p = 0,2479$; df: 280).

Ebenfalls die beiden Diagnosegruppen ($p = 0,0624$; df: 1) und Männer und Frauen ($p = 0,7433$; df: 281) unterschieden sich nicht signifikant.

5.4.2.1.4. BPRS 4: Aktivierung

Durch das Symptom Aktivierung unterschieden sich die jemals verheirateten und die niemals verheirateten Patienten nicht ($p = 0,2003$; df: 280).

Auch innerhalb der Diagnosegruppen ($p = 6732$; df: 281) und im Geschlecht ($p = 0,5219$; df: 281) traten keine Differenzen auf.

5.4.2.1.5. BPRS 5: Mißtrauen und Feindseligkeit

Jemals verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich auch durch Mißtrauen und Feindseligkeit nicht ($p = 0,7461$; df: 280). Auch hier traten innerhalb der Diagnosegruppen ($p = 0,5694$; df: 281) und zwischen den Geschlechtern ($p = 0,4234$; df: 281) keine überzufälligen Unterschiede auf.

5.4.2.2. Einschätzung durch GAF

Kodiert wird hier durch Werte von 0 bis 90. Ein Wert von 90 bedeutet, daß beim Patienten keine oder nur minimale Symptome vorliegen. Mit einem Wert von 1 kodiert der Untersucher, daß für den Patienten die ständige Gefahr besteht, sich oder andere schwer zu schädigen. Es ist auch die Angabe von Zwischenwerten möglich, z.B. 45 oder 68.

Die jemals verheirateten Patienten erreichten mit $p < 0,0001$ (df: 379) signifikant höhere Werte als die niemals verheirateten (49,2 vs. 43,1).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in der Globaleinschätzung signifikant ($p < 0,0001$; df:2). Überzufällige Unterschiede traten zwischen Alkoholikern und Doppeldiagnose-Patienten ($p < 0,0001$) und zwischen Alkoholikern und Schizophrenen auf ($p < 0,0001$). Zwischen Schizophrenen und Doppeldiagnose-Patienten waren die Differenzen nicht signifikant ($p = 0,3273$). Die Durchschnittswerte betragen bei den Alkoholikern: 54,2; den Doppeldiagnose-Patienten: 42,8 und den Schizophrenen: 40,2.

Männer und Frauen unterschieden sich jedoch nicht statistisch signifikant ($p = 2758$; df: 381).

5.4.2.3. Die Beurteilung der ausgewählten Itemgruppen des SCAN

Anhand des Score sheet ist eine Beurteilung der einzelnen Itemgruppen möglich. (Im Anhang sind die einzelnen Itemgruppen aufgelistet.)

Hier habe ich bis auf die Itemgruppe, die die depressive Stimmung (IG 12) des Patienten einschätzt, nur mit den Schizophrenen und den Doppeldiagnose-Patienten gerechnet.

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich nur in der depressiven Stimmung signifikant ($p = 0,0289$; $df: 380$). Die jemals verheirateten erreichten etwas höhere Werte als die ledigen Patienten (im Durchschnitt: 0,96 vs. 0,77).

In allen anderen ausgewählten Itemgruppen unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten nicht signifikant.

5.4.3. Die Selbsteinschätzung der Patienten

Die Selbsteinschätzung der Psychopathologie erfolgte durch den FBF und PDS.

5.4.3.1. Die Selbsteinschätzung der Patienten durch FBF

Hier erfolgt eine Zusammenfassung der Selbsteinschätzung in 10 Itemgruppen. (Im Kapitel Methodik sind die Itemgruppen dargestellt.)

Im Zivilstand trat in keiner der 10 Itemgruppen eine statistisch signifikante Differenz auf.

Teil B: Ergebnisse innerhalb der Diagnosegruppen

In diesen Teil der Berechnungen habe ich nur die Punkte aufgenommen, in denen signifikante Unterschiede sowohl zwischen jemals verheirateten und niemals verheirateten Patienten als auch innerhalb der Diagnosegruppen aufgetreten waren.

Die Doppeldiagnose-Patienten (N = 198) haben wir folgendermaßen unterteilt: Doppeldiagnose-Patienten mit: schädlichem Gebrauch (N = 38), mit Abhängigkeitssyndrom (N = 75), mit Cannabiskonsum (N = 56) und mit multiplem Substanzgebrauch (N = 29).

Da jedoch von den Doppeldiagnose-Patienten mit Cannabismißbrauch nur 3 Patienten und von denen mit multiplem Substanzgebrauch nur ein Patient jemals verheiratet war, habe ich in meine Berechnungen lediglich die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch und mit Abhängigkeitssyndrom aufgenommen.

Ergebnisse der Alkoholiker

5.1. Die sozialen Kernvariablen der Alkoholiker

5.1.6. Die Kinder der Alkoholiker

Verheiratete Alkoholiker hatten überzufällig mehr Kinder als die unverheirateten ($p < 0,0001$).

Im Familienstand traten keine Unterschiede in der *Zahl der Kinder, die im Haushalt leben*, auf ($p = 0,1646$; df: 1).

5.1.10. Das Erstaufnahmealter der Alkoholiker

Verheiratete Alkoholiker haben ein signifikant höheres durchschnittliches Erstaufnahmealter als die niemals verheirateten (40,2 J. vs. 29,1 J.). ($p < 0,0001$; df: 82)

5.2. Die Soziale Anpassung der Alkoholiker

5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der Alkoholiker

5.2.1.1. Die Compliance der Alkoholiker

5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der Alkoholiker

Im Aufnahmemodus unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Befragte dieser Diagnosegruppe nicht.

5.2.1.3. Die Freundschaften der Alkoholiker

5.2.1.3.3. Freunde mit psychiatrischer Problematik

Innerhalb der Alkoholiker unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten in bezug auf Freunde mit psychiatrischer Problematik nicht überzufällig.

5.2.2. Die aktuelle Adaptation der Alkoholiker

5.2.2.1. Das Berufsleben

5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung

Ledige und verheiratete Patienten unterschieden sich nicht in ihrer beruflichen Stellung ($p = 0,4488$; $df: 3$).

5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf

Hier unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Alkoholiker nicht ($p = 0,1853$; $df: 3$).

5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf

Im Zivilstand unterschieden sich die Befragten dieser Gruppe nicht in der Tätigkeit im erlernten Beruf ($p = 0,1297$; $df: 1$).

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der Alkoholiker

Bei den jemals verheirateten Alkoholikern bestand die überwiegende Einnahmequelle aus Lohn bzw. Jobs (63,3% vs. 48,7%). Von den Ledigen lebten 33,3% von Sozialhilfe. Von den Verheirateten traf dies auf 10,0% zu. ($p = 0,0116$; $df: 4$; mehr als 20% der Erwartungswerte sind jedoch < 5)

5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme

In diesem Punkt traten im Familienstand keine Unterschiede auf ($p = 0,2402$; $df: 98$).

5.2.2.2. Die Wohnsituation der Alkoholiker

Von den verheirateten Befragten lebt der größte Teil in einer Mietwohnung (72,1% vs 56,4%). Von ihnen wohnt niemand zur Untermiete, in einem Übergangwohnheim oder einer WG. Von den niemals verheirateten Patienten sind es jedoch 5,1%. ($p = 0,0449$; $df: 3$; 1 Erwartungswert < 1)

5.2.2.3. Die Suizidalität der Alkoholiker

5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken

Verheiratete und unverheiratete Alkoholiker unterschieden sich nicht in der Häufigkeit der Suizidgedanken. ($p = 0,1348$; $df: 1$)

5.2.3. Die prämorbidie Persönlichkeit der Alkoholiker

5.2.3.1. Probleme in der Schulzeit

Im *Schulwechsel* unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten zwar nicht signifikant ($p = 0,0659$), aber tendenziell hatten die verheirateten Alkoholiker die Schule seltener gewechselt als die niemals verheirateten (11,5% vs. 25,6%).

Jemals verheiratete Alkoholiker hatten signifikant seltener ($p = 0,0164$; df:1) Schwierigkeiten durch *Drogen oder Alkohol* in der Schulzeit als die unverheirateten (5,0% vs. 20,5%; 1 Erwartungswert von $4 < 5$)

Ebenfalls durch die *Disziplin* gaben die verheirateten Befragten dieser Diagnosegruppe mit $p = 0,0044$ (df: 1) seltener Probleme an als die ledigen (13,6% vs. 38,5%).

Die *Summe der Probleme* war bei den verheirateten mit 1,2 geringer als bei den unverheirateten Alkoholikern mit 2,2 ($p = 0,0027$;df: 98).

5.2.3.1. Die Schulbildung

In bezug auf die Schulbildung unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe nicht überzufällig ($p = 0,0549$; df: 3).

5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung

In Schwierigkeiten durch *Drogen und Alkohol* unterschieden sich ledige und jemals verheiratete Befragte dieser Gruppe nicht ($p = 0,2172$; df: 1).

Ebenfalls in den *Leistungsanforderungen* ($p = 0,4989$; df 1) und in der *Summe der Probleme* ($p = 0,4146$;df: 2) traten im Familienstand keine überzufälligen Unterschiede auf.

5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Alkoholiker

Der größte Teil der verheirateten Alkoholiker (78,7%) hatte eine Lehre oder Fachschule absolviert. Von den unverheirateten waren es 53,8%. Unter ihnen war auch der Anteil der Personen höher, die keine Ausbildung haben (43,6% vs. 19,7%). ($p = 0,0314$;df: 2; einer der Erwartungswerte war jedoch < 1)

5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung der Alkoholiker vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS

5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften

Jemals verheiratete Alkoholiker erreichten tendenziell einen etwas höheren Score als die ledigen (2,4 vs. 2,1). ($p = 0,0531$; df: 96)

5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen

Verheiratete Alkoholiker erreichten einen höheren Score als unverheiratete ($p = 0,0483$).

5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit

Hier erreichten die verheirateten Befragten dieser Diagnosegruppe einen signifikant höheren Score als die ledigen (2,3 vs. 2,0). ($p = 0,0016$; df: 96)

5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus

Tendentiell erreichten auch hier die Verheirateten einen höheren Score ($p = 0,0567$).

5.3. Der Suchtmittelkonsum der Alkoholiker

5.3.3. Hauptsuchtmittel in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme

Verheiratete und unverheiratete Alkoholiker unterschieden sich nicht in ihrem Hauptsuchtmittel ($p = 0,0890$; df: 2 ; 3 Erwartungswerte < 1). Tendentiell hatten die verheirateten Alkoholiker zu 100% Alkohol konsumiert, während von den ledigen Patienten 5,1% sonstiges und 2,6% mehrere Suchtmittel angegeben hatten (92,3% hatten ebenfalls Alkohol als Hauptsuchtmittel angegeben).

5.3.3.1.1. Der Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Durch den Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe nicht ($p = 0,3909$; df: 98).

5.3.6. Höchstmenge, die die Patienten konsumiert hatten

Ledige und verheiratete Patienten unterschieden sich innerhalb der Diagnosegruppe nicht durch die Höchstmenge Alkohol, die sie vor der Aufnahme konsumiert hatten ($p = 0,4183$; df: 87).

5.3.8. Entzugssymptome

Im Zivilstand traten die Entzugssymptome betreffend keine signifikanten Unterschiede auf ($p = 0,5707$; df: 1).

5.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für die Alkoholiker

In der Frage nach dem Stellenwert der Behandlung ihrer Sucht unterschieden sich die Alkoholiker im Familienstand nicht ($p = 0,3063$; df: 1)

5.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums

In der *klinischen Diagnose* eines stofflichen Mißbrauchs oder Abhängigkeit unterschieden traten im Familienstand keine signifikanten Differenzen auf ($p = 0,4362$; df:1). Ebenfalls

bei $MALT > 6$ ($p = 0,4216$; $df: 1$), in den *Folgeerkrankungen* ($p = 0,9555$; $df: 1$) und im *klinischen Eindruck* ($p = 0,6202$; $df: 1$) unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Alkoholiker nicht.

5.4. Der Verlauf der Erkrankung der Alkoholiker

5.4.1. Die stationären Behandlungen der Alkoholiker

5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen

Die verheirateten Alkoholiker unterschieden sich in der Anzahl der stationären Behandlungen nicht von den unverheirateten ($p = 0,6422$).

5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen

Ledige und verheiratete Patienten unterschieden sich in der Dauer der stationären Behandlungen in dieser Diagnosegruppe nicht überzufällig ($p = 0,0969$; $df: 95$).

Ergebnisse der schizophrenen Patienten

5.1. Die sozialen Kernvariablen der schizophrenen Patienten

5.1.6. Die Kinder der schizophrenen Patienten

Die verheirateten Patienten dieser Diagnosegruppe hatten signifikant häufiger Kinder als die unverheirateten ($p < 0,0001$; durchschnittliche Anzahl von Kindern: 0,5; Minimum: 0; Maximum: 4; Median: 0).

Tabelle 38: Kinder der schizophr. Patienten

Anzahl der Kinder	Anzahl der schizophr. Pat.	Prozent
0	55	67,1
1	17	20,7
2	7	8,5
3	3	3,7
Summe	82	100,0

Auch in der Zahl der *Kinder, die im Haushalt* des Patienten *leben*, unterschieden sich die verheirateten Patienten hier signifikant von den ledigen ($p < 0,0001$; df: 1; einer von 4 Erwartungswerten < 5). Von den jemals Verheirateten gaben 37,9% an, daß Kinder im Haushalt leben. Von den Unverheirateten waren es 2,0%.

5.1.10. Das Erstaufnahmealter der schizophrenen Patienten

Verheiratete schizophrene Patienten weisen ein signifikant höheres Erstaufnahmealter auf als die ledigen Patienten in dieser Diagnosegruppe ($p = 0,0001$). Das durchschnittliche Alter bei Erstaufnahme betrug hier 28,3 Jahre. Das Minimum liegt bei 15,0 Jahren und das Maximum bei 59,0 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 9,7.

5.2. Die soziale Anpassung der schizophrenen Patienten

5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der schizophrenen Patienten

5.2.1.1. Die Compliance der schizophrenen Patienten

5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der schizophrenen Patienten

Durch den Aufnahmemodus unterschieden sich verheiratete schizophrene Patienten nicht von den ledigen Patienten dieser Diagnosegruppe ($p = 0,5804$; $df: 1$).

5.2.1.3. Die Freundschaften der schizophrenen Patienten

5.2.1.3.3. Die Freunde mit psychiatrischer Problematik

Verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich im der Frage nach Freunden mit psychiatrischer Problematik nicht überzufällig ($p = 0,0975$, $df: 1$). Tendentiell hatten jemals verheiratete Patienten seltener Freunde mit psychiatrischer Problematik als Unverheiratete (84,38% vs. 68,0%).

5.2.2. Die aktuelle Adaptation der schizophrenen Patienten

5.2.2.1. Das Berufsleben

5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung

In der aktuellen (bzw. letzten) beruflichen Stellung unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten nicht statistisch signifikant ($p = 0,1183$; $df: 3$).

5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf

Verheiratete und unverheiratete Schizophrene unterschieden sich nicht in ihrer Relation zum Beruf ($p = 0,2466$; $df: 3$).

5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf

Tendentiell waren von den verheirateten Schizophrenen etwas mehr Patienten in ihrem erlernten Beruf tätig als von den ledigen (33,3% vs. 16,7%) ($p = 0,0892$; $df: 1$).

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der schizophrenen Patienten

Auch in der überwiegenden Einnahmequelle traten im Familienstand keine signifikanten Unterschiede auf ($p = 0,9899$; $df: 4$).

5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor aktueller Aufnahme

Jemals verheiratete und ledige schizophrene Patienten unterschieden sich nicht statistisch signifikant in der Zahl der Monate, in denen sie vor der Aufnahme gearbeitet hatten ($p = 0,3991$; $df: 79$).

5.2.2.2. Die Wohnsituation der schizophrenen Patienten

Ebenfalls im Wohnsitz unterschieden sich verheiratete und unverheiratete schizophrene Patienten nicht ($p = 0,1538$; $df: 4$).

5.2.2.3. Die Suizidalität der schizophrenen Patienten

5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken

Im Zivilstand traten keine Differenzen im Auftreten von Suizidgedanken auf ($p = 0,3878$; $df: 1$).

5.2.3. Die prämorbid Persönlichkeit der schizophrenen Patienten

5.2.3.1. Die Probleme in der Schulzeit

In Problemen durch *Schulwechsel* ($p = 0,8239$; $df: 1$) und der *Disziplin* ($p = 0,5324$; $df: 1$) unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nicht.

Bemerkenswert ist, daß **keiner** der schizophrenen Patienten Probleme durch *Drogen* hatte. Bei den verheirateten Patienten war aber die *Summe der Probleme* signifikant geringer (durchschnittlich 1,0 Probleme vs. 1,8). ($p = 0,0217$; $df: 80$).

5.2.3.2. Die Schulbildung

Durch die Schulbildung unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe nicht überzufällig ($p = 0,1494$; $df: 3$).

5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung der schizophrenen Patienten

Verheiratete und ledige schizophrene Patienten unterschieden sich weder in Problemen durch *Drogen* ($p = 0,3155$; $df: 1$) noch in der *Summe der Probleme* ($p = 0,1047$; $df: 2$) in der Ausbildung.

Jedoch Schwierigkeiten durch *Leistungsanforderungen* gaben mit 14,8% signifikant weniger verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe an. Bei den Unverheirateten waren es 38,6%. ($p = 0,0328$; $df: 1$)

5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der schizophrenen Patienten

Im Familienstand traten in der beruflichen Ausbildung keine überzufälligen Unterschiede auf ($p = 0,7398$; $df: 2$).

5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung der schizophrenen Patienten vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS

5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften

Jemals verheiratete schizophrene Patienten erreichten höhere Werte als die ledigen (2,1 vs. 1,8) ($p = 0,0489$; df: 79; Durchschnitt: 1,9; Minimum: 0; Maximum: 3; Median: 2; Standardabweichung: 0,72).

5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen

Auch bei der psychosexuellen Entwicklung schnitten die verheirateten Patienten besser ab (2,3 vs. 1,6) ($p < 0,0001$; df: 78; Durchschnitt: 1,8; Minimum und Maximum s.o.; Median: 2; Standardabweichung: 0,75).

5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit

In der allgemeinen Leistungsfähigkeit erreichten die verheirateten Patienten dieser Diagnosegruppe Werte von 2,3, während die unverheirateten mit 1,9 signifikant niedrigere Werte erzielten ($p = 0,0245$; df: 79) (Durchschnitt: 2,1; Minimum und Maximum s.o.; Median: 2; Standardabweichung: 0,69).

5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus

Die Ablösung vom Elternhaus fiel den jemals verheirateten schizophrenen Patienten ebenfalls leichter als den ledigen (2,5 vs. 1,8) ($p < 0,0001$; df: 79; Durchschnitt: 2,1; Minimum und Maximum s.o.; Median: 2; Standardabweichung: 0,81).

5.4. Der Verlauf der Erkrankung der schizophrenen Patienten

5.4.1. Die stationären Behandlungen der schizophrenen Patienten

5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen

In der Anzahl der stationären Behandlungen differierten jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten in dieser Diagnosegruppe nicht ($p = 0,1681$).

5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen

Im Zivilstand traten in der Dauer der stationären Behandlungen keine signifikanten Unterschiede auf ($p = 0,1817$).

Ergebnisse der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.1. Die sozialen Kernvariablen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.1.6. Die Kinder der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

In der Anzahl der Kinder unterscheiden sich die verheirateten und unverheirateten Patienten dieser Gruppe mit $p = 0,0181$ signifikant. Die verheirateten Patienten hatten mehr Kinder als die ledigen. (Durchschnitt: 0,26; Minimum: 0; Maximum: 2; Median: 0; Standardabweichung: 0,55;). Bemerkenswert ist aber, daß keiner der Patienten mit seinem Kind in einem Haushalt lebte.

5.1.10. Das Erstaufnahmealter der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Im Zivilstand traten bezüglich des Erstaufnahmealters keine signifikanten Differenzen auf ($p = 0,8637$; df: 36).

5.2. Die soziale Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.1.1. Die Compliance der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Durch den Aufnahmemodus unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe nicht signifikant ($p = 0,9489$; df: 2).

5.2.1.3. Die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.1.3.3. Die Freunde mit psychiatrischer Problematik

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich hier nicht ($p = 0,1804$; df: 1).

5.2.2. Die aktuelle Adaptation der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.2.1. Das Berufsleben der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Im Zivilstand zeigten sich keine Differenzen in der aktuellen bzw. letzten beruflichen Stellung ($p = 0,4976$; df: 3).

5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf

Auch durch die Relation zum Beruf unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten hier nicht ($p = 0,6312$; df: 3).

5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Die jemals verheirateten Patienten dieser Gruppe waren häufiger im erlernten Beruf tätig als die niemals verheirateten (28,6% vs. 3,7%) ($p = 0,0387$; df: 1).

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Im Familienstand traten keine signifikanten Unterschiede in der überwiegenden Einnahmequelle auf ($p = 0,4515$; df: 4).

5.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

In der Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme unterschieden sich die Patienten dieser Diagnosegruppe nicht signifikant ($p = 0,8790$; df: 35).

5.2.2.2. Die Wohnsituation der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Durch den Wohnsitz unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten signifikant mit $p = 0,0226$; df: 4. Die niemals verheirateten Patienten lebten häufiger in einer Mietwohnung (56,7% vs. 37,5%) und seltener im eigenen Haus (0,0% vs. 25,0%). Einschränkend muß ich jedoch bemerken, daß 3 der Erwartungswerte < 1 waren.

Tabelle 39: Wohnsitz der Doppeldiagn.-Pat. mit schädli. Gebr.

	niemals verheiratete Pat.	jemals verheiratete Pat.	Summe
Mietwohnung	56,7	37,5	52,6
eigenes Haus, Eigentumsw.	0,0	25,0	5,3
Untermiete, WG, Übergangswohnh.	23,3	12,5	21,1
therap. WG, betreutes Wohnen	13,3	0,0	10,5
ohne festen Wohnsitz, anderes	6,7	25,0	10,5
Summe	100	100	100

5.2.2.3. Die Suizidalität der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken

In der Frage, ob der Patient schon einmal Suizidgedanken hatte, unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Befragte dieser Gruppe nicht ($p = 0,9215$; $df: 1$).

5.2.3. Die prämorbide Persönlichkeit der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.2.3.1. Probleme in der Schulzeit der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Im Familienstand traten keine signifikanten Unterschiede in Schwierigkeiten durch *Schulwechsel* ($p = 0,9242$; $df: 1$), *Drogen oder Alkohol* ($p = 0,2648$; $df: 1$), *Disziplin* ($p = 0,5366$; $df: 1$) oder in der *Summe* der Probleme ($p = 0,5375$; $df: 36$) auf.

5.2.3.2. Die Schulbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

In der Schulbildung unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe nicht statistisch signifikant ($p = 0,0893$; $df: 3$).

5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Weder durch Probleme durch *Alkohol oder Drogen* ($p = 0,8050$; $df: 1$) noch durch Schwierigkeiten durch *Leistungsanforderungen* ($p = 0,9570$; $df: 1$) noch in der *Summe* der Probleme ($p = 0,7446$; $df: 2$) unterschieden sich hier verheiratete und ledige Doppeldiagnose-Patienten.

5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

In der beruflichen Ausbildung unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten dieser Gruppe nicht ($p = 0,1487$; $df: 2$).

5.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS

5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften

Durch soziale Kontakte und Freundschaften unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten dieser Diagnosegruppe nicht ($p = 0,4226$; $df: 35$).

5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen

Verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe erreichten in der psychosexuellen Entwicklung und Beziehungen tendentiell höhere Werte als ledige (2,5 vs. 1,9) ($p = 0,0593$; $df: 35$).

5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit

Im Familienstand zeigten sich in der allgemeinen Leistungsfähigkeit bei den Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,2598$; $df: 35$).

5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus

Auch durch die Ablösung vom Elternhaus unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch nicht überzufällig ($p = 0,1075$; $df: 35$).

5.3. Der Suchtmittelkonsum der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.3.3. Hauptsuchtmittel der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Durch das Hauptsuchtmittel in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme differierten verheiratete und ledige Patienten nicht ($p = 0,3022$; $df: 1$).

5.3.3.1. Suchtmittelleinnahme in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.3.3.1.1. Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

In der Einnahme des Suchtmittels Alkohol in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme unterschieden sich ledige und verheiratete Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch nicht ($p = 0,1536$; $df: 31$).

5.3.6. Höchstmenge, die die Patienten konsumiert hatten

Durch die Höchstmenge an Alkohol, die die Patienten vor der Aufnahme konsumiert hatten, unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht ($p = 0,9672$; $df: 32$).

5.3.8. Entzugssymptome der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Im Zivilstand zeigten sich in bezug auf Entzugssymptome keine Differenzen ($p = 0,7199$; $df: 1$).

5.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

In der Frage, ob dem Patienten eine Behandlung der Sucht wichtig erscheint, unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten hier nicht ($p = 0,2386$; $df: 1$).

5.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Im Bestehen der *klinischen Diagnose* eines Suchtmittelkonsums ($p = 0,3991$; $df: 1$), *MALT* > 6 ($p = 0,1529$; $df: 1$), in den *somatischen Folgeerkrankungen* ($p = 0,5747$; $df: 1$) und im *klinischen Eindruck* einer Suchtmittelproblematik ($p = 0,3065$; $df: 1$) unterschieden sich die verheirateten und ledigen Patienten dieser Diagnosegruppe nicht.

5.4. Der Verlauf der Erkrankung der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.4.1. Die stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Durch die Anzahl der stationären Behandlungen unterschieden sich die jemals verheirateten und die niemals verheirateten Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch nicht ($p = 0,6833$, $df: 35$). Tendentiell wiesen die verheirateten Patienten dieser Diagnose-

gruppe im Durchschnitt jedoch weniger stationäre Behandlungen auf als die ledigen (6,6 vs. 5,5).

5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch

Ebenfalls in der Dauer der stationären Behandlungen traten im Zivilstand keine Differenzen auf ($p = 0,2040$).

Ergebnisse der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.1. Die sozialen Kernvariablen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.1.6. Die Kinder der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Die jemals verheirateten Patienten dieser Diagnosegruppe hatten mit $p < 0,0001$ signifikant mehr Kinder als die unverheirateten. (Durchschnitt: 0,69; Minimum: 0; Maximum: 5; Median: 0; Standardabweichung: 1,1).

Bei den verheirateten Patienten leben mehr Kinder im Haushalt als bei den ledigen ($p = 0,0089$; df: 1). Bei den niemals verheirateten Patienten lebte kein Kind im Haushalt, während bei 16,7% der verheirateten Patienten ein oder mehrere Kinder im Haushalt lebten.

1.1.10. Das Erstaufnahmealter der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Jemals verheiratete Patienten waren bei ihrer ersten Aufnahme überzufällig älter als ledige Patienten (32,6 J. vs. 27,6 J.) ($p = 0,0327$; df: 68).

5.2. Die soziale Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.1. Das Bewältigungsverhalten der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.1.1. Die Compliance der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.1.1.3. Der Aufnahmemodus der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Im Zivilstand traten keine Differenzen im Aufnahmemodus auf ($p = 0,2203$; df: 2).

5.2.1.3. Die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.1.3.3. Die Freunde mit psychiatrischer Problematik

Von den niemals verheirateten Patienten hatten mit 42,86% mehr als von den jemals verheirateten Patienten mit 17,24% Freunde mit psychiatrischer Problematik ($p = 0,0234$; df: 1).

5.2.2. Die aktuelle Adaptation der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.2.1. Das Berufsleben der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung

Durch die berufliche Stellung unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten dieser Diagnosegruppe signifikant mit $p = 0,0255$; $df: 3$. 44,8% der verheirateten Befragten waren als Angestellte oder Beamte berufstätig gewesen, während es bei den ledigen 11,4% waren. Auch waren unter den verheirateten weniger in Ausbildung oder nie berufstätig gewesen (3,4% vs. 11,4%).

Tabelle 40 : Berufliche Stellung und Heirat

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Arb./Facharb./Meist.	38,6	44,8	41,1
Angest./Beamte	20,5	44,8	30,1
in Ausbildung./nie berufst	11,4	3,4	8,2
anderes	29,5	6,9	20,5
Summe	100	100	100

5.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf

Im Familienstand zeigten sich in der Relation zum Beruf keine signifikanten Differenzen ($p = 0,0617$; $df: 3$). Tendentiell waren die jemals verheirateten Patienten jedoch häufiger voll- oder teilzeitbeschäftigt (58,6% vs. 36,4%).

5.2.2.1.4. Tätigkeit im erlernten Beruf

Durch die Tätigkeit im erlernten Beruf unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht überzufällig ($p = 0,0931$; $df: 1$).

5.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Im Zivilstand traten keine Unterschiede in der überwiegenden Einnahmequelle auf ($p = 0,7528$; $df: 4$).

5.2.2.1.6. Die Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme

Verheiratete und ledige Patienten dieser Diagnosegruppe unterschieden sich nicht durch die Anzahl der Monate, an denen sie in den letzten 12 Monaten vor der Aufnahme gearbeitet hatten ($p = 0,3349$).

5.2.2.2. Die Wohnsituation der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Den Wohnsitz betreffend wurden signifikante Unterschiede zwischen verheirateten und ledigen Patienten deutlich ($p = 0,0257$; $df: 4$). Niemals verheiratete Befragte dieser Diagnosegruppe waren häufiger Untermieter (9,1% vs. 0,0%), wohnten häufiger in einer therapeutischen WG (6,8% vs. 0,0%) oder hatten keinen festen Wohnsitz (22,7% vs. 6,7%).

Tabelle 41: Wohnsituation und Heirat (Doppeldiagn.-Pat. mit Abhängigkeitssyndrom)

	niemals verheiratet	jemals verheiratet	Summe
Mietwohnung	61,4	90,0	73,0
eig. Haus/Eigentumswohn.	0,0	3,3	1,4
Unterm./WG/Übergangswohnh.	9,1	0,0	5,4
therapeut. WG/betreut. Wohnen	6,8	0,0	4,1
o. f. W./anderes	22,7	6,7	16,2
Summe	100	100	100

5.2.2.3. Die Suizidalität der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.2.3.2. Die Suizidgedanken

70,0% der jemals verheirateten Patienten gaben Suizidgedanken an, während es bei den ledigen 88,6% waren ($p = 0,0445$; $df: 1$).

5.2.3. Die prämorbidie Persönlichkeit der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.2.3.1. Die Probleme in der Schulzeit

In Schwierigkeiten durch häufigen *Schulwechsel* unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nicht überzufällig ($p = 0,0774$; $df: 1$). Tendentiell gaben die niemals verheirateten Patienten in diesem Punkt jedoch häufiger Probleme an (36,4% vs. 17,2%). Die ledigen Befragten hatten jedoch mit 20,% häufiger Schwierigkeiten durch *Drogen oder Alkohol* als die verheirateten Patienten (3,4%) ($p = 0,0387\%$).

Im Zivilstand traten keine Differenzen in Schwierigkeiten durch *Disziplin* auf ($p = 0,5051$; $df: 1$).

Bei den verheirateten Befragten war die durchschnittliche *Summe der Probleme* kleiner als bei den ledigen (1,3 vs. 2,2) ($p = 0,0321$; $df: 71$).

5.2.3.2. Die Schulbildung

Ledige und verheiratete Patienten unterschieden sich bezüglich der Schulbildung nicht signifikant ($p = 0,2407$; $df: 3$).

5.2.3.3. Die Probleme in der Ausbildung

Ledige und verheiratete Patienten unterschieden sich nicht durch Schwierigkeiten durch *Drogen* ($p = 0,5432$; $df: 1$).

Von den verheirateten Befragten gaben 7,4% jedoch *Leistungsschwierigkeiten* an, während es 31,6% der ledigen waren ($p = 0,0195$; $df: 1$).

Auch in der *Summe der Probleme* hatte der größte Anteil der verheirateten Patienten keine Probleme (61,5%). Im Gegensatz dazu waren es bei den ledigen Befragten 31,6% ($p = 0,0292$; $df: 2$).

5.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Es zeigten sich in der Berufsausbildung keine Unterschiede zwischen jemals verheirateten und niemals verheirateten Patienten ($p = 0,2271$; $df: 2$).

5.2.3.5. Die Einschätzung der sozialen Anpassung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom vor Ausbruch der Erkrankung anhand GAPAS

5.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften

In diesem Punkt unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht ($p = 0,7248$; $df: 72$).

5.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Freundschaften

Die verheirateten Befragten erreichten hier höhere Werte als die ledigen ($p = 0,0007$).

Durchschnitt: 2,0; Minimum: 0,5; Maximum: 3,0; Median: 2,0; Standardabweichung: 0,63.

5.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit

In diesem Punkt traten wiederum keine Differenzen im Familienstand auf ($p = 0,2108$; $df: 72$).

5.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus

Hier erreichten die verheirateten Patienten ebenfalls höhere Werte als die ledigen ($p = 0,0079$). Durchschnitt: 2,2; Minimum: 0,0; Maximum: 3,0; Median: 2,5; Standardabweichung: 0,77.

5.3. Der Suchtmittelkonsum der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.3.3. Die Hauptsuchtmittel der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Im Zivilstand zeigten sich in der Frage nach dem Hauptsuchtmittel keine überzufälligen Unterschiede ($p = 0,2140$; df: 1).

5.3.3.1. Die Suchtmittelleinnahme in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

5.3.3.1.1. Der Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Durch die Menge des Alkoholkonsums in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme unterschieden sich die verheirateten und ledigen Patienten dieser Diagnosegruppe nicht voneinander ($p = 0,9029$; df: 64).

5.3.8. Entzugssymptome

In bezug auf das Auftreten von Entzugssymptomen differierten verheiratete und unverheiratete Patienten nicht ($p = 0,9173$; df: 1).

5.3.10. Der Stellenwert der Behandlung der Sucht für die Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

In der Frage, wie wichtig dem Befragten die Behandlung der Sucht erscheint, unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten dieser Diagnosegruppe nicht statistisch signifikant ($p = 0,6568$; df: 1).

5.3.11. Die Beschreibung des Suchtmittelkonsums der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Im Vorhandensein einer *klinischen Diagnose* ($p = 0,1937$; df: 1), *MALT > 6* ($p = 0,8868$, df: 1), dem Auftreten *somatischer Folgeerkrankungen* ($p = 0,2084$; df: 1) und im *klinischen Eindruck einer Suchtmittelproblematik* ($p = 0,5725$; df: 1) unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Befragte dieser Diagnosegruppe ebenfalls nicht überzufällig.

5.4. Der Verlauf der Erkrankung der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.4.1. Die stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

5.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Im Familienstand traten keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der stationären Behandlungen auf ($p = 0,1453$).

5.4.1.3. Die Dauer der stationären Behandlungen der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom

Auch in der Dauer der stationären Behandlungen unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht überzufällig ($p = 0,6742$; $df: 49$).

6. Diskussion

6.1. Diskussion der Fehlermöglichkeiten

Das bloße Vorhandensein bzw. die Abwesenheit von Ehe reicht meiner Ansicht nach nicht aus, um den Einfluß des Familienstandes auf die Schizophrenie und den Alkoholismus zu untersuchen. Beispielsweise zeigen Körkel J und Lauer G (1988) Arbeiten auf, welche die Relevanz der *Qualität* der ehelichen Beziehungen für das Trinkverhalten ermitteln. Nach einer Studie von Moos und Moos (1984) ergaben sich im Zusammenleben der Familien Rückfälliger deutlich mehr Konflikte, eine geringerer Zusammenhalt und weniger Gemeinsamkeiten als in den Familien der Genesenen bzw. denen der Kontrollgruppe. Ein Studie von Rosenberg (1983) mache deutlich, daß Rückfällige ihre Familie vor dem Rückfall als weniger unterstützend erlebten als Nichtrückfällige. Nur bei Frigo (1983) habe sich kein Zusammenhang zwischen der Enge der familiären Bindung und dem Auftreten eines Rückfalls ergeben.

Wie wichtig die Qualität der Beziehungen innerhalb der Familie auch für den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen sind, zeigt das „Expressed Emotion“ (EE)-Konzept. Die Vorhersage der Rückfallgefährdung hat bei psychiatrischen Erkrankungen eine erhebliche Bedeutung. In diesem Zusammenhang findet das „Expressed Emotion“ (EE)-Konzept (Leff u. Vaughn 1985) zunehmend Beachtung. Feinstein E et al. (1989) beschreiben, daß dieses Konzept davon ausgeht, daß eine emotional aufwühlende Atmosphäre in der Familie als Streß auf den Patienten einwirkt und dadurch den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen beeinflusst. Die Autoren weisen darauf hin, daß ein Patient in einer „high-EE“-Familie im Vergleich zu „low-EE“-Familien ein um den Faktor 3-4 erhöhtes Rückfallrisiko im Zeitraum bis zu einem Jahr nach der Entlassung aus der Klinik hat. Auch Müller U et al. (1986) machen deutlich, daß die prädikative Validität des EE-Maßes in verschiedenen unabhängigen Studien in England und in den USA an verschiedenen Bevölkerungsgruppen untersucht wurde. Wenn man die Ergebnisse dieser Studien zusammenfasse, so erlitten 54% der Patienten mit einem „high-EE“-Angehörigen innerhalb von 9 Monaten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung einen Rückfall, im Gegensatz zu nur 16% der Patienten, die in eine „low-EE“-Familie zurückkehrten.

Daß allein die Betrachtung des Familienstandes für die Beurteilung des Einflusses von Partnerschaft auf den Erkrankungsverlauf nicht ausreichend ist, zeigt beispielsweise unser Untersuchungsergebnis, nach dem Frauen zwar häufiger verheiratet waren als die männli-

chen Patienten, aber nicht signifikant häufiger in einer Partnerschaft lebten als die Männer. Hier müßte eine wesentlich detailliertere Untersuchung vorgenommen werden, die auch die Qualität der Partnerschaft berücksichtigt.

Weiterhin halte ich unter den sozialen Beziehungen nicht nur den Einfluß der Partnerschaft auf den Krankheitsverlauf für maßgeblich, sondern ebenso die soziale Einbindung des Patienten. Körkel J und Lauer G (1988) nennen hierzu folgende Studien: Bei Jawad (1978) hatten Abstinente nach der stationären Therapie wesentlich stärkeren Anschluß an eine soziale Gemeinschaft gefunden als Rückfällige. Auch bei Rosenberg (1983) hatten Rückfällige vor ihrem Rückfall weniger Personen, mit denen sie über ihre Probleme sprechen konnten, sie erfuhren weniger soziale Unterstützung aus ihrer Umgebung, und sie verfügten über weniger stabile Wohnverhältnisse.

6.2. Diskussion der Bedeutung eigener Ergebnisse und Diskussion im Zusammenhang

6.2.1.1. Der Familienstand der Patienten

Wie auch bei Walker et al. (1985) und bei Gureje et al. (1991) waren nur 35,6% unserer Patienten verheiratet. Auch waren Patientinnen signifikant häufiger verheiratet als männliche Patienten.

Auch die *maximale Dauer einer Partnerschaft* war bei den weiblichen Patienten höher als bei den männlichen. Frauen *lebten* jedoch nicht überzufällig häufiger *in einer Partnerschaft* als Männer (siehe Tabellen 5-7).

6.2.1.2. Familienstand und Diagnosegruppe

Ebenso wie bei Soyka M et al. (1993) fand sich auch in unserer Studie der größte Anteil der niemals verheirateten Patienten in der Gruppe der Doppeldiagnose-Patienten (78,8%). Von den schizophrenen Patienten waren 61,0% und von den Alkoholikern 39,0% niemals verheiratet. Zum Zeitpunkt der Befragung *lebte* der größte Teil der Patienten nicht *in einer Partnerschaft*; es waren in allen Gruppen mehr als 60,0%. Am häufigsten bestand bei den Doppeldiagnose-Patienten keine Partnerschaft (53,4%).

Auch in der *maximalen Dauer einer Partnerschaft* und in der *Dauer der letzten Partnerschaft* unterschieden sich die Diagnosegruppen signifikant. Bei den Alkoholikern war die maximale Dauer einer Partnerschaft am größten und auch die letzte Partnerschaft dauerte am längsten. Die jeweils kürzeste Dauer lag bei den Doppeldiagnose-Patienten (siehe Tabellen 8 -12)

6.2.1.3. *Geschlecht und Diagnose*

Unter den Alkoholikern und den Doppeldiagnose-Patienten war der Anteil der Frauen wesentlich geringer als der Anteil der Männer. Von den Alkoholikern waren 20,8% Frauen und von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 17,7% (siehe Tabellen 13- 15). Auch Bromet E J et al. (1992) zeigen bei Frauen einen wesentlich geringeren Substanzmittelabusus auf als bei Männern (28,9% vs. 58,0%). Auch Soyka M (1993) und Zeiler (1992) bestätigen diesen Geschlechterunterschied.

6.2.1.4. *Die Scheidungsrate*

Reich et al., die schizophrene Patienten und Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus verglichen haben, zeigten, daß in der Gruppe der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenmißbrauch der prozentuale Anteil der Geschiedenen im Vergleich mit den anderen Diagnosgruppen höher ist. Auch in unserer Untersuchung stammte der größte Anteil der geschiedenen Patienten aus der Gruppe der Alkoholiker (42,4%).

6.2.1.5. *Geschlecht und Ersterkrankungsalter*

In der vorliegenden Studie fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ersterkrankungsalter wie auch bei Tien A Y et al. (1992), die feststellten, daß beide Geschlechter gleich häufig im Alter von 18 bis 34 Jahren erkrankten. In unserer Arbeit betrug das Ersterkrankungsalter bei Männern 28,3 Jahre und bei Frauen 30,0 Jahre. Tien A Y et al. (1992) bieten für das niedrigere Ersterkrankungsalter bzw. das niedrigere Erstaufnahmealter der Männer drei verschiedene Erklärungsversuche an: Einerseits heiraten Frauen früher und so könnten die Eltern die Notwendigkeit einer Behandlung nicht erkennen. Zweitens räumen sie ein, daß die Ehe eine Schutzwirkung besitzen könnte und drittens halten sie es für möglich, daß Männer eher als potentiell gefährlich eingestuft werden. Jedoch Gureje (1991) und Cetingök M et al. (1990) fanden bei Männern ein signifikant niedrigeres Ersterkrankungsalter.

Franzek E und Beckmann H (1992) erkannten auch keinen Unterschied im Erstaufnahmealter zwischen beiden Geschlechtern, sie zeigen jedoch einen steilen Anstieg der Ersthospitalisation von Frauen im Alter über 35 Jahre.

6.2.1.6. *Zivilstand und Alter*

Ebenso wie Nanko S et al. (1993), die fanden, daß die Zahl der verheirateten Patienten mit ihrem Alter zunahm, zeigte sich in unserer Studie, daß die verheirateten Patienten im Durchschnitt älter sind als die ledigen (42,3 vs. 31,8 Jahre).

6.2.1.7. Die Kinder der Patienten

Nanko S et al. (1993) verweisen auf Studien von Erlenmeyer-Kimling et al. (1980) und Haverkamp et al. (19982), nach denen schizophrene Patienten, hierunter besonders männliche Patienten, weniger Kinder haben als die Durchschnittsbevölkerung. Auch wir fanden, daß unsere untersuchten Patientinnen häufiger Kinder haben als die männlichen Patienten. Die Autoren verweisen auf das niedrigere Ersterkrankungsalter der männlichen Patienten, die deshalb möglicherweise eine geringere Chance hätten vor Ausbruch der Erkrankung zu heiraten und Kinder zu bekommen. In unserer Studie war das Ersterkrankungsalter zwischen Männern und Frauen jedoch nicht unterschiedlich (siehe oben). Auch zeigte sich, daß schizophrene Patienten und Doppeldiagnose-Patienten statistisch signifikant weniger Kinder haben als die Alkoholiker. Bemerkenswert ist, daß die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch als einzige Patientengruppe nicht mit einem Kind im Haushalt leben.

Laut Nanko S et al. (1993) machen Autoren wie Haverkamp et al.(1982) und Hilger et al. (1983) die geringere Zahl der Ehen der schizophrenen Patienten für die geringere Zahl der Kinder als in der Durchschnittsbevölkerung verantwortlich und nicht die geringere Zahl der Kinder in den Ehen. Auch unsere Ergebnisse legen diese Vermutung nahe, da wir fanden, daß jemals verheiratete Patienten signifikant häufiger mit ihren *Kindern in einem Haushalt lebten* als die unverheirateten Patienten.

Ebenso wie bei Soyka et al. (1993), die angeben, daß schizophrene Patienten mit zusätzlichem Suchtmittelkonsum häufiger kein Kind haben, zeigte sich daß von den Doppeldiagnose-Patienten der geringste Anteil mit Kindern in einem Haushalt lebt. Am häufigsten lebten die Alkoholiker mit einem Kind im Haushalt.

6.2.1.8. Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter

In unserer Studie unterschieden sich Männer und Frauen im Alter nicht überzufällig . Tendenziell waren die weiblichen Patienten etwas älter als die männlichen (35 J. vs. 40J.).

6.2.1.9. Beziehung zwischen Alter und Diagnosegruppe

Die Doppeldiagnose-Patienten sind mit einem Durchschnittsalter von 33,6 Jahren am jüngsten. Die schizophrenen Patienten sind im Mittel 35 Jahre alt und die Alkoholiker 40 Jahre.

6.2.1.10. Erstaufnahmealter und Heirat

Patienten, die jemals verheiratet waren, haben ein signifikant höheres Erstaufnahmealter als die ledigen Patienten. Dies kann bedeuten, daß Partnerschaft ein protektiver Faktor ist und den Erkrankungsbeginn hinausschiebt, oder daß Patienten, die schon in einem frühen Alter erkranken, vom „Pool der Heiratsfähigen“ ausgeschlossen sind. Weiterhin ist denkbar, daß die Ehe einen Krankheitsausbruch sogar fördert, weil das Erstaufnahmealter bei den verheirateten Patienten in einem Bereich liegt, wo die Eheschließung häufig schon erfolgt ist.

Auch innerhalb der Diagnosegruppen findet sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Familienstatus und Erstaufnahmealter: Verheiratete Alkoholiker haben ein signifikant höheres durchschnittliches Erstaufnahmealter als die niemals verheirateten (40,2 J. vs. 29,1 J.).

Ebenfalls verheiratete schizophrene Patienten weisen ein signifikant höheres Erstaufnahmealter auf als die ledigen Patienten in dieser Diagnosegruppe. Das durchschnittliche Alter bei Erstaufnahme betrug hier 28,3 Jahre.

Jemals verheiratete Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom waren bei ihrer ersten Aufnahme überzufällig älter als ledige Patienten (32,6 J. vs. 27,6 J.).

Nur bei Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch fand sich keine Zusammenhang mit Familienstatus und Erstaufnahmealter.

6.2.1.11. Erstaufnahmealter und Diagnosegruppe

Das niedrigste Erstaufnahmealter haben die Doppeldiagnose-Patienten. Die Alkoholiker haben das höchste Ersterkrankungsalter.

6.2. Die soziale Anpassung der Patienten

6.2.1. Das Bewältigungsverhalten

6.2.1.1. Die Compliance

6.2.1.1.1. Die Medikamenteneinnahme

Die schizophrenen Patienten und die Doppeldiagnose-Patienten unterschieden sich in der Neuroleptikaeinnahme nicht signifikant. Da aber eine Erwartungswert < 1 war, ist diese Aussage nur eingeschränkt interpretierbar. Auch Barbee et al (1989) fanden im Vergleich von schizophrenen Patienten mit und ohne Alkoholkonsum in der Medikamenteneinnahme keine Differenzen.

Zeiler (1991) zeigt jedoch hochsignifikante Differenzen auf, wenn abstinenten Schizophrene mit Patienten mit schwerer Mißbrauchsproblematik verglichen werden. Schizophrene Pati-

enten mit schwerem Mißbrauch nahmen weniger Neuroleptika ein. Männer und Frauen unterschieden sich jedoch in unserer Studie statistisch signifikant. Unter den Männern war der Anteil der Patienten höher, denen die Medikamente zwar verordnet wurden, die sie aber nicht eingenommen haben (22,5% vs. 12,8%). Von den Frauen war der Anteil der Patientinnen größer, denen keine Psychopharmaka verordnet wurden und die auch keine Medikamente eingenommen haben (37,2% vs. 22,5%).

Tendentiell gaben die verheirateten Patienten seltener an, daß das Medikament zwar verordnet war, aber nicht eingenommen wurde (11,1% vs. 23,0%). Sie gehörten aber auch eher zu der Gruppe von Patienten, denen keine Psychopharmaka verordnet wurden und die nichts eingenommen haben (33,3% vs. 22,4%).

Es war aber bei Heirat, Diagnosegruppe und beim Geschlecht jeweils ein Erwartungswert < 1 und eine sinnvolle Zusammenfassung der Zellen war nicht möglich. Deshalb habe ich die Frage nach der Einnahme der Psychopharmaka nicht für weitere Berechnungen herangezogen.

In bezug auf die *Freiwilligkeit* der *Medikamenteneinnahme* unterschieden sich Verheiratete und unverheiratete Patienten auch hier nur tendentiell. Die jemals verheirateten haben ihre Medikamente häufiger gedrängt (12,7% vs. 8,4%) oder gar nicht eingenommen (4,2% vs. 2,1%). Von ihnen war aber auch der Anteil größer, die ihre Medikamente immer einnehmen (50,7% vs. 47,1%). Ebenfalls war der Anteil geringer, der die Psychopharmaka nur teilweise einnimmt (18,3% vs. 34,0%).

Die Diagnosegruppen und die Geschlechter unterschieden sich nicht überzufällig.

Wir fragten unsere Patienten nach ihrer *Einstellung* zu *Medikamenten*. Im Zivilstand traten nur tendentiell Differenzen auf. Jemals verheiratete waren seltener positiv mit Einschränkungen (14,5% vs. 25,1%) und häufiger kritisch (39,3% vs. 31,3%) eingestellt als die ledigen Patienten.

Die drei Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch signifikant. Die Alkoholiker waren eher kritisch (45,3%) oder stark ablehnend (30,7%) eingestellt. Kritisch eingestellt waren von den Schizophrenen 33,3% und von den Doppeldiagnose-Patienten 29,5%. Von den Schizophrenen waren 20,99% und von den Doppeldiagnose-Patienten 17,9% stark ablehnend eingestellt. Daß über 50% der verheirateten Patienten eher negativ zu Medikamenten eingestellt ist, könnte auf der ablehnenden Haltung der Alkoholiker beruhen, die den größten Anteil der verheirateten Patienten ausmachen (45,2%).

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in ihrer Einstellung zu Medikamenten nicht signifikant.

6.2.1.1.2. Der Aufnahmemodus

Die gesamten jemals verheirateten Patienten waren signifikant häufiger freiwillig (83,2% vs. 73,4%) und auch häufiger nicht in der Klinik (0,8% vs. 7,9%).

Die Diagnosegruppen unterschieden sich ebenfalls signifikant. Der größte Teil der Alkoholiker (95,0%) war freiwillig in der Klinik. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 70,1% und von den Schizophrenen 69,1%. Von den Schizophrenen war ein relativ hoher Anteil zwangsweise in der Klinik (30,9%). von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 18,97% und von den Alkoholikern 4,95%. Wiederum könnte hier der hohe Anteil der verheirateten Patienten, die häufiger freiwillig oder häufiger nicht in der Klinik sind, von den Alkoholikern verursacht sein. Die Vermutung bestätigt sich bei der Betrachtung der verheirateten und ledigen Patienten innerhalb der Diagnosegruppen. Innerhalb der Untergruppen werden im Familienstand keine Differenzen mehr ersichtlich.

Innerhalb der Diagnosegruppen (Alkoholiker, Schizophrenen, Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom / mit schädlichem Gebrauch) unterscheiden sich verheiratete und ledige Patienten nicht statistisch signifikant.

Männer und Frauen unterschieden sich auch signifikant. Unter den Frauen war der Anteil derjenigen größer, die unter Zwang in die Klinik aufgenommen wurden (26,6% vs. 14,5%). Von den Männern war ein größerer Anteil nicht in der Klinik als von den Frauen (6,5% vs. 2,1%). Hier beschreibt Bromet E J et al. (1992) jedoch, daß Frauen häufiger vor Ausbruch der ersten psychotischen Symptome eine psychiatrische Einrichtung aufsuchen.

6.2.1.1.3. Der Anlaß der Klinikaufnahme

Im Familienstand und zwischen den Geschlechtern waren die Differenzen nicht statistisch signifikant. Männer hatten jedoch die Klinikaufnahme tendentiell häufiger selbst veranlaßt als die Frauen (44,6% vs. 37,9%).

Aber die Diagnosegruppen unterschieden sich in diesem Punkt hochsignifikant. Der größte Teil der Alkoholiker hatte ein Krankenhausaufnahme selbst bewirkt (63,6%). Von den Schizophrenen waren es 36,6% und von den Doppeldiagnose-Patienten 33,7%. Die Einweisung geschah bei den Alkoholikern seltener durch eine Behörde (9,1%). Bei den Doppeldiagnose-Patienten waren es 15,1% und den Schizophrenen 23,2%. Zeiler (1991) ist der Ansicht, daß die Schwere des Abusus mit der Unangepaßtheit des Bewältigungsverhaltens

korrespondiert. Er fand jedoch nur Unterschiede, wenn Patienten mit schwerem Mißbrauch und Schizophrenie verglichen werden.

6.2.1.2. Die Inanspruchnahme von Hilfe durch unsere Patienten

In diese Berechnungen habe ich nur die Alkoholiker und die Doppeldiagnose-Patienten aufgenommen, weil wir hier nach Beratungen und Selbsthilfegruppen für Alkoholiker gefragt haben.

6.2.1.2.1. Der Kontakt zu einer Beratungsstelle

Hier gaben die Befragten an, ob sie schon einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten. Im Familienstand und zwischen den beiden Geschlechtern traten keine signifikanten Unterschiede auf.

Jedoch die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich statistisch signifikant. Von den Doppeldiagnose-Patienten hatten nur 28,87% schon einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle. Unter den Alkoholikern war der Anteil mit 52,48% wesentlich höher.

6.2.1.2.2. Die Anzahl der Beratungen

Ebenfalls in der Anzahl der Beratungen unterschieden sich weder verheiratete und niemals verheiratete Patienten noch Männer und Frauen überzufällig. Die Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch signifikant. Die Alkoholiker hatten sich häufiger beraten lassen als die Doppeldiagnose-Patienten.

6.2.1.2.3. Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe

Im Zivilstand traten bei der Frage nach Kontakt zu Selbsthilfegruppen signifikante Unterschiede auf. Von den niemals Verheirateten hatten 68,3% keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, während es bei den jemals verheirateten Patienten 38,0% waren.

Auch in diesem Punkt unterschieden sich die beiden Diagnosegruppen signifikant. Von den Doppeldiagnose-Patienten gaben 75,4% an, keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe zu haben. Von den Alkoholikern hatten jedoch nur 23,0% keine Selbsthilfegruppe in Anspruch genommen.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in dieser Frage nicht überzufällig.

Die Doppeldiagnose-Patienten nehmen also insgesamt seltener Hilfe in Anspruch als die Alkoholiker. Ein Einfluß durch die Partnerschaft ist nur im Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe zu erkennen. Nahezu 70% der unverheirateten Patienten hatten keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, während es bei den verheirateten Patienten ca. 40% waren.

6.2.1.3. Die Freundschaften der Patienten

Hier habe ich wieder die gesamte Zahl der Patienten unserer Studie berücksichtigt.

6.2.1.3.1. Die Anzahl der Freunde der Befragten

Weder zwischen ledigen und verheirateten Patienten, noch innerhalb der Diagnosegruppen, noch zwischen den Geschlechtern zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede.

6.2.1.3.2. Freunde mit Suchtproblemen

Wir fragten, ob es unter ihren Freunden auch welche mit einer Suchtproblematik gibt. Im Zivilstand und zwischen männlichen und weiblichen Patienten waren die Unterschiede nicht statistisch signifikant. Jedoch die Diagnosegruppen unterschieden sich hochsignifikant. Von den Patienten, deren Freunde eine Suchtproblematik aufweisen, stammte mit 62,77% der größte Anteil von den Doppeldiagnose-Patienten. 27,74% stammten von den Alkoholikern und 9,49% von den schizophrenen Patienten.

6.2.1.3.3. Freunde mit psychiatrischen Problemen

Ledige und jemals verheiratete Patienten unterschieden sich hinsichtlich von Freunden mit einer psychiatrischen Problematik signifikant. Von den niemals verheirateten Patienten bejahten 34,03% die Frage, von den jemals verheirateten nur 15,15%. Zwischen den Geschlechtern waren die Unterschiede nicht signifikant. Aber die Diagnosegruppen unterschieden sich überzufällig. Am häufigsten hatten die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten ebenfalls psychiatrische Probleme (35,26%). Von den schizophrenen Patienten waren es 25,61% und von den Alkoholikern 13,13%. Auch hier könnte der Unterschied im Familienstand durch die Alkoholiker verursacht sein.

Insgesamt haben die Doppeldiagnose-Patienten eher ein soziales Umfeld, das durch Freunde mit Suchtmittelproblematik oder durch eine psychiatrische Problematik beeinflusst ist. Niemals verheiratete Patienten hatten häufiger Freunde mit *psychiatrischer Problematik* als unverheiratete (34,03% vs. 15,15%). Hier läßt sich vermuten, daß unverheiratete Patienten eher auf Freundschaften mit Personen, die sie möglicherweise von einem Krankenhausaufenthalt kennen, „angewiesen“ sind als die jemals verheirateten, wo eventuell ein „normaler“ Freundeskreis durch den Partner besteht. Verheiratete Patienten leben also möglicherweise häufiger in einem Umfeld aus Personen ohne psychiatrische Problematik. Andererseits ist es denkbar, daß verheiratete Patienten aufgrund ihres höheren Alters (siehe 6.2.1.10.) schon einen stabilen Freundeskreis aus der Zeit vor der Erkrankung besitzen.

Betrachtet man den Familienstand und Freunde mit psychiatrischer Problematik nachdem die Diagnosegruppen aufgesplittert wurden, erkennt man, daß nur innerhalb der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeit niemals verheiratete Patienten häufiger Freunde mit psychiatrischer Problematik haben als jemals verheiratete Patienten (42,86% vs. 17,24%). Innerhalb der übrigen Diagnosegruppen traten in dieser Frage keine Unterschiede auf. Dies bekräftigt die oben genannte Vermutung, daß der Unterschied im Familienstand durch die Alkoholiker zustande kommt.

6.2.2. Die aktuelle Adaptation unserer Patienten

6.2.2.1. Das Berufsleben

6.2.2.1.1. Die Probleme der Patienten im Beruf

In Schwierigkeiten durch *Berufswechsel* unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten nicht signifikant.

Zwischen den Diagnosegruppen wurden signifikante Unterschiede sichtbar. Am häufigsten hatten die Alkoholiker hier Probleme (34,7%). Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 20,5% und von den Schizophrenen 14,3%.

Auch Männer und Frauen differierten in diesem Punkt signifikant. Von den Patientinnen gaben mit 12,94% seltener Schwierigkeiten an als die männlichen Patienten, von denen es 27,27% waren. Bei der Frage nach Problemen mit *Kollegen* traten nur im Familienstand signifikante Unterschiede auf. 9,4% der Verheirateten gaben hier Schwierigkeiten an, aber 18,6% der niemals Verheirateten.

Weder die Diagnosegruppen noch die Geschlechter unterschieden sich hier überzufällig.

Im Zivilstand gab es Schwierigkeiten durch *Drogen oder Alkohol* betreffend keine signifikanten Unterschiede.

Doch die Diagnosegruppen unterschieden sich hier überzufällig. Der größte Teil der Alkoholiker gaben in diesem Punkt Probleme an (65,4%). Es waren 34,8% der Doppeldiagnose-Patienten und nur 2,8% der schizophrenen Patienten.

Auch männliche und weibliche Patienten unterschieden sich signifikant. Auch hier gaben Frauen weniger Schwierigkeiten als die Männer an (28,2% vs. 40,5%).

Weder jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten noch die Geschlechter unterschieden sich in *Leistungsproblemen* signifikant. Tendentiell hatten Verheiratete hier jedoch seltener Schwierigkeiten (14,8% vs. 23,7%).

Doch die Diagnosegruppen unterschieden sich auch hier überzufällig. Am häufigsten gaben Doppeldiagnose-Patienten hier Schwierigkeiten an (26,92%). Es waren 19,7% der Schizophrenen und 9,9% der Alkoholiker.

Weder innerhalb des Familienstandes noch zwischen den Geschlechtern noch in den Diagnosegruppen traten in dem Punkt Schwierigkeiten durch *Disziplin* signifikante Differenzen auf. Tendenziell hatten Verheiratete (10,9% vs. 18,1%) und Frauen (9,4% vs. 17,2%) weniger Probleme.

In Problemen durch *Krankheit* unterschieden sich weder verheiratete und ledige Patienten noch die Diagnosegruppen noch Männer und Frauen ($p = 0,0938$; $df:1$) statistisch signifikant. Tendenziell hatten Frauen hier aber seltener Probleme (11,8% vs. 19,8%).

Bei der Frage nach Problemen im Berufsleben unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nur in Schwierigkeiten mit Kollegen. Von den niemals verheirateten Patienten gaben hier doppelt so viele Probleme an wie von den jemals verheirateten Befragten.

Doppelt so viele Alkoholiker wie Doppeldiagnose-Patienten wurden am Arbeitsplatz durch Schwierigkeiten durch Alkohol oder Drogen auffällig. Jedoch haben Doppeldiagnose-Patienten eher Leistungsprobleme.

6.2.2.1.2. Die aktuelle (bzw. letzte) berufliche Stellung

Hier zeigten sich im Familienstand hochsignifikante Unterschiede. Der größte Teil der niemals verheirateten Patienten waren Arbeiter, Facharbeiter und Meister (48,1% vs. 42,6%). 33,8% der verheirateten Patienten waren als Angestellte oder Beamte tätig. Von den ledigen Patienten waren es 17,4%. Unter den verheirateten war der Anteil der Patienten, die noch in der Ausbildung sind oder noch nie berufstätig waren wesentlich geringer (3,0% vs. 19,8%).

Auch innerhalb der Diagnosegruppen traten hochsignifikante Unterschiede auf. 59,4% der Alkoholiker waren als Arbeiter / Facharbeiter oder Meister tätig. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 42,0% und von den Schizophrenen 32,5%. Unter den Doppeldiagnose-Patienten (18,7%) und den Schizophrenen (18,1%) war aber auch der Anteil derjenigen größer, die noch in der Ausbildung bzw. noch nie berufstätig waren. Von den Alkoholikern waren es 0,99%. Ähnlich wie bei Bromet E J et al. (1992) zeichnet sich ab, daß ein Anteil von nahezu 20% der Schizophrenen und Doppeldiagnose-Patienten noch in der Ausbildung

bzw. nicht berufstätig ist. Die Autoren stellten fest, daß 54,3% der Männer und 48,9% der Frauen als ausgebildete oder ungelernete Arbeiter tätig waren.

Daß ein großer Anteil der verheirateten Patienten (48,1%) als Arbeiter / Facharbeiter oder als Meister tätig war, könnte von der großen Anteil der Alkoholiker (59,4%) verursacht sein. Diese Annahme wird durch eine Aufsplitterung der Diagnosegruppen bestätigt, wobei sich die verheirateten Patienten nur in der Gruppe der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom signifikant unterschieden. Hier waren 44,8% der verheirateten Befragten als Angestellte oder Beamte berufstätig gewesen, während es bei den ledigen 11,4% waren. Auch waren unter den Verheirateten weniger in Ausbildung oder nie berufstätig gewesen (3,4% vs. 11,4%).

Ebenfalls männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in dieser Beziehung überzufällig. Unter den Männern war der Anteil derjenigen größer, die als Arbeiter / Facharbeiter oder Meister tätig waren (50,2% vs. 29,4%). Die Frauen waren eher als Angestellte oder Beamte tätig (31,4% vs. 20,0%). Männer und Frauen waren nahezu gleich häufig noch in der Ausbildung oder nie berufstätig (13,7% vs. 15,7%). Im Gegensatz zu Bromet et al. (1992), der fand, daß Frauen seltener eine spezielle Berufsausbildung haben, ist insgesamt der Anteil der Frauen mit einer speziellen Ausbildung in dieser Studie nicht geringer, sondern sie arbeiten eher in "frauenspezifischen" Berufen.

6.2.2.1.3. Die Relation zum Beruf

Die jemals verheirateten Patienten unterschieden sich hier sehr signifikant von den niemals verheirateten. 56,1% der verheirateten Patienten waren voll- bzw. teilzeitbeschäftigt, während es bei den ledigen Patienten nur 36,9% waren. Unter den jemals verheirateten Patienten war auch der Anteil der nicht arbeitenden Personen wesentlich geringer (28,00% vs. 48,8%). Lediglich der Anteil der berenteten Personen war unter den Verheirateten etwas höher (13,6% vs. 9,4%).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden in der Relation zum Beruf signifikant. Unter den Schizophrenen war der Anteil der Personen, die voll- oder teilzeitbeschäftigt sind, mit 53,7% am größten. Von den Alkoholikern waren es 51,5% und von den Doppeldiagnose-Patienten 35,9%. Von den schizophrenen Patienten war aber auch ein großer Anteil berentet (13,4%). Von den Alkoholikern war der kleinste Anteil berentet (5,9%), während es bei den Doppeldiagnose-Patienten ähnlich viele waren wie bei den Schizophrenen (12,3%).

Innerhalb der Diagnosegruppen treten im Familienstand keine signifikanten Unterschiede auf.

Zwischen den Geschlechtern war der Unterschied nicht signifikant.

6.2.2.1.4. Sind die Patienten in ihrem erlernten Beruf tätig?

Wir fragten unsere Patienten, ob sie in ihrem erlernten Beruf tätig sind.

Zwischen jemals verheirateten Patienten und niemals verheirateten trat ein hochsignifikanter Unterschied auf. Von den jemals verheirateten Patienten waren 31,3% im erlernten Beruf tätig, während es bei den unverheirateten nur 11,4% waren.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in diesem Punkt überzufällig. Von den Alkoholikern war mit 27,7% der größte Anteil im erlernten Beruf tätig. von den Schizophrenen waren es 23,1% und von den Doppeldiagnose-Patienten nur 11,5%.

Zwischen Männern und Frauen war hier kein signifikanter Unterschied ersichtlich.

Hier ist zu überlegen, ob der Unterschied zwischen verheirateten und niemals verheirateten Patienten durch die Alkoholiker entsteht. Auch hier wird die Überlegung durch eine Aufsplitterung der Diagnosegruppen bestätigt. Nur unter den Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch waren die verheirateten Patienten häufiger im erlernten Beruf tätig als die niemals verheirateten (28,6% vs. 3,7%).

Ebenfalls wie bei Bromet E J et al. (1992) erkennt man, daß weniger als ein Drittel der Patienten in ihrem erlernten Beruf tätig sind.

6.2.2.1.5. Die überwiegende Einnahmequelle unserer Patienten

Verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich in ihrer Einnahmequelle hochsignifikant. Die größten Differenzen bestanden im Einkommen durch Lohn oder Jobs. Es waren 41,5% der jemals verheirateten und 23,5% der niemals verheirateten Patienten. Weiterhin erhielten die verheirateten Patienten seltener Sozialhilfe als die ledigen (17,8% vs. 34,6%).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in ihrer überwiegenden Einnahmequelle signifikant. Von den Alkoholikern gaben 58,0% Lohn oder Jobs als Haupteinnahmequelle an. Von den Schizophrenen waren es 29,4% und von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 15,9%. Die Alkoholiker waren auch wesentlich seltener berentet (5,0%). Hier waren es bei den Schizophrenen 18,8% und bei den Doppeldiagnose-Patienten 17,4%.

Hier muß ebenfalls an einen Einfluß der Alkoholiker auf das bessere Abschneiden der verheirateten Patienten bedacht werden. Wenn die Diagnosegruppen einzeln betrachtet wer-

den, treten nur unter den Alkoholikern im Familienstand signifikante Unterschiede auf. Bei den jemals verheirateten Alkoholikern bestand die überwiegende Einnahmequelle aus Lohn bzw. Jobs (63,3% vs. 48,7%). Von den Ledigen lebten 33,3% von Sozialhilfe. Von den Verheirateten traf dies auf 10,0% zu. Da jedoch mehr als 20% der Erwartungswerte < 5 waren, eine weitere Verringerung der Zellzahl jedoch nicht mehr sinnvoll war, ist die Aussage nur eingeschränkt interpretierbar.

Männer und Frauen unterschieden sich in unserer Studie nicht durch ihre überwiegende Einnahmequelle. Im Gegensatz dazu, beschreiben Bromet E J et al. (1992), daß ein größerer Anteil von Frauen (47,3%) sich selbst oder durch den Ehemann finanziell unterstützen. Bei den Männern waren es nur 28,6%.

6.2.2.1.6. Lohnarbeit in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme

Es unterschieden sich sowohl verheiratete und ledige Patienten als auch die Diagnosegruppen signifikant. Die jemals verheirateten Befragten hatten länger gearbeitet als die ledigen. Innerhalb der Diagnosegruppen hatten die Alkoholiker im Jahr vor der Aufnahme an mehr Monaten gearbeitet als die anderen beiden Gruppen. Am wenigsten hatten die Doppeldiagnose-Patienten gearbeitet. Auch hier zeichnet sich wie bei Bromet E J et al. (1992) beschrieben ein sozialer Abstieg, besonders der Doppeldiagnose-Patienten und der Schizophrenen ab.

Im Familienstand traten innerhalb der Diagnosegruppen keine Unterschiede auf.

Im Gegensatz zu Bromet E J et al. (1992) unterscheiden sich die beiden Geschlechter nicht überzufällig.

6.2.2.1.7. Krankenschreibung in den letzten 12 Monaten vor der aktuellen Aufnahme

In dieser Frage traten keine Unterschiede im Familienstand, zwischen den Diagnosegruppen und zwischen Männern und Frauen auf.

6.2.2.2. Die Wohnsituation unserer Patienten

Jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten unterscheiden sich hochsignifikant im Wohnsitz. Verheiratete Patienten wohnen häufiger in einer Mietwohnung (74,3% vs. 53,3%) und im eigenen Haus oder einer Eigentumswohnung (8,8% vs. 4,9%). Keiner der jemals verheirateten Patienten wohnt in einer therapeutischen WG. Von den ledigen Patienten sind es 8,9%.

Auch zwischen den Diagnosegruppen bestehen hier signifikante Differenzen. Insgesamt wohnt der größte Teil der Patienten in einer Mietwohnung. Es sind 66,3% der Alkoholiker,

63,5% der Schizophrenen und 57,1% der Doppeldiagnose-Patienten. Große Unterschiede bestehen zwischen Patienten, die in einer therapeutischen WG wohnen. Dort lebt keiner der Alkoholiker, aber von den Schizophrenen sind es 7,1% und von den Doppeldiagnose-Patienten 8,1%. (Es ist aber bei schizophrenen Patienten aus therapeutischen Gründen eher eine Unterbringung in einer therapeutischen WG indiziert als bei Alkoholikern.) Ähnlich große Differenzen bestehen zwischen Personen, die zur Untermiete, in einer WG oder einem Übergangwohnheim leben. Hier sind es 2,0% der Alkoholiker, aber 5,9% der Schizophrenen und 12,6% der Doppeldiagnose-Patienten.

Es ist zu überprüfen, ob die Differenzen im Zivilstand durch die Alkoholiker entstehen. Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich die Schizophrenen nicht überzufällig. Jedoch von den verheirateten Alkoholikern lebt der größte Teil in einer Mietwohnung (72,1% vs. 56,4%). Von ihnen wohnt niemand zur Untermiete, in einem Übergangwohnheim oder einer WG. Von den niemals verheirateten Patienten sind es jedoch 5,1%. ($p = 0,0449$; $df: 3$; 1 Erwartungswert < 1)

Auch bei den Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom lebte der größte Teil der verheirateten Befragten in einer Mietwohnung (90,0%) Niemals verheiratete Befragte dieser Diagnosegruppe waren häufiger Untermieter (9,1% vs. 0,0%), wohnten häufiger in einer therapeutischen WG (6,8% vs. 0,0%) oder hatten keinen festen Wohnsitz (22,7% vs. 6,7%). Jedoch waren auch hier bei den Erwartungswerten 2 Werte < 1 .

Während bei den Alkoholikern und den Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom die Ehe bezüglich der Wohnsituation vor einem sozialen Abstieg schützt, ist bei den Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch das Gegenteil der Fall. Hier lebten die *niemals* verheirateten Patienten häufiger in einer Mietwohnung (56,7% vs. 37,5%) und seltener im eigenen Haus (0,0% vs. 25,0%). Einschränkend muß ich jedoch bemerken, daß 3 der Erwartungswerte < 1 waren.

Bei der Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Familienstand und Wohnsituation innerhalb der Diagnosegruppen ist jeweils mehr als ein Erwartungswert < 1 . Eine weitere Verringerung der Zahl der Zellen ist nicht sinnvoll, da dann die Aussage über die Wohnsituation nicht mehr differenziert wäre. Eine eindeutige Aussage über die Beziehung zwischen Ehe und Wohnsituation ist nicht zu machen.

Ebenfalls zwischen den Geschlechtern besteht ein überzufälliger Unterschied. Frauen leben häufiger in einer Mietwohnung (73,8% vs. 56,2%) und seltener zur Untermiete, in einer WG oder einem Übergangwohnheim (4,9% vs. 9,6%) als die Männer.

6.2.2.3. Die Suizidalität der Patienten

6.2.2.3.1. Die Suizidgedanken unserer Patienten

Im Familienstand zeigten sich signifikante Differenzen in bezug auf Suizidgedanken. Jemals verheiratete Patienten hatten seltener Suizidgedanken als niemals verheiratete (69,4% vs. 81,5%).

Zwischen den Diagnosegruppen traten hier ebenfalls signifikante Differenzen auf. Die Doppeldiagnose-Patienten hatten am häufigsten Suizidgedanken (83,6%). Von den Alkoholikern stimmten hier 71,3% und von den Schizophrenen 69,5% zu.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich nur die Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom im Familienstand signifikant. 70,0% der jemals verheirateten Patienten gaben Suizidgedanken an, während es bei den ledigen 88,6% waren.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht signifikant.

6.2.2.3.2. Die Suizidpläne

In bezug auf Suizidpläne unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten und die beiden Geschlechter nicht signifikant.

Jedoch die Diagnosegruppen differierten in diesem Punkt signifikant. Am häufigsten machten Doppeldiagnose-Patienten Suizidpläne (60,1%). Am seltensten stimmten die schizophrenen Patienten zu (39,0%). Von den Alkoholikern waren es 47,5%.

6.2.2.3.3. Die Anzahl der Suizidversuche

Im Familienstand traten keine signifikanten Differenzen auf. Hierzu ist noch anzumerken, daß Breier et al. (1984) die Patienten verglichen haben, die einen Selbstmord *vollendet* hatten, nur Unterschiede in bezug auf den Familienstand fanden, wenn Schizophrene und Nicht-Schizophrene verglichen werden. Keine Unterschiede ergaben sich, wenn innerhalb der Schizophrenen mit und ohne Suizid unterschieden wird. Nach dieser Studie hatten häufiger Schizophrene, die jünger, männlichen Geschlechts und ledig waren einen Selbstmord begangen. Wie in unserer Arbeit fanden Cheng K K et al. (1989) zwischen *vollendeten* Suiziden und Familienstand keinen statistisch signifikanten Zusammenhang.

Die Diagnosegruppen unterschieden sich jedoch überzufällig. Wie bei Soyka M et al (1993), die schizophrene Patienten mit und ohne Suchtmittelkonsum untersucht haben, hatten die Doppeldiagnose-Patienten am häufigsten Suizidversuche unternommen, am wenigsten die Schizophrenen.

Männer und Frauen differierten nicht statistisch signifikant. Ebenso fanden Bromet E J et al. (1992) zwischen den Geschlechtern keinen Unterschied in der Anzahl der Suizidversu-

che. Sie verweisen jedoch auf eine Arbeit von Weissmann (1974) nach der Frauen 3 bis 5 mal häufiger einen Suizidversuch begehen als Männer.

6.2.2.4. Die Aggressivität

Hier prüften wir, ob sich unsere Patienten in den letzten zwei Wochen vor dem Interview gegenüber Personen, Gegenständen oder sich selbst gegenüber aggressiv verhalten haben. In allen drei Punkten (bis auf Autoaggressionen) unterschieden sich weder verheiratete und ledige Patienten, noch die Diagnosegruppen, noch die Geschlechter signifikant.

Nur in bezug auf Autoaggressionen unterschieden sich die Diagnosegruppen signifikant. Hier gaben 23,5% der Alkoholiker nichtphysische Autoaggressionen an. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 9,7% und von den Schizophrenen 5,9%. (Der größte Teil der Patienten hatte keine Autoaggressionen; im Durchschnitt waren es 80,45%. Physische Autoaggressionen gaben durchschnittlich 7,0% der Patienten an.)

6.2.3. Die Prämorbidie Persönlichkeit der Patienten unserer Studie.

6.2.3.1. Probleme in der Schulzeit

Mit 16,42% gaben die jemals Verheirateten sehr signifikant weniger Probleme durch *Schulwechsel* an, aber von den unverheirateten Patienten waren es 30,04%.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich signifikant. Nur 17% der Alkoholiker hatten häufig einen Schulwechsel, aber 30,61% der Doppeldiagnose-Patienten. Die schizophrenen Patienten lagen mit 23,17% in der Mitte.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterscheiden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nicht signifikant. Der Unterschied im Familienstand im Vergleich aller Patienten ist also eventuell auf den großen Anteil der verheirateten Alkoholiker zurückzuführen, da die Alkoholiker am seltensten Schwierigkeiten im Schulwechsel angaben.

Zwischen den Geschlechtern gab es keine signifikante Differenz.

Die verheirateten Patienten hatten hochsignifikant seltener die *Klasse wiederholt* als die Unverheirateten (17,91% vs. 38,84%).

Die Diagnosegruppen unterschieden sich nicht signifikant in dem Problem „*Klasse wiederholt*“.

Es hatten jedoch mit 20,67% signifikant weniger Frauen als Männer (35%) die Klasse wiederholt.

Im Familienstand zeigten sich signifikante Unterschiede im *Verhältnis zu den Mitschülern*. Während 15,67% der jemals verheirateten Patienten Probleme hier Schwierigkeiten anga-

ben, waren es bei den niemals Verheirateten 33,33%.

Im *Verhältnis zu den Mitschülern* unterschieden sich die Diagnosegruppen und die Geschlechter nicht statistisch signifikant.

Im *Verhältnis zu den Lehrern* gaben ebenfalls signifikant mehr unverheiratete Patienten als Verheiratete Probleme an (26,56% vs. 12,695).

Die Diagnosegruppen differierten in diesem Punkt nicht signifikant.

Aber signifikant weniger Frauen (14,43%) als Männer (24,01%) hatten Schwierigkeiten im *Verhältnis zu den Lehrern*.

In der Frage nach *Drogen- oder Alkoholproblemen* in der Schulzeit war die Differenz zwischen den Patienten, die jemals verheiratet waren, und den ledigen Patienten hochsignifikant. Von den jemals Verheirateten gaben 6,02% hier Probleme an, während es bei den niemals Verheirateten 23,46% waren.

Ebenfalls innerhalb der Diagnosegruppen zeigten sich hochsignifikante Unterschiede. Keiner der schizophrenen Patienten gab hier Probleme an, jedoch 83,34% der Doppeldiagnose-Patienten und 16,67% der Alkoholiker.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich die Alkoholiker und die Doppeldiagnose-Patienten im Familienstand. Bei beiden Diagnosegruppen hatten die verheirateten Patienten weniger Probleme durch Drogen oder Alkohol als die unverheirateten Patienten. Jemals verheiratete Alkoholiker hatten hier seltener Schwierigkeiten als die unverheirateten (5,0% vs. 20,5%). Einer von 4 Erwartungswerten war jedoch < 5 , so daß diese Aussage nur eingeschränkt gewertet werden kann.

Die ledigen Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom hatten mit 20,% häufiger Schwierigkeiten in diesem Punkt als die verheirateten Patienten (3,4%).

Die weiblichen Patienten hatten mit 10,31% signifikant weniger Schwierigkeiten mit Drogen oder Alkohol als die männlichen Patienten mit 20,00%.

In der *Leistung* in der Schule unterschieden sich weder die Diagnosegruppen, noch die Geschlechter, noch verheiratete und unverheiratete Patienten signifikant.

In Problemen in der Schule durch *häufige Krankheit* unterschieden sich nur die Diagnosegruppen überzufällig. Mit 3,66% gaben die Schizophrenen hier die wenigsten Schwierigkeiten an. Am häufigsten traten bei den Doppeldiagnose-Patienten Probleme auf (11,79%). 6,00% der Alkoholiker gaben eine positive Antwort.

Zwischen den Geschlechtern und dem Familienstand ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

In Schwierigkeiten durch *Disziplin* zeigten sich im Zivilstand statistisch signifikante Unterschiede. Die jemals verheirateten Patienten hatten weniger Disziplinprobleme als Patienten, die niemals verheiratet waren (14,39% vs. 28,22%).

Die schizophrenen Patienten hatten signifikant am seltensten Probleme in der *Disziplin* in der Schule (12,19%). Die meisten Probleme gaben Doppeldiagnose-Patienten mit 28,35% an. Von den Alkoholikern waren es 23,47%.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nur in der Gruppe der Alkoholiker, wobei die verheirateten Alkoholiker seltener Schwierigkeiten durch Disziplin angaben als die ledigen (13,6% vs. 38,5%).

Frauen hatten hier mit 13,40% überzufällig weniger Schwierigkeiten als die Männer mit 27,08%.

In der Angabe der *sonstigen Probleme* unterschieden sich nur die Diagnosegruppen signifikant. 3,66% der Schizophrenen gaben sonstige Probleme an, aber 17,43% der Doppeldiagnose-Patienten und 20,41% der Alkoholiker.

Es unterschieden sich in diesem Punkt aber nicht Männer und Frauen und auch nicht die jemals verheirateten Patienten und die niemals verheirateten signifikant.

In der *Summe der Probleme*, die in der Schulzeit auftraten unterschieden sich die Diagnosegruppen, die Geschlechter und auch die jemals verheirateten und die niemals verheirateten Patienten signifikant.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nur innerhalb der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch nicht. Die *Summe der Probleme* war bei den verheirateten Alkoholikern mit 1,2 geringer als bei den unverheirateten mit 2,2. Auch bei den verheirateten Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom war die durchschnittliche *Summe der Probleme* kleiner als bei den ledigen (1,3 vs. 2,2). Ebenfalls bei den verheirateten Schizophrenen war aber die *Summe der Probleme* signifikant geringer (durchschnittlich 1,0 Probleme vs. 1,8).

Zu den Problemen in der Schulzeit läßt sich zusammenfassend sagen, daß die in allen Punkten bis auf Probleme durch Leistungsanforderungen, häufige Krankheit und sonstige Probleme (in den genannten Punkten traten keine signifikanten Unterschiede auf) die jemals verheirateten Patienten besser abschneiden. Die Diagnosegruppen unterschieden sich

dabei nicht in den Punkten Verhältnis zu Mitschülern, Klasse wiederholt und Verhältnis zu Lehrern, so daß die Unterschiede im Zivilstand in diesen Problemen nicht auf den Alkoholikern beruhen.

Die Doppeldiagnose-Patienten hatten in allen Punkten, in denen Differenzen innerhalb der Diagnosegruppen auftraten, mehr Schwierigkeiten (Probleme durch Schulwechsel, Drogen /Alkohol, Disziplin, häufige Krankheit, sonstige Probleme und Summe der Probleme).

Es fällt auf, daß sich bei den Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch verheiratete und ledige Patienten in keinem der Punkte unterscheiden. Wenn innerhalb der Diagnosegruppen im Zivilstand Differenzen auftreten, haben die jemals verheirateten Patienten weniger Probleme.

Die Frauen hatten immer, wenn sich Differenzen zeigten weniger Schwierigkeiten als die Männer (Probleme durch Drogen/Alkohol, Disziplin, Klasse wiederholt, Verhältnis zu Lehrern und Summe der Probleme).

6.2.3.2. Die Schulbildung unserer Patienten

Wir werteten hier nur den höchsten erreichten Schulabschluß; z.B. wurde Gymnasium ohne Abschluß als Realschulabschluß gewertet.

Auch hier unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten sehr signifikant. Von den jemals verheirateten Patienten hat der größte Teil mit 56,3% einen Hauptschulabschluß. Von den niemals verheirateten sind es 36,8%. Aber unter den ledigen Patienten war der Anteil der Personen, die das Gymnasium absolviert haben deutlich größer (23,1% vs. 8,9%). Unter diesen Patienten war aber auch der Anteil der Personen ohne Schulabschluß größer (10,7% vs.6,7%).

Ebenfalls die Diagnosegruppen differieren in der Schulbildung hochsignifikant . Von den Alkoholikern besitzt mit 59,0% der größte Teil eine Hauptschulabschluß. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 43,9% und von den Schizophrenen 25,6%. Ein deutlicher Unterschied besteht auch zwischen den Patienten mit Abitur. Von den Alkoholikern haben nur 3,0% diesen Abschluß erreicht. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 20,4% und von den Schizophrenen sind es 30,5%.

Es ist zu erwägen, ob der große Anteil der verheirateten Patienten mit einem Hauptschulabschluß auf den Alkoholikern beruht.

6.2.3.3. Probleme in der Ausbildung

Auch in Schwierigkeiten durch einen *Ausbildungswechsel* unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten sehr signifikant. Die jemals Verheirateten hatten signifikant seltener die Ausbildung gewechselt als die niemals Verheirateten (3,25% vs. 13,73%).

Die Diagnosegruppen unterschieden sich hier nicht signifikant.

Die weiblichen Patienten hatten mit 2,50% jedoch signifikant seltener die Ausbildung gewechselt als die Männer mit 12,15%.

Patienten, die jemals verheiratet waren, hatten signifikant weniger Probleme im *Verhältnis zu den Kollegen* als die niemals Verheirateten (6,45% vs. 16,75%).

Männliche und weibliche Patienten und die Diagnosegruppen differierten nicht signifikant.

Von den jemals verheirateten Patienten gaben 7,26% Probleme im *Verhältnis zu den Vorgesetzten* an, während es bei den niemals verheirateten Patienten 22,55% waren.

Die Diagnosegruppen und die Geschlechter unterschieden sich nicht überzufällig in diesem Punkt.

Signifikant weniger Patienten, die jemals verheiratet waren (17,74%), als niemals verheiratete Patienten (28,43%) hatten Probleme durch *Drogen oder Alkohol*.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich bezüglich dieses Problems hochsignifikant. Mit 6,95% gaben die Schizophrenen die wenigsten Schwierigkeiten an. Die meisten Probleme hatten die Doppeldiagnose-Patienten mit 32,73%. Bei den Alkoholikern waren es 23,08%.

Im Familienstand traten innerhalb der Diagnosegruppen keine Differenzen auf.

Mit 15,00% der weiblichen Patienten hatten signifikant weniger Frauen als Männer, von denen 27,42% Schwierigkeiten angaben, Drogen- oder Alkoholprobleme.

13,82% der jemals verheirateten Patienten und 34,31% der niemals verheirateten Patienten hatten in der Ausbildung Probleme mit den *Leistungsanforderungen*.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich hier signifikant. Die wenigsten der Alkoholiker (12,09%), jedoch 33,34% der Doppeldiagnose-Patienten hatten hier Schwierigkeiten. Bei den Schizophrenen waren 29,58%.

Im Zivilstand traten nur bei den Alkoholikern und nur bei den Doppeldiagnose-Patienten keine Unterschiede auf. Jedoch gaben mit 14,8% signifikant weniger verheiratete Schizophrenen Schwierigkeiten durch Leistungsanforderungen an. Bei den Unverheirateten waren es 38,6%.

Von den verheirateten Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom gaben mit 7,4% hier weniger Probleme an als von den ledigen (31,6%).

Männer und Frauen unterschieden sich in diesem Punkt nicht signifikant

In Problemen mit *Disziplin* unterschieden sich weder Verheiratete und Unverheiratete, noch die Diagnosegruppen, noch Männer und Frauen signifikant.

In dem Problem *häufige Krankheit* während der Ausbildung unterschieden sich die Diagnosegruppen überzufällig häufig. Es waren 1,14% der Alkoholiker, 9,72% der Schizophrenen, aber 13,94% der Doppeldiagnose-Patienten.

Männliche und weibliche Patienten und Verheiratete und Ledige unterschieden sich hier nicht signifikant.

Von den jemals verheirateten Patienten hatten 7,32% *sonstige Probleme*, aber 17,24% der niemals verheirateten Patienten.

Weder in den Diagnosegruppen noch im Geschlecht traten signifikante Unterschiede bei der Angabe von *sonstigen Problemen* auf.

Der größte Anteil der verheirateten Patienten hatte keine Schwierigkeiten in der Ausbildung (59,7%), während es unter den ledigen Patienten 30,1% waren, wenn die *Summe der Probleme* betrachtet wird.

Zwischen den Diagnosegruppen traten hier ebenfalls signifikante Differenzen auf. 58,2% der Alkoholiker hatten keine Schwierigkeiten in der Ausbildung, während es bei den Schizophrenen 48% und bei den Doppeldiagnose-Patienten nur 28,7% waren. Besonders deutlich zeigt sich der Unterschied auch in der Gruppe mit 1 bis 3 Problemen. Hier liegen 61,6% der Doppeldiagnose-Patienten, 46,7% der Schizophrenen und 36,3% der Alkoholiker.

Innerhalb der Diagnosegruppen zeigten sich im Zivilstand nur bei den Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom signifikante Differenzen. Der größte Anteil der verheirateten Patienten dieser Untergruppe hatte bezüglich dieses Problems keine Probleme (61,5%). Im Gegensatz dazu waren es bei den ledigen Befragten 31,6%.

Auch männliche und weibliche Patienten unterschieden sich in der *Anzahl der Probleme* in der Ausbildung überzufällig. Die Frauen hatten häufiger keine Probleme (56,5% vs. 36,0%). Von den Männern hatten mehr 1 bis 3 Schwierigkeiten (55,5% vs. 38,6%).

Zu den Problemen in der Ausbildung läßt sich zusammenfassend sagen, daß die verheirateten Patienten bis auf Probleme durch häufige Krankheit und Disziplin (in diesen Punkten traten keine signifikanten Differenzen auf) weniger Schwierigkeiten haben als die ledigen Patienten. In den Punkten Ausbildungswechsel, Verhältnis zu Kollegen und sonstige Probleme bestanden dabei keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Diagnosegruppen, so daß der Unterschied nicht auf den prozentual am häufigsten verheirateten Alkoholikern beruht.

Innerhalb der Diagnosegruppen haben die Doppeldiagnose-Patienten in allen Punkten, in denen überzufällige Unterschiede auftraten, häufiger Schwierigkeiten (Probleme durch: Drogen /Alkohol, häufige Krankheit, Leistungsanforderungen und Summe der Probleme). Wenn der Einfluß der Partnerschaft auf die Probleme in der Ausbildung innerhalb der Diagnosegruppen untersucht wird, wird deutlich, daß im Familienstand innerhalb der Alkoholiker und der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch in keinem der Punkte signifikante Unterschiede auftreten. Wenn sich Differenzen zeigen, haben die verheirateten Patienten weniger Schwierigkeiten als die ledigen.

Wenn sich innerhalb der Geschlechter Differenzen deutlich wurden, schnitten die Frauen immer besser ab als die Männer (Probleme durch Ausbildungswechsel, Drogen/Alkohol und Summe der Probleme).

6.2.3.4. Die berufliche Ausbildung der Patienten

68,% der jemals verheirateten Patienten haben eine Lehre oder Fachschule absolviert. Bei den niemals verheirateten Patienten waren es 46,5%. Besonders deutlich wird der Unterschied bei der Betrachtung der Personen, die keine Ausbildung besitzen. Von den Verheirateten waren es 28,1%, aber bei den ledigen Patienten waren es 45,7%.

69,0% der Alkoholiker haben eine Lehre oder eine Fachschule abgeschlossen. Von den Schizophrenen (48,8%) und den Doppeldiagnose-Patienten (48,7%) waren es nahezu gleich viele. Von den Schizophrenen besitzen 14,3% einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluß. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 5,1% und von den Alkoholikern sind es 2,0%. Unter den Doppeldiagnose-Patienten war der Anteil der Personen, die keine Ausbildung abgeschlossen haben mit 46,2% am größten. Von den Schizophrenen sind es 36,9% und von den Alkoholikern 29,0%.

Da der Anteil der Alkoholiker innerhalb der Diagnosegruppen, welcher eine Lehre oder Fachhochschule abgeschlossen hat, nahezu identisch ist mit dem Anteil der verheirateten Patienten, die diesen Abschluß besitzen, ist auch hier der große Anteil der verheirateten

Alkoholiker als Ursache der Differenz im Familienstand denkbar.

Diese Annahme wird unterstützt, wenn die verheirateten Patienten innerhalb der Diagnosegruppen betrachtet werden. Hier wurden im Familienstand nur in der Untergruppe der Alkoholiker ein überzufälliger Unterschied ersichtlich. Der größte Teil der verheirateten Alkoholiker (78,7%) hatte eine Lehre oder Fachschule absolviert. Von den unverheirateten waren es 53,8%. Unter ihnen war auch der Anteil der Personen höher, die keine Ausbildung haben (43,6% vs. 19,7%). Da jedoch ein Erwartungswert < 1 war, ist die Aussage nur eingeschränkt interpretierbar.

Zwischen Männern und Frauen waren die Unterschiede in der Ausbildung nicht signifikant.

Insgesamt wird eine bessere Ausbildung der verheirateten Patienten deutlich. Sie haben zu fast 70% eine Lehre oder Fachhochschule absolviert und haben seltener keine Ausbildung als die ledigen Patienten (21,8% vs. 45,7%). Von den Doppeldiagnose-Patienten haben zwar mit 5,1% etwas mehr als die Alkoholiker (2,0%) das Abitur, aber ein großer Anteil hat keinen Schulabschluß (46,2% vs. 29,0%).

Tien A Y et al. (1992), die schizophrene Patienten, Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose und Patienten mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen untersucht haben, fanden je länger die Ausbildung war, um so geringer war die Gefahr der Erkrankung. Dies gilt auch für die Doppeldiagnose-Patienten, die den größten Anteil der Personen ohne Schulabschluß bilden.

6.2.3.5. Einschätzung der sozialen Anpassung vor Ausbruch der Erkrankung anhand von GAPAS

6.2.3.5.1. Soziale Kontakte und Freundschaften

Die jemals verheirateten Patienten wurden signifikant besser eingeschätzt als die ledigen. Innerhalb der Diagnosegruppen erreichten die Alkoholiker die höchsten und die Doppeldiagnose-Patienten die niedrigsten Werte. Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich nur die schizophrenen Patienten im Zivilstand. Jemals verheiratete Patienten dieser Untergruppe erreichten höhere Werte als die ledigen (2,1 vs. 1,8).

Zwischen Männern und Frauen zeigten sich keine überzufälligen Unterschiede.

6.2.3.5.2. Psychosexuelle Entwicklung und Beziehungen

Auch hier unterschieden sich nur verheiratete und ledige Patienten und die Diagnosegruppen signifikant. Die jemals verheirateten Patienten erreichten hier ebenfalls höhere Werte als die niemals verheirateten. Die Alkoholiker erreichten die höchsten Werte und die Schi-

zophrenen die niedrigsten. Innerhalb der Diagnosegruppen traten im Familienstand innerhalb aller Untergruppen bis auf die Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom signifikante Unterschiede auf. Verheiratete Alkoholiker erreichten einen höheren Score als unverheiratete. Auch die verheirateten schizophrenen Patienten schnitten besser ab (2,3 vs. 1,6). Und ebenfalls die verheirateten Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch erreichten hier höhere Werte als die ledigen (Durchschnitt: 2,0).

Die Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Patienten waren nicht überzufällig.

6.2.3.5.3. Allgemeine Leistungsfähigkeit

Die verheirateten Patienten erreichten höhere Werte als die ledigen. Auch hier erreichten wieder die Alkoholiker die höchsten Werte und die Doppeldiagnose-Patienten die niedrigsten. Innerhalb der Diagnosegruppen wurden im Familienstand bei den Doppeldiagnose-Patienten sowohl mit schädlichem Gebrauch als auch mit Abhängigkeitssyndrom keine signifikanten Unterschiede ersichtlich. Es erreichten aber die verheirateten Alkoholiker einen signifikant höheren Score als die ledigen (2,3 vs. 2,0). Auch die verheirateten Schizophrenen erlangten Werte von 2,3, während die unverheirateten mit 1,9 signifikant niedrigere Werte erzielten.

Zwischen den Geschlechtern bestanden wiederum keine statistisch signifikanten Unterschiede.

6.2.3.5.4. Ablösung vom Elternhaus und Selbständigkeit

Die verheirateten Patienten erreichten im Durchschnitt höhere Werte als die ledigen. Auch die Alkoholiker erzielten wieder die höchsten Werte und die Schizophrenen die niedrigsten. Innerhalb der Diagnosegruppen zeigten sich im Familienstand bei den Alkoholikern und bei den Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch keine signifikanten Unterschiede. Die Ablösung vom Elternhaus fiel jedoch den jemals verheirateten schizophrenen Patienten leichter als den ledigen (2,5 vs. 1,8). Aber auch die verheirateten Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom erlangten hier ebenfalls höhere Werte als die ledigen.

Auch in diesem Punkt bestand zwischen Männern und Frauen kein überzufälliger Unterschied.

In allen vier Punkten erreichten die jemals verheirateten Patienten und die Alkoholiker die höchsten Werte.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch in keinem der Punkte signifikant. Bei der psychosexuellen Entwick-

lung unterscheiden sich alle drei restlichen Untergruppen. Wenn Differenzen sichtbar werden, erzielen die verheirateten Patienten bessere Werte.

Männer und Frauen unterschieden sich in keinem der angegebenen Punkte signifikant.

Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: In allen vier Punkten, die das Ausmaß der sozialen Anpassung des Patienten vor seiner Erkrankung beschreiben, erreichten die jemals verheirateten Patienten und die Alkoholiker die höchsten Werte.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich die Schizophrenen Patienten bezüglich des Familienstandes in allen vier Punkten signifikant, wobei die jemals verheirateten Patienten höhere Werte erreichten. Jedoch die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch differierten im Zivilstand nie im Ausmaß der sozialen Anpassung. Bei der psychosexuellen Entwicklung unterscheiden sich alle drei restlichen Untergruppen. Wenn Differenzen sichtbar werden, erzielen die verheirateten Patienten bessere Werte.

Männer und Frauen unterschieden sich in keinem der angegebenen Punkte signifikant.

6.3. Der Suchtmittelkonsum unserer Patienten

In diesen Anteil der Berechnungen wurden die schizophrenen Patienten nicht eingeschlossen.

6.3.1. Die Zahl der Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabusus

Von den 381 Patienten waren 26,5% Alkoholiker und 52,0% Doppeldiagnose-Patienten.

Tabelle 42: Diagnosegruppen

	Anzahl	Prozent
Doppeldiagn.-Pat.	198	52,0
Schizophr. Pat.	82	21,5
Alkoholiker	101	26,5
Summe	381	100

6.3.2. Die Rückfälligkeit bzw. die Trockenphasen

In dem *Vorsatz* ohne Alkohol oder Drogen zu leben unterschieden sich weder verheiratete von unverheirateten Patienten, noch die beiden Diagnosegruppen, noch die Geschlechter signifikant.

Ebenfalls in der *maximalen Dauer der Trockenphasen* unterschieden sich die jemals verheirateten und die ledigen Patienten nicht statistisch signifikant. Auch die Diagnosegruppen und männliche und weibliche Patienten differierten nicht überzufällig.

Bezüglich der *Dauer der letzten Trockenphase* unterschieden sich weder verheiratete und ledige Patienten, noch die Diagnosegruppen, noch die Geschlechter signifikant.

Körkel J und Lauer G (1988) erwähnen eine Studie von Cronkite und Moos (1983) nach der Verheiratete in bezug auf die Rückfälligkeit in den Alkoholismus 2 Jahre nach Therapie bessere Erfolge als Nichtverheiratete aufwiesen. Die Autoren verweisen aber auch auf eine Studie von Gewehr (1983) nach der bei ledigen Patienten weniger Rückfälle und häufiger langfristige Abstinenz als bei Verheirateten zu verzeichnen sei. Sie fassen zusammen, daß zwischen Familienstatus und Rückfälligkeit kein einheitlicher Zusammenhang bestehe und daß sich aber abzeichne, daß eine gute Qualität der Partnerschaft mit einer geringeren Rückfallhäufigkeit einhergehe.

6.3.3. Hauptsuchtmittel in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme

Von den verheirateten Patienten aller Diagnosegruppen zusammen gaben 94,17% Alkohol als Hauptsuchtmittel an, während es bei den gesamten niemals verheirateten Patienten nur 53,61% waren. Unter ihnen war der Anteil mit Cannabis-Konsum mit 28,35% wesentlich höher als unter den verheirateten Patienten (3,88%). Weiterhin gaben die ledigen Patienten häufiger den Konsum mehrerer Suchtmittel an als die Verheirateten (15,98% vs. 1,94%).

Von den Doppeldiagnose-Patienten hatten 53,03% Alkohol, 29,8% Cannabis und 1,01% Heroin konsumiert. 97,03% der Alkoholiker hatten Alkohol konsumiert. Unter ihnen hatte keiner Cannabis und 0,99% hatten Heroin konsumiert. Schaut man sich jedoch die verheirateten und ledigen Patienten jeweils innerhalb der Diagnosegruppen an, werden im Familienstand keine Differenzen mehr ersichtlich. Der hohe Anteil der gesamten verheirateten Patienten, die hauptsächlich Alkohol konsumieren, beruht also wahrscheinlich auf dem hohen Anteil der verheirateten Alkoholiker in unserer Studie.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich bei der Angabe des Hauptsuchtmittel nicht signifikant.

Auch in unserer Studie wird Alkohol als Hauptsuchtmittel wie bei Soyka M et al. (1993) und Zeiler (1991) deutlich. Die Doppeldiagnose-Patienten konsumieren ebenso wie bei Soyka M et al. (1993) weitaus häufiger Cannabis als Heroin. Wichtig ist weiterhin, daß, wie eingangs erwähnt, keiner der verheirateten Patienten Kokain und Heroin konsumiert hatte. Dieser Umstand kann einerseits dafür sprechen, daß die Ehe vor dem Konsum harter Drogen schützt, es kann jedoch auch damit zusammenhängen, daß die verheirateten Patienten im Durchschnitt älter sind als die ledigen (42,3 J. vs. 31,9 J.). Soyka M et al. (1993) fanden einen Drogenabusus nämlich fast ausschließlich unter den Patienten, die jünger als 30 Jahre alt waren.

6.3.3.1. Suchtmittelleinnahme in den letzten 4 Wochen vor aktueller Aufnahme

Da keiner der verheirateten Patienten Kokain oder Heroin konsumiert hatte, habe ich diese beiden Suchtmittel nicht in meine statistischen Berechnungen aufgenommen.

6.3.3.1.1. Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Die jemals verheirateten Patienten hatten an statistisch signifikant mehr Tagen Alkohol konsumiert als die ledigen (im Durchschnitt: 20,4 vs. 14,8). Die Alkoholiker hatten ebenfalls an mehr Tagen Alkohol getrunken als die Doppeldiagnose-Patienten. Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht überzufällig.

Andere Autoren wie Soyka M et al. (1993) und Bromet E J et al. (1992) fanden bei schizophränen Frauen signifikant seltener einen Alkoholkonsum als bei Männern. Ich habe in unserer Arbeit jedoch auch die Gruppe der Alkoholiker einbezogen. Auch bei Zeiler (1991) überwogen in der Gruppe der Alkoholiker die männliche Probanden. Er fand jedoch heraus, daß ein präschizophrener Beginn des Alkoholmißbrauchs nur bei Männern zu verzeichnen war, während ein Beginn des Mißbrauchs im schizophränen Verlauf bei beiden Geschlech-

tern gleich häufig war. Der Autor nimmt deshalb an, daß die schizophrene Erkrankung die geschlechtsdifferenten Alkoholrisiken nivelliert. Es könnte untersucht, werden, ob in unserer Studie auch eine Geschlechterunterschied im Mißbrauch im Verlauf der Erkrankung vorliegt.

6.3.3.1.2. Cannabiskonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Auch hier hatten die jemals verheirateten Patienten seltener Cannabis konsumiert als die ledigen Patienten. Ebenso hatten die Alkoholiker seltener über Cannabiskonsum berichtet. Auch hier unterschieden sich die Geschlechter nicht signifikant.

6.3.3.1.3. Benzodiazepinkonsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Im Benzodiazepinkonsum unterschieden sich weder die verheirateten und unverheirateten Patienten, noch die Diagnosegruppen, noch Männer und Frauen signifikant.

Zeiler (1991) beschreibt jedoch unter den weiblichen Patienten einen höheren Medikamentenkonsum als unter den männlichen Patienten.

6.3.3.1.4. Sonstiger Konsum in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme

Auch in diesem Punkt traten keine signifikanten Differenzen im Familienstand, zwischen den Diagnosegruppen und ebenfalls nicht im Geschlecht auf.

6.3.3.1.5. Nikotinkonsum in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Aufnahme

Hier habe ich die schizophrenen Patienten in meine Berechnung wieder einbezogen. Jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten unterschieden sich nicht signifikant. Die Doppeldiagnose-Patienten rauchten jedoch im Durchschnitt 10 Zigaretten mehr als die Schizophrenen, aber die Alkoholiker rauchten 8 Zigaretten mehr als die Schizophrenen. Zwischen Alkoholikern und Doppeldiagnose-Patienten war der Unterschied nicht signifikant. Männer und Frauen differierten nicht signifikant.

6.3.4. Das Erstaltes, in dem der Suchtmittelkonsum begann

Das Minimum des Erstaltes für *Alkoholkonsum* beträgt 5 Jahre, das Maximum 60 Jahre, der Mittelwert liegt bei 16,6 Jahren. Zeiler (1990) gibt eine Streubreite von 13 bis 55 Jahren und einen Mittelwert von 27,5 Jahren an.

Im Familienstand wurden signifikante Unterschiede deutlich. Jemals verheiratete Patienten waren beim Konsumbeginn älter als die ledigen. Die Alkoholiker waren tendentiell älter beim erstmaligen Alkoholkonsum als die Doppeldiagnose-Patienten.

Auch Männer und Frauen unterschieden sich signifikant. Das Lebensalter der Frauen war bei erstmaligem Konsum höher.

Der Mittelwert für das Erstalalter des *Benzodiazepinkonsums* liegt bei 21 Jahren.

Auch hier waren die jemals verheirateten Patienten signifikant älter als die niemals verheirateten.

Die Diagnosegruppen und die Geschlechter unterschieden sich jedoch nicht signifikant.

Der Mittelwert des Erstalalters von *sonstigen Suchtmitteln* liegt bei 19,7 Jahren.

Jemals verheiratete Patienten waren bei erstem Konsum älter.

Alkoholiker und Doppeldiagnose-Patienten unterschieden sich ebenso wie Männer und Frauen nicht überzufällig.

Die verheirateten Patienten, die *Alkohol*, *Benzodiazepine* oder *sonstige Suchtmittel* konsumieren, sind älter als die ledigen Patienten. Hier liegt die Vermutung nahe, daß ein früher Beginn des Alkohol- oder Medikamentenkonsum den Patienten aus dem "Pool der Heiratsfähigen" ausschließt. Weiterhin ist es möglich, daß eine Heirat nicht vor Suchtmittelmißbrauch schützt.

6.3.5. Der Geschlechterunterschied beim Substanzmißbrauch

Männer und Frauen unterschieden sich weder im Hauptsuchtmittel noch im Konsum der einzelnen Substanzen in den letzten 4 Wochen vor der Aufnahme.

Bromet E J et al. (1992) fanden jedoch bei Männern einen stärkeren Suchtmittelabusus als bei Frauen. Auch Soyka wies unter den Frauen einen signifikant niedrigeren Alkohol- und Drogenabusus nach als bei Männern.

Aber Barbee et al. (1989) fand unter schizophrenen Patienten mit und ohne Sucht ebenfalls keine Differenzen im Geschlecht.

6.3.6. Höchstmenge, die die Patienten bis zur Untersuchung konsumiert hatten

Die jemals verheirateten Patienten weisen einen sehr signifikant höheren Konsum auf als die Unverheirateten. 42,0% der niemals verheirateten und 16,9% der verheirateten Patienten hatten bis zu 200 ml Alkohol konsumiert. Der größte Anteil der verheirateten Patienten (46,1%) hatte bis zu 400ml Alkohol getrunken, während es bei den Ledigen 38,3% waren.

Der größte Anteil der schizophrenen Patienten hatte bis zu 200 ml Alkohol konsumiert (46,2%), während es bei den Alkoholikern nur 10,0% waren. Unter ihnen war jedoch der

Anteil mit einem Konsum von über 800 ml Alkohol wesentlich höher (12,2% vs. 0,7%). Männer und Frauen unterschieden sich hier nicht überzufällig.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht in der Höchstmenge an Alkohol, die sie vor der Aufnahme konsumiert hatten. Daß die verheirateten Patienten einen signifikant höheren Alkoholkonsum hatten als die ledigen, kann also an dem hohen Anteil der verheirateten Alkoholiker liegen.

In der Höchstmenge an Cannabis und Benzodiazepinen unterschieden sich verheiratete und unverheiratete Patienten nicht signifikant. Ebenfalls zwischen den Diagnosegruppen und den Geschlechtern traten keine signifikanten Differenzen auf.

6.3.7. Häufigkeit eines Rausches

Durch die Häufigkeit eines schweren Rausches oder einer Überdosierung unterschieden sich nur die Diagnosegruppen signifikant. Die Doppeldiagnose-Patienten gaben geringere Häufigkeiten an als Alkoholiker.

Im Zivilstand und zwischen den Geschlechtern traten keine signifikanten Differenzen auf.

6.3.8. Entzugssymptome

Die gesamten ledigen Patienten haben wesentlich seltener Entzugssymptome angegeben als die jemals verheirateten.

87,0% der Alkoholiker, aber nur 48,6% der Doppeldiagnose-Patienten gaben Entzugssymptome an.

Männliche und weibliche Patienten unterschieden sich nicht signifikant.

Es ist zu überprüfen, ob hier der Einfluß der Alkoholiker eine Rolle spielt. Dieser Eindruck bestätigt sich, wenn die verheirateten und ledigen Patienten jeweils innerhalb der Diagnosegruppen betrachtet werden. In den einzelnen Diagnosegruppen zeigen sich im Zivilstand keine Unterschiede in bezug auf Entzugssymptome mehr.

In der Literatur wird keine einheitliche Beziehung zwischen Familienstand und Rückfälligkeit in den Alkoholismus beschrieben. Körkel J und Lauer G (1988) fassen jedoch zusammen, daß Nichtverheiratete einem höheren Rückfallrisiko ausgesetzt seien. Weiterhin sprechen die Autoren die Qualität der Ehe an. Eine "gute" Ehe gehe mit einem geringeren Rückfallrisiko einher. Die Qualität der Partnerschaft konnte anhand dieser Arbeit nicht überprüft werden.

6.3.9. Häufigkeit eines Delirs

Durch die Häufigkeit eines Delirs unterschieden sich nur die Diagnosegruppen statistisch signifikant. Die Alkoholiker berichteten über eine größere Anzahl an Delirien als die Doppeldiagnose-Patienten.

Im Familienstand und zwischen den Geschlechtern zeigten sich jedoch keine signifikanten Differenzen.

6.3.10. Stellenwert der Behandlung der Sucht für den Patienten

71,0% aller jemals verheirateten Patienten hielten die Behandlung ihrer Sucht für sehr wichtig, während es von den ledigen 39,5% waren.

Der größte Teil der Alkoholiker (92,0%) schätzte die Behandlung ihrer Alkoholprobleme als sehr wichtig ein. Von den Doppeldiagnose-Patienten waren es nur 28,3%.

Die Geschlechter unterschieden sich statistisch nicht signifikant.

Daß ein großer Anteil von 71,0% der jemals verheirateten Patienten die Behandlung ihrer Sucht für wichtig erachtet kann an den Alkoholikern liegen. Wenn nämlich die verheirateten Patienten jeweils innerhalb der Diagnosegruppen betrachtet werden, sind keine Unterschiede im Familienstand mehr nachweisbar.

6.3.11. Beschreibung des Suchtmittelkonsums

Bei 87,0% aller jemals verheirateten und bei 70,4% aller ledigen Patienten lag eine *klinische Diagnose eines stofflichen Mißbrauchs* vor. Innerhalb der Diagnosegruppen wurde bei dem größten Teil der Alkoholiker eine klinische Diagnose für stofflichen Mißbrauch gestellt (99,0% vs. 62,8%). Bei der Betrachtung der verheirateten und ledigen Patienten innerhalb der Diagnosegruppen sind jedoch keine Differenzen mehr zu erkennen. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant.

Von den gesamten verheirateten Patienten lag *MALT > 6 Punkte* bei 90,3% und von den gesamten ledigen bei 66,3%. Von den Alkoholikern waren es 99,0% und von den Doppeldiagnose-Patienten 62,2%. Aber auch hier werden im Zivilstand innerhalb der Diagnosegruppen keine Unterschiede mehr deutlich. Ebenfalls in diesem Punkt unterschieden sich die Geschlechter nicht überzufällig.

Bezüglich *harnfremder Stoffe im Urin* unterschieden sich jemals verheiratete und ledige Patienten, die Diagnosegruppen und die Geschlechter nicht signifikant

Im Familienstand und in den Diagnosegruppen wurden die *Folgeerkrankungen* betreffend signifikante Differenzen deutlich. Von allen jemals verheirateten Patienten lagen bei 42,9% Folgeerkrankungen vor. Von den Ledigen waren es 28,3%. 57,3% der Alkoholiker, aber nur 19,0% der Doppeldiagnose-Patienten hatten Folgeerkrankungen. Jedoch innerhalb der Diagnosegruppen treten im Familienstand keine Differenzen mehr auf. Zwischen den Geschlechtern waren die Unterschiede nicht signifikant.

Im *aktuellen Mißbrauch* unterschieden sich nur die Diagnosegruppen signifikant. Es waren 87,2% der Alkoholiker und 48,8% der Doppeldiagnose-Patienten. Verheiratete und ledige Patienten und die Geschlechter unterschieden sich nicht signifikant.

Anamnestisch lag bei den Alkoholikern häufiger ein *Mißbrauch* vor als bei den Doppeldiagnose-Patienten (98,98% vs. 93,90%). Im Familienstand und zwischen männlichen und weiblichen Patienten wurden keine signifikanten Unterschiede deutlich.

Bei 84,8% der gesamten jemals verheirateten und bei 72,8% der ledigen Patienten lag der *klinische Eindruck* einer Suchtmittelproblematik vor. Von den Alkoholikern waren 95,6% und von den Doppeldiagnose-Patienten 67,1%. Innerhalb der Diagnosegruppen differierten verheiratete und ledige Patienten jedoch nicht. Männer und Frauen unterschieden sich bezüglich dieses Punktes nicht signifikant.

Zusammenfassend wird ersichtlich, daß die gesamten verheirateten Patienten bei der Beschreibung des Suchtmittelkonsums schlechter eingeschätzt werden als die unverheirateten Patienten. Doch dann liegt auch immer ein signifikanter Unterschied innerhalb der Diagnosegruppen, bei denen die Alkoholiker "süchtiger" sind als die Doppeldiagnose-Patienten, vor. Da der größte Teil der verheirateten Patienten aus der Diagnosegruppe der Alkoholiker stammt, sollte überdacht werden, ob das negative Ergebnis durch die Alkoholiker bedingt sein kann. Diese Annahme bestätigt sich, weil in allen Punkten, in denen sowohl im Zivilstand als auch zwischen den Diagnosegruppen überzufällige Unterschiede auftraten, innerhalb der Diagnosegruppen im Zivilstand keine Unterschiede mehr ersichtlich waren.

6.4. Der Verlauf der Erkrankung unserer Patienten

6.4.1. Die stationären Behandlungen der Patienten

6.4.1.1. Die Anzahl der stationären Behandlungen

Der Mittelwert der Anzahl der stationären Behandlungen liegt bei 5,5.

Die jemals verheirateten Patienten hatten eine signifikant geringere Anzahl an stationären

Behandlungen als die ledigen. Die wenigsten Behandlungen hatten die Alkoholiker, die meisten die Doppeldiagnose-Patienten. Jedoch innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nicht. Der Unterschied im Familienstand bei allen Patienten beruht also eventuell auf den am häufigsten verheirateten Alkoholikern. Männer und Frauen unterschieden sich nicht signifikant.

6.4.1.2. Anzahl der Monate der stationären Behandlungen

Der Mittelwert der Anzahl der Monate der stationären Behandlungen lag bei 2,1.

Im Familienstand traten hier keine überzufälligen Unterschiede auf. Bei den verheirateten Patienten war die Anzahl tendentiell jedoch geringer.

Auch hier war die Anzahl bei den Alkoholikern am geringsten und bei den Doppeldiagnose-Patienten am höchsten.

6.4.1.3. Dauer der stationären Behandlungen

Der Mittelwert der Dauer der stationären Behandlungen lag bei 57,7 Tagen.

Bei den jemals verheirateten Patienten war die Dauer der Behandlung hochsignifikant kürzer als bei den Ledigen.

Die Alkoholiker gaben die kürzeste Dauer und die Schizophrenen die längste Dauer an.

Auch hier differierten männliche und weibliche Patienten nicht statistisch signifikant.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten jedoch nicht überzufällig.

6.4.1.4. Verlauf der schizophrenen Erkrankung

Hier habe ich nur die Schizophrenen und die Doppeldiagnose-Patienten untersucht.

Im Verlauf der Erkrankung traten weder im Zivilstand, noch zwischen den Diagnosegruppen, noch zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede auf.

6.4.1.5. Schweregrad der Erkrankung

Auch hier habe ich nur mit den Schizophrenen und den Doppeldiagnose-Patienten gearbeitet.

Es traten keine signifikanten Unterschiede zwischen verheirateten und ledigen Patienten, zwischen den Diagnosegruppen und zwischen den beiden Geschlechtern auf.

6.4.2. Die Fremdbeurteilung der Patienten

6.4.2.1. Einschätzung durch BPRS

Bei der BPRS, welche das psychopathologische Erscheinungsbild des Patienten beschreibt und speziell für schizophrene Erwachsene entwickelt wurde, lassen sich 5 Skalen unterscheiden: Skala 1: Angst/Depression, Skala 2: Anergie, Skala 3: Denkstörung, Skala 4: Aktivierung, Skala 5: Feindseligkeit und Mißtrauen. Da die angegebenen Symptomkomplexe überwiegend für die schizophrene Erkrankung typisch sind, habe ich hier die Alkoholiker aus den Berechnungen ausgeschlossen.

In allen 5 Skalen unterschieden sich weder verheiratete und ledige Patienten, noch die beiden Diagnosegruppen, noch die beiden Geschlechter signifikant.

6.4.2.2. Einschätzung durch GAF

Die jemals verheirateten Patienten erreichten signifikant höhere Werte als die niemals verheirateten (49,2 vs. 43,1), was bedeutet, daß das Ausmaß der Symptome bei den verheirateten Patienten geringer war als bei den ledigen.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in der Globaleinschätzung signifikant. Überzufällige Unterschiede traten zwischen Alkoholikern und Doppeldiagnose-Patienten und zwischen Alkoholikern und Schizophrenen auf. Zwischen Schizophrenen und Doppeldiagnose-Patienten waren die Differenzen nicht signifikant. Die Durchschnittswerte betragen bei den Alkoholikern: 54,2; den Doppeldiagnose-Patienten: 42,8 und den Schizophrenen: 40,2.

Männer und Frauen unterschieden sich jedoch nicht statistisch signifikant.

Da die Alkoholiker höhere Werte erreichen als die anderen beiden Diagnosegruppen, können die Verheirateten aufgrund der Alkoholiker möglicherweise bessere Werte erreichen.

6.4.2.3. Die Beurteilung der ausgewählten Itemgruppen des SCAN

Anhand des Score sheet ist eine Beurteilung der einzelnen Itemgruppen möglich. (Im Anhang sind die einzelnen Itemgruppen aufgelistet.)

Hier habe ich bis auf die Itemgruppe, die die depressive Stimmung (IG 12) des Patienten einschätzt, nur mit den Schizophrenen und den Doppeldiagnose-Patienten gerechnet.

Verheiratete und unverheiratete Patienten unterschieden sich nur in der depressiven Stimmung signifikant. Die jemals verheirateten erreichten etwas höhere Werte als die ledigen Patienten (im Durchschnitt: 0,96 vs. 0,77).

In allen anderen ausgewählten Itemgruppen unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten nicht signifikant.

Walker et al. (1985) berichten über eine Studie von Kirshner und Johnston (1983) nach der verheiratete Frauen im Global Assessment Scale die schlechtesten Ratings aufweisen, während verheiratete Männer die höchsten Ratings erreichten. Bei unverheirateten Patienten zeigten sich die gleichen Ergebnisse.

6.4.3. Die Selbsteinschätzung der Patienten

Die Selbsteinschätzung der Psychopathologie erfolgte durch den FBF und PDS.

6.4.3.1. Die Selbsteinschätzung der Patienten durch FBF

Hier erfolgt eine Zusammenfassung der Selbsteinschätzung in 10 Itemgruppen. (Im Kapitel Methodik sind die Itemgruppen dargestellt.)

Im Zivilstand trat in keiner der 10 Itemgruppen eine statistisch signifikante Differenz auf.

7. Zusammenfassung

Die sozialen Kernvariablen

✓ Die Untersuchungsgruppen

Gruppe 1:

(Doppeldiagnose-Patienten) Patienten mit einer schizophrenen Störung und stofflichem Mißbrauch: Patienten mit Cocain- oder Heroinmißbrauch wurden ausgeschlossen (N = 198; entspricht: 52,0%)

Gruppe 2:

Schizophrenie, anhaltende wahnhafte Störung, induzierte wahnhafte Störung: (N = 82; entspricht: 21,5%).

Gruppe 3:

Alkoholabhängigkeit: (N = 101; entspricht: 26,5%)

✓ Das Alter der untersuchten Patienten

Das durchschnittliche Alter aller Patienten betrug 35,6 Jahre mit einem Minimum von 18 Jahren und einem Maximum von 64 Jahren.

✓ Die Geschlechterverteilung

An der Studie haben 281 männliche und 100 weibliche Patienten teilgenommen (Zahl der gesamten Patienten = 381).

✓ Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter

Im Alter unterschieden sich die Männer und Frauen nicht überzufällig. Tendentiell waren die weiblichen Patienten etwas älter als die männlichen (35 J. vs. 40J.).

✓ **Zusammenhang zwischen Geschlecht und Erstaufnahmealter**

Zwischen dem Erstaufnahmealter und dem Geschlecht fand sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Das durchschnittliche Erstaufnahmealter betrug bei Männern 28,3 Jahre und bei Frauen 30,0 Jahre.

✓ **Beziehung zwischen Alter und Diagnosegruppe**

Die Doppeldiagnose-Patienten sind mit einem Durchschnittsalter von 33,6 Jahren am jüngsten. Die schizophrenen Patienten sind im Mittel 35 Jahre alt und die Alkoholiker 40 Jahre.

✓ **Geschlecht und Diagnose**

Der Anteil der Frauen unter den Alkoholikern (20,8 vs. 79,2) und ebenfalls unter den Doppeldiagnose-Patienten (17,7% vs. 82,3%) war wesentlich geringer.

✓ **Erstaufnahmealter und Diagnosegruppe**

Die Doppeldiagnose-Patienten erreichten im Mittel die signifikant niedrigsten Rangwerte und die Alkoholiker die höchsten (Mean Rank: Doppeldiagnose-Patienten: 148,8; schizophrene Patienten: 176,9; Alkoholiker: 259,9).

✓ **Zivilstand und Alter**

Die jemals verheirateten Patienten waren signifikant **älter** als die niemals verheirateten. Das Durchschnittsalter der verheirateten Patienten betrug 42,3 Jahre und das der ledigen 31,8 Jahre.

✓ **Erstaufnahmealter und Heirat**

Von allen Patienten haben die jemals verheirateten ein signifikant **höheres Erstaufnahmealter** als die ledigen Patienten.

Bei der Aufspaltung der Diagnosegruppen unterschieden sich nur die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch in diesem Punkt nicht signifikant. In den anderen drei Untergruppen war das Erstaufnahmealter der verheirateten Patienten höher als das der unverheirateten.

Sowohl verheiratete Alkoholiker haben ein signifikant höheres durchschnittliches Erstaufnahmealter als die niemals verheirateten (40,2 J. vs. 29,1 J.) als auch verheiratete schizophrene Patienten weisen ein signifikant höheres Erstaufnahmealter. Das durchschnittliche Alter bei Erstaufnahme betrug hier 28,3 Jahre. Auch jemals verheiratete Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom waren bei ihrer ersten Aufnahme überzufällig älter als ledige Patienten (32,6 J. vs. 27,6 J.)

✓ **Heirat und Partnerschaft**

Von unseren 381 Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, war mit 64,4% war der größere Anteil niemals verheiratet. (Bei 2 Patienten lagen uns zum Familienstand keine Angaben vor.)

Die **Frauen** unserer Studie waren überzufällig **häufiger verheiratet** als die Männer. Von den weiblichen Patienten waren 51,0% jemals verheiratet, aber bei den Männern waren es 30,2%. Bei den Frauen waren die maximale Dauer (115,9 vs. 64,6 Monate) und die Dauer der letzten Partnerschaft (85,5 vs. 46,7 Monate) länger als bei den Männern. In der Frage, wie häufig die Patienten zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft leben, unterschieden sich die Geschlechter nicht.

Die drei Diagnosegruppen unterschieden sich im Familienstand hochsignifikant. Am **häufigsten** waren die **Alkoholiker verheiratet** (61,0%). Von den Doppeldiagnose-Patienten waren mit 21,3% die wenigsten jemals verheiratet; von den schizophrenen Patienten waren es 39,0%. Insgesamt lebten in allen drei Diagnosegruppen 60% der Patienten nicht in einer Partnerschaft. Bei den Alkoholikern war die maximale Dauer (136,8 vs. Schizophr.: 71,4 und Doppeldiagnose-Pat.: 67,6 Monate) und die Dauer der letzten Partnerschaft (89,86 vs. Schizophr.: 60,96 und Doppeldiagnose-Pat.: 47,41 Monate) am längsten.

✓ **Die Scheidungsrate**

Insgesamt sind 17,4% (N = 66) der Patienten geschieden und 12,7% (N = 48) verheiratet. An den **geschiedenen** Patienten bilden die **Alkoholiker** mit 42,4% (N = 28) den **größten Anteil**, sie sind aber auch am **häufigsten** unter den **verheirateten** Patienten vertreten (45,8%; N = 22). Die meisten **Ledigen** stammen aus der Gruppe der **Doppeldiagnose-Patienten** (63,5%; N = 155).

✓ **Zahl der Kinder / Kinder im Haushalt**

Die **Frauen haben mehr Kinder** als die Männer der Studie. Von allen Patienten leben die Alkoholiker am häufigsten mit einem Kind im Haushalt (17%) und sie haben durchschnittlich eine größere Anzahl von Kindern (1 Kind). Am seltensten leben die Doppeldiagnose-Patienten mit einem Kind im Haushalt. Innerhalb dieser Patientengruppe lebt keiner der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch mit seinem Kind in einem Haushalt. **Verheiratete** Patienten haben von allen Patienten als auch innerhalb der Diagnosegruppen **häufiger** Kinder. Dies legt den Gedanken nahe, daß die Kinder unserer Patienten häufiger ehelich sind, und daß sie seltener Kinder haben, weil sie seltener verheiratet sind.

Die soziale Anpassung

✓ **Die Compliance**

Verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich **nicht** durch **Psychopharmaka-Einnahme** und den Anlaß der Klinikaufnahme.

Bezüglich des Aufnahmemodus unterschieden sich die gesamten Patienten dahingehend, daß die **verheirateten** Patienten häufiger freiwillig in der Klinik waren. Da jedoch auch der größte Anteil der **Alkoholiker**, die am häufigsten verheiratet sind, **freiwillig** in der Klinik war, könnten die Alkoholiker das Ergebnis beeinflussen. Dafür spricht, daß sich verheiratete und unverheiratete Patienten innerhalb der Diagnosegruppen (Alkoholiker, Schizophrenie, Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom / mit schädlichem Gebrauch) im Aufnahmemodus nicht signifikant unterscheiden.

Der Einfluß des Familienstandes auf die Compliance ist nicht eindeutig.

✓ **Inanspruchnahme von Hilfe**

Bei der **Inanspruchnahme von Hilfe bestanden im Zivilstand keine Unterschiede** im Kontakt zu Beratungsstellen und in der Anzahl der Beratungen. Bei der Frage nach Kontakt zu **Selbsthilfegruppen** wurden jedoch **Differenzen** im Familienstand deutlich. **Von den niemals Verheirateten hatten 68,3% keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, während es bei den jemals verheirateten Patienten 38,0% waren.**

Auch die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich signifikant. Von den Doppeldiagnose-Patienten gaben 75,4% an, keinen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe zu haben. Von den Alkoholikern hatten jedoch nur 23,0% keine Selbsthilfegruppe in Anspruch genommen.

Die Doppeldiagnose-Patienten nehmen also insgesamt seltener Hilfe in Anspruch als die Alkoholiker.

Verheiratete Patienten hatten seltener Kontakt zu Selbsthilfegruppen, jedoch wird das Ergebnis auch von den Alkoholikern beeinflusst.

✓ **Freundschaften**

Verheiratete und ledige Patienten unterschieden sich **nicht** in der *Anzahl* der Freunde und durch Freunde mit *Suchtmittelproblematik*.

Durch *Freunde mit einer psychiatrischen Problematik* unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten signifikant. Von **den niemals verheirateten Patienten hatten mehr als doppelt so viele Patienten Freunde mit psychiatrischer Problematik** (34,03%) als von den jemals verheirateten (15,15%). Aber auch die Diagnosegruppen unterschieden sich überzufällig. Am häufigsten hatten die Freunde der Doppeldiagnose-Patienten ebenfalls psychiatrische Probleme (35,26%). Von den schizophrenen Patienten waren es 25,61% und von den Alkoholikern 13,13%. Auch hier könnte der Unterschied im Familienstand durch die Alkoholiker verursacht sein. Diese Vermutung scheint sich bei der Betrachtung des Familienstandes innerhalb der Diagnosegruppen zu bestätigen, da sich hier nur die Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeit unterschieden. Niemals verheiratete Patienten hatten häufiger Freunde mit psychiatrischer Problematik als Verheiratete (42,86% vs. 17,24%).

Insgesamt haben die Doppeldiagnose-Patienten eher ein soziales Umfeld, das durch Freunde mit einer psychiatrischen Problematik beeinflusst ist.

✓ **Das Berufsleben**

Durch *Probleme im Berufsleben* unterschieden sich die verheirateten und die unverheirateten Patienten nur in dem Punkt "**Verhältnis zu Kollegen**", wobei die **verheirateten Patienten hier halb so häufig Schwierigkeiten** hatten wie die ledigen (9,4% vs. 18,5%). Die Diagnosegruppen differierten hier nicht, so daß der Unterschied im Familienstand nicht durch die Alkoholiker verursacht sein kann.

Bei der Frage nach der *beruflichen Stellung* wurde deutlich, daß ein **großer Anteil aller verheirateten Patienten (48,1%) als Arbeiter / Facharbeiter oder als Meister** tätig war.

Aber auch ein großer Anteil der Alkoholiker (59,4%) war in diesen Berufen tätig, so daß der Unterschied im Familienstand auf den Alkoholikern beruhen könnte. Diese Überlegung wird bestätigt, wenn man den Zivilstand jeweils innerhalb der Diagnosegruppen betrachtet. Hier unterschieden sich die verheirateten Patienten nur in der Diagnosegruppe der Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom signifikant. Es waren 44,8% der verheirateten Befragten als Angestellte oder Beamte berufstätig gewesen, während es bei den ledigen 11,4% waren. Auch waren unter den Verheirateten weniger in Ausbildung oder nie berufstätig gewesen (3,4% vs. 11,4%). In den drei anderen Diagnosegruppen zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Frauen arbeiten eher in "frauenspezifischen" Berufen. Unter den Männern war der Anteil derjenigen größer, die als Arbeiter / Facharbeiter oder Meister tätig waren (50,2% vs. 29,4%). Die Frauen waren eher als Angestellte oder Beamte tätig (31,4% vs. 20,0%). Männer und Frauen waren nahezu gleich häufig noch in der Ausbildung oder nie berufstätig (13,7% vs. 15,7%).

Auch in der Relation zum Beruf treten im Familienstand nur signifikante Differenzen auf, wenn alle Patienten zusammen untersucht werden. 56,1% der verheirateten Patienten waren voll- bzw. teilzeitbeschäftigt, während es bei den ledigen Patienten nur 36,9% waren. Unter den jemals verheirateten Patienten war auch der Anteil der nicht arbeitenden Personen wesentlich geringer (28,00% vs. 48,8%). Lediglich der Anteil der berenteten Personen war unter den Verheirateten etwas höher (13,6% vs. 9,4%).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden in der Relation zum Beruf signifikant. Unter den Schizophrenen war der Anteil der Personen, die voll- oder teilzeitbeschäftigt sind, mit 53,7% am größten. Von den Alkoholikern waren es 51,5% und von den Doppeldiagnose-Patienten 35,9%. Von den schizophrenen Patienten war aber auch ein großer Anteil berentet (13,4%). Von den Alkoholikern war der kleinste Anteil berentet (5,9%), während es bei den Doppeldiagnose-Patienten ähnlich viele waren wie bei den Schizophrenen (12,3%).

Innerhalb der Diagnosegruppen treten im Familienstand keine signifikanten Unterschiede auf, so daß die **Partnerschaft bei der Relation zum Beruf nur eine untergeordnete Rolle spielt.**

Von den jemals verheirateten Patienten waren **31,3%** im erlernten Beruf tätig, während es bei den unverheirateten nur **11,4%** waren.

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in diesem Punkt überzufällig. Von den Al-

koholikern war mit 27,7% der größte Anteil im erlernten Beruf tätig. Von den Schizophrenen waren es 23,1% und von den Doppeldiagnose-Patienten nur 11,5%.

Hier ist zu überlegen, ob der Unterschied zwischen verheirateten und niemals verheirateten Patienten durch die Alkoholiker entsteht. Auch hier wird die Überlegung durch eine Aufsplitterung der Diagnosegruppen bestätigt. Nur unter den Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch waren die verheirateten Patienten häufiger im erlernten Beruf tätig als die niemals verheirateten (28,6% vs. 3,7%).

Die gesamten verheirateten und ledigen Patienten unterschieden sich in ihrer *Einnahmequelle* hochsignifikant. **Verheiratete** Patienten lebten häufiger von Lohn oder Jobs (41,5% vs. 23,5%) und seltener von Sozialhilfe (17,8% vs. 34,6%).

Auch die Diagnosegruppen unterschieden sich in ihrer überwiegenden Einnahmequelle signifikant. Von den Alkoholikern gaben 58,0% Lohn oder Jobs als Haupteinnahmequelle an. Von den Schizophrenen waren es 29,4% und von den Doppeldiagnose-Patienten waren es 15,9%.

Hier muß ebenfalls an einen Einfluß der Alkoholiker auf das bessere Abschneiden der verheirateten Patienten bedacht werden. Wenn die Diagnosegruppen einzeln betrachtet werden, treten nur unter den Alkoholikern im Familienstand signifikante Unterschiede auf. Bei den jemals verheirateten Alkoholikern bestand die überwiegende Einnahmequelle aus Lohn bzw. Jobs (63,3% vs. 48,7%). Von den Ledigen lebten 33,3% von Sozialhilfe. Von den Verheirateten traf dies auf 10,0% zu. Da jedoch mehr als 20% der Erwartungswerte < 5 waren, eine weitere Verringerung der Zellzahl jedoch nicht mehr sinnvoll war, ist die Aussage nur eingeschränkt interpretierbar.

Die jemals **verheirateten** Befragten hatten in den *letzten 12 Monaten länger gearbeitet* als die ledigen. Innerhalb der Diagnosegruppen hatten die Alkoholiker im Jahr vor der Aufnahme an mehr Monaten gearbeitet als die anderen beiden Gruppen. Am wenigsten hatten die Doppeldiagnose-Patienten gearbeitet.

Im Familienstand traten **innerhalb der Diagnosegruppen keine Unterschiede** auf, so daß die gesamten verheirateten Patienten wohl aufgrund der Alkoholiker, die innerhalb der Diagnosegruppen am längsten gearbeitet hatten, länger gearbeitet hatten als die ledigen.

Durch *Krankschreibung innerhalb der letzten 12 Monate* unterschieden sich weder verheiratete und unverheiratete Patienten, noch die Diagnosegruppen, noch die beiden Geschlechter.

In allen Punkten, welche die Berufstätigkeit beschreiben, unterschieden sich die verheirateten und ledigen Patienten innerhalb der Diagnosegruppe der Schizophrenen nicht.

Zusammenfassend hat der Familienstand wenig Einfluß auf das Berufsleben. Wenn sich ein signifikanter Unterschied abzeichnete, war er höchstwahrscheinlich durch den größeren Anteil der verheirateten Alkoholiker verursacht.

✓ **Wohnsitz:**

Verheiratete Patienten wohnen **häufiger** in einer **Mietwohnung** (74,3% vs. 53,3%) und im **eigenen Haus** oder einer **Eigentumswohnung** (8,8% vs. 4,9%). Keiner der jemals verheirateten Patienten wohnt in einer therapeutischen WG. Von den ledigen Patienten sind es 8,9%.

Auch zwischen den Diagnosegruppen bestehen hier signifikante Differenzen. Insgesamt wohnt der größte Teil der Patienten in einer Mietwohnung. Es sind 66,3% der Alkoholiker, 63,5% der Schizophrenen und 57,1% der Doppeldiagnose-Patienten. Große Unterschiede bestehen zwischen Patienten, die in einer therapeutischen WG wohnen. Dort lebt keiner der Alkoholiker, aber von den Schizophrenen sind es 7,1% und von den Doppeldiagnose-Patienten 8,1%. Hier sollten auch therapeutische Überlegungen einbezogen werden. Für Psychosekranken ist eine Unterbringung in einer therapeutischen WG häufiger indiziert als für Alkoholiker. Auch in dieser Frage sollte an einen Einfluß der am häufigsten verheirateten Alkoholiker gedacht werden. Über einen Zusammenhang zwischen Wohnsitz und Familienstand innerhalb der Diagnosegruppen kann keine eindeutige Aussage getroffen werden, da jeweils mehrere Erwartungswerte < 1 sind.

Bei den schizophrenen Patienten treten im Familienstand in allen Punkten, die die Berufstätigkeit und den Wohnsitz betreffen, keine signifikanten Unterschiede auf.

✓ **Suizidalität**

Im Familienstand wurden bei allen Patienten durch Suizidpläne und -versuche **keine** Differenzen deutlich.

Jedoch wenn alle Patienten verglichen werden, hatten jemals **verheiratete** Patienten **seltener Suizidgedanken** als niemals verheiratete (69,4% vs. 81,5%).

Zwischen den Diagnosegruppen traten hier ebenfalls signifikante Differenzen auf. Die

Doppeldiagnose-Patienten hatten am häufigsten Suizidgedanken (83,6%). Von den Alkoholikern stimmten hier 71,3% und von den Schizophrenen 69,5% zu.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich nur die **Doppeldiagnose-Patienten mit Abhängigkeitssyndrom** im Familienstand signifikant. **70,0%** der jemals **verheirateten** Patienten gaben Suizidgedanken an, während es bei den **ledigen** mit **88,6%** signifikant mehr Patienten waren.

✓ **Die Aggressivität**

Bezüglich Aggressivität (sowohl gegen Personen und Gegenstände als auch Autoaggressionen) unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten **nicht**.

Die prämorbid Persönlichkeit

✓ **Probleme in der Schulzeit**

Durch die Probleme "**Verhältnis zu Mitschülern**", "**Klasse wiederholt**" und "**Verhältnis zu Lehrern**" unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten, jedoch nicht die Diagnosegruppen, so daß in diesen Punkten **kein Einfluß der Alkoholiker** anzunehmen ist. Die **verheirateten** Patienten hatten dabei jeweils **weniger Schwierigkeiten** als die ledigen.

Weiterhin läßt sich zu den Problemen in der Schulzeit zusammenfassend sagen, daß in allen Punkten bis auf Probleme durch Leistungsanforderungen, häufige Krankheit und sonstige Probleme (in den genannten Punkten traten keine signifikanten Unterschiede auf) die jemals verheirateten Patienten besser abschnitten.

Die Doppeldiagnose-Patienten hatten in allen Punkten, in denen Differenzen innerhalb der Diagnosegruppen auftraten, mehr Schwierigkeiten (Probleme durch Schulwechsel, Drogen /Alkohol, Disziplin, häufige Krankheit, sonstige Probleme und Summe der Probleme).

Innerhalb der Diagnosegruppen traten im Familienstand nur im Problem "Schulwechsel" in keiner der Untergruppen signifikante Unterschiede auf, so daß die Differenz im Familienstand bei der Untersuchung aller Patienten am ehesten auf den am häufigsten verheirateten Alkoholikern beruht. Verheiratete und unverheiratete Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch unterschieden sich in keiner der weiter überprüften Schwierigkeiten (Schulwechsel, Drogen/Alkohol, Disziplin und Summe der Probleme). Es läßt sich aber beispielsweise keine Untergruppe nachweisen, in der die Ehe eher ein protektiver Faktor

ist. Wenn signifikante Unterschiede auftraten, hatten die verheirateten Teilnehmer der Untersuchung jedoch stets weniger Probleme.

✓ **Schulbildung**

Auch hier unterschieden sich jemals verheiratete und niemals verheiratete Patienten sehr signifikant. Von den jemals verheirateten Patienten hat der größte Teil mit 56,3% einen Hauptschulabschluß. Von den niemals verheirateten sind es 36,8%.

Ebenfalls die Diagnosegruppen differieren in der Schulbildung hochsignifikant. Von den Alkoholikern besitzt mit 59,0% der größte Teil eine Hauptschulabschluß. Von den Doppeldiagnose-Patienten sind es 43,9% und von den Schizophrenen 25,6%. Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten aber nicht statistisch signifikant.

Im Familienstand zeigen sich die Schulbildung betreffend Unterschiede, die aber möglicherweise durch die häufiger verheirateten Alkoholiker bedingt sind.

✓ **Ausbildung**

Der größte Teil der jemals **verheirateten** Befragten hat eine **Lehre oder Fachschule** absolviert (68,0%). Bei den niemals verheirateten Patienten waren es 46,5%. Von den Verheirateten besitzen 28,1% keine Ausbildung, aber bei den ledigen Patienten waren es 45,7%.

Aber auch 69,0% der Alkoholiker haben eine Lehre oder eine Fachschule abgeschlossen. Von den Schizophrenen (48,8%) und den Doppeldiagnose-Patienten (48,7%) waren es nahezu gleich viele. Unter den Doppeldiagnose-Patienten war der Anteil der Personen, die keine Ausbildung abgeschlossen haben mit 46,2% am größten. Von den Schizophrenen sind es 36,9% und von den Alkoholikern 29,0%.

Da der Anteil der Alkoholiker innerhalb der Diagnosegruppen, welcher eine Lehre oder Fachhochschule abgeschlossen hat, nahezu identisch ist mit dem Anteil der verheirateten Patienten, die diesen Abschluß besitzen, ist auch hier der **große Anteil der verheirateten Alkoholiker als Ursache der Differenz im Familienstand denkbar.**

Diese Annahme wird unterstützt, wenn die verheirateten Patienten innerhalb der Diagnosegruppen betrachtet werden. Hier wurden im Familienstand nur in der Untergruppe der Alkoholiker ein überzufälliger Unterschied ersichtlich. Der größte Teil der verheirateten Alkoholiker (78,7%) hatte eine Lehre oder Fachschule absolviert. Von den unverheirateten

waren es 53,8%. Unter ihnen war auch der Anteil der Personen höher, die keine Ausbildung haben (43,6% vs. 19,7%). Da jedoch ein Erwartungswert < 1 war, ist die Aussage nur eingeschränkt interpretierbar.

✓ **Probleme in der beruflichen Ausbildung**

Im Familienstand zeigten sich bei Problemen in der Ausbildung im "**Ausbildungswechsel**", "**Verhältnis zu Kollegen**", "**Verhältnis zu Vorgesetzten**" und bei "**sonstigen Problemen**" signifikante Unterschiede, wobei die **verheirateten** Patienten **weniger** Schwierigkeiten hatten. Dabei unterschieden sich aber die Diagnosegruppen in den genannten Problemen nicht, so daß ein **Einfluß der Alkoholiker nicht zu vermuten** ist.

In den Problemen durch "**Drogen / Alkohol**", "**Leistungsanforderungen**" und durch die "Summe der Probleme" unterschieden sich sowohl verheiratete und ledige Patienten (dabei hatten die **verheirateten** Patienten **weniger** Schwierigkeiten) und die Diagnosegruppen überzufällig. Die prozentualen Anteile der Verheirateten waren jedoch jeweils dem prozentualen Anteil der Alkoholiker, die ebenfalls weniger Schwierigkeiten vergleichbar, so daß ein **Einfluß der Alkoholiker auf das Ergebnis nicht ausgeschlossen werden kann**.

Innerhalb der Diagnosegruppen haben die Doppeldiagnose-Patienten in allen Punkten, in denen überzufällige Unterschiede auftraten, häufiger Schwierigkeiten (Probleme durch: Drogen /Alkohol, häufige Krankheit, Leistungsanforderungen und Summe der Probleme). Wenn der Einfluß der Partnerschaft auf die Probleme in der Ausbildung innerhalb der Diagnosegruppen untersucht wird, wird deutlich, daß im Familienstand innerhalb der Alkoholiker und der Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch in keinem der Punkte signifikante Unterschiede auftreten. Wenn sich Differenzen zeigen, haben die verheirateten Patienten weniger Schwierigkeiten als die ledigen. Durch das Problem "Drogen / Alkohol" unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten nie innerhalb der Diagnosegruppen.

✓ **Einschätzung der sozialen Anpassung vor Ausbruch der Erkrankung**

In allen vier Punkten, die das Ausmaß der sozialen Anpassung des Patienten vor seiner Erkrankung beschreiben, erreichten die gesamten jemals **verheirateten** Patienten und die **Alkoholiker** die **höchsten** Werte.

Innerhalb der Diagnosegruppen unterschieden sich die Schizophrenen Patienten bezüglich des Familienstandes in allen vier Punkten signifikant, wobei die jemals verheirateten Pati-

enten höhere Werte erreichten. Jedoch die Doppeldiagnose-Patienten mit schädlichem Gebrauch differierten im Zivilstand nie im Ausmaß der sozialen Anpassung. Bei der psychosexuellen Entwicklung unterscheiden sich alle drei restlichen Untergruppen. Immer wenn Differenzen sichtbar werden, erzielten die verheirateten Befragten bessere Werte.

Zusammenfassend scheint die prämorbidie Anpassung der jemals verheirateten Patienten besser zu sein als die der ledigen Patienten. Sowohl in Problemen in der Schulzeit als auch in Problemen in der Ausbildung fanden sich häufig Punkte, in denen die verheirateten Patienten weniger Schwierigkeiten hatten und in denen kein Einfluß durch die Alkoholiker zu vermuten ist.

In der **sozialen Anpassung** unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten in einem Punkt der Probleme im Berufsleben. Die jemals **verheirateten** Patienten hatten signifikant **weniger** Schwierigkeiten im „**Verhältnis zu Kollegen**“. In allen anderen überprüften Punkten (Compliance, Inanspruchnahme von Hilfe, Freundschaften, Schwierigkeiten im Berufsleben, berufliche Stellung, Relation zum Beruf, Einnahmequelle, Wohnsitz, Suizidalität) bestehen entweder im Familienstand keine Unterschiede oder die Differenzen sind nicht allein auf den Einfluß des Familienstandes, sondern auch auf die Diagnosegruppe zurückzuführen.

✓ **Der Suchtmittelkonsum**

In den folgenden Punkten unterschieden sich nur verheiratete und ledige Patienten, jedoch nicht die Diagnosegruppen signifikant: *Erstalter*, in dem der *Alkohol-* und der *Benzodiazepin-Konsum* begann und *Erstalter*, in dem *sonstiger Konsum* begann. Die **verheirateten** Patienten waren jeweils beim **Erstkonsum älter** als die ledigen. **In diesen Punkten liegt wahrscheinlich kein Einfluß durch die häufiger verheirateten Alkoholiker vor.** Hier können zwei grundsätzlich verschieden Überlegungen angestellt werden: Einerseits ist es möglich, daß die Ehe einen protektiven Faktor darstellt, welche den Erkrankungsbeginn hinauszögert, oder daß der Konsum durch die Ehe bedingt wurde.

In *Konsum in den letzten 4 Wochen* vor der Aufnahme unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten im Konsum von *Alkohol* und *Cannabis*. Entgegen meiner Annahme hatten die **verheirateten Patienten mehr Alkohol getrunken als die unverheirateten.** Dieser Umstand dürfte jedoch auf die häufiger verheirateten Alkoholiker zurückzuführen sein, da

sie häufiger Alkohol konsumiert hatten als die Doppeldiagnose-Patienten. Wenn der Familienstand innerhalb der Diagnosegruppen untersucht wird, ist kein Unterschied mehr zu erkennen. Beim **Cannabis**-Konsum verhielt es sich gegenteilig: Hier hatten die jemals **verheirateten** Personen, aber auch die Alkoholiker, **weniger** konsumiert.

Das *Hauptsuchtmittel der letzten vier Wochen* war bei den **verheirateten** Patienten und ebenfalls bei den Alkoholikern **Alkohol** gewesen. Auch in diesem Fall sind die Unterschiede im Familienstand auf die Alkoholiker zurückzuführen. Innerhalb der Diagnosegruppen sind im Zivilstand keine Differenzen nachweisbar.

In der *Höchstmenge* der Substanzen, die die Patienten konsumiert hatten, unterschieden sich ledige und verheiratete Personen nur im Alkoholkonsum. Auch hier hatten die **verheirateten** Befragten **höhere Mengen** an Alkohol konsumiert als die niemals verheirateten. Aber auch die Alkoholiker hatten höhere Mengen an Alkohol konsumiert als die Doppeldiagnose-Patienten. Betrachtet man wiederum den Familienstand innerhalb der Diagnosegruppen, sind keine Differenzen nachweisbar.

Sowohl jemals **verheiratete** Patienten aber auch die **Alkoholiker** hatten **häufiger Entzugssymptome**. Innerhalb der Diagnosegruppen sind im Zivilstand auch in diesem Fall keine Unterschiede zu erkennen.

Der *Stellenwert der Behandlung* war sowohl den jemals verheirateten Befragten als auch den Alkoholikern wichtig. Innerhalb der Diagnosegruppen läßt sich im Familienstand bezüglich der Wichtigkeit der Behandlung **keine** Differenz nachweisen.

Ebenfalls bei der *klinischen Diagnose eines Suchtmittelkonsums* schnitten die **verheirateten** Patienten überraschend **schlecht** ab. Bei ihnen und bei den Alkoholikern lag häufiger die Diagnose eines Suchtmittelkonsums vor. Aber auch hier sind die Differenzen nicht zu erkennen, wenn der Familienstatus jeweils innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen betrachtet wird.

MALT > 6 lag wieder bei verheirateten und Alkoholikern häufiger vor, die Differenz konnte jedoch innerhalb der Diagnosegruppen nicht beobachtet werden.

Verheiratete und Alkoholiker hatten häufiger *somatische Folgeerkrankungen* und es lag häufiger der *klinische Eindruck einer Suchtmittelproblematik* vor. In beiden Fällen ließ sich eine Differenz im Familienstand bei einer Aufsplitterung der Diagnosegruppen nicht mehr nachweisen.

Zusammenfassend wurden die **gesamten verheirateten Patienten in allen Parametern**, welche den Suchtmittelkonsum beschreiben und in denen beim Familienstand Unterschiede

ersichtlich wurden, **schlechter bewertet** (bis auf den Cannabiskonsum). Die häufiger verheirateten Alkoholiker schnitten jedoch in allen Fällen ähnlich schlecht ab und innerhalb der Diagnosegruppen waren in bezug auf den Zivilstand in allen Punkten keine Unterschiede mehr zu erkennen, so daß ein **Einfluß der Alkoholiker angenommen** werden muß.

Der Verlauf der Erkrankung

✓ Die stationären Behandlungen

Durch die *Anzahl der Monate der stationären Behandlung*, den *Verlauf der schizophrenen Erkrankung* und durch den *Schweregrad der Erkrankung* unterschieden sich die gesamten verheirateten Patienten **nicht** von den ledigen.

Doch in der *Anzahl der stationären Behandlungen* unterschieden sich verheiratete und ledige Patienten und auch die Diagnosegruppen. Die jemals **verheirateten** Patienten hatten eine **geringere** Anzahl an stationären Behandlungen als die ledigen. Die **wenigsten** Behandlungen hatten die **Alkoholiker**, die meisten die Doppeldiagnose-Patienten. Innerhalb der Diagnosegruppen traten im Familienstand aber keine Differenzen auf. (Auch hier beeinflussen wahrscheinlich die Alkoholiker das Ergebnis.)

Ebenfalls durch die *Dauer der stationären Behandlungen* unterschieden sich ledige und verheiratete Patienten und die Diagnosegruppen. Bei den jemals **verheirateten** Patienten und bei den **Alkoholikern** war die Dauer der stationären Aufenthalte **kürzer**. Wiederum traten innerhalb der Diagnosegruppen im Zivilstand keine Differenzen auf.

Ein eindeutiger Einfluß des Familienstandes auf den Erkrankungsverlauf ist also nicht zu verzeichnen.

✓ Die Fremdbeurteilung der Patienten

Die Einschätzung durch die *BPRS*, welche das psychopathologische Erscheinungsbild des Patienten beschreibt, zeigte in allen 5 Skalen (Angst/Depression, Anergie, Denkstörung, Aktivierung, Feindseligkeit und Mißtrauen) weder im Familienstand noch zwischen den Diagnosegruppen Unterschiede auf.

Wir schätzten die gesamten **verheirateten** Patienten global (*GAF*) **besser** ein als die ledigen Patienten. Die **Alkoholiker** erreichten **höhere Werte** als die Doppeldiagnose-Patienten, welche höhere Werte als die Schizophrenen erlangten.

In der Beurteilung der ausgewählten Itemgruppen des *SCAN* unterschieden sich verheirate-

te und niemals verheiratete Patienten in keiner der Itemgruppen bis auf das Item "**depressive Stimmung**", in dem die **verheirateten** Befragten etwas **höhere** Werte erreichten.

In der Fremdbeurteilung unterschieden sich die verheirateten und ledigen Patienten nur in der globalen Einschätzung (die verheirateten Patienten erreichten hier höhere Werte), jedoch ist dieser Unterschied nicht nur auf den Familienstand zurückzuführen, da auch die Alkoholiker in diesem Punkt besser bewertet wurden.

✓ **Die Selbsteinschätzung der Patienten**

In **keiner** der 10 Itemgruppen des FBF, anhand derer eine Selbsteinschätzung der Patienten erfolgt, unterschieden sich verheiratete und niemals verheiratete Patienten.

8. Literatur

- Breier A, Astrachan B M, Characterization of Schizophrenic Patients Who Commit Suicide. *Am J Psychiatry* 141: 206-209, 1984
- Barbee J G, Clark P D, Crapanzano M S et al.: Alcohol and Substance Abuse among Schizophrenic Patients Presenting to Emergency Psychiatric Service, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 177, No. 7
- Bromet E J, Schwartz J E, Fennig S, Geller L, Jandorf L, Kovaszney B, Lavelle J, Miller A, Pato C, Ram R, Rich C, The Epidemiology of Psychosis: The Suffolk County Mental Health Project. Vol. 18, No. 2, 1992
- Cetingök M, Chu C C, Park D B, The Effect of Culture on the Sex Differences in Schizophrenia, *The International Journal of Social Psychiatry* (1990) Vol. 36 No. 4, 272-279
- Cheng K K, Leung C M, Lo W H, Lam T H, Suicide Among Chinese Schizophrenics in Hong Kong, *British Journal of Psychiatry* (1989), 154, 243-24
- Feinstein E, Hahlweg K, Müller U und Dose M (1989) Fragebogenverfahren zur Erhebung des „Expressed-Emotion“-Maßes: Kurzverfahren zur Rückfallprognose bei psychiatrischen Patienten. In: Buchkremer G / Rath N (Hrsg) *Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten*, Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto, S. 39-45
- Fenton W S, McGlashan T H, Antecedents, Symptom Progression, and Long-Term Outcome of the Deficit Syndrome in Schizophrenia, *Am J Psychiatry* 1994; 151:351-356
- Franzek E, Beckmann H: Sex Differences and Distinct Subgroups in Schizophrenia. *Psychopathology* 1992; 25, 90-99
- Gureje O, Gender and schizophrenia: age at onset and sozidemographic attributes. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 402-405.
- Heinssen R K, McGlashan T H, Predicting Hospital Discharge Status for Patients With Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, Borderline Personality Disorder, and Unipolar Affektive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:353-360

- Körkel J, Lauer G (Hrsg.): Der Rückfall: Einführung und Überblick. In: der Rückfall des Suchtkranken. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1988
- Müller U, Hahlweg K, Feinstein E und Dose M (1986), Familieninteraktion und „Expressed Emotion“. In: Buchkremer G / Rath N (Hrsg)Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto, S. 47-51
- Nanko S, Moridaira J: Reproductive rates in schizophrenic outpatients. Act Psychiatr Scand 1993: 87: 400-404.
- Reich J, Thompson WD, Marital Status of Schizophrenic and Alcoholic Patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 173, No. 8, 499-502
- Soyka M, Albus M, Kathmann N et al.: Prevalenz of Alcohol and Drug Abuse in Schizophrenic Inpatients, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (1993) 242: 362-372
- Tien A Y, Eaton W W, Psychopathologic Precursors and Soziodemographic Risc Factors for the Schizophrenia Syndrome, Arch Gen Psychiatry-Vol 49, January 1992
- Walker E, Bettis B, Kai E: Relationship of Gender and Marital Status With Symptomatology in Psychotic Patients, Journal of Abnormal Psychology 1985, Vol. 94, No. 1, 42-50
- Zeiler J: Mißbrauch psychoaktiver Stoffe bei Schizophrenen, SUCHT 37, 229-239 1991

9. Anhang

9.1. Tabellen

Tabelle 43: Partnerschaft / Freunde

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Familienstand		***	n.S.
besteht z.Zt. Partnerschaft?		*	n.S.
max. Dauer e. Partnerschaft		*	***
Dauer letzte Partnerschaft		*	**
Anzahl der Kinder	***	***	*
Kinder im Haushalt	***	***	n.S.
Erstaufnahmealter	***	***	n.S.
Alter	***	***	n.S.
Anzahl d. Freunde	n.S.	n.S.	n.S.
Freunde m. Suchmittelprobl.	n.S.	***	n.S.
Freunde m. psychiatr. Problematik	***	***	n.S.

Tabelle 44: Compliance der Patienten

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Medikamenteneinnahme	n.S.	n.S.	*
Freiwilligkeit der Medikamenteneinnahme	n.S.	n.S.	n.S.
Einstellung zu Medikamenten	n.S.	**	n.S.
Aufnahmemodus	*	**	*
Anlaß der Klinikaufnahme	n.S.	***	n.S.

Tabelle 45: Inanspruchnahme v. Hilfe d. Alkoholiker u. Doppeldiagnose-Pat.

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Kontakt zu Beratungsst.	n.s.	***	n.s.
Anzahl d. Beratungen	n.s.	*	n.s.
Kontakt zu Selbsthilfegr.	***	***	n.s.

Tabelle 46: Probleme im Berufsleben

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Berufswechsel	n.s.	**	**
Verhältnis zu Kollegen	*	n.s.	n.s.
Drogen/ Alkohol	n.s.	***	*
häufige Krankheit	n.s.	n.s.	n.s.
Disziplin	n.s.	n.s.	n.s.
Verhältnis zu Vorgesetzten	n.s.	n.s.	n.s.
Leistungsanforder.	n.s.	**	n.s.
Summe der Probl.	n.s.	**	*

Tabelle 47: Berufstätigkeit / Wohnsitz

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
berufl. Stellung	***	***	**
Relation zum Beruf	***	**	n.s.
im erlernten Beruf tätig	***	**	n.s.
Einnahmequelle	***	***	n.s.
Lohnarbeit letzte 12 Monate	***	***	n.s.
Krankschreibung letzte 12 Monate	n.s.	n.s.	n.s.
Wohnsitz	***	**	*

Tabelle 48: Suizidalität u. Aggressivität

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Suizidgedanken	**	**	n.s.
Suizidpläne	n.s.	**	n.s.
Suizidversuche	n.s.	*	n.s.
Aggr. gegen Personen	n.s.	n.s.	n.s.
Aggr. gegen Gegenstände	n.s.	n.s.	n.s.
Autoaggr.	n.s.	*	n.s.

Tabelle 49: Probl. in d.Schule / Schulbild.

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Schulwechsel	**	*	n.s.
Verhältn. zu Mitsch.	***	n.s.	n.s.
Drogen/ Alkohol	***	***	*
Disziplin	**	*	**
Klasse wiederholt	***	n.s.	**
Verhältn. zu Lehrern	**	n.s.	*
Leistungsanforder.	n.s.	n.s.	n.s.
häufige Krankheit	n.s.	*	n.s.
sonstige Probleme	n. s.	**	n.s.
Summe der Probl.	***	*	*
Schulbildung	***	***	n.s.

Tabelle 50: Probl. in Ausbild. / berufl. Ausbild.

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Ausbildungswechsel	**	n.s.	*
Verhältn. zu Kollegen	**	n.s.	n.s.
Drogen / Alkohol	*	***	*
häufige Krankh.	n.s.	**	n.s.
Disziplin	n.s.	n.s.	n.s.
Verhältn. zu Vorgesetzten	***	n.s.	n.s.
Leistungsanforder.	***	***	n.s.
sonstige Probl.	*	n.s.	n.s.
Summe der Probl.	***	***	**
berufl. Ausbild.	***	***	n.s.

Tabelle 51: GAPAS

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
soziale Kontakte	**	***	n.s.
psychosexuelle Entwickl.	***	***	n.s.
allgem. Leistungsfähigk.	***	***	n.s.
Ablös. v. Elternhaus	***	***	n.s.

Tabelle 52: Suchtmittelkons. d. Pat.

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Alk.-Konsum letzte 4 Wo.	***	***	n.s.
Cannab.-Kons. letzte 4 Wo.	**	***	n.s.

Benzo.-Kons. letzte 4 Wo.	n.s.	n.S.	n.S.
sonstiger Kons. letzte 4 Wo.	n.s.	n.S.	n.S.
Nikotin-Kons. letzte 4 Wo.	n.s.	***	n.S.
Hauptsuchtm. letzte 4 Wo.	***	***	n.S.
Erstalter Alkoholkons.	***	n.S.	**
Erstalter Benzo.-Kons.	**	n.S.	n.S.
Erstalter sonstiges	*	n.S.	n.S.
Höchstmenge Alk.	***	***	n.S.
Höchstmenge Cannab.	n.s.	n.S.	n.S.
Höchstmenge Benzo.	n.s.	n.S.	n.S.
Trockenphasen ja/nein	n.s.	n.S.	n.S.
Dauer der Trockenphasen	n.s.	n.S.	n.S.
Dauer d. letzten Trockenphase	n.s.	n.S.	n.S.
Häufigk. eines Rausches	n.s.	***	n.S.
Entzugssymptome	***	***	n.S.
Häufigk.eines Delirs	n.s.	n.S.	n.S.
Stellenwert d. Behandl.	***	***	n.S.
klin. Diagn. d. Suchtmittelk. ja/nein	**	***	n.S.
MALT > 6	***	***	n.S.
harnfremde Stoffe im Urin	n.s.	n.S.	n.S.
somat. Folgeerkrank.	*	***	n.S.
Mißbrauch aktuell	n.s.	***	n.S.
Mißbrauch anamnest.	n.s.	*	n.S.

klin. Eindruck e. Suchtmittelproblematik	*	***	n.S.
---	---	-----	------

Tabelle 53: Compliance der Patienten

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Psychopharmaka-Einnahme	n.S.	n.S.	*
Aufnahme-Modus	*	***	*
Anlaß der Klinikaufnahme	n.S.	***	n.S.

Tabelle 54: Erkrankungsverlauf

	Heirat	Diagnosegruppe	Geschlecht
Anzahl stat. Behandl.	*	***	n.S.
Anzahl d. Monate d. stat. Behandl.	n.S.	**	n.S.
Dauer d. stat. Behandl	***	***	n.S.
Verlauf d. schizophr. Erkrankung	n.S.	n.S.	n.S.
Schweregrad d. Erkrank.	n.S.	n.S.	n.S.

Tabelle 55: Kinder / Freunde Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel- Diag.-Pat. mit schäd- Gebrauch	Doppel- Diag.-Pat. mit Abhän- gigk.
Anzahl der Kinder	***	***	*	***
Kinder im Haushalt	n.s.	***	Alle Pat. keine Kinder im H.	**
Erstaufnahmealter	***	***	n.s.	*
Freunde m. psychiatr. Problematik	n.s.	n.s.	n.s.	*

Tabelle 56: Berufstätigkeit / Wohnsitz Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	Schizophr.	Doppel.-Diag.- Pat. mit schäd- gebrauch	Doppel.-Diag.- Pat. mit Ab- hängigk.
berufl. Stellung	n.s.	n.s.	n.s.	*
Relation zum Beruf	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
im erlernten Beruf tätig	n.s.	n.s.	*	n.s.
Einnahmequelle	*	n.s.	n.s.	n.s.
Wohnsitz	*	n.s.	*	*
Lohnarbeit letzte 12 Monate	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 57: Suizidalität / Aggressivität Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel.-Diag.-Pat. mit schäd. Ge- brauch	Doppel.-Diag.-Pat. mit Abhängigk.
Suizidgedanken	n.s.	n.s.	n.s.	*

Tabelle 58: Probleme in Schule / Schulbild. Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel.-Diag.- Pat. mit schäd. Gebrauch	Doppel.-Diag.- Pat. mit Abhän- gigk.
Schulwechsel	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Drogen / Alkohol	*	Hier alle Pat. keine Probleme	n.s.	*
Disziplin	**	n.s.	n.s.	n.s.
Summe der Probleme	**	*	n.s.	*
Schulbildung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 59: Probleme in Ausbild. / berufl. Ausbild. Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel.-Diag.- Pat. mit schäd. Gebrauch	Doppel.-Diag.- Pat. mit Ab- hängigk.
Drogen / Alkohol	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Leistungsanforderungen	n.s.	*	n.s.	*
Summe der Probleme	n.s.	n.s.	n.s.	*
berufl. Ausbildung	*	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 60: GAPAS / Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel-Diag.-Pat. mit schädli. Gebrauch	Doppel-Diag.-Pat. mit Abhängigk.
soziale Kontakte	n.s.	*	n.s.	n.s.
psychosexuelle Entwicklung	*	***	n.s.	***
allgemeine Leistungsfähigkeit	**	*	n.s.	n.s.
Ablösung vom Elternhaus	n.s.	***	n.s.	*

Tabelle 61: Suchtmittel-Konsum / Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel-Diag.-Pat. mit schädli. Gebrauch	Doppel-Diag.-Pat. mit Abhängigk.
Alkoholkonsum letzte 4 Wochen	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
Hauptsuchtmittel letzte 4 Wochen	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
Höchstmenge Alkohol	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
Entzugssymptome	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
Stellenwert der Behandlung	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
klin. Diagnose d. Suchtmittelkons. ja/nein	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
MALT > 6	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
somat. Folgeerkrankungen	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.
klin. Eindruck einer Suchtmittelproblematik	n.s.	entfällt	n.s.	n.s.

Tabelle 62: Compliance / Heirat und Untergruppen

	Alkoholiker	schizophr. Pat.	Doppel.-Diag.-Pat. mit schädli. Ge- brauch	Doppel.-Diag.-Pat. mit Abhängigk.
Aufnahme-Modus	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle 63: Erkrankungsverlauf / Heirat und Untergruppen

	Alkoholi- ker	schizophr. Pat.	Doppel.- Diag.-Pat. mit schädli. Gebrauch	Doppel.- Diag.-Pat. mit Ab- hängigk.
Anzahl der stationären Behandlungen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dauer der stationären Behandlungen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

9.2. Score sheet für die aus der ICG ausgewählten Itemgruppen des Projekts Psychose und Sucht

- IG 11: spezielle Formen depressiver Stimmungen
- IG 12: depressive Stimmung
- IG 13: depressive Wahnvorstellungen oder Halluzinationen
- IG 14: Wahnvorstellungen über den eigenen Körper
- IG 15: gesteigertes subjektives Funktionieren
- IG 16: subjektiv beschleunigtes Tempo
- IG 17: expansive Stimmung
- IG 18: expansive Wahnvorstellungen oder Halluzinationen
- IG 19: Hyperaktivität
- IG 20: Wahrnehmungsstörungen
- IG 21: unspezifische akustische Halluzinationen
- IG 22: unspezifische visuelle Halluzinationen
- IG 23: unspezifisch psychotisch
- IG 24: nicht-affektive akustische Halluzinationen
- IG 25: Denkstörungen
- IG 26: Kontrollwahn
- IG 27: bizarre Wahnvorstellungen und Interpretationen
- IG 28: verschiedenartige Wahnvorstellungen
- IG 29: wahnhafte Beziehungsideen
- IG 30: Verfolgungswahn
- IG 31: emotionale Unruhe
- IG 39: motorische Retardierung
- IG 40: katatones Verhalten

9.3. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Sabine Fieger-Bergmann, geboren am 01.12.1964 in Hamburg
Anschrift: Ordulfstraße 50, 22459 Hamburg

Schulbildung:

07/ 1971 - 06/ 1975 : Grundschule Barmbeker Straße
07/ 1975 - 07/ 1977 : Beobachtungsstufe in der Schule Barmbeker Straße
08/ 1977 - 06/ 1984 : Lohmühlen - Gymnasium
1. Juni 1984 : Abitur

Hochschulbildung:

04/ 89 - 03/ 96: Universität Hamburg: Studiengang Humanmedizin
09/ 91 : Ärztliche Vorprüfung
09/ 93 : 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
04/ 96: 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
06/ 97: 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
26.03.1999 Approbation als Ärztin

Praktisches Jahr:

04/ 96 - 08/ 96: AK St. Georg, Abteilung für Innere Medizin
08/ 96 - 12/ 96: AK Barmbek, Abteilung für Neurologie
12/ 96 - 03/ 97: AK St. Georg, Abteilung für Chirurgie

ÄiP-Tätigkeit:

01.08.1997 - 31.01.1998 in der VII. Abteilung des Klinikum Nord / Ochsenzoll, die die
abgegrenzten Funktionsbereiche legale und illegale Drogen
umfaßt

Tätigkeit als Assistenzärztin:

01.04.1999 – 31.7.1999 in der VII. Abteilung des Klinikum Nord / Ochsenzoll, Psych.
75, Entgiftungsstation für legale Drogen
seit 01.08.1999 in der VII. Abteilung des Klinikum Nord / Ochsenzoll, Sucht-
ambulanz

Hamburg, den 06.07.2000

9.4. Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei allen PatientInnen, die sich für die Interviews im Projekt Psychose und Sucht zur Verfügung gestellt haben, bedanken.

Danken möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Michael Krausz und meinen Betreuern Frau Evelyn Gottwalz für Auskünfte und Anregungen und Herrn Reinhard Maaß für die Beratung in statistischen Fragen sowie den anderen DoktorandInnen unseres Seminars, insbesondere für das Statistikseminar.

Schließlich möchte ich mich herzlich bei meinen Eltern und meiner Schwester für ihre „moralische Unterstützung“ und meinem Mann seine Hilfe beim Erlernen der Textverarbeitung am PC bedanken.

ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.