

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. D. Naber

„Selbst- und fremdberichtete Krankheitseinsicht, Symptomatik und Lebensqualität bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis“

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin dem
Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Claudia Osterwald

Hamburg 2012

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
am:03.06.2013

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:

PD Dr. A. Karow

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:

Prof.Dr. M. Lambert

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:

PD Dr. B. Watzke

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretischer Hintergrund	8
2.1	Schizophrene Störungen	8
2.1.1	Epidemiologie der Schizophrenie	8
2.1.2	Ätiologie der Schizophrenie	9
2.1.3	Diagnose schizophrener Störungen	11
2.1.4	Inhaltliche Erläuterung charakteristischer Symptome der Schizophrenie	12
2.1.4.1	Wahn	13
2.1.4.2	Halluzinationen	15
2.1.4.3	Störungen des Ich-Erlebens	16
2.1.4.4	Formale Denkstörungen	16
2.1.4.5	Störungen der Affektivität	17
2.1.4.6	Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	17
2.1.5	Verlauf und Prognose	17
2.2	Die Bedeutung von Lebensqualität im Allgemeinen sowie die Bedeutung von Lebensqualität für die Krankheitseinsicht bei Schizophrenie	19
2.3	Begriffsbildung/ Entwicklung und Interpretationen von Krankheitseinsicht	20
2.4	Die Ätiologie fehlender Krankheitseinsicht bei Schizophrenie	23
2.4.1	Neurokognitive/Neurobiologische Defizite	25
2.4.2	Psychologische Erklärungsmodelle	27
2.4.3	Kulturelle Interpretationen der Einsicht bei Schizophrenie	30
2.4.4	Zusammenhänge von Psychopathologie und Krankheitseinsicht	31
2.4.5	Subjektive Krankheitskonzepte	33
2.5	Messbarkeit von Einsicht	37
2.6	Therapeutische Möglichkeiten zur Herbeiführung von Krankheitseinsicht	38
2.7	Fragestellung	42
3	Methodik	44
3.1	Probanden und Methodik	44
3.2	Instrumente	45
3.2.1	Soziodemographie	45
3.2.1.1	Beschreibung des soziodemographischen Fragebogens	45
3.2.2	Psychopathologie	46
3.2.2.1	Beschreibung der PANSS	46

3.2.3	Krankheitseinsicht	48
3.2.3.1	Beschreibung der Insight-Scale	48
3.2.3.2	Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)	48
3.2.4	Lebensqualität	50
3.2.4.1	Beschreibung des MSLQ	50
3.3	Dateneingabe und Auswertung der Ergebnisse	51
4	Ergebnisse	52
4.1	Allgemeine Daten/Stichprobe	52
4.2	Korrelationen zwischen Krankheitseinsicht, Lebensqualität und Psychopathologie	57
4.2.1	Subskalen selbstbewerteter Krankheitseinsicht (Insight) vs. Lebensqualität	57
4.2.2	Subskalen fremdbewerteter Krankheitseinsicht (SUMD) vs. Lebensqualität	58
4.2.3	Einsicht insgesamt (selbst und fremd) sowie Einsicht PANSS vs. Lebensqualität	58
4.2.4	Einsicht vs. PANSS Syndrome	60
4.2.5	Insight vs. SUMD vs. Einzelitem PANSS G12 und G6	60
4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	63
5	Diskussion	64
5.1	Ergebnisdiskussion	64
5.2	Kritik und Anschlussmöglichkeiten für weitere Forschung	70
5.3	Behandlungsvorschläge	72
6	Zusammenfassung	76
7	Literaturverzeichnis	77
8	Danksagung	91
9	Lebenslauf	92
10	Eidesstattliche Versicherung	93
11	Anhang	94

Einleitung

Fehlende Krankheitseinsicht gilt als richtungsweisender Faktor für eine ungünstige Verlaufsentwicklung bei der Schizophrenie. Fehlende Krankheitseinsicht liegt vor, wenn erstens die Anerkennung der Symptome durch den Betroffenen fehlt, zweitens der Betroffene seine Symptome nicht auf eine psychische Erkrankung zurückführt und drittens er die Notwendigkeit einer Medikation nicht anerkennt. Auf diese Weise verhindert fehlende Krankheitseinsicht einen verantwortungsvollen Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung. Zudem begünstigt sie Therapieabbrüche und führt zu wiederholten Krankenhausaufenthalten mit einer erheblichen Erschwerung der sozialen sowie beruflichen Reintegration (McEvoy et al. 1989, Schwartz et al. 1997).

Häufige Therapieabbrüche und inkonsequente Medikamenteneinnahmen, auch als „Non-Compliance“ benannt, stellt ein weit verbreitetes Phänomen in vielen medizinischen Fachgebieten dar und ist kein spezifisches Problem der Psychiatrie. Dennoch, die „Non-Compliance“ Raten bei der Schizophrenie sind immens. Nach neueren Studienergebnissen setzen bereits 48% der Patienten unmittelbar nach Entlassung die empfohlene Medikation wieder ab und insgesamt 74% der Patienten nach einem zwei Jahresintervall (Weiden et al. 1989). Vor dem Hintergrund, dass jede Exazerbation der schizophrenen Erkrankung ein hohes suizidales Risiko in sich birgt (Resch & Strobl 1989), sowie mit jedem Rückfall von einer Verlängerung der Remissionsphase und einer zunehmenden Residualsymptomatik auszugehen ist (Liebermann et al. 1996), können diese Zahlen nicht schwer genug gewichtet werden.

Mit der Einführung der Atypika in den 1990er Jahren erhofften sich Kliniker über die Reduktion unerwünschter Nebenwirkungen einerseits, sowie eine effizientere Symptomreduktion andererseits, eine höhere Toleranz der Patienten gegenüber Psychopharmaka. Die Verbesserung der subjektiv bewerteten Funktionalität und Lebensqualität sollte mehr Berücksichtigung finden. Auch wenn nach neueren Studien die sogenannten „second generation antipsychotics“ diesen hohen Erwartungen nicht generell standhalten konnten (Naber & Lambert 2009), so haben sie dennoch eine Wende in den Erwartungen an die

Schizophreniebehandlung bewirkt. Die sogenannte ressourcenorientierte Behandlung mit vermehrter Berücksichtigung individueller Aspekte des Patienten trat in den Vordergrund. Erreichbares bei der Behandlung schizophrener Patienten wurde neu definiert (Remington et al. 2010): Die Vorstellung einer gelungenen Schizophrenietherapie erhielt eher die Gestalt eines individuellen Entwicklungsprozesses zwischen Patient und Therapeut (Remington et al. 2010).

Als ein Baustein eines solchen Therapieverständnisses gilt die Krankheitseinsicht. Dabei lässt sich die entscheidende Frage, ob fehlende Krankheitseinsicht eher ein Symptom oder doch ein eigenständiges Phänomen darstellt, bis heute nicht eindeutig klären. Vieles spricht nach neuesten Erkenntnissen dafür, dass Krankheitseinsicht für ein vielschichtiges Denkmodell steht, welches sich mit den persönlichen Erlebnissen beziehungsweise mit der Lebensgeschichte des Menschen wandelt (Bottlender & Hloulcal 2010). Sie stellt demnach eine Quelle dar, um die Prognose zu verbessern. Deshalb ist sie aus gutem Grund Gegenstand der aktuellen Forschung. Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Lebensqualität schizophrener Patienten untersucht haben, liefern allerdings äußerst kontroverse Ergebnisse: Einige Studien konnten negative Zusammenhänge zwischen einer hohen Krankheitseinsicht und der Lebensqualität feststellen, z.B. im Sinne einer Verschlechterung der depressiven Stimmung und des Selbstwertes von Patienten. Zugleich lässt sich aber auch ein verantwortungsvollerer Umgang mit sich und der Erkrankung sowie eine regelmäßige Medikamenteneinnahme ableiten (Staring et al. 2009). Häufig konnten allein negative Assoziationen hergestellt werden. So zeigte sich z.B. eine deutliche Verschlechterung des subjektiven Wohlbefindens (Hasson-Ohayon et al. 2006) sowie speziell ein höheres Maß an Angst, Besorgnis und Hoffnungslosigkeit mit höherer Krankheitseinsicht assoziiert (Lysaker & Salyers 2007). Wiederum andere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen fehlender Krankheitseinsicht und einem ungünstigen Verlauf der Schizophrenie herstellen (McEvoy et al. 1989, Schwartz et al. 1997).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es deshalb, die Auswirkungen von Krankheitseinsicht auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität

schizophren kranker Patienten näher zu untersuchen. Dabei sollen sowohl die Lebensqualität als auch die Krankheitseinsicht von den Patienten selbst eingeschätzt und bewertet werden. Die Selbsteinschätzung der Krankheitseinsicht wird dann einer Fremdeinschätzung durch die Untersucher gegenübergestellt, um mögliche Unterschiede feststellen zu können. Indem diese Arbeit das subjektive Krankheitserleben beleuchtet, möchte sie die Bereitschaft des Patienten zur Behandlungskooperation besser verstehen. Auch, so ist die Idee, könnte darüber der Begriff der Krankheitseinsicht verständlicher werden.

Weiterhin soll der Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Psychopathologie näher untersucht werden. Es erscheint zunächst plausibel, dass ein Patient mit ausgeprägter Positivsymptomatik (wie z.B. Wahn oder Halluzinationen) weniger Krankheitseinsicht entwickelt als ein Patient mit geringer ausgeprägter Symptomatik. Korreliert also die Schwere der Symptomatik mit der Krankheitseinsicht?

Die Untersuchung dieses Zusammenhangs ist ebenfalls Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Für eine differenzierte Bewertung dieser Zusammenhänge seien im Folgenden die Epidemiologie, Ätiologie, Psychopathologie sowie Verlauf und Prognose der Schizophrenie nach aktuellem Wissensstand dargestellt. Weiter wird der Begriff der Lebensqualität erläutert und in Bezug zur Krankheitseinsicht diskutiert. Dem Begriff der Krankheitseinsicht wird ein ausführliches Kapitel gewidmet, angelehnt an den aktuellen Forschungsstand zu diesem Thema.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Schizophrene Störungen

2.1.1 Epidemiologie der Schizophrenie

Der Begriff der Schizophrenie umschreibt eine Vielzahl von Störungsbildern, die sich durch eine Veränderung der Wahrnehmung, des Denkens, des Fühlens sowie ungewöhnliche Verhaltensweisen auszeichnen (Naber & Lambert 2004, S.15). Dabei darf bei einem schizophren kranken Menschen weder eine Beeinträchtigung des Bewusstseins noch eine erkennbare hirnorganische Erkrankung nachweisbar sein (Scharfetter 1995, S.34). Abhängig von dem psychopathologischen Befund werden die schizophrenen Psychosen in Subtypen unterteilt (Naber & Lambert 2004, S.15). So wird die paranoide Schizophrenie (gekennzeichnet überwiegend durch Halluzinationen und Wahnvorstellungen), von der hebephrenen Schizophrenie (gekennzeichnet durch Störungen von Gedankenabläufen, Affekten und Antrieb) und schliesslich der katatonen Schizophrenie (mit überwiegend motorischen Einschränkungen, Zurückgezogenheit und Vernachlässigung des Äußeren) unterschieden. Die Prävalenz (Gesamtzahl aller Krankheitsfälle) der schizophrenen Erkrankung liegt bei 0,5-1%, unabhängig von der Herkunft und dem soziokulturellen Hintergrund des Patienten (Häfner 1993). Die jährliche Inzidenz (Häufigkeit einer neu aufgetretenen Schizophrenie) liegt bei 0,05% (Häfner 1993). Beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen (Häfner 1993). Männer erkranken durchschnittlich im Alter von 21 Jahren, Frauen in etwa fünf Jahre später (Sartorius et al. 1986). Der Ersterkrankungszeitpunkt liegt bei über 50% aller Schizophrenien zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr (Häfner et al. 1991). Das Morbiditätsrisiko (die Wahrscheinlichkeit im Laufe eines Lebens an Schizophrenie zu erkranken) liegt bei ungefähr 1% (Scharfetter 1995, S.123). Als bewiesen gilt, dass an einer Schizophrenie erkrankte Patienten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe im Laufe ihres Lebens sozial absteigen (Hare et al. 1972). Dieser Prozess wird in der Wissenschaft mit Hilfe der sogenannten „Drift-Hypothese“ beschrieben. Die Überlegung, dass sich die Schizophrenie weit häufiger in sozial schwachen Strukturen entwickelt, gilt damit als überholt. Epidemiologische Studien, welche die Häufigkeit der Schizophrenie in neun verschiedenen Zentren der Welt (Nord- und Südamerika, Asien, Afrika, Europa)

untersuchten, konnten zeigen, dass die Gesamthäufigkeit der schizophrenen Erkrankung ähnlich ist (Jablensky & Sartorius 1988, WHO 1973, 1979). Allerdings wurden in Entwicklungsländern, wie Nigeria oder Indien, seltener chronisch verlaufende Schizophrenien verzeichnet als in Europa oder den USA (Sartorius et al.1977).

2.1.2 Ätiologie der Schizophrenie

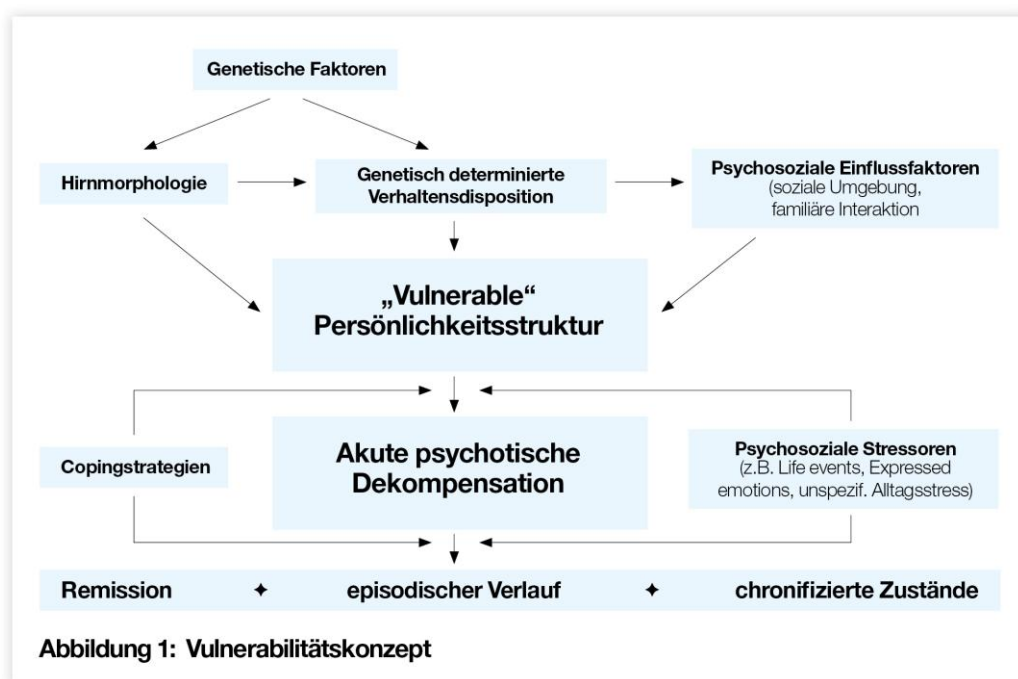
Trotz enormer Fortschritte um die Erforschung von Entstehungsmechanismen der Schizophrenie ist ihre Ätiologie noch immer nicht eindeutig belegt. Nach aktuellem Wissensstand stellt die Schizophrenie eine deskriptive Diagnose dar, welche bei Nachweis typischer Symptome für einen vorgeschriebenen Mindestzeitraum gestellt werden kann. Gängige Fachliteratur geht von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese aus. Dabei steht im Zentrum des theoretischen Konzeptes die sogenannte „vulnerable“ (anfällige) Persönlichkeit. Als ein Meilenstein in der Entwicklung von Modellen zur Krankheitsentstehung gilt daher das von Zubin und Spring entwickelte Vulnerabilitätskonzept der Schizophrenie (Zubin & Spring 1977). Vererbte Faktoren, hirnmorphologische Veränderungen sowie psychosoziale Einflußfaktoren beeinflussen die Ausbildung einer sogenannten vulnerablen Persönlichkeit (Zubin & Spring 1977). Diese bestehende Verletzbarkeit (Vulnerabilität) des Individuums ist ihrer Ansicht nach die entscheidende Voraussetzung für die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung, nicht die Erkrankung selbst. Sie ist permanent vorhanden, sozusagen ein Merkmal der Person und kann jederzeit, ausgelöst durch sogenannte „Stressoren“ (Umweltfaktoren), den Ausbruch einer psychotischen Episode verursachen. Werden also individuelle Bewältigungsmechanismen des Patienten überstiegen, wird eine psychotische Episode - im Sinne einer Überforderungssituation - ausgelöst (Zubin & Spring 1977).

Seit 1977 folgten diverse Weiterentwicklungen des Vulnerabilitätsmodells (Nuechterlein & Dawson 1984, Libermann 1986, S. 201-215, Mirsky & Duncan 1986 u.a.). In dem Versuch dem komplexen Bedingungsgefüge besser gerecht werden zu können, versuchten die Autoren Nuechterlein und Dawson z.B. 1984 die Umweltfaktoren näher zu spezifizieren und entwickelten das „Heuristische

Vulnerabilitäts-Stressmodell schizophrener Episoden“ (Nuechterlein & Dawson 1984). Später, unter Berücksichtigung der individuellen Bewältigungsstrategien und Bedeutung dieser als Schutzfunktion, entstand das „Vulnerabilitäts-Stress Coping Kompetenzmodell“ (Nuechterlein et al.1994). „Coping“ beschreibt das Bewältigungsrepertoire des Einzelnen im Falle einer auftretenden Belastungssituation, und „Kompetenz“ meint die Fähigkeit, diese dann gezielt einsetzen zu können.

In der folgenden Abbildung 1. ist eine von Möller und Deister modifizierte Variante des Vulnerabilitäts-Stress Modells dargestellt, welche die Wechselwirkungen und Beziehungen verschiedener Faktoren in der Ätiopathogenese der Schizophrenie wie folgt beschreibt (vergleiche hierzu Abbildung 1):

Abbildung 1: Vulnerabilitätskonzept modifiziert nach Möller und Deister 1997



Bestimmte Merkmale und Eigenschaften, die die strukturelle Beschaffenheit des Gehirns sowie bestimmte Verhaltensweisen eines Menschen beeinflussen, werden vererbt. Hinzu kommt der Einfluß durch das soziale Umfeld sowie durch Umgangsformen innerhalb der Familie. Diese Umstände bilden gemeinsam die Grundlage für die Entwicklung eines verletzlichen, anfälligen Menschen (vulnerable Persönlichkeit). Treten besonders belastende Lebensereignisse auf,

welche die persönliche Bewältigungsfähigkeit übersteigen, kommt es zu einer psychotischen Erkrankung, einem Zusammenbruch. Wie schnell sich der Patient erholt, und ob es zu wiederkehrenden oder zu schweren, langwierigen Verläufen der Erkrankung kommt, hängt von dem Ausmaß der Überforderung und weiteren Hilfsquellen, wie z.B. Freunden und Familie, ab (Möller et al. 2003, S.1053).

2.1.3 Diagnose schizophrener Störungen

Neben Modellen, welche nach aktuellem Wissenstand die Ätiologie der Schizophrenie zu benennen versuchen, spielt die Klassifikation der schizophrenietypischen Symptomatik für die Diagnosefindung eine bedeutende Rolle. Aufgrund der Vielfalt und Heterogenität schizophrener Symptomatik existieren unterschiedliche Kategorisierungsmodelle. In dem Versuch, der Komplexität gerecht zu werden wurden operationalisierte Kriterien geschaffen, welche eine gewisse Versachlichung und „ätiologische Neutralität“ erlauben. Dabei ist „eine Diagnosestellung nur erlaubt, wenn die Patienten eine Reihe von eng definierten Kriterien erfüllen (Einschlusskriterien) bzw. bestimmte Kriterien mit Sicherheit nicht zutreffen (Ausschlusskriterien)“ (Naber & Lambert 2004, S.31).

Als ein Vorreiter für die heute übliche kriterienorientierte Diagnostik kann Kurt Schneider gelten. Er unterteilte die Symptomatik in Symptome ersten und zweiten Ranges. Einzelne Symptome werden hierbei gewichtet. So gelten als Symptome ersten Ranges akustische Halluzinationen, Leibhalluzinationen, schizophrene Ich-Störungen sowie Wahnwahrnehmungen. Tritt bei physischer Gesundheit ein Symptom ersten Ranges auf so darf die Diagnose einer Schizophrenie gestellt werden. Als Symptome zweiten Ranges hat Kurt Schneider den Wahneinfall, sonstige Halluzinationen (z.B. optisch, olfaktorisch, gustatorisch oder zönästhetisch) und die einfache Eigenbeziehungen benannt (Schneider 2007, S. 63).

Ein weiterer Versuch die Symptomatik zu systematisieren, erfolgte durch die Einteilung in sogenannte Positiv-und Negativsymptome.

Als Positivsymptome werden halluzinatorische Erlebnisse, Wahnphänomene, formale Denkstörungen (insbesondere Zerfahrenheit) sowie ausgeprägt desorganisiertes Verhalten bezeichnet. Den Negativsymptomen hingegen werden

Eigenschaften wie Sprachverarmung (Alogie), Affektverflachung, Interessen- und Initiativverlust (Apathie), Anhedonie (Verlust der Lebensfreude), sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitsstörungen zugeordnet (Andreasen 1982).

Die Negativsymptomatik ist besonders charakteristisch für die chronisch verlaufende Schizophrenie, tritt aber auch in Akutstadien auf (Carpenter et al. 1988, Bottlender et al. 1999).

Die Diagnosestellung der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erfolgt heute nahezu überall anhand des operationalisierten Klassifikationssystems der International Classification of Diseases der WHO in der zehnten Version, ICD-10 (Dilling et al. 2009). Diesen Kriterien folgend sollte ein Symptom ersten Ranges nach Schneider für die Schizophreniediagnose ausreichen, während minimal zwei Symptome zweiten Ranges vorhanden sein müssen (Dilling et al. 2009). Einem weiteren Klassifikationssystem folgend, dem Diagnostic Statistical Manual of Psychiatric Diseases der American Association of Psychiatry in der vierten Version, DSM-IV (APA 2000), sind hingegen zwei aus einer Liste von fünf Symptomen erforderlich (Wahn, Halluzination, desorganisierte Sprache, massiv desorganisiertes Verhalten oder katatone Symptome, Negativsymptome), welche die meiste Zeit während eines Monats bestehen müssen. Zusätzlich werden deutliche Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich gefordert (APA 2000). Als wesentliches Merkmal führen beide Systeme die Dauer des Bestehens bestimmter Symptome, den Ausschluss organischer Erkrankungen sowie den Einfluss von Drogen oder anderen Substanzen, auf (Dilling et al. 2009, APA 2000). Grundsätzlich sollte als Basis diagnostischer Überlegungen neben der zu Beginn freien, dann standardisierten Erfassung psychopathologischer Symptome eine ausführliche Erhebung der biographischen und krankheitsbezogenen Vorgeschichte sowie eine internistische und neurologische Voruntersuchung erfolgen (Naber & Lambert 2004, S.33).

2.1.4 Inhaltliche Erläuterung charakteristischer Symptome der Schizophrenie

Das Erscheinungsbild der schizophrenen Erkrankung ist vielfältig. Ebenso existieren vielfältige Ansätze zur Kategorisierung der Symptomatik. Im Folgenden wird die oben erwähnte Einteilung in Positiv- und Negativsymptomatik aufgegriffen. Angelehnt an die Fragestellung der Arbeit

wird die Negativsymptomatik nur kurz gelistet, während im Weiteren einzelne Positivsymptome ausführlicher definiert werden sollen.

Neben den Positiv-und Negativsymptomen seien schließlich noch die sogenannten formalen Denkstörungen, die affektiven sowie kognitiven Syndrome erwähnt.

Kennzeichnend für die Negativsymptomatik sind die sogenannten sechs A-Symptome (Andreasen 1982):

<i>Alogie:</i>	Verarmung der Sprache, Verlängerung der Antwortlatenz als Ausdruck einer gestörten Kommunikationsfähigkeit.
<i>Affektverflachung:</i>	Verarmung des Fühlens sowie der emotionalen Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit.
<i>Apathie:</i>	Mangel an Energie und Antrieb, Interesselosigkeit, Abschwächung des Willens.
<i>Anhedonie:</i>	Unfähigkeit, Vergnügen oder Freude zu empfinden.
<i>Asozialität:</i>	Eingeschränkte oder fehlende Konfliktfähigkeit und dadurch Mangel an sozialen Interaktionen.
<i>Aufmerksamkeitsstörungen:</i>	Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit.

Kennzeichnend für die schizophrene Positivsymptomatik sind (Andreasen 1982):

- Wahn
- Halluzinationen
- Ich-Störungen

die im Folgenden ausführlich erläutert werden:

2.1.4.1 Wahn

Scharfetter definiert den Wahn wie folgt: „Wahn ist eine private und privative lebensbestimmende Überzeugung eines Menschen von sich selbst und seiner Welt“ (Scharfetter 2010, S. 212).

Charakteristisch für den Wahn ist eine Unmögliche, Unwahrscheinliche oder falsche Überzeugung an der mit einer Grundsätzlichkeit festgehalten wird, die keinen Platz für Korrekturen oder Berichtigungen durch die Außenwelt zulässt

(Naber & Lambert 2004, S.16). Der Wahnkranke hält dabei auch an seiner Überzeugung fest, wenn deutliche Argumente gegen seine Wahrnehmung aufgezeigt werden, lässt sich also durch offensichtliche Widersprüche nicht beirren (Naber & Lambert 2004, S.16). Der Patient ist damit per definitionem uneinsichtig. Fehlende Krankheitseinsicht gilt als kennzeichnend für einen sich im Wahn befindenden Menschen. Die hiermit beschriebene Symptomatik des Wahns lässt erahnen, wie schwierig es ist, einen Zugang zu diesen Menschen zu finden, schließlich haben sie selbst den Anschluss an die Realität verloren. Dies macht das Erlangen einer „Compliance“, also einer im Akutstadium gewünschten konsequenten medikamentösen Behandlung extrem schwierig. Die Entwicklung eines starren, unverrückbaren Wahns oder Wahnsystems lässt sich häufig anhand einer typischen Wahnentwicklungsgeschichte herleiten. Zu Beginn steht meist eine sich unklar veränderte Spannung, Atmosphäre der Umwelt. Es ist „etwas in Bewegung“, ohne dass dieses „etwas“ von den Betroffenen genau benannt werden könnte. Dieses Phänomen beschreibt die sogenannte *Wahnstimmung*. In Folge ist der Patient auf der Suche nach Erklärungen, Beweisen für sein diffuses, seltsames Erleben. Er deutet, rätselt und sucht nach Zusammenhängen, bildet Verknüpfungen und Beziehungen. Er arbeitet (*Wahnarbeit*). Schliesslich treten erste *Wahnwahrnehmungen* auf, welche den gesuchten Beweis für das anfänglich diffuse Erleben liefern. Dabei deutet der Patient Wahrnehmungen in einer falschen, anormalen, sehr Ich-bezogenen Weise. Entwickelt der Patient darüber hinaus weitere gedankliche Zusammenhänge zu realen oder nicht realen, krankhaften oder gesunden Wahrnehmungen, so spricht die Fachwelt von einem *systematisierten Wahn*. Ein plötzlicher Gedanke, ohne besondere Wahrnehmung wird als *Wahneinfall* bezeichnet (Naber & Lambert 2004, S.16, Scharfetter 2010, S. 214). Inhaltlich kann sich ein Wahn mit sehr unterschiedlichen Lebensbereichen befassen. So handeln die Wahnbedeutungen von Schuld, Verwesung und Tod, Krankheit, Verarmung oder Verwandlung (wahnhafte Metamorphose) u.a. (Scharfetter 2010, S.217-219). Nach Scharfetter sind drei Formen des Verhältnisses zwischen Wahnwirklichkeit und Realität möglich. Erstens, der Wahn ersetzt die Realität, zweitens, der Wahn existiert neben der „gemeinsam mitmenschlichen Realität“ oder aber drittens die Wahnwirklichkeit vermischt sich mit der Realität (Scharfetter 2010, S. 215).

Hat sich ein Wahnsystem einmal verfestigt, so ist der Patient alleine nicht mehr fähig diesen Standpunkt zu wechseln, einen Gesichtspunktwechsel zu vollziehen (Scharfetter 2010, S. 226). Der Wahnkranke stellt damit eine große Herausforderung für die Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses dar.

2.1.4.2 Halluzinationen

Halluzinationen, auch „Trugwahrnehmungen“ genannt, können alle Sinnesgebiete des Menschen betreffen. So unterscheidet man zwischen akustischer, optischer, olfaktorischer oder gustatorischer, taktiler sowie zönnästhetischer Halluzination. Hierbei werden Sinneseindrücke erlebt und wahrgenommen, „ohne eine entsprechende Reizquelle“ darlegen zu können (Scharfetter 2010, S.195). Diese Sinnestäuschungen können unterschiedlichste Formen und Merkmale annehmen. Sie können innerhalb des eigenen Körpers, aber auch außerhalb in einem anderen Raum wahrgenommen werden. Auch sind „Transformationen von wirklich existierenden Geräuschen zu Stimmenhalluzinationen möglich, z.B.: Die Vogelstimmen da draußen verwandeln sich in Stimmen, die mir Anweisungen geben“ (Scharfetter 2010, S.195-196).

Insbesondere akustische Halluzinationen zeigen eine große Vielfalt in ihrem Erscheinungsbild. Diese reichen von Stimmen, dem Betroffenen bekannt oder unbekannt, welche beschimpfen, befehlen, sich belustigen oder auch dialogisierend mit dem Patienten diskutieren, bis zu einfachen Sinneswahrnehmungen, wie Lauten oder Geräuschen, auch „Akoasmen“ genannt (Scharfetter 2010, S.197). Ebenso sind „komplexe szenische Halluzinationen in Form von Musik- und Theaterstücken oder Bildern“ möglich (Scharfetter 2010, S.196).

Häufig treten optische Halluzinationen in Verbindung mit einem Verfolgungswahn oder Verdammungsgefühlen auf, z.B. in Form von „flüchtig erscheinenden Teufelsfratzen oder Schattenfiguren von Skeletten“ (Scharfetter 2010, S.198). Auch kann ein sich im Verfolgungswahn befindlicher Kranker davon berichten, ein Gift zu riechen (Geruchs- und/oder Geschmackshalluzination), oder ein von einem

Dermatozoenwahn gequälter Patient von „dem Gefühl des Krabbelns unter der Haut“ (taktile Halluzination) (Scharfetter 2010, S.198).

Zönästhetische Halluzinationen, sogenannte Leibhalluzinationen, zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Vielfalt aus. Betroffene berichten von einem schwebenden Körper oder Körperteilen, Strahlen oder Ströme, die sie durchfließen, Samen, die abgezogen werden und vielem mehr (Scharfetter 2010, S.199). Häufig tragen Halluzinationen ein manipulierendes Element in sich. Patienten empfinden sich als „sexuell missbraucht, mit radioaktiven Strahlen verseucht oder hypnotisiert“ (Scharfetter 2010, S.199). Je nach kulturellem Hintergrund kann diese Manipulation von Hexen, Geistern, technischen Geräten oder ähnlichem initiiert werden (Scharfetter 2010, S.199).

2.1.4.3 Störungen des Ich-Erlebens

Ich-Störungen benennen das Gefühl der Auflösung der eigenen Körpergrenze zur Umwelt. Das „Ich“ wird als „zerstört, zerspalten“ empfunden (Scharfetter 2010, S.101). Patienten beschreiben eine Durchlässigkeit, wodurch entweder ein Derealisations- oder Depersonalisationsgefühl entstehen kann. Bei dem Ersten erscheint dem Patienten die Umwelt unwirklich und fremd, beim dem Zweiten die eigene Person (Scharfetter 2010, S.83, S.193). Dieses Gefühl kann sich auch auf geistiger Ebene entwickeln und wird mit den Symptomen der Gedanken-Eingebung, Gedanken-Ausbreitung und dem Gedanken-Entzug beschrieben. Dabei erleben die Patienten ihre Durchlässigkeit dahingehend, dass sie wahrnehmen, Gedanken würden ihnen von außen zugefügt, eingegeben oder auch entzogen werden (Scharfetter 2010, S.146). Diese Wahrnehmungen können das Gefühl der Fremdbeeinflussung provozieren, die Denkstörung erweitert sich von einem Beeinflussungsgefühl des Denkens auf ein „Beeinflussungsgefühl des Fühlens, Wollens, Handelns und Strebens“ (Scharfetter 2010, S.146). Dies wird auch benannt als das Symptom des Fremdbeeinflussungserlebens.

2.1.4.4 Formale Denkstörungen

Bezeichnend für diese Störungen sind ein veränderter Gedankenablauf sowie eine Veränderung des Inhalts (Scharfetter 2010, S.140). Scharfetter unterscheidet Störungen:

- „des Tempos und der Linienführung,
- des Denkflusses mit aufgehobenen, unterbrochenen, zersplitterten Zusammenhängen,
- der Klarheit, Straffheit, des logischen Zusammenhanges“
(Scharfetter 2010, S.140).

Im Verlauf des Erstgesprächs diagnostiziert der Untersucher psychopathologische Denkprozesse des Patienten. Diese lassen sich selbsterklärend als verlangsamtes, gehemmtes Denken, Gedankenarmut, -leere, umständliches Denken, eingengtes Denken, Perseveration des Denkens, beschleunigtes und ideenflüchtiges Denken, Gedankensperrungen, Gedankenabrisse, inkohärentes Denken, unklares Denken sowie paralogisches Denken beschreiben. Häufig definiert der Patient auch selbst von ihm empfundene Defizite des Denkens (Scharfetter 2010, S.139).

2.1.4.5 Störungen der Affektivität

Störungen der Affektivität, wie Ambivalenz, Parathymie, Affektarmut, Gefühl der Gefühllosigkeit, Affektstarre, Affekthaften, Affektlabilität sowie Affektinkontinenz, zählen zu den klinischen Begleitsymptomen eines schizophrenen Kranken (Scharfetter 2010, S.167).

2.1.4.6 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Auch die zu den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zählende schwankende Konzentration und Aufmerksamkeit sowie die Einengung der Aufmerksamkeit sind bei schizophrenen Kranken zu finden. Sie sind jedoch keinesfalls spezifisch für die schizophrene Erkrankung (Scharfetter 2010, S.135).

2.1.5 Verlauf und Prognose

Der Verlauf der schizophrenen Psychosen zeigt sich vielgestaltig. Die Erstmanifestation kann Wochen und Monate dauern. Prodromalsymptome bestehen möglicherweise Jahre vor einer ersten schizophrenen Psychose, klingen wieder ab und können erst retrospektiv, nach Ausbruch der Erkrankung, diagnostisch zugeordnet werden (Häfner et al. 1990). Insgesamt gelten schizophrene Psychosen als schwere und rezidivierende, möglicherweise auch

chronisch verlaufende Erkrankungen (Möller & Zerssen v. 1995, S.107-127). Dennoch existieren ebenso akute Verläufe mit völliger Remission (Marneros et al. 2000, S.22-25.). Langzeitstudien konnten zeigen, dass ungefähr zwei Drittel (74%) der Patienten mit einer ersten Episode der schizophrenen Psychose bereits nach 5 Jahren anhaltende Dauersymptome (Residualsymptome) entwickelten. Nur 10% der Patienten erholten sich nach einer ersten Episode vollständig (Möller et al.1986). Eine weitere Studie, welche den Langzeitverlauf schizophrener Psychosen untersuchte, kam zu einem ähnlichen Ergebnis (Marneros et al. 1991).

Mit jeder Exazerbation der Erkrankung kann es zu schweren suizidalen Krisen kommen (Resch & Strobl 1989). Untersuchungen konnten zeigen, dass die Gefahr eines Suizids bei an Schizophrenie erkrankten Patienten um das 20 bis 50-fache höher liegt als bei der Allgemeinbevölkerung (Demling 1988, S.95-102). Dabei werden selbst engste Bezugspersonen der Patienten von dem suizidalen Ereignis häufig vollkommen überrascht (Lehmann 1984, S.93-142). Angesichts der vielgestaltigen Verlaufsmöglichkeiten stellt die Schätzung einer Prognose eine Herausforderung dar. Über die hohe Bedeutung individueller Ressourcen für die Beurteilung eines möglichen Verlaufs der Schizophrenie ist sich die Fachwelt jedoch einig. Dabei spielen allgemeine (z.B.:Geschlecht, hereditäre Belastung, Herkunftsschicht), psychopathologische (z.B.:Beginn mit negativer Symptomatik, anhaltende Wahnsymptomatik), soziale (z.B.: Familienstand, feste partnerschaftliche Verbindungen, soziale Anpassung) sowie Verlaufsaspekte (situative Auslösung der Erstmanifestation, längeres Prodromalstadium, Art des Beginns) die entscheidende Rolle (Möller et al.1986). Vor allem die „Dauer der unbehandelten Psychose“ wird in diesem Zusammenhang als wichtiger Prädiktor dargestellt (Bottlender et al. 2000, S. 175-178). Dennoch bleibt die Treffsicherheit der gestellten Prognose im Einzelfall nur unbefriedigend sicher.

Die Bedeutung von Lebensqualität im Allgemeinen sowie die Bedeutung von Lebensqualität für die Krankheitseinsicht bei Schizophrenie

Die WHO (1995) definiert Lebensqualität wie folgt:

„As individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation of their goals, expectations, standards and concerns” (WHO 1995, S.1403-1409).

Viele Argumente sprechen für eine vermehrte Berücksichtigung der Lebensqualität in der Medizin: Zunächst rückt der Patient mit seinen persönlichen Bedürfnissen mehr in den Vordergrund, Behandlungsstrategien können spezifiziert und die Behandlungsqualität damit verbessert werden. Auch hilft die Berücksichtigung der Lebensqualität, unterschiedliche Therapiemöglichkeiten sowie die Beeinträchtigung durch Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen besser bewerten zu können. Dies wiederum spielt eine Rolle für die Kosten-Nutzen Analyse (Möller et al. 2003, S.260).

Ganz allgemein ist ein stabiles Ergebnis empirischer Studien, dass die Lebensqualität psychiatrischer Patienten im Vergleich zu gesunden Personen oder somatisch Kranken schlechter ist, und zwar unabhängig von der Diagnose (Pribe et al. 1996). Weiter muss berücksichtigt werden, dass psychisch Kranke ihre Lebensqualität im Unterschied zu somatisch Kranken nicht unabhängig von ihrer Erkrankung wahrnehmen können, eben weil gerade die psychische Befindlichkeit den entscheidenden Maßstab für die empfundene Lebensqualität des seelisch kranken Menschen liefert (Karow et al. 2008). Dies ist ein spezifisches Problem in der Psychiatrie. Ähnlich komplex verhält es sich mit der Krankheitseinsicht. Subjektive Krankheitskonzepte in ihrer Motivation und Bedeutung für den Betroffenen zu verstehen gilt als wegweisend für eine konstruktive Therapie. Ein Verständnis, welches Krankheitseinsicht mit „Compliance“ gleichsetzt, bzw. ein Modell, welches sich allein auf einen „biochemischen Entstehungsmechanismus“ der Erkrankung beruft, greift zu kurz (Waldorf 2010, S.111). Allerdings ist das Verständnis von subjektiven Krankheitskonzepten schizophren Kranker nicht immer leicht und der Behandler benötigt viel Geduld und Einfühlungsvermögen. Darüber hinaus ist es möglich, dass sich je nach Krankheitsphase das Entstehungskonzept des Patienten verändert und plötzlich mit einem anderen, womöglich widersprechendem, Inhalt gefüllt wird (Waldorf 2010, S.115). Die Untersuchung subjektiver

Krankheitskonzepte konnte zeigen, dass Patienten in dem Versuch, eine Erklärung für ihre Erkrankung zu finden, äußerst vielfältige Modelle heranziehen. Diese reichen von religiösen, philosophischen, spirituellen bis zu fatalistischen Erklärungen, welche jedoch sehr bedeutsam für ein umfassendes Verständnis des Therapeuten von seinem Patienten sind, mit weitreichenden Konsequenzen für die Therapie (Waldorf 2010, S.113). Möglicherweise also ringen die Patienten mithilfe subjektiver Erklärungsmuster um eine Selbstwertstabilisierung und dieser Mechanismus darf als Bewältigungsstrategie verstanden werden. Passend hierzu kann von Patienten mit ausgeprägt akustischen Halluzinationen ohne eine nennenswerte Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität berichtet werden (Karow et al. 2008). Dabei ließ sich auch hier nach eingehenderen Untersuchungen nachweisen, dass nicht die Häufigkeit oder Intensität der Symptomatik, wie zunächst vermutet, sondern vielmehr die inhaltliche Bedeutung entscheidend für den Grad der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung der Patienten ist (Karow et al. 2008). Eine stärkere Berücksichtigung der Beziehung des Betroffenen zu seinen Symptomen sollte damit als unverzichtbar gelten und „scheint eine sinnvolle Ergänzung zur klinisch-fachmännischen Einschätzung“ darzustellen (Karow et al. 2008). Dennoch, auch wenn die Lebensqualität insbesondere für das Erarbeiten von Krankheitseinsicht in der heutigen Praxis als überaus bedeutsam gilt, bleibt es weiterhin schwierig, solche Kriterien erarbeiten und überprüfen zu können. Lebensqualität ist subjektiv und besteht aus ganz persönlichen Auslegungen von Lebensereignissen. Es ist daher nur teilweise sinnvoll und möglich Lebensqualität über standardisierte Methoden zu erfassen (Möller et al. 2003, S. 262).

2.3 Begriffsbildung/ Entwicklung und Interpretationen von Krankheitseinsicht

Ausschliesslich in den nord- und westgermanischen Sprachfamilien existiert der Begriff „Einsicht“ überhaupt. Romanische Sprachen kennen keinen einheitlichen Begriff. So übersetzt ein renommiertes deutsch-französisch Lexikon Einsicht als „Inspection“ (Einsicht), „connaissance de cause“ (Sachkenntnis), „bon sens“ (gutes Gespür) oder „judgement“ (Urteil) (Rose 1878, S.83).

In den letzten zwei Jahrhunderten hat man versucht, den Begriff der „Einsicht“ im Bereich der psychischen Erkrankungen genau festzulegen (Amador & David 1998, S. 34). Der Weg von der ursprünglichen Deutung bis zu der heute üblichen Interpretation sei im Folgenden dargestellt:

Bis ins 19. Jahrhundert war man der Auffassung, dass „eine psychische Erkrankung im Wahn“ begründet sei (Berrios 1994, S.251-268). Psychisch krank zu sein bedeutete, den Verstand vollständig und unwiderruflich verloren zu haben. Dies war ein permanenter Zustand und betraf die gesamte Persönlichkeit (Amador & David 1998, S.34). Sich seiner psychischen Erkrankung bewusst sein zu können, stellte einen klaren Widerspruch dar. Während des 18. Jahrhunderts trat jedoch erstmals der Begriff der „teilweisen Unzurechnungsfähigkeit“ im Zusammenhang mit juristischen Angelegenheiten auf. Rechtsanwälte differenzierten bei der Verteidigung ihrer Mandanten zwischen einer „intermittierenden Unzurechnungsfähigkeit“ (Phasen der Verrücktheit wechseln sich ab mit klaren Intervallen) und einer „unvollständigen Unzurechnungsfähigkeit“ (die Verrücktheit betrifft nur einen Teil der Psyche, wie z.B. die Monomanie (Einzelwahn, Form der Manie mit zwanghafter Steigerung einer bestimmten Handlungsweise, z.B. Kleptomanie)) (Amador & David 1998, S.34). Damit wurde die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung, welche partiell, also nicht den gesamten Menschen betraf, angedeutet. Zeitgleich schlugen Wissenschaftler eine erste klinische Definition des Wahnsinns vor, welche eine „emotionale“ von einer „willentlichen“ Verrücktheit unterschied, und damit ebenfalls der Definition der psychischen Erkrankung als allumfassenden Seinszustand widersprach (Berrios & Gili 1995). Diese Vorstellungen ermöglichte es psychisch Kranken erstmals, sich ihrer selbst bewusst sein zu können. Einsicht konnte somit als eigenständige Variable betrachtet werden. (Amador & David 1998, S.34). Ein anonymen Historiker von 1840 umschreibt das damalige Verständnis von psychischer Erkrankung anschaulich in folgendem Zitat wieder: „Alle Erklärungsansätze der psychischen Erkrankungen laufen auf folgende drei Optionen hinaus: „Sie entstehen entweder im Kopf..., in der Seele... oder in beidem“ (Fabre 1840, S.118).

Die Erkenntnis also, dass trotz einer psychischen Erkrankung eine Einsicht möglich ist, stellte eine wichtige Kehrtwende in der Entwicklungsgeschichte des Begriffs Einsicht dar. Damit einher ging die Feststellung, dass die psychische

Erkrankung etwas Subjektives beinhaltet und damit auch die Einsicht bei psychischen Erkrankungen durch Willen und Emotion geprägt ist (Amador & David 1998, S.35). Das war von entscheidender Bedeutung. Existiert nämlich ein Bewusstsein für die psychische Erkrankung, so kann diese auch betrachtet und interpretiert werden. Die im späten 19. Jahrhundert entwickelten Begriffe wie „Bewusstsein“, „Introspektion“ (Boring 1953) und das „Selbst“ (Berrios 1992) sind daher entscheidend in dem Bemühen um ein differenziertes Verständnis der Einsicht. 1988 erweiterten Arbeiten von Markova den Begriff der Einsicht weiter um das Konzept des „Verstehens“ (comprehension) und der „Selbst-Bewusstheit“ (Markova 1988).

Immer deutlicher wurde, dass sich in dem Begriff der Einsicht das zutiefst Subjektive des Menschen widerspiegelt und komplexe Zusammenhänge in sich vereint. In dem Versuch die fehlende Einsicht zu interpretieren wird erneut die Vielfältigkeit des Begriffs deutlich:

So betonen Amador und Mitarbeiter zwischen Bewusstsein und Zuschreibung von psychotischen Symptomen bei der Bewertung von Einsicht unterscheiden zu müssen (Amador et al. 1991). Eine hohe Anzahl der Patienten realisieren sehr wohl Zeichen ihrer Erkrankung, machen jedoch andere Ursachen als ihre mentale Dysfunktion dafür verantwortlich (Amador et al. 1991).

Weitere Wissenschaftler betonen, dass, um eine fehlende Einsicht vollständig zu erfassen, neben der aktuellen auch die retrospektive Einsicht berücksichtigt werden müsste (Wciorka 1988, Greenfeld et al. 1989, David 1990, Amador et al. 1991).

Autoren wie Markova und Berrios interpretierten die Möglichkeit eine Einsicht entwickeln zu können als „persönlicher Klarheit“, einer „Unterkategorie der Selbsterkenntnis“ sowie als „understanding the sense of something“ (Markova & Berrios 1992). Ähnlich hielten es Grimm und Grimm, die den Begriff Einsicht aus dem Lateinischen „intelligentia“ ableiteten (Grimm & Grimm 1862, S.290). Einsicht sollte also eine Kompetenz zur Selbstreflexion und Objektivität beinhalten.

Auch gibt es Überzeugungen, die Einsichtslosigkeit als defizitären Zustand des Patienten ablehnen. Einsichtslosigkeit beschreibt nach Auffassung dieser Kritiker nicht mehr als ein unkooperatives Verhalten der Patienten, das im Widerspruch zu den Ideen der Therapeuten und Ärzte steht. Einsichtslosigkeit

also definiert als das Versagen der Therapeuten bei ihrer Arbeit (Bock 2003,S.43).

Weitaus philosophischer ergänzt David, dass jede Diskussion um die Einsicht ausschließlich aus der Perspektive erkenntnistheoretischer Vermutungen über unsere Realität geführt würde (David 1990).

Viele Autoren betrachten fehlende Einsicht als eine Bewältigungsstrategie beziehungsweise einen Abwehrmechanismus im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Begriffe wie „sealing over“, „defensive denial“, „attitudes about illness“, „indifference reaction“ und „evasion“ können in diesem Zusammenhang genannt werden (David 1990, Greenfeld et al. 1989, Wciorka 1988, Mc Glashan et al. 1975).

Schließlich einigten sich Sturman und Sproule im Sinne des kleinsten gemeinsamen Nenners auf eine der aktuellsten Definitionen von Einsicht, wonach folgende Kriterien erfüllt sein müssen (Sturman & Sproule 2003):

1. die Anerkennung der Symptome durch den Betroffenen,
2. die Fähigkeit des Betroffenen, seine Symptome auf eine psychische Erkrankung zurückführen zu können,
3. das Bewusstsein der Notwendigkeit einer Behandlung.

Angesichts der Vielzahl dieser theoretischen Ansätze darf konstatiert werden, dass Einsichtslosigkeit ein komplexes und multidimensionales Phänomen ist.

2.4 Die Ätiologie fehlender Krankheitseinsicht bei Schizophrenie

Überlegungen zu den Ursachen fehlender Krankheitseinsicht reichen von psychologischen Erklärungsmodellen zu überwiegend medizinisch orientierten Herleitungen. Im Folgenden wird versucht, anhand eines Modells der Autoren Bottlender und Hloucal (2010), mögliche Ursachen fehlender Krankheitseinsicht darzustellen. Desweiteren werden, angelehnt an den aktuellsten Forschungsstand, Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Messbarkeit von Krankheitseinsicht umrissen (vergleiche Abbildung 2).

Abbildung 2: Ursachen fehlender Krankheitseinsicht nach Bottlender & Hloulcal 2010

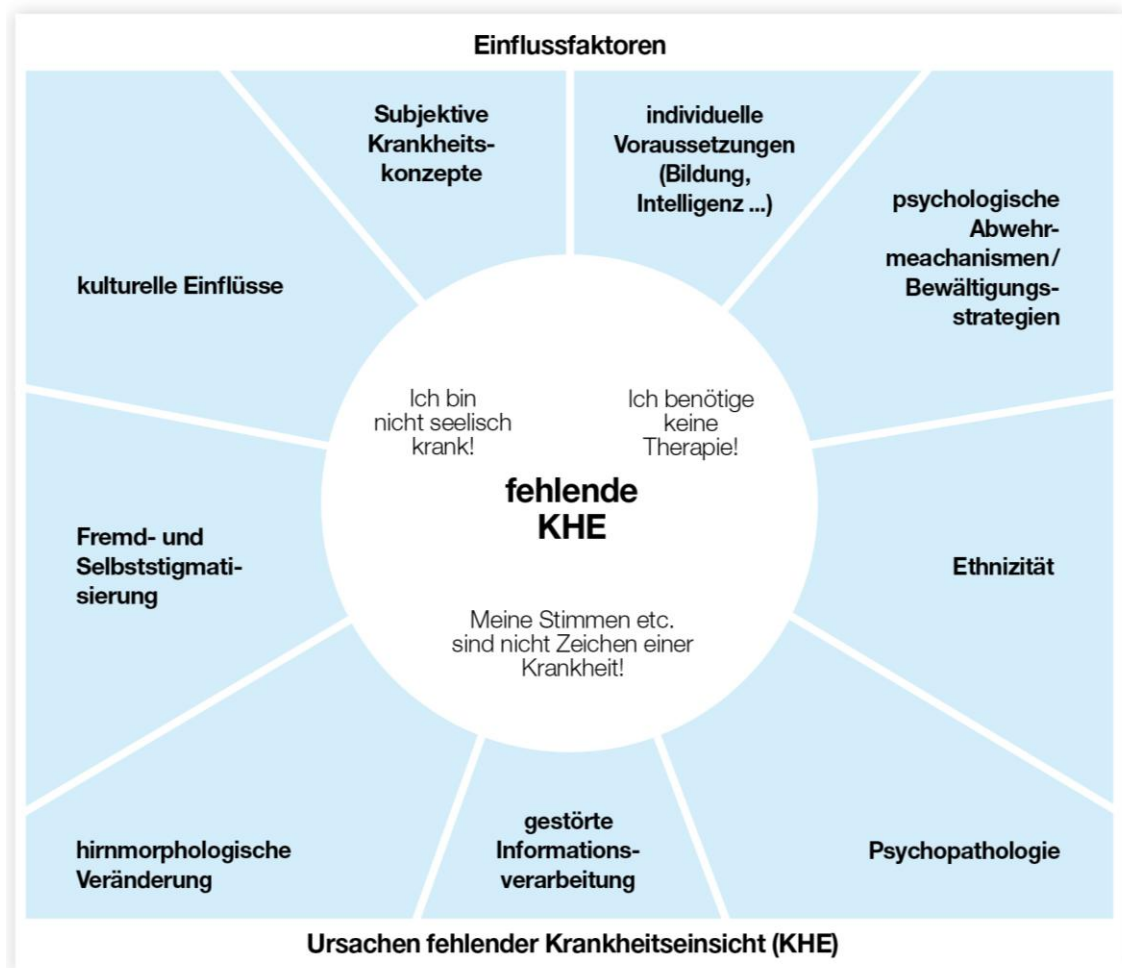


Abbildung 2: Mögliche Ursachen fehlender Krankheitseinsicht (KHE)

Das Fehlen einer Krankheitseinsicht lässt sich nicht auf eine Ursache allein zurückführen. Nach heutigem Kenntnisstand ist es auch wahrscheinlich, dass oben genannte Mechanismen der Vielfältigkeit fehlender Krankheitseinsicht nicht gerecht werden können. Es ist vielmehr so, dass fehlende Krankheitseinsicht als ein sich wandelndes Phänomen des Individuums zu betrachten ist, welches sich durch persönliche Vorstellungen und Interpretationen auszeichnet und vor dem Hintergrund soziokultureller Zusammenhänge betrachtet werden sollte. Diese Betrachtungen wiederum können durch neurokognitive Defizite beeinträchtigt werden (Bottlender & Hloulcal 2010).

Im Folgenden sei näher auf die einzelnen Erklärungsansätze eingegangen.

2.4.1 Neurokognitive/Neurobiologische Defizite

Insgesamt drei Theorien sind in der aktuellen Diskussion um Störungen neuroanatomischer Strukturen als Erklärungsmodell fehlender Krankheitseinsicht bedeutsam:

1. Neurobiologische hirmorphologische Veränderungen (kortikal diffus oder lokal)
2. Gestörte Exekutivfunktion
3. Gestörte Metakognition (Theory of Mind)

Fehlende Krankheitseinsicht als reines Symptom auf Basis einer hirmorphologischen Veränderung zu betrachten ist ein gängiges Erklärungsmodell in der Diskussion um ihre Entstehung. Die bestechende Ähnlichkeit des Mechanismus der mangelnden Einsicht bei Schizophrenie mit dem Phänomen der Anosognosie (die Unfähigkeit, eine eigene Erkrankung bzw. Funktionsausfälle zu erkennen) wird betont. Die Anosognosie ist eine typischerweise nach rechtshemisphärischen Schlaganfällen zu beobachtende Symptomatik, bei der die Patienten Teile ihrer Symptome nicht wahrnehmen (z.B. tardive Dyskinesien) (Pia & Tamietto 2006). Hierbei wird von entweder fokalen oder diffus zerebralen Läsionen ausgegangen (Mc Glynn & Schacter 1989).

Bereits 1986 stellten Stuss und Mitarbeiter die These auf, für die Anosognosie sei eine Schädigung des Frontallappens verantwortlich. Die dort lokalisierten Zentren für die Selbst-Kontrolle, sowie für die Selbst-Beobachtung würden ihrer Ansicht nach auch das psychopathologische Bild erklären (Stuss et al. 1986). Tatsächlich konnte von Young und Mitarbeitern 1993 erstmals Korrelationen zwischen der Einsicht und einer Frontallappenschädigung festgestellt werden (Young et al. 1993).

Diese Hypothese wurde auch von Lysaker und Bell 2002 unterstützt. Sie zeigten, dass bei Patienten mit einer geringen Einsicht und einer Frontallappenschädigung keine Verbesserung durch eine psychosoziale Therapie möglich war, ganz im Unterschied zu einer Gruppe mit geringer

Krankheitseinsicht ohne den Nachweis einer Frontallappenschädigung (Lysaker & Bell et al. 2002). Schließlich konnten Flashman und Mitarbeiter (2001) per MRT die Volumina acht frontaler Subregionen von 15 stationären Patienten in Beziehung zu ihrer Krankheitseinsicht setzen. Es konnten hoch signifikante Zusammenhänge zwischen Erkrankungsbewusstheit und dem Volumen des mittleren frontalen Gyrus sowie zwischen Symptombewusstheit und den Volumina des rechten Gyrus rectus gefunden werden (Flashman et al. 2001). Aufgrund der jedoch häufig geringen Stichprobengröße und unterschiedlicher Einschlusskriterien (Symptomschwere, Medikation, Dauer der Erkrankung) lässt sich zurzeit noch kein eindeutiges Bild zeichnen.

Andere Hypothesen vertreten die Meinung, fehlende Krankheitseinsicht sei ein feststehendes kognitives Defizit schizophrener Patienten. In diesem Zusammenhang ist die Beeinträchtigung der sogenannten Exekutivfunktion gemeint, welche insbesondere die kognitive Flexibilität, das Vorausplanen und das Herstellen von Zusammenhängen sowie die Fähigkeit meint, zwischen verschiedenen Anforderungen aus der Umwelt unterscheiden zu können (Lysaker et al. 2006).

Ein weiterer dritter theoretischer Ansatz erwuchs aus der Beobachtung, dass Patienten Schwierigkeiten haben, eigene Symptome anzuerkennen, aber eine vergleichbare Symptomatik bei anderen Erkrankten sehr wohl als krankheitswertig wahrnehmen können (Gambini et al. 2004, Startup 1997). Dies hat einige Forscher dazu bewogen, als Ursache für eine fehlende Einsicht nicht ein einziges höher gelegenes Zentrum, sondern eher eine Fehlfunktion der Informationsverarbeitung für die Defizite verantwortlich zu machen.

Beeinträchtigungen der sogenannten Mentalisierungsfähigkeit (Theory of Mind), theoretisch erfasst als ein spezieller Teil der Metakognition, gilt als ein weiterer Erklärungsansatz fehlender Krankheitseinsicht. Als "Theory of Mind" wird, ... "the cognitive capacity to represent one's own and other persons' mental states, for instance, in terms of thinking, believing, or pretending" definiert (Brüne 2005, S.21). Die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, das eigene Denken zu reflektieren und diese bei der Bewusstmachung und Zuschreibung von Symptomen zu nutzen, spielt eine Rolle bei schizophren Erkrankten.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass einige bemerkenswerte Studien und Ergebnisse zu dem Thema der hirnmorphologischen Veränderungen als Ursache fehlender Krankheitseinsicht existieren, sie in der Summe jedoch noch nicht ausreichen, um eindeutige zuverlässige und gültige Aussagen treffen zu können.

2.4.2 Psychologische Erklärungsmodelle

Eine Vielzahl von Autoren betrachten Selbstwahrnehmungsdefizite in der Schizophrenie als einen Abwehrmechanismus bzw. eine anpassungsfähige Bewältigungsstrategie (Lally 1989, Levy et. al.1975, Mayer-Gross 1959, Mc Glashan & Carpenter 1976, van Putten 1978). 1920 klassifizierte Mayer-Gross Abwehrmechanismen der schizophrenen Patienten und bot zwei Möglichkeiten an, welche für die heutige Diskussion relevant sind.

Die erste Möglichkeit ist: Der Patient realisiert seinen kranken Zustand und reagiert mit Abwehr; er weigert sich, der Zukunft ins Auge zu sehen (Verneinung einer Perspektive/der Zukunft allgemein). Die zweite Möglichkeit ist: Er verneint seine psychotische Erfahrung, indem er sich typischerweise seiner Symptome nicht bewusst zeigt (Verneinung der psychotischen Erfahrung überhaupt). Die unbewusste Verleugnung oder die adaptive Bewältigung soll den Patienten vor der unangenehmen Erkenntnis schützen, psychisch krank zu sein (Mayer-Gross 1920). Die konsequente Fortführung dieser Idee erlaubte den Wissenschaftlern Mc Glashan und Mitarbeiter die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen Krankheitseinsicht und der post-psychotischen-Depression (PPD):

Sie erklärten, dass die post-psychotische-Depression (PPD) das Ergebnis des Nachlassens (unbewusster) Verleugnungsprozesse oder Bewältigungsstrategien sei und damit ein Hinweis auf eine zunehmende Akzeptanz der tragischen Lebensumstände des Betroffenen (Mc Glashan & Carpenter 1976).

Dies kommt einem „depressiogenen Prozess“ gleich, den der Kranke durchläuft (Bottlender & Hloulcal 2010). Der komplexe Zusammenhang zwischen Zuschreibung (Attribution), Stigmatisierung, Bewältigungsmechanismen und negativen Emotionen sei folgend kurz skizziert:

Das lerntheoretische Konzept der Kontrollüberzeugung versucht, die Attributionen der Menschen hinsichtlich ihrer Lebensereignisse zu kategorisieren. Hierbei wird zwischen Internalität (Ereignisse werden als abhängig vom eigenen Handeln erlebt), sozialer Externalität (das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig von anderen erlebt), und fatalistischer Externalität (das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig von Zufall oder Schicksal angesehen) unterschieden (Levenson 1974, Levenson 1981). Studien konnten zeigen, dass schizophrene Kranke eher sozial-externale Kontrollüberzeugungen aufweisen, während bei der Allgemeinbevölkerung die internalen Kontrollüberzeugungen am stärksten ausgebildet sind (Bauer 2010, S.16).

Der Zusammenhang zwischen Schweregrad der Erkrankung und dem Gefühl fehlender Selbstwirksamkeit spielt hierbei die entscheidende Rolle. Das Gefühl fehlender Selbstwirksamkeit führt zu negativen Emotionen sowie einer vermehrten Wahrnehmung von Fremd- sowie Selbststigmatisierung. Diese betreffen die Erwartungen, dass die Erkrankung von Dauer sein wird, geringe Kontrollmöglichkeiten bestehen, der soziale Status gesenkt und die Identität auf die Krankenrolle reduziert wird (Waldorf 2010, S.118). In der heutigen Diskussion um die Bedeutung von Stigmatisierung, bestehend aus Etikettierung (z.B.: „der Schizophrene“), verknüpft mit Stereotypen (Vorurteile, wie „der Schizophrene ist unberechenbar und gewalttätig“) sowie in Folge einem sozialen Abstieg (Statusverlust) wird der Stigmatisierung durch die Umwelt eine ebenso bedeutsame Rolle wie der sogenannten Selbststigmatisierung zugeschrieben. Selbststigmatisierung meint die persönlichen Vorurteile der Betroffenen und ihre Erwartungen, sozial abgewertet und benachteiligt zu werden (Waldorf 2010, S.119). Der negative Einfluss von Stigmatisierungsprozessen, im Sinne eines reduzierten Selbstwertes, einer Verdünnung des Sozialen sowie einer Entwicklung negativer Emotionen (Depressionen), Hoffnungslosigkeit und Scham mit Auswirkungen auf die Lebensqualität des Patienten konnte bereits in Studien benannt werden (Staring et al. 2009, Vauth et al. 2007). Dies könnte einmal mehr wie von Mayer-Gross bereits 1920 beschrieben zu der Bewältigungsstrategie des Patienten führen, sich entweder a.) nicht mit der stigmatisierten Gruppe zu identifizieren oder aber b.) die eigenen Stigmata zu verheimlichen.

Sackheim und Wegener haben in ihrer Arbeit ein weiteres Erklärungsmodell verfolgt: sie haben bewiesen, dass bei der Eigenbewertung einiger Aspekte, wie z.B. der sozialen Kompetenz, die „depressiven Patienten eine präzisere Einschätzung ihrer Selbst zeigen als gesunde Teilnehmer“ (Sackheim 1983, S.101-157). Das bedeutet, dass der depressiv Kranke sich selbst schärfer, weniger kompromissbereit und damit ehrlicher beurteilt als der Gesunde. Weiter haben sie erarbeitet, dass wiederum „schizophrene Menschen einen ähnlichen Mechanismus bei der Selbstbewertung verwenden wie Gesunde“ (Sackheim 1983, S.101-157). In der Beurteilung ihrer eigenen Leistung lassen sich sowohl die Schizophrenen als auch die Gesunden stets zwei Optionen offen: „Ist ein gutes Ergebnis erzielt worden, so ist das ihr alleiniger Verdienst und sie verdienen ein Lob; ist ein schlechtes Ergebnis erzielt worden, sind sie nicht hauptverantwortlich“ (Sackheim 1983, S.101-157). Folglich vermuten Sackheim und Wegener, dass der „kognitive Selbstbetrug bei der Selbstbeurteilung ein normales Verhaltensmuster“ ist - eine vorhandene Krankheitseinsicht bei Schizophrenie demnach eine „Enthemmung normal kognitiver Selbstbetrugsmechanismen“ (Sackheim 1983, S.101-157). Nach Sackheim und Wegener schürt also weniger eine zunehmende Krankheitseinsicht die Depression, als dass die Depression die Krankheitseinsicht fördert durch einen Mangel an Beschönigungstendenzen (Amador & David 1998, S.25).

Zusammenfassend lässt sich zunächst festhalten, dass unterschiedlichste Verhaltensstrategien und Bewältigungsmechanismen des Patienten auf der Beobachtungsebene in fehlender Krankheitseinsicht münden können. Diese Erkenntnisse führen zu dem Schluss, dass fehlende Krankheitseinsicht möglicherweise nicht allein als eine einfache Verleugnung oder Verneinung der Erkrankung, sondern eher als eine komplexe Interaktion zwischen verschiedenen Facetten der Einsicht, unterschiedlichen Bewältigungsmechanismen und auch als wandelbar im Verlauf der Erkrankung, also mit der Zeit, angesehen werden muss (Bottlender & Hloulcal 2010).

2.4.3 Kulturelle Interpretationen der Einsicht bei Schizophrenie

„La cura es el ser de la cultura“ heißt wörtlich deutsch: „die Heilung ist das Wesen der Kultur“. Was unter Leiden, Krankheit, Heilung verstanden wird, darin zeigt sich das Wesen der Kultur (Larraya 1982, S.277).

Sozialpsychologische Studien unterstellen, dass das Wissen über das Selbst hauptsächlich das Ergebnis sozialer Entwicklungsprozesse sei, geprägt durch die Beobachtung der Mitmenschen und von Errungenschaften, wie z.B. kulturspezifischen Modellen der Selbst-Beschreibung. Krankheitseinsicht wird demnach zutiefst beeinflusst von kulturellen Bräuchen und Überzeugungen (Amador & David 1998, S.199).

Hiesige Krankheitskonzepte sind naturgemäß aus einem europäisch-westlichen Kulturgut erwachsen und können damit nicht als kulturübergreifend gelten, werden jedoch nicht selten als ebensolche gehandelt. Dies führt dazu, dass Patienten, die eigene, vor dem Hintergrund ihrer soziokulturellen Herkunft jedoch durchaus plausible Krankheitsmodelle anführen, schlicht als uneinsichtig kategorisiert werden. Treffend sprechen einige Autoren so von „the arrogance of insight“... (Bottlender & Hloucal 2010, S.62). Die Interpretationen der Ursachen schizophrener Symptome reichen je nach Herkunft des Patienten von schwarzer Magie (mystischen), religiösen, sozialen bis zu interpersonellen Erklärungsmodellen.

Teilweise betrachten Patienten ungewöhnliche Denkinhalte, Halluzinationen oder Misstrauen gar nicht als psychische Erkrankung. Folglich führen sie auch zu sehr variabler Inanspruchnahme von Hilfe. Es ist jedoch eine Tatsache, dass alle Patienten - unabhängig von dem Krankheitsmodell - Hilfe aufsuchen, welcher Art auch immer (David 1990). Das spricht dafür, so konstatiert David, dass ein gewisses Maß an Krankheitseinsicht kulturübergreifend vorhanden sein muss (David 1990). Schließlich sei auch erwähnt, dass Stigmatisierungsprozesse, wie oben näher erläutert, kulturabhängig stark divergieren (Fabrega 1991, Kirmayer 1989, Lin & Kleinman 1988). Eine akute Psychose in Sri Lanka wird so z.B. ähnlich beurteilt wie andere akute Erkrankungen, nämlich ohne die Erwartung, die Person sei auf ewig krank und unheilbar (Kirmayer 1989).

Dies hat Auswirkungen auf die Re-Integration des Patienten und den Verlauf der Erkrankung, da die Patienten weniger mit negativen Erwartungen durch Stigmatisierungen zu kämpfen haben.

In diesem Zusammenhang postuliert Bottlender, dass psychisch Kranke über die drohende Stigmatisierung förmlich gezwungen werden ihre Symptome zu verleugnen für den Erhalt ihrer gesellschaftlichen und sozialen Stellung (Bottlender & Hloulcal 2010).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aktuell verwandte Konzepte von Krankheitseinsicht auf einem europäisch-amerikanischen Krankheitsverständnis basieren, welches Patienten anderer kultureller Herkunft häufig nicht gerecht wird. Eine Berücksichtigung der in der jeweiligen Kultur vorherrschenden Ansicht von Gesundheit und Krankheit erscheint bei der Beurteilung von Krankheitseinsicht immanent.

2.4.4 Zusammenhänge von Psychopathologie und Krankheitseinsicht

Die Überlegung, fehlende Krankheitseinsicht möge mit der Schwere der Symptomatik korrelieren, erscheint zunächst logisch.

Dass ein Patient, welcher sich im Rahmen seines Wahns als gesund erachtet, eine fehlende Krankheitseinsicht aufzeigen müsste, liegt nahe. Jedoch würde diese Annahme ebenfalls bedeuten, dass sich bei Rückgang der Positivsymptomatik automatisch die Krankheitseinsicht verbessern würde. Ist Krankheitseinsicht also an die Intensität der Symptomatik gebunden?

Die aktuelle Datenlage liefert kontroverse Ergebnisse. So können einige Autoren signifikante Korrelationen zwischen Krankheitseinsicht und Positiv- sowie Negativsymptomatik finden (Keshavan et al. 2004), andere nur zu Positivsymptomatik (Ritsner & Blumenkrantz 2007), wiederum andere weder Assoziationen zu einer Positiv- noch Negativsymptomatik (Schwartz & Petersen 1999).

Goldberg und Mitarbeiter z.B. konnten in einer Studie fehlende Krankheitseinsicht mit stärkerer Positivsymptomatik, im Speziellen dem Verfolgungswahn, mit Defiziten bestimmter kognitiver Fähigkeiten sowie mit vermehrtem Substanzmissbrauch assoziieren (Goldberg et al. 2001). Andere

Studien wiederum konnten zeigen, dass eine hohe Krankheitseinsicht zu einer zuverlässigeren Medikamenteneinnahme sowie einer höheren Behandlungszufriedenheit geführt hatte (Drake et al. 2004, Gilleen & David 2005, Goldberg et al. 2001, Mintz et al. 2004, Subotnik et al. 2005). Gleichzeitig jedoch zeigte eine höhere Krankheitseinsicht negative Auswirkungen auf den Selbstwert der Patienten sowie einer Zunahme ihrer Hoffnungslosigkeit (Hasson-Ohayon et al. 2006). In diesem Sinne konnten mehrere Studien eine höhere Krankheitseinsicht als assoziiert mit einer Verschlechterung depressiver Symptomatik, einem höheren Risiko einer post-psychotischen-Depression sowie der Entwicklung von Suizidalität darstellen (Iqbal et al. 2000, Kim et al. 2003, Mintz et al. 2004, Schwartz & Smith 2004).

Die Entwicklung von Krankheitseinsicht scheint also sehr variable Auswirkungen zu beinhalten und zumindest nicht konstant in einem Zusammenhang zur Psychopathologie zu stehen. Möglicherweise korreliert die Schwere der Symptomatik nur sehr schwach mit der Krankheitseinsicht, und diese beiden Variablen können als eher unabhängig voneinander betrachtet werden.

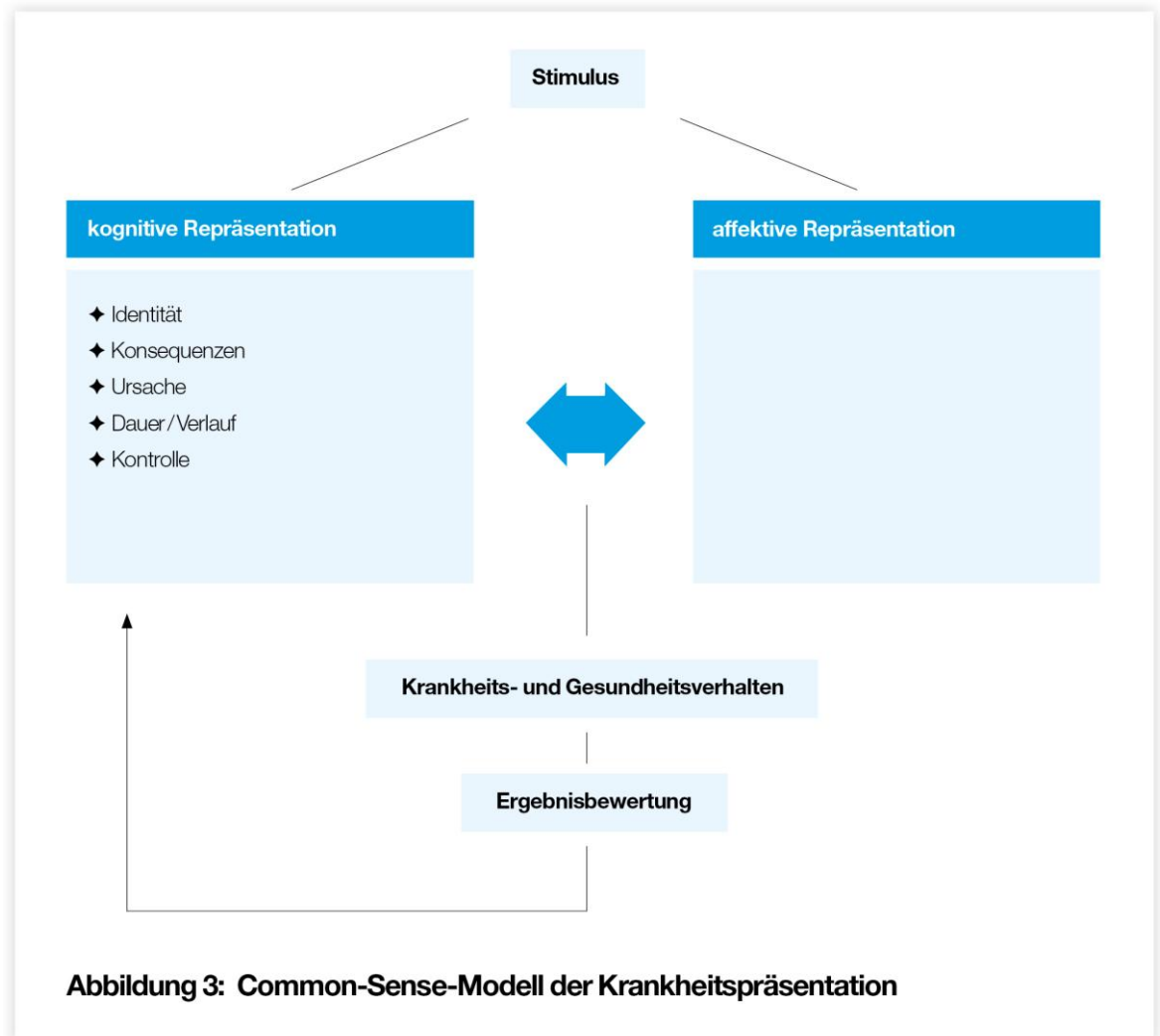
2.4.5 Subjektive Krankheitskonzepte

Die Konstruktion von subjektiven Krankheitsüberzeugungen bietet Patienten die Möglichkeit einer defensiven Bewältigung ihrer Erkrankung. Fehlende Einsicht wird damit in einen noch breiteren Bezugsrahmen gestellt. Ähnlich wie bei den psychologischen Abwehrmechanismen führen subjektive Krankheitskonzepte einerseits zu einem Selbstwerterhalt, andererseits deuten sie darauf hin, dass die Vermittlung eines allgemeingültigen medizinischen Erklärungsmodells (bestehend aus Ätiologie, Verlauf, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten) möglicherweise an den Bedürfnissen der Patienten vorbei geht. Die Einsichtsfähigkeit eines Menschen daran zu messen, in welchem Grade die Auffassung des Patienten mit derjenigen des Therapeuten übereinstimmt zeugt nach Bock „von einem respektlosen Umgang mit dem Patienten und einem vorschnellen Kategorisieren von Symptomen ohne Wertschätzung der Person oder die Mühe, sich ihrer Symptome anzunehmen und ihre genauen Lebensumstände zu berücksichtigen“ (Bock, persönliches Gespräch 2004). Nach Meinung von Bock sind unkooperative Patienten nicht immer solche, die besonders wenig einsichtsfähig sind, sondern Patienten, zu denen der Therapeut noch keinen Zugang finden konnte. Gerade im Umgang mit unkooperativen Patienten gehe es darum, in gemeinsamer Arbeit die besonderen Lebensumstände und die individuelle Deutung eines Symptoms zu verstehen, wie z.B. das Stimmenhören. Das Maß an Einsicht sei somit ein Ergebnis der Arbeit zwischen Therapeut und Patient. „Fehlende Einsicht sei kein per se defizitärer Zustand, sondern vielmehr ein Zeichen dafür, dass noch mehr gemeinsame Arbeit geleistet werden muss“ (Bock, persönliches Gespräch 2004). Im klinischen Alltag, so Bock, „dominiere ein Suchen nach passenden Symptomen zu den gegebenen ICD Schlüsseln“ (International Classification of Diseases WHO) (Bock, persönliches Gespräch 2004). Dieses Trachten hindere den Therapeuten, Patienten mit einer ihnen würdigen Offenheit zu begegnen. In welchem Maße subjektive Krankheitskonzepte bei der Bewältigung der Schizophrenie eine bedeutende Rolle spielen könnten, sei mittels der folgenden Kasuistik veranschaulicht (Bock 2003, S.17):

„Frau A. ist eine hochbegabte Schülerin im Alter von 25 Jahren. Nachdem sie die übliche Schullaufbahn eher spielerisch durchlaufen hat, stellt sie sich den Anforderungen einer Schule für Hochbegabte. Erstmals kommt sie an ihre Grenzen und beginnt in besonderen Stresssituationen Stimmen zu hören, die sie wegen geringfügiger Leistungseinbußen beschimpfen. Sie ist erschrocken und versucht mit allen Mitteln gegen die Stimmen anzukämpfen, sie zu ignorieren. Verbissen versucht sie weiter, in der Schule mitzuhalten. Als die Stimmen eher lauter werden, gerät sie in Panik und offenbart sich ihrer Mutter. Gemeinsam suchen sie Hilfe und geraten an eine Psychiaterin, welche eine Schizophrenie diagnostiziert und rasche Hilfe mittels medikamentöser Therapie verspricht. Doch die gewünschte Wirkung bleibt aus und die Stimmen nehmen an Schärfe zu. Frau A. reagiert mit einem ernsthaften Suizidversuch. Es kommt zur stationären Aufnahme in einer Psychiatrie. Nach einer längeren Odyssee lernen erst die Mutter, dann Frau A. das „Netzwerk Stimmenhören“ kennen, eine bundesweite Selbsthilfeorganisation mit Sitz in Berlin. Frau A. ist zunächst einmal entlastet, mit den Stimmen nicht mehr alleine zu sein. Unterstützt durch die anderen beginnt sie zu fragen, warum gerade ihr zu dem damaligen Zeitpunkt die Stimmen erschienen sind und wann diese was gesagt haben. Etwas Merkwürdiges passiert: Je mehr sie sich inhaltlich für deren Botschaft interessiert, desto freundlicher werden die Stimmen. Mittlerweile ist Frau A. überzeugt, dass die Stimmen notwendig waren, um sie von ihrem Ehrgeiz zu heilen. Sie hat ihre schulischen Ziele reduziert und ihr Lebenskonzept umgestellt. Im Nachhinein kann sie dem Ganzen aber einen Sinn abgewinnen; diese Haltung scheint die Stimmen nachhaltig beeinflusst zu haben. Sie sind manchmal noch zu hören - aber eher als wohlwollende Begleiter“.

Weniger das Liefern einer schnellen Diagnose, als vielmehr der Versuch, das eigene Erleben im Lebenskontext zu deuten, halfen dieser Patientin. Auf wissenschaftlich theoretischer Ebene seien die Zusammenhänge anhand eines Common-Sense-Modells von Leventhal und Mitarbeitern (2003) dargestellt (Martin et al. 2003, S. 199-225). Dieses unterscheidet zwischen kognitiver Krankheitspräsentation und affektivem Krankheitsempfinden (vergleiche Abbildung 3).

Abbildung 3: Die fünf Domänen der Krankheitspräsentation nach Leventhal und Mitarbeitern 2003



Beide Ebenen stehen in Wechselwirkung miteinander. Es wird angenommen, dass abhängig von dem Maß an Information (Psychoedukation), dem soziokulturellen Hintergrund und dem individuellen Versuch die Erkrankung zu bewältigen und dabei in der affektiven Verarbeitung selbstwertstabilisierend von der theoretischen Ebene abzuweichen, subjektive Krankheitskonzepte entstehen. Z.B. stimmt der Patient mit dem theoretischen Expertenmodell bezüglich der Notwendigkeit einer Behandlung überein, benennt aber aufgrund seiner Psychiatrieerfahrung seine Erkrankung nicht „Schizophrenie“ sondern „Neurose“, bedient sich also eines ihn weniger stigmatisierenden Etiketts. Auch ist es möglich, dass ein Patient bezüglich der Identität (Krankheitsbezeichnung)

mit dem theoretischen Konzept des Experten übereinstimmt, aber die Behandlungskonsequenzen (Kontrolle) als für ihn nicht notwendig anerkennt und so sein Medikamentenregime verwirft. Es gibt also vielfältigste individuelle Abweichungen und Interpretationsmöglichkeiten, betrachtet als ein Wechselwirkungsspiel zwischen kognitiver und affektiver Ebene, was auch bedeutet, dass eine Abweichung von dem Expertenmodell nur teilweise erfolgen kann. Tatsächlich gelang es Sayre sowie Angermeyer & Klusmann zu zeigen, dass die häufigsten Abweichungen von dem theoretischen Modell in der „relativ stärkeren zeitlichen Begrenzung der Probleme liegt - „Krise“ statt „Krankheit“ (Sayre 2000, Angermeyer & Klusmann 1988).

Wie hilfreich ein individueller Weg sein kann, konnten ebenfalls schon Chadwick und Birchwood belegen, indem sie zeigten, dass der Erfolg von Bewältigungsstrategien, weniger von der Qualität der Stimmen, sondern vielmehr von der subjektiven Einstellung zu ihnen abhängt (Chadwick & Birchwood 1994). Ebenso konnte eine Querschnittstudie, welche Motivationsgründe für die Behandlungsverlässlichkeit schizophrener Patienten mit oraler versus Depotmedikation untersuchte, herausfinden, dass erstens eine Depotmedikation allein nicht vor Non-Compliance schützt, und dass zweitens subjektive Faktoren wie „Glaube“ und „Einstellung“ mehr als die Nebenwirkungen der Medikation eine entscheidende Rolle bei der konsequenten Befolgung therapeutischer Empfehlungen spielen (Patel et al. 2008).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Patienten in dem Versuch der Bewältigung ihrer Erkrankung häufig auf subjektive Krankheitskonzepte zurückgreifen. Eine rein „schulmedizinische“ Krankheitspräsentation, bestehend aus Ätiologie, Diagnose, Prognose und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten scheint für den Patienten nur anteilig hilfreich zu sein, auch, weil mit der Etikettierung „Schizophrenie“ negative Erwartungen und damit die Gefahr einer affektiven Störung begünstigt wird.

2.5 Messbarkeit von Einsicht

Krankheitseinsicht wissenschaftlicher Untersuchung zugänglich zu machen, stellt eine Herausforderung für die Forschung dar.

So ist es für die Messbarkeit eines solchen Konstrukts entscheidend, unter den oben genannten Hypothesen einen Konsens für die Erhebung von Daten zu finden.

Um der Komplexität des Begriffes Krankheitseinsicht gerecht werden zu können, sollte in Einschätzungsskalen die Multidimensionalität Berücksichtigung finden, bei gleichzeitigem Erhalt von standardisierten wissenschaftlichen Testgütekriterien wie Reliabilität und Validität (Amador et al. 1991). Weitere wichtige Kriterien für die Entwicklung eines Tests zur Erstellung einer „Einsichts-Skala“ sind eine leichte Anwendbarkeit, eine schnelle Durchführbarkeit sowie klare Qualifikationsmerkmale für den Untersucher (Amador & David 1998, S.18).

Folgende Aspekte sollten Berücksichtigung finden:

- „Einsicht wird geprägt von der Wahrnehmung und den Zuschreibungen des Patienten“,
- „Es wird unterschieden zwischen einer aktuellen und einer retrospektiven Einsicht“,
- „Die Idee der partiellen Einsicht ist darzustellen“,
- „Schließlich ist der kulturelle Kontext unbedingt für eine angemessene Bewertung von Einsicht zu berücksichtigen“ (Amador & David 1998, S.17).

Demzufolge entwickelten Amador und Mitarbeiter die heute als Goldstandard geltende „Scale to assess Unawareness of Mental Disorder“ (SUMD) (Amador & Strauss 1990).

Diese enthält vier Subskalen mit folgenden Domänen:

1. das Bewusstsein eine psychische Störung zu haben
2. das Bewusstsein einer bestimmten Medikamentenwirkung
3. das Bewusstsein für die Konsequenzen der psychischen Erkrankung
4. das Bewusstsein spezifisch psychotischer Symptome.

Insgesamt existieren heute vier Fremderhebungsinstrumente der Krankheitseinsicht, ein Instrument „The Insight Scale“, welches sowohl für Selbst- als auch Fremdbewertungen verwendet werden kann, sowie zwei ausschließlich zur Selbsterhebung geeignete Erfassungsskalen, wie „The Insight Scale“ und die „Beck Cognitive Insight Scale“. Die Letzteren versprechen theoretisch Vorteile in der Objektivität, Ökonomie sowie eine Absicherung der Reliabilität. Für die vorliegende Studie wurde eine Kombination aus selbst- und fremdbewerteter Einsicht mit den Instrumenten „Insight Scale“ und „Scale to assess unawareness of mental disorder - SUMD“ gewählt, da diese etabliert und in ihrer Validität und Reliabilität vielfach erfolgreich getestet wurden.

2.6 Therapeutische Möglichkeiten zur Herbeiführung von Krankheitseinsicht

Methoden zur Herbeiführung von Krankheitseinsicht seien nach aktuellem Forschungsstand im Folgenden skizziert:

Zunächst sei die hohe Bedeutung einer stabilen Arzt-Patienten Beziehung bei der Entwicklung von Krankheitseinsicht erwähnt. Ergebnissen einer aktuellen Promotionsarbeit zufolge zeigte sich in einem Patientenpool von 100 an Schizophrenie erkrankten Patienten die Korrelation zwischen einer hohen Einsicht und einer qualitativ guten Arzt-Patienten Beziehung als hochsignifikant. Demnach könnte womöglich bei einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis eine Verbesserung der Compliance und Krankheitseinsicht erwartet werden (Hamann 2008, S.45). Das Maß der Krankheitseinsicht wird sozusagen als Vertrauensbeweis an den Therapeuten interpretiert.

Die hohe Bedeutung einer guten Therapeut-Patienten Beziehung, die Bedeutung von Beziehungskontinuität und auch die Bedeutung einer behutsamen und rücksichtsvollen Zusammenarbeit für Prognose und Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen benennt auch eine amerikanische Studie 2008 (Green et al. 2008). Darüber hinaus lassen sich relevante Unterschiede in dem Verständnis des Begriffs „Befolgen von therapeutischen Vereinbarungen“ zwischen Therapeut und Patient feststellen. Gemäß einer italienischen Studie beinhaltet dieser Begriff für den Kliniker hauptsächlich die verlässliche Einnahme der verschriebenen Medikation - für den Patienten hingegen nicht (Barbui et al. 2009). In einer weiteren Studie ist ebenfalls die unterschiedliche

Gewichtung von Einflussfaktoren durch den Therapeuten, den Patienten und den Betreuer dargestellt worden, die entscheidend für die regelmäßige Medikamenteneinnahme ist (Kikkert et al. 2006). Dabei sind insgesamt fünf bedeutsame Faktoren benannt worden: Effizienz der Medikation, externale Faktoren (wie z.B. die Therapeut-Patienten-Beziehung), Krankheitseinsicht, Nebenwirkungen sowie die Einstellung gegenüber einer medikamentösen Behandlung generell. Die zugeschriebene Relevanz einzelner Faktoren unterscheidet sich deutlich zwischen Patient, Therapeut und Betreuer. Diese Ergebnisse haben klinische Relevanz und zeigen, wie komplex die Zusammenhänge zwischen Krankheitseinsicht, Lebensqualität und Compliance sind und welche Bedeutung der Betrachtungsperspektive zugesprochen werden muss.

Studien, welche die Wirksamkeit *psychodynamischer* Arbeit bei Schizophrenie diskutieren, liefern kontroverse Ergebnisse, sind vor allem jedoch zu dürftig. Ein dänisches Forschungscenter für die Lebensqualität an Schizophrenie erkrankter Menschen hat die Effekte eines *ganzheitlich orientierten Therapieansatzes* untersucht, bestehend aus psychodynamischer Arbeit in Kombination mit Körpertherapie. Psychodynamisch wird davon ausgegangen, dass früh stattgefundenen traumatische Erlebnisse zu einer Abspaltung von negativen Gefühlen führen. Diese Abspaltungsprozesse wiederum verursachen die für schizophren kranke Patienten typischen Symptome wie Autismus, Störungen des Denkens und der Wahrnehmung. Ziel der therapeutischen Arbeit ist es, verdrängte Gefühle wahrnehmbar zu machen und im Weiteren in einen individuellen Lebenszusammenhang setzen zu können. Schließlich sollte dann ein Prozess der Loslösung von negativen Gefühlen und Enttäuschungen erfolgen. Insgesamt soll diese so therapeutisch erarbeitete Selbsterkenntnis dem Patienten helfen, ein besseres Verständnis für die eigenen Lebenszusammenhänge entwickeln zu können, um geistige, körperliche sowie spirituelle Fähigkeiten nutzbar zu machen.

In der dänischen Studie des Center für LQ Forschung konnten positive Auswirkungen auf die Prognose und den Genesungsprozess der Patienten durch den Einsatz dieses kombinierten therapeutischen Ansatzes belegt werden (Ventegodt et al. 2007).

Des Weiteren stehen *kognitiv-behaviorale* Techniken für die Verbesserung der Krankheitseinsicht psychotischer Patienten zur Verfügung. Positive Effekte eines solchen Trainings sind darstellbar (Turkington et al. 2002). Vor allem bei Patienten mit neurokognitiven Störungen kann ein solches Training sehr wirksam sein, so die Ergebnisse einer Studie von 2001 (Bell et al. 2001).

Ganz andere Ideen therapeutischer Ansätze führen Henry und Ghaemi an. Sie haben gezeigt, dass *Video überwachte Eigen-Beobachtungen* in Kombination mit antipsychotischer Medikation eine Verbesserung der Krankheitseinsicht bewirken kann (Henry & Ghaemi 2004). Dabei sind Patienten nach Abklingen der akuten Krankheitsphase Videoaufzeichnungen von sich aus der Akutphase vorgespielt worden. Diese haben signifikant positive Auswirkungen auf die Krankheitseinsicht erzielt, so die Autoren. Schließlich plädieren einige Studien für psychotherapeutische Interventionen, welche vor allem *motivationsfördernd* sind. Interessant in diesem Zusammenhang ist eine neuere Studie aus Israel. Diese untersuchte Zusammenhänge zwischen Krankheitseinsicht, Lebensqualität und *Hoffnung*. Dabei wurde die Hypothese aufgestellt, dass eine hohe Krankheitseinsicht deshalb zu einer Verschlechterung der Lebensqualität führt, weil sie einhergeht mit einer drastischen Reduktion der Hoffnung. Ergebnisse konnten dies bestätigen, so dass die Autoren schlossen, dass das Vermitteln von Hoffnung einen unmittelbar positiven Effekt auf einerseits die Lebensqualität als auch die Krankheitseinsicht haben könnte (Hasson-Ohayon et al. 2009).

In einer weiteren australischen Studie wurde ebenfalls die hohe Bedeutung der Hoffnung für individuelle Gesundheit und Erfüllung thematisiert. Allerdings konnten die Autoren große Schwierigkeiten der Patienten feststellen, ihre persönlichen Vorstellungen von Hoffnung in Worte zu fassen. Mit Hilfe von selbstgemachten Fotografien der Patienten wurde sodann versucht, den Betroffenen einen Einstieg in das eher komplexe Thema der Hoffnung zu erleichtern. Zusammenfassend kamen die Autoren zu dem Schluss, dass Fotografie ein hilfreiches Medium für den Einstieg in die Diskussion um Hoffnung darstellt (Miller & Happell 2006).

Die aufgeführten Beispiele vermitteln ein Ringen um eine therapeutische Arbeit, die letztendlich über die Verbesserung von Krankheitseinsicht eine Verbesserung des Verlaufs und der Prognose sowie der Lebensqualität der Patienten erzielen möchte.

Der extrem hohe Anteil der Non-Compliance sowie der hohe Anteil (60%) der an Schizophrenie erkrankten Patienten, die eine fehlende Krankheitseinsicht aufweisen (Amador et al. 1994), zwingen die Behandler zu neuen Überlegungen und lassen vermuten, dass Unterschiede in der Betrachtungsweise der Erkrankung zwischen Therapeut und Patient existieren. Die Herangehensweise des Mediziners mit dem üblichen schulmedizinischen Algorithmus aus Ätiologie, Diagnose, Therapieoptionen und Prognose wird nur bedingt den Vorstellungen und Bedürfnissen des an einer Schizophrenie erkrankten Patienten gerecht. Aus Sicht der Patienten scheinen andere, subjektive Faktoren wie z.B. eine größere Offenheit der Umwelt im Allgemeinen, aber auch des Therapeuten im Speziellen, von tragender Bedeutung zu sein (Corring & Cook 2007, Kikkert et al. 2006, Barbui et al. 2009). Diese subjektive Variabilität zeigt sich auch in dem aktuellen Verständnis von Krankheitseinsicht. Unterschiedlichste Faktoren, abhängig von dem individuellen Lebenskontext, beeinflussen offensichtlich den Grad der Krankheitseinsicht (Bottlender & Hloulcal 2010).

Auf Grundlage dieser Überlegungen hat sich die vorliegende Arbeit zum Ziel gesetzt, die Auswirkungen von Krankheitseinsicht auf die *subjektiv* bewertete Lebensqualität zu untersuchen. Die subjektive Einschätzung des Patienten, sowohl seiner Krankheitseinsicht als auch der Lebensqualität, wird einer Fremdbewertung gegenübergestellt. Dabei ist die Hypothese aufgestellt worden, dass Patienten mit einer höheren Krankheitseinsicht (selbst und fremd bewertet) eine schlechtere selbstbewertete Lebensqualität beklagen als diejenigen mit einer niedrigen Krankheitseinsicht. Auch werden Unterschiede bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Krankheitseinsicht und einzelnen Lebensqualitätsbereichen erwartet.

2.7 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, den Zusammenhang zwischen selbst- und fremdbewerteter Krankheitseinsicht, schizophrener Symptomatik und der Lebensqualität schizophrener Patienten im akuten Krankheitsstadium zu untersuchen.

Nicht immer, so zeigt es die klinische Erfahrung, ist eine stärkere schizophrene Symptomatik mit einer schlechten Lebensqualität verbunden. Auch ist es, der klinischen Erfahrung entsprechend, nicht zwingend so, dass schizophrene Positivsymptome als beeinträchtigender von den Betroffenen erlebt werden als schizophrene Negativsymptome.

Unerforscht blieb aber bislang, wie sich die Krankheitseinsicht auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität schizophrener Patienten auswirken mag. Die vorliegende Arbeit soll helfen, über die Beleuchtung des subjektiven Krankheitserlebens die Bereitschaft zur Behandlungskooperation besser verstehen zu können.

Folgende Hypothesen und Fragen bilden den Kern der vorliegenden Arbeit:

Hauptfragestellung:

Hypothese 1: Patienten mit hoher versus niedriger selbst- bzw. fremdbewerteter Krankheitseinsicht unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Lebensqualität dahingehend, dass Patienten mit hoher Krankheitseinsicht eine signifikant niedrigere Lebensqualität aufweisen. Lassen sich diese Unterschiede feststellen?

Sekundärfragestellung:

Hypothese 1: Patienten mit hoher versus niedriger selbst- bzw. fremdbewerteter Krankheitseinsicht unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Bereiche ihrer Lebensqualität dahingehend, dass Patienten mit hoher Krankheitseinsicht nicht in allen Bereichen eine signifikant niedrigere Lebensqualität aufweisen. Wirken sich eine hohe- bzw. niedrige

Krankheitseinsicht signifikant auf bestimmte Lebensqualitätsdomänen aus?

Weitere Fragestellungen:

- Hypothese 2: Patienten mit stärker ausgeprägter schizophrener Positivsymptomatik weisen eine signifikant niedrigere selbst- bzw. fremdbewertete Krankheitseinsicht auf. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Positivsymptomatik?
- Hypothese 3: Patienten mit stärker ausgeprägter depressiver Symptomatik weisen eine signifikant höhere selbst- bzw. fremdbewertete Krankheitseinsicht auf. Lässt sich diese Verbindung beweisen?
- Hypothese 4: Die selbstbewertete Krankheitseinsicht zeigt einen signifikanten Zusammenhang zu der fremdbewerteten Krankheitseinsicht. Korrelieren die Selbst- und Fremdbewertung der Krankheitseinsicht miteinander?

3 Methodik

3.1 Probanden und Methodik

Die Fragestellung dieser Arbeit wurde anhand einer Stichprobe von N= 59 untersucht. Die Probanden wurden während ihres stationären Aufenthaltes in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums in Hamburg-Eppendorf sowie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Westklinikums Hamburg-Rissen im Zeitraum von 2004-2005 rekrutiert. Unter Berücksichtigung folgender Kriterien wurden Patienten in die Studie eingeschlossen: Diagnose einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung (ICD-10: F20 oder F25) und mindestens einem der Positiv-Symptome der „positive and negative syndrom scale“ (PANSS) bewertet als > 3. Die Diagnosen unterlagen den Vorgaben der „International Classification of Diseases“, Version 10 (ICD-10) (Dilling et al. 2009).

Alle Diagnosen wurden gemäß ICD-10 gestellt.

Lag bei den Patienten bei Aufnahme eine hirnorganische Störung vor, oder ergab sich im klinischen Verlauf ein Hinweis darauf, wurden die Patienten von der Studie ausgeschlossen. Ebenso wie eine Intelligenzminderung haben auch ungenügende Kenntnisse der deutschen Sprache zu einem Ausschluss geführt.

Die Rekrutierung und Datenerhebung lag in der Verantwortung der Verfasserin. Vor Beginn der Interviews und vor Austeilen der Selbstbewertungsfragebögen wurde jeder Patient persönlich gefragt, ob er/sie an der Untersuchung teilnehmen möchte. Der Zweck der Gesamtuntersuchung wurde erklärt. Nach der Einwilligung in die Studie wurde jeder Teilnehmer ausführlich über Vorgehen, Umfang und den Schutz der Daten gegenüber Dritten informiert und die Möglichkeit der Rücknahme des Einverständnisses wurde betont. Die Anonymisierung des Datenmaterials wurde durch die Verwendung eines Codes und somit den üblichen Datenschutzkriterien gesichert. Diese Vereinbarung basiert auf der im Rahmen der PERSIST-Studie verwendeten Einverständniserklärung und wurde von allen Teilnehmern der Untersuchung unterschrieben. Das Studiendesign und die Verlaufsergebnisse der PERSIST-Studie (PERsonenzentrierte Settingübergreifende Integrative Schizophrenie Therapie) wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht (Karow et al. 2002,

Karow et al. 2005, Basdekis et al. 2000, Moritz et al. 2000).

In einzelnen Fällen konnte noch am Tag der Aufnahme mit den Gesprächen begonnen werden. Die Interviewsitzung dauerte 50-90 Minuten. Die Selbstbeurteilungsbögen wurden dann von den befragten Personen im Laufe der nächsten 2 Tage ausgefüllt. In der Mehrheit der Fälle ließ die Verfasserin auch diese Bögen in ihrem Beisein ausfüllen. Die Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität und Einsichtsfähigkeit entsprechen hinsichtlich ihrer Gütekriterien internationalen Standards.

Ein soziodemographischer Fragebogen wurde für die Aufnahme von deskriptiven Daten aus unterschiedlichen Lebensbereichen eingesetzt (Karow et al. 2008).

3.2 Instrumente

In diesem Abschnitt werden die in dieser Studie verwandten Instrumente beschrieben und in ihrem Aufbau skizziert. Jedes Instrument wurde in Originalform dem Anhang beigelegt.

3.2.1 Soziodemographie

3.2.1.1 Beschreibung des soziodemographischen Fragebogens

Der Soziodemographische Fragebogen A basiert auf der in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf üblichen Basisdokumentation. Die Basisdokumentation wurde durch spezifische Elemente für Sucht- und Substanzmissbrauch ergänzt. Diese Elemente entstammen dem "European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence" von Kokkevi und dem „Addiction severity Index“ von Mc Lellan und Mitarbeiter (Kokkevi & Stefanis 1995, Mc Lellan et al.1980).

Der Soziodemographische Fragebogen A ist ein vom Untersucher auszufüllender Fragebogen, der auf einer mittels Interview durchgeführten Erhebung beruht. Es werden verschiedene soziodemographische Stammdaten des Probanden erhoben. Neben Aufnahmedatum, Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, höchstem erreichten Schulabschluss, höchstem Berufsabschluss, der aktuellen beruflichen Situation, Nationalität, Familienstand, Partner- und

Wohnsituation wird auch das Alleinleben oder das Zusammenleben mit Eltern, eigenen Kindern etc. erhoben.

Ergänzt und erweitert werden die soziodemographischen Daten mit der Suizidanamnese, der Vorbehandlung von psychischen oder psychiatrischen Störungen, der jetzigen Medikation, der Medikation vor stationärer Aufnahme, der medizinischen Vorgeschichte (einschließlich somatischer Erkrankungen, Kopfverletzungen und Geburtskomplikationen), der psychisch-psychiatrischen Familienanamnese und der Erkenntnis bezüglich des differenzierten Substanz- und Drogengebrauchs. In diesem spezifischen Abschnitt für Sucht- und Substanzmissbrauch wird der Konsum sowohl legaler Alltagsdrogen als auch “weicher” und “harter” illegaler Drogen festgehalten.

3.2.2 Psychopathologie

3.2.2.1 Beschreibung der PANSS

Die PANSS (positive and negative syndrome scale) gehört seit ihrer Entwicklung 1989 durch Kay und Mitarbeiter weltweit zu den maßgebenden Instrumenten zur Erfassung von Psychopathologie in der Schizophrenieforschung. Keine andere Methode wurde einer so ausführlichen Standardisierung unterzogen (Kay et al. 1989). Das Manual bietet ausführliche Definitionen für Symptome und genaue Kriterien für deren Bewertung. Es werden insgesamt gute Reliabilitäts- und Validitätskennwerte erzielt. Bei guter Schulung der Untersucher besitzt die PANSS eine hohe Interrater-Reliabilität und eine hohe Retest-Reliabilität (Kay et al. 1989). Kritisch anzumerken ist das Fehlen von Ich-Störungen als eigenständigem Item. Ich-Störungen sollen laut Manual unter Wahnideen mitberücksichtigt werden. Die Interviewerin wurde vor Beginn der Studie in der Durchführung eines PANSS Interviews umfassend geschult. Die ersten Interviews wurden auf Interrater-Reliabilität überprüft (vgl. Karow et al. 2008). Die Kategorisierung der Symptome umfasste ursprünglich allein Positiv (P), Negativ (N) sowie Allgemein-(Global) Symptome (G) (Bell et al. 1994). Ergebnisse neuerer faktorenanalytischer Studien mit der PANSS konnten jedoch zeigen, dass eine Unterteilung der PANSS in 5 Dimensionen die Psychopathologie besser repräsentiert. So ist auch die Analyse dieser Studie auf der Basis von 5 orthogonalen Dimensionen durchgeführt worden: hierzu zählen

6 positiv items (P1,P3,P5,P6,G9,G12), wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Größenwahn, Misstrauen Verfolgungswahn, Ungewöhnliche Denkinhalte, Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht, 7 negativ Items (N1,N2,N3,N4,N6,G7,G16), namentlich benannt als Affektverarmung, Emotionaler Isolation, Mangelnde Beziehungsfähigkeit, Passiv-apathische soziale Isolation, Mangelnde Spontaneität und Gesprächsfähigkeit, Motorische Verlangsamung sowie Aktives soziales Vermeidungsverhalten, 6 kognitive Items (P2,N5,G5,G10,G11,G13) benannt als Formale Denkstörung, Vermindertes abstraktes Denkvermögen, Maniriertheit und Posieren, Desorientiertheit, Mangelnde Aufmerksamkeit und Willensschwäche, 6 items der Feindseligkeit (P4,P7,N7,G4,G8,G14) beschrieben als Erregung, Feindseligkeit, Stereotypes Denken, Gespanntheit, Unkooperatives Verhalten, Mangelnde Impulskontrolle sowie 5 Items, die dem depressiven Syndrom zugeordnet werden können (G1,G2,G3,G6,G15) und mit Leibliche Befindlichkeitsstörungen, Angst, Schuldgefühlen, Depression und Selbstbezogenheit beschrieben werden.

Jedes Symptom wurde von 1 (= nicht vorhanden) bis 7 (= extrem stark vorhanden) bewertet. Das Einzelitem des Mangels an Urteilsfähigkeit und Einsicht (G12) sowie die zu dem depressiven Syndrom zugehörigen items (G1,G2,G3,G6,G15) wurden in der vorliegenden Studie zusätzlich für Einzelanalysen verwandt. Auf der Basis eines 30-45 minütigen formalisierten Interviews bewertet der Untersucher Symptome anhand einer siebenstufigen Skala von 1-7. Zur Hilfestellung sind in einem Manual kurze Symptombeschreibungen aufgelistet, die das gültige Verständnis des jeweiligen Schweregrades zusammenfassen und damit die Einordnung erleichtern. Missverständnissen in der Interpretation kann so vorgebeugt und eine bessere Interrater-Reliabilität erzielt werden.

Für die Beurteilung der Symptome dienen als Grundlage sowohl die Beobachtungen des Untersuchers während des Interviews wie auch Berichte von Familienmitgliedern, Bezugspersonen oder dem therapeutisch-pflegerischen Umfeld des Patienten. Berücksichtigt werden allein Erlebnisse, Befindlichkeiten oder Verhaltensweisen der letzten 7 Tage. Das Gespräch soll in einer Atmosphäre stattfinden, in der der Patient in der Lage ist, über die für ihn meist problematischen Inhalte zu sprechen.

3.2.3 Krankheitseinsicht

3.2.3.1 Beschreibung der Insight-Scale

Die von Birchwood und Mitarbeitern 1994 entwickelte „Insight Scale“ erfasst anhand von 8 einfachen und direkten Stellungnahmen das Vorhandensein von Einsicht sowie die Veränderung des Maßes an Einsicht (Birchwood et al. 1994). Diese 8 Aussagen lassen sich folgenden 3 Merkmalen von Einsicht nach David (1990) inhaltlich zuordnen: 1. Anerkennung der Symptome, 2. Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung, 3. der Einsicht, sich einer medikamentösen Behandlung unterziehen zu müssen sowie 4. dem Maß der Einsicht insgesamt (David 1990). Im Ergebnis sollte durch die individuelle Beurteilung des Patienten dessen psychologische Realität erkennbar sein, um damit über das einfache Kriterium für eine Einsicht („Anerkennung der Symptome als Krankheit“ Ja/Nein) hinaus dem psychopathologischen Bild differenzierter gerecht werden zu können. Die Stellungnahmen sind 3-stufig und mit jeweils „ja“, „nein“ oder „unsicher“ zu beantworten. Der Test ist in wenigen Minuten vervollständigt und bedarf keiner speziellen Schulung des Untersuchers. Die Skala zeigt gute Validität, Reliabilität sowie Sensitivität (Birchwood et al. 1994).

3.2.3.2 Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)

Die „Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder“ (Instrument zur Erfassung von fehlendem Bewusstsein einer psychischen Erkrankung) ist eine standardisierte Skala, bei der die Krankheitseinsicht auf der Basis eines Patienteninterviews durch den Interviewer bewertet wird (Amador et al. 1993). Für die vorliegende Studie wurden wie von dem Autoren vorgesehen aus der SUMD die folgenden 4 Subskalen extrahiert (Amador et al. 1993). Die Bewertung einer Fragestellung reicht von möglichen 1-5 Punkten, wobei ein höherer Punktwert einem geringeren Maß an Einsicht entspricht. Für die Analyse der Daten in der vorliegenden Studie sind die Punktwerte umgerechnet worden, so dass die Skala von 1 (= geringe Einsicht) zu 5 (= höchstes Einsichtsniveau) reicht.

Mit diesen Subskalen können unterschiedliche Dimensionen der Einsichtsfähigkeit berücksichtigt werden.

Folgende Fragestellungen werden behandelt:

1. Bewusstsein, eine psychische Störung zu haben
2. Bewusstsein/Kenntnis bezüglich der angestrebten Medikamentenwirkung
3. Bewusstsein/Kenntnis der sozialen Konsequenzen der psychischen Erkrankung
4. Bewusstsein eines spezifisch psychotischen Symptoms.

Zusätzlich wurde wie bei der Selbstbewertung ein Einsichtsgesamtwert (SUMD total score) sowie das Einzelitem der PANSS (G12) für die differenzierte Analyse der fremdbewerteten Krankheitseinsicht verwandt.

Während eines Interviews wird der Patient gebeten, die ihm gestellten Fragen einzuordnen, wobei er als Antwort wählen kann: „keine Angabe möglich“, „glaubt sicher, dass...“, „glaubt teilweise/ ist unsicher“, bis zu „glaubt sicher, dass nicht...“. Der Untersucher übernimmt das Vorlesen sowie das Ankreuzen der gewählten Antwort.

Obwohl dieses Instrument speziell für die Erfassung von Krankheitseinsicht bei schizophrenen Patienten entwickelt wurde, kann es problemlos auch für die Erfassung dieses Phänomens innerhalb anderer psychischer Erkrankungen benutzt werden. Ziel ist es, einzelne Komponenten der Einsicht zu bewerten, um diese mit sich selbst, mit psychiatrischen Symptomen, demographischen Daten sowie klinischen Verläufen in Relation setzen zu können. Nach Angaben der Autoren kann jede einzelne Subskala unabhängig von den anderen bewertet werden, je nach Fragestellung der Studie. So wurden für diese Studie auch nur die items verwandt, welche die Aktualität der Krankheitseinsicht am besten darstellen. Diese Einzelitems beinhalten gängige Definitionsmerkmale der Einsicht, wie weiter oben gelistet (1-4). Die Skala zeigte in verschiedenen Untersuchungen mit schizophrenen Patienten eine gute Reliabilität sowie Validität (Amador et al. 1993).

3.2.4 Lebensqualität

3.2.4.1 Beschreibung des MSLQ

Das Modulare System zur Messung MSLQ (Pukrop et al. 1999, Pukrop et al. 2000) ist ein Instrument zur Messung der Lebensqualität von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Arbeitsgruppe Lebensqualität (LQ) der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) unterstützte zur Entwicklung der MSLQ eine multizentrische Studie von Pukrop und Kollegen, in der das Konstrukt Lebensqualität mit Hilfe von acht bereits vorhandenen und validierten Erhebungsinstrumenten je einer gesunden, einer depressiven und einer schizophrenen Stichprobe metaanalytisch untersucht wurde. Ziel war es, eine facettentheoretische Validierung der unterschiedlichen LQ-Erhebungsinstrumente durchzuführen, um zum einen eine integrierende Synthese der Skalen und andererseits ein valides Kernmodul der allgemeinen LQ zu erhalten. Die Untersuchungen von Pukrop und Mitarbeiter generierten so ein elementares Kernmodul, bestehend aus verschiedenen Bereichen und je nach Krankheitsbild relevante und additiv zu verwendende Zusatzmodule. Damit ergibt sich für das Krankheitsbild der Schizophrenie ein Lebensqualitätsmessinstrument mit insgesamt 86 Items in 6 Dimensionen. Das in der vorliegenden Studie verwandte Instrument der MSLQ-R ist eine modifizierte Variante und besteht aus einem Kernmodul mit insgesamt 6 Domänen, welche den Bereich der Gesundheit, Vitalität, Psychosoziale Lebensqualität, Affektive Lebensqualität, Materielle Lebensqualität sowie Freizeit Lebensqualität beinhalten, sowie 4 Zusatzmodulen bestehend aus Partnerschaft, Familie, Beruf sowie der Allgemeinen Lebensqualität. Psychometrische Eigenschaften konnten erfolgreich getestet werden (Pukrop et al. 2003).

Die Probanden werden gebeten, die Fragen durch Ankreuzen auf einer siebenstufigen Likert-Skala zu beantworten. Grundlage der subjektiven Einschätzung soll der Zeitraum der vergangenen vier Wochen vor der Erhebung sein. Die Skalen sind entsprechend ihrer Polarität optisch gekennzeichnet. Der hellere Bereich markiert eine positive Einschätzung, der dunklere Bereich eine negative. Je nach Frage reichen die Skalen jeweils von “völlig zufrieden” bis “völlig unzufrieden”, “sehr gut” bis “sehr schlecht”, “immer” bis “nie” etc. Den

subjektiv zu beantwortenden Fragen zu den verschiedenen Bereichen ist ein soziodemographisches Blatt vorangestellt, um die Ergebnisse entsprechenden Daten gegenüber stellen zu können.

3.3 Dateneingabe und Auswertung der Ergebnisse

Die Dateneingabe wurde eigenverantwortlich durch die Verfasserin dieser Arbeit vorgenommen.

Die Auswertung der soziobiographischen und klinischen Daten erfolgte zunächst deskriptiv anhand der Ausgabe von Mittelwerten, Standardabweichung, Median und Range. Die explorative Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Krankheitseinsicht mit Psychopathologie und Lebensqualität erfolgte mittels bivarianter Korrelationen nach Pearson. Die Aufteilung der Stichprobe in hohe versus niedrige Krankheitseinsicht erfolgte anhand der vorgegeben Cut Off Werte für beide Instrumente zur Messung der Krankheitseinsicht (SUMD, Insight Scale) (Karow et al. 2008). So wurden die Insight Scale Domänen und der Gesamtwert in "hohe" versus "niedrige" Krankheitseinsicht anhand des definierten Cut Off Wertes von 9 respektive 2 für die Subskalen dichotomisiert (Birchwood et al. 1994). Aufgrund fehlender Cut Off Werte wurde die SUMD anhand des Medians in niedrige (1-3) und hohe Krankheitseinsicht (4-5) eingeordnet. Das PANSS Item zur Messung der Krankheitseinsicht wurde anhand der PANSS Remissions Kriterien ebenfalls in hohe versus niedrige Krankheitseinsicht ($G12 \leq 3$) dichotomisiert (Andreasen et al. 2005).

Unterschiede zwischen Patienten mit hoher versus niedriger Krankheitseinsicht hinsichtlich Psychopathologie (PANSS Gesamtwert und Subskalen) und Lebensqualität (MSLQ Kernmodul und Allgemeine Lebensqualität) wurden mittels ungepaarter t-Tests durchgeführt. Ein möglicher Zusammenhang weiterer soziodemographischer und klinischer Variablen mit der Krankheitseinsicht wurde anhand von Mittelwertsvergleichen und Pearsons's Korrelationen getestet. Für die statistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ festgelegt. Einzelne, zufällig fehlende Werte wurden durch die Mittelwerte der jeweiligen Subskala des Instruments ersetzt.

Für alle Analysen wurde das statistische Paket von SPSS Version 11.5 (Chicago, Illinois, USA) verwendet.

4 Ergebnisse

4.1 Allgemeine Daten/Stichprobe

Es wurden im Rahmen dieser Untersuchung N= 59 Patienten mit der Diagnose nach ICD10, F20.0 und F25.0, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis interviewt.

85% (n= 50) der Teilnehmer erfüllten die Kriterien einer Schizophrenie, 15% (n= 9) hatten eine schizoaffektive Störung.

Alle befanden sich in stationärer Behandlung und wurden innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme in die Studie eingeschlossen. Ein Ausschlusskriterium hat sich im Verlauf der Studie seitens der Patienten dann ergeben, wenn durch eine starke formalgedankliche Beeinträchtigung, z.B. in Form extremer Zerrfahrenheit, ein Gespräch in den ersten Tagen gar nicht möglich gewesen ist. Zwei Patienten mussten nachträglich von der Studie ausgeschlossen werden, da die Analyse ihrer Daten unglaubliche Ergebnisse ergab.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer insgesamt lag bei 34,7 (SD $\pm$ 13,0) Jahren. Die Dauer der Erkrankung, errechnet ab dem ersten Auftreten eines Positiv Symptoms, belief sich auf durchschnittlich 7,6 Jahre (SD $\pm$ 7,4). Die Anzahl stationärer Voraufenthalte betrug zum Zeitpunkt der Datenerhebung durchschnittlich 6,6 Jahre (SD $\pm$ 10,1) (vergleiche hierzu Tabelle 1).

Die männlichen Teilnehmer waren mit einem Anteil von 61% (n= 38) gegenüber 39% (n= 24) Frauen in der Gesamtstichprobe vertreten.

41% (n= 24) der Studienteilnehmer berichteten zum Zeitpunkt der Datenerhebung, in ihrer Vorgeschichte einen oder mehrere Suizidversuche unternommen zu haben.

59% (n= 35) der Studienteilnehmer berichteten, keine Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte unternommen zu haben.

70% (n= 41) der Studienteilnehmer lebten lang- oder kurzfristig ohne einen festen Partner bzw. in unsteten Beziehungen. 30% (n= 18) der Studienteilnehmer lebten in einer festen Partnerschaft.

64% (n= 38) der Studienteilnehmer lebten zum Zeitpunkt der Befragung unabhängig.

22% (n= 13) der Studienteilnehmer wohnten bei ihren Eltern.

14% (n= 8) der Studienteilnehmer lebten in einem Übergangswohnheim, im

„betreuten Wohnen“, oder anderen Institutionen.

20% (n= 12) der Studienteilnehmer hatten eine positive Familienanamnese und berichteten von an Schizophrenie erkrankten Familienmitgliedern. 80% (n= 47) zeigen eine negative Familienanamnese.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 37% (n= 22) berufstätig. Davon arbeiteten 3% (n= 2) als Hausfrau- oder Hausmann und 19% (n= 11) befanden sich in einer Ausbildung. 63% (n= 37) waren zum Zeitpunkt der Studierenerhebung nicht berufstätig.

46% (n= 27) der Studienteilnehmer lebten zum Untersuchungszeitpunkt allein.

54% (n= 32) gemeinsam mit anderen.

25% (n= 15) der Studienteilnehmer wurden begleitend mit einem Benzodiazepin behandelt, 71% (n= 42) der Studienteilnehmer nahmen kein Benzodiazepin als Zusatzmedikation ein.

Folgende Korrelationen zwischen soziodemographischen, klinischen oder krankheitsanamnestischen Daten und Krankheitseinsicht liessen sich herstellen (vergleiche hierzu Tabelle 1).

Patienten, die von einem Suizidversuch in ihrer Vorgeschichte berichteten, wiesen eine höhere selbstbewertete Krankheitseinsicht ($t= 2,37$; $p<0,02$) auf. Patienten mit einer positiven Familienanamnese zeigten eine signifikant höhere Krankheitseinsicht ($t= -3,19$; $p= 0,002$).

Patienten, welche sich zum Befragungszeitpunkt in einer festen Partnerschaft befanden, zeigten fremdbewertet eine höheres Bewusstsein für ihre psychische Erkrankung ($t= -2,42$; $p= 0,02$).

Das Zusammenleben mit anderen Menschen zeigte signifikant positive Auswirkungen auf die selbstbewertete Anerkennung der Symptome ($t= -2,24$, $p= 0,03$) sowie der fremdbewerteten Anerkennung der psychotischen Symptome (SUMD: $t= -2,55$, $p= 0,01$).

Patienten, die zusätzlich mit einem Benzodiazepin medikamentös behandelt wurden, zeigten eine höhere selbstbewertete Anerkennung ihrer Symptome ($t= -4,25$; $p= 0,001$).

Das Geschlecht wie auch aktuelle Berufstätigkeit zeigten keine relevanten Auswirkungen auf die Einsicht, selbst- oder fremdbewertet. Das Alter, die

Anzahl stationärer Vorbehandlungen sowie die Erkrankungsdauer insgesamt zeigten ebenso keine signifikanten Assoziationen.

Tabelle 1: Allgemeine Stichprobenbeschreibung, der Einfluss soziodemographischer, klinischer und anamnestischer Daten auf die Einsicht (selbst- und fremdbewertet) gemessen im Zweistichproben t-test

Allgemeine Stichprobenbeschreibung		Mittelwerte (SD)	Korrelation zur KE ¹⁾ R (Sig)
Alter		34,7 (± 13,0)	-0,17 bis 0,08 ns
Anzahl stationärer Voraufenthalte		6,6 (± 10,1)	-0,07 bis 0,24 ns
Dauer der Erkrankung		7,6 (± 7,4)	-0,04 bis 0,10 ns
Die Einsicht beeinflussenden soziodemographischen, klinischen oder krankheitsanamnestischen Daten	n	Mittelwerte der Einsicht insgesamt bzw. einzelner Subskalen ²⁾	Korrelation zur KE R (Sig)
Geschlecht		IS insgesamt/SUMD insgesamt ³⁾	
weiblich	24	8,68/11,95	ns/ns
männlich	38	8,17/11,32	
SV in der Vorgeschichte		IS-KE/IS insgesamt/SUMD insgesamt ⁴⁾	
ja	24	3,10/9,05/12,0	2,37*/ns/ns
nein	35	2,35/7,96/10,63	
Familienanamnese		IS-KE/IS insgesamt/SUMD insgesamt	
positiv	12	3,60/9,65/12,75	-3,19**/ns/-2,15*
negativ	47	2,41/8,08/10,81	
Partnerschaft		SUMD-KE/IS insgesamt/SUMD insgesamt ⁵⁾	
ja	18	4,27/9,26/13,0	-2,42*/ns/-2,9**
nein	41	3,46/8,1/10,46	
Unabhängig lebend		IS insgesamt/SUMD insgesamt	
ja	38	7,85/11,7	2,12*/ns
nein	21	9,38/11,0	
Alleine lebend		IS-Symptome/SUMD-Symptome/IS insgesamt/SUMD insgesamt ⁶⁾	
ja	27	2,27/2,92/7,68/11,14	-2,24*/2,55**/ns/ns
nein	32	3,0/4,0/8,98/11,93	
Berufstätig		IS insgesamt/SUMD insgesamt	
ja	22	8,55/9,86	ns/ns
nein	37	8,32/11,89	
Benzodiazepine Begleitsituation		IS-Symptome/IS insgesamt/SUMD insgesamt	
ja	15	3,5/9,79/11,53	-4,25***/-2,16*/ns
nein	42	2,38/8,0/10,97	

¹⁾ Krankheitseinsicht

²⁾ Darstellung von selbst- und fremdbewerteten Subskalen bzw. der Einsichtsgesamtwerte, welche im t-test Vergleich Ergebnisse erzielten; konnte keine Assoziation zu einzelnen Subskalen hergestellt werden, werden ausschließlich Mittelwerte der Einsicht insgesamt aufgezeigt.

³⁾ IS insgesamt = selbstbewertete Krankheitseinsicht insgesamt (Instrument Insight)
SUMD insgesamt = fremdbewertete Krankheitseinsicht insgesamt (Instrument SUMD)

⁴⁾ IS-KE = selbstbewertete Krankheitseinsicht (Instrument Insight)

⁵⁾ SUMD-KE = fremdbewertete Krankheitseinsicht (Instrument SUMD)

⁶⁾ IS-Symptome = Anerkennung der Symptome (Instrument Insight)
SUMD-Symptome = Bewusstsein eines spezifischen Symptomes (Instrument SUMD)

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Die mittels der PANSS erfragte *psychopathologische Ausgangssituation* erzielte folgende Ergebnisse (vergleiche hierzu Tabelle 2, S. 56).

Die zu dem Feindseligkeitssyndrom gehörenden Symptome wurden mit einem Mittelwert von 2,0 ($SD \pm 0,6$) bewertet; dieser Wert entspricht einem „minimalen“ Vorhandensein des Syndroms, wobei Einzelwerte zwischen 1,0 und 4,3 schwankten.

Negativ Symptome erreichten einen Mittelwert von 2,5 ($SD \pm 0,9$); dies entspricht einem „leichten“ Vorhandensein des Syndroms, wobei Einzelwerte zwischen 1,0 und 4,5 schwankten.

Die zu dem kognitiven Syndrom zählenden Symptome, wurden im Mittel mit einem Punktwert von 2,3 ($SD \pm 0,8$) bewertet; dies entspricht ebenfalls einem „minimalen“ Vorhandensein des Syndroms, wobei Einzelwerte zwischen 1,0 und 4,5 schwankten.

Positiv Symptome wurden zum Aufnahmezeitpunkt mit einem Mittelwert von 3,2 ($SD \pm 0,8$) bewertet; dies entspricht einem „leichten“ Vorhandensein dieses Syndroms, wobei Einzelwerte zwischen 1,6 und 5,0 variierten.

Das depressive Syndrom erreichte einen Mittelwert von 3,0 ($SD \pm 0,7$). Dies entspricht einem „leichten“ Vorhandensein des Syndroms, wobei Einzelwerte zwischen 1,4 und 4,4 variierten.

Die subjektive Bewertung *einzelner Lebensqualitätsdomänen* zu Beginn der Studie zeigte folgende Ergebnisse (vergleiche Tabelle 2).

Die subjektiv bewertete Lebensqualität wurde, bezogen auf die Gesundheit von den Probanden im Mittel mit 44,51 ($SD \pm 19,16$) bewertet; dieser Mittelwert entspricht einem als „weder gut noch schlecht“ bewerteten körperlichen Gesundheitszustand.

Die Vitalität wurde von den Probanden im Mittel mit 37,20 ($SD \pm 15,28$) bewertet, dies entspricht einer subjektiv „eher schlechten“ Einschätzung dieser Lebensqualitätseinheit.

Die psychosoziale Lebensqualität wurde von den Probanden im Mittel mit 40,87 ($SD \pm 18,30$) bewertet, dies entspricht einer als „weder guten noch schlechten“ subjektiven Einschätzung dieser Komponente.

Die materielle Lebensqualität erreichte in der Bewertung einen mittleren Punktwert von 45,13 (SD $\pm$ 23,28). Dies entspricht einer als „weder gut noch schlecht“ bewerteten Einschätzung.

Die subjektive Bewertung der Freizeit Lebensqualität erlangte einen Mittelwert von 42,19 (SD $\pm$ 21,92), dies entspricht einem als „weder gut noch schlecht“ bewerteten Stellenwert.

Die affektive Lebensqualität wurde von den Probanden im Mittel mit 29,29 (SD $\pm$ 18,41) bewertet. Dies entspricht einer „eher schlechten“ Einschätzung.

Die allgemeine Lebensqualität wurde von den Probanden als „weder gut noch schlecht“, mit einem mittleren Punktwert von 42,17 (SD $\pm$ 19,79) bewertet.

Tabelle 2: Ergebnisse der Psychopathologie (PANSS) und Lebensqualität (MSLQ)

Ergebnisse der PANSS	Mittelwerte (SD) (n=59)
Positiv Syndrom (/6 items)	3,2 ($\pm$ 0,7)
Negativ Syndrom (/7 items)	2,5 ($\pm$ 0,9)
Kognitiv Syndrom (/6 items)	2,3 ($\pm$ 0,8)
Feindseligkeits Syndrom (/6 items)	2,0 ($\pm$ 0,6)
Depressiv Syndrom (/5 items)	3,0 ($\pm$ 0,7)
PANSS insgesamt	79,0 ($\pm$ 13,4)
Ergebnisse der MSLQ	Mittelwerte (SD) (0-100)
Gesundheit	44,51 ($\pm$ 19,16)
Vitalität	37,20 ($\pm$ 15,28)
Psychosoziale Lebensqualität	40,87 ($\pm$ 18,30)
Materielle Lebensqualität	45,13 ($\pm$ 23,28)
Freizeit Lebensqualität	42,19 ($\pm$ 21,92)
Affektive Lebensqualität	29,29 ($\pm$ 18,41)
Allgemeine Lebensqualität	42,17 ($\pm$ 19,79)
Lebensqualitäts Kernmodul	53,96 ($\pm$ 14,62)

4.2 Korrelationen zwischen Krankheitseinsicht, Lebensqualität und Psychopathologie

4.2.1 Subskalen selbstbewerteter Krankheitseinsicht (Insight) vs. Lebensqualität

In der folgenden Tabelle 3 werden die Korrelationen zwischen den Subskalen selbstbewerteter Einsicht (Instrument Insight) und den Lebensqualitätsmodulen dargestellt (MSLQ):

Die Einsicht in die Symptome korreliert signifikant negativ zu der Vitalität ($r = -0,48$, $p < 0,01$) sowie der affektiven Lebensqualität ($r = -0,38$, $p < 0,04$).

Die Krankheitseinsicht ist mit der subjektiven Bewertung der Gesundheit ($r = -0,32$, $p < 0,05$), der Vitalität ($r = -0,64$, $p < 0,001$), der psychosozialen Lebensqualität ($r = -0,56$, $p = 0,001$), der Freizeit Lebensqualität ($r = -0,39$, $p < 0,05$), der affektiven Lebensqualität ($r = -0,43$, $p < 0,01$) sowie mit der subjektiven Bewertung der allgemeinen Lebensqualität ($r = -0,49$, $p < 0,001$) signifikant negativ korreliert.

Die Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation ist mit der subjektiven Bewertung der Vitalität ($r = -0,32$, $p < 0,05$) und der affektiven Lebensqualität ($r = -0,45$, $p < 0,001$) signifikant negativ korreliert (vergleiche hierzu Tabelle 3).

Tabelle 3: Korrelation Einsicht (Insight) vs. Lebensqualität

	Insight		
	Einsicht in die Symptome	Krankheitseinsicht	Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation
MSLQ	r	r	r
Gesundheit	-0,05	-0,32*	-0,11
Vitalität	-0,48**	-0,64***	-0,32*
Psychosoziale Lebensqualität	-0,17	-0,56***	-0,2
Materielle Lebensqualität	0,03	-0,1	-0,08
Freizeit Lebensqualität	-0,23	-0,39*	0
Affektive Lebensqualität	-0,38*	-0,43**	-0,45***
Allgemeine Lebensqualität	-0,21	-0,49***	-0,3

r = Korrelation

p = Signifikanz

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

4.2.2 Subskalen fremdbewerteter Krankheitseinsicht (SUMD) vs. Lebensqualität

In der folgenden Tabelle 4 werden die Korrelationen zwischen den Subskalen fremdbewerteter Einsicht (Instrument SUMD) und den Lebensqualitätsmodulen dargestellt (MSLQ):

Das Bewusstsein eine psychische Erkrankung zu haben ist mit der subjektiven Bewertung der psychosozialen Lebensqualität signifikant negativ korreliert ($r = -0,3$, $p = 0,03$).

Das Bewusstsein für die sozialen Konsequenzen der psychischen Erkrankung ist mit der subjektiven Bewertung der affektiven Lebensqualität ($r = -0,37$, $p < 0,01$) sowie der allgemeinen Lebensqualität ($r = -0,28$, $p = 0,04$) signifikant negativ korreliert.

Tabelle 4: Korrelation Einsicht (SUMD) vs Lebensqualität

	SUMD		
	Bewusstsein eine psychische Erkrankung zu haben	Bewusstsein der Medikamentenwirkung	Bewusstsein sozialer Konsequenzen
MSLQ	r	r	r
Gesundheit	-0,1	0,09	-0,08
Vitalität	-0,14	-0,04	-0,24
Psychosoziale	-0,30*	-0,02	-0,22
Materielle Lebensqualität	-0,04	-0,04	-0,04
Freizeit Lebensqualität	0,05	-0,07	0,07
Affektive Lebensqualität	0,29	-0,25	-0,37**
Allgemeine Lebensqualität	-0,2	-0,22	-0,28*

r = Korrelation * $p \leq 0,05$

p = Signifikanz ** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

4.2.3 Einsicht insgesamt (selbst und fremd) sowie Einsicht PANSS vs. Lebensqualität

Der ungepaarte t-test erzielte signifikante Lebensqualitätsunterschiede bei Patienten mit einer entweder hohen oder niedrigen Einsicht sowohl für die einzelnen Subskalen der Einsichtsinstrumente (vergleiche hierzu Tabelle 3 und 4) sowie die selbst und fremdbewertete Einsicht insgesamt als auch dem PANSS Einzelitem (G12) (vergleiche hierzu Tabelle 5).

Eine hohe Einsicht, ob selbst oder fremdbewertet, zeigte sich korrelierend mit einer niedrigeren Lebensqualität in allen Lebensqualitätsmodulen. Statistisch signifikant wurden diese Ergebnisse in dem Kernmodul der Gesundheit (IS $t = 2,0$; $p < 0,05$), der Vitalität (IS $t = 2,55$; $p < 0,01$, PANSS $t = 2,40$; $p < 0,05$), der psychosozialen Lebensqualität (IS $t = 2,31$; $p < 0,05$, SUMD $t = 2,94$; $p < 0,01$, PANSS $t = 3,01$; $p < 0,01$), der affektiven Lebensqualität (IS $t = 2,0$; $p < 0,05$, SUMD $t = 2,60$; $p < 0,01$) sowie der Allgemeinen Lebensqualität (IS $t = 2,0$; $p < 0,05$, PANSS $t = 3,55$; $p < 0,001$).

Tabelle 5: Lebensqualitätsunterschiede von Patienten mit entweder einer hohen oder niedrigen Einsicht, selbst (Insight) oder (SUMD und PANSS) im ungepaarten t-test Vergleich

	Einsicht selbstbewertet (Insight)			Einsicht fremdbewertet (SUMD)			Einsicht PANSS (G12)		
	niedrig (N=14)	hoch (N=33)	T (Sig)	niedrig	hoch	T (Sig)	niedrig (N=26)	hoch (N=31)	T (Sig)
MSLQ									
Gesundheit	52,08	41,28	2,0*	44,61	44,14	0,09	48,55	41,12	1,47
Vitalität	46,13	34,09	2,55**	40,79	35,41	1,34	42,3	32,93	2,40*
Psychosoziale Lebensqualität	50,95	37,77	2,31*	49,02	35,41	2,94**	48,33	34,62	3,01**
Materielle Lebensqualität	50	43,09	0,91	48,14	42,88	0,83	47,77	43,01	0,75
Freizeit									
Lebensqualität	45,55	42,5	0,35	43,05	42,77	0,03	47,61	38,88	1,18
Affektive									
Lebensqualität	37,85	26,36	2,0*	36,11	23,75	2,60**	33,84	25,48	1,73
Allgemeine									
Lebensqualität	51,19	39,01	2,0*	46,7	38,67	1,5	51,44	34,4	3,55***

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

4.2.4 **Einsicht vs. PANSS Syndrome**

Signifikante Korrelationen konnten zwischen der selbst- sowie fremdbewerteten Einsicht insgesamt (Insight und SUMD) und dem Positiv Syndrom der PANSS dargestellt ($r = -0,30$, $p = 0,02$) werden; nicht jedoch zwischen der Einsicht (selbst- oder fremdbewertet) und weiteren Syndromen wie dem Negativ-, Kognitiv-, Feindseligkeits- oder Depressiv-Syndrom.

4.2.5 **Insight vs. SUMD vs. Einzelitem PANSS G12 und G6**

Nachfolgend werden in Tabelle 6 die Korrelationskoeffizienten der selbst- (Insight) und fremdbewerteten (SUMD) Einsicht dargestellt sowie der fremdbewerteten PANSS-Einzel-Items (G12 und G6) zu der selbstbewerteten Krankheitseinsicht (Insight) (vergleiche hierzu Tabelle, S. 36).

Das fremdbewertete Bewusstsein, eine psychische Erkrankung zu haben (SUMD), zeigte sich mit der Anerkennung der Symptome zu einer Erkrankung (Insight) ($r = 0,54$, $p < 0,001$), mit der selbstbewerteten Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation (Insight) ($r = 0,31$, $p < 0,05$) sowie mit der selbstbewerteten Einsicht insgesamt (Insight) ($r = 0,44$, $p < 0,001$) signifikant positiv korreliert.

Das fremdbewertete Bewusstsein sozialer Konsequenzen (SUMD) zeigte sich mit der selbstbewerteten Anerkennung der Symptome (Insight) ($r = 0,3$, $p < 0,05$), mit der selbstbewerteten Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung ($r = 0,44$, $p < 0,001$), mit der selbstbewerteten Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation ($r = 0,38$, $p < 0,001$) sowie mit selbstbewerteten Einsicht insgesamt ($r = 0,48$, $p < 0,001$) signifikant positiv korreliert.

Das fremdbewertete Bewusstsein eines spezifisch psychotischen Symptoms (SUMD) zeigte sich mit der selbstbewerteten Anerkennung der Symptome (Insight) ($r = 0,35$, $p < 0,05$), mit der selbstbewerteten Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung ($r = 0,41$, $p < 0,01$), mit der selbstbewerteten Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation ($r = 0,38$, $p < 0,05$) sowie mit der selbstbewerteten Einsicht insgesamt ($r = 0,47$, $p < 0,001$) signifikant positiv korreliert.

Die fremdbewertete Einsicht insgesamt (SUMD) zeigte sich mit der selbstbewerteten Anerkennung der Symptome (Insight) ($r = 0,33$, $p < 0,05$), mit der selbstbewerteten Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung ($r = 0,56$, $p < 0,01$), mit der selbstbewerteten Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation ($r = 0,40$, $p < 0,01$) sowie mit der selbstbewerteten Einsicht insgesamt ($r = 0,56$, $p < 0,001$) signifikant positiv korreliert.

Das durch den Untersucher bewertete Einzelitem der PANSS (G12), die Urteilsfähigkeit und Einsicht der Patienten benennend, korrelierte mit der selbstbewerteten Anerkennung der Symptome (Insight) ($r = -0,33$, $p < 0,01$), mit der selbstbewerteten Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung ($r = -0,36$, $p < 0,01$), mit der selbstbewerteten Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation ($r = -0,33$, $p < 0,01$) sowie mit selbstbewerteten Einsicht insgesamt ($r = -0,44$, $p < 0,001$) signifikant negativ.

Das fremdbewertete Einzelitem Depression der PANSS (G6) zeigte signifikant positive Korrelationen zu der selbstbewerteten Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung ($r = 0,43$, $p < 0,002$), der selbstbewerteten Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation ($r = 0,42$, $p < 0,002$) sowie der selbstbewerteten Einsicht insgesamt ($r = 0,42$, $p < 0,002$).

Tabelle 6: Korrelationen Einsichtsinstrumente selbstbewertet (Insight Scale) vs. fremdbewertet (SUMD) und fremdbewertete PANSS Einzelitems (G12 und G6)

(N=59)				SUMD (fremdbewertet)			
	Bewusstsein eine psychische Erkrankung zu haben	Bewusstsein der Medikamentenwirkung	Bewusstsein sozialer Konsequenzen	Bewusstsein eines spezifisch psychotischen Symptoms	Einsicht insgesamt	Einsicht PANSS (G12)	Depression PANSS (G6)
Insight Scale (selbstbewertet)	r	r	r	r	r	r	r
Anerkennung der Symptome	0,17	0,15	0,3*	0,35*	0,33*	-0,33**	0,17
Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung	0,54***	0,21	0,44***	0,41**	0,56**	-0,36**	0,43**
Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation	0,31*	0,15	0,38***	0,32*	0,40**	-0,33**	0,42**
Einsicht insgesamt	0,44***	0,22	0,48***	0,47***	0,56***	0,44***	0,42**

r = Korrelation
p = Signifikanz
 * $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$
 *** $p \leq 0,001$

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Folgende Ergebnisse lassen sich in Anlehnung an die anfangs gestellten Hypothesen konstatieren:

Patienten mit sowohl einer selbst als auch fremd bewertet hohen Krankheitseinsicht berichten eine schlechtere Lebensqualität. Dieses Ergebnis wurde signifikant in fünf von sieben Lebensqualitätsdomänen, namentlich der Gesundheit, der Vitalität, der psychosozialen Lebensqualität sowie der affektiven und allgemeinen Lebensqualität der Betroffenen (vergleiche hierzu Tabelle 5). Die Haupt- sowie Sekundärfragestellung der vorliegenden Arbeit kann damit als bestätigt gelten.

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Symptomatik und Krankheitseinsicht nachgewiesen werden.

Die 2. Hypothese, die einen Zusammenhang zwischen Psychopathologie und Krankheitseinsicht vermutete, konnte somit nicht bestätigt werden.

Beide Instrumente zur Messung der Krankheitseinsicht zeigten eine signifikant positive Korrelation zu der affektiven Domäne der PANSS (Depression).

Die 3. Hypothese, welche einen Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Depression vermutete, konnte damit bestätigt werden (vergleiche hierzu Tabelle 6).

Beide Instrumente zur Messung der Krankheitseinsicht korrelierten signifikant negativ mit dem Einzelitem der PANSS „mangelnde Urteils- und Einsichtsfähigkeit“, was die Validität beider Instrumente zur Messung der Krankheitseinsicht sowie die 4. Hypothese, welche einen signifikanten Zusammenhang zwischen selbst- und fremdbewerteter Krankheitseinsicht vermutete, zusätzlich bestätigt (vergleiche hierzu Tabelle 6).

5 Diskussion

5.1 Ergebnisdiskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie sind insgesamt 59 Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes hinsichtlich ihrer Krankheitseinsicht, Lebensqualität und Psychopathologie untersucht worden. Sowohl Patienten mit einer höheren selbst- als auch fremdbewerteten Krankheitseinsicht wiesen eine niedrigere Lebensqualität auf. Dieses Ergebnis zeigte sich in allen Domänen der Lebensqualität, wobei die Unterschiede in fünf von sieben Subskalen der Lebensqualität signifikant wurden, namentlich der Gesundheit, Vitalität, der psychosozialen sowie der affektiven und allgemeinen Lebensqualität der Betroffenen.

Diese Ergebnisse in den Kontext der aktuellsten Forschungsergebnisse gesetzt scheinen eine wichtige Auswirkung von Krankheitseinsicht darzustellen (Hasson-Ohayon et al. 2006, Lysaker & Salyers 2007, Sim et al. 2004). Es ist anzunehmen, dass Patienten mit einer höheren Krankheitseinsicht eine realistischere Wahrnehmung der Konsequenzen ihrer Erkrankung und damit eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität erleben. Möglicherweise verschlechtert eine höhere Akzeptanz der Diagnose die Lebensqualität wie auch die Bereitschaft des Patienten mit dem Therapeuten zu kooperieren. Eine reduzierte oder sogar fehlende Behandlungsbereitschaft der Patienten hat wiederum ganz entscheidende Auswirkungen auf den Verlauf und die Prognose der Erkrankung. Diese Zusammenhänge sind somit klinisch bedeutsam für therapeutische Herangehensweisen. Die Tatsache, dass in weiteren Studien Assoziationen nicht nur zwischen einer hohen Krankheitseinsicht und einer geringeren Lebensqualität, schlechtem Selbstwertgefühl und depressiver Verstimmung dargestellt werden konnten, sondern darüber hinaus auch mit einem verantwortungsvolleren Umgang des Patienten mit sich und der Erkrankung sowie regelmäßigeren Medikamenteneinnahmen (Staring et al. 2009) verweist auf die hohe Variabilität der Auswirkungen von Krankheitseinsicht. Offensichtlich beinhaltet das Erlangen von Krankheitseinsicht eine Gleichzeitigkeit sowohl von positiven als auch negativen, bzw. von protektiven

als auch möglicherweise schädlichen Faktoren, die wiederum sehr unterschiedliche Konsequenzen nach sich ziehen können. Das komplexe Bedingungsgefüge der Krankheitseinsicht deutet sich an.

Seit Beschäftigung der Forschung mit dem Begriff der Krankheitseinsicht lässt sich konstatieren, dass das in der klinischen Praxis übliche Verständnis von Krankheitseinsicht, gleichgesetzt mit Compliance, zu kurz greift. Diese Tatsache wird nicht zuletzt durch die extrem hohe Non-Compliance Rate nicht nur bei psychischen Störungen bewiesen (Gilmer et al. 2004). Der Begriff der Krankheitseinsicht ist komplex und die individuellen Wechselwirkungen zur Lebensqualität, Psychopathologie und Compliance vielfältig. Der Zusammenhang zwischen einer hohen Krankheitseinsicht und Verschlechterung der Lebensqualität kann insofern nicht als Kausalzusammenhang verstanden werden; er stellt angesichts der vorherrschenden Lebenszusammenhänge des Einzelnen, dem kulturellen Kontext sowie dem Stadium der Erkrankung eine mögliche Verlaufsform dar. Dabei sind häufig vor allem die Erwartungen an die Erkrankung entscheidend. Das Stigma, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, scheint dabei ebenfalls eine hohe Bedeutung zu haben. Die Möglichkeit aber, dass sich Krankheitseinsicht in eine für den Patienten überwiegend profitable Größe wandeln ließe, besteht ebenso. Weitere Forschungsbemühungen für ein noch differenzierteres Verständnis von Krankheitseinsicht und ihrer Verlaufsentwicklung wären hierfür von grundlegender Bedeutung.

Aktuell existieren verschiedene ätiologische Erklärungsmodelle für fehlende Krankheitseinsicht. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können als stützend für einige der benannten Entstehungsmechanismen interpretiert werden: Zuallererst sei die Theorie genannt, dass fehlende Krankheitseinsicht ein Abwehrmechanismus beziehungsweise eine Bewältigungsstrategie im Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung ist.

Die Realisation der eigenen Erkrankung und deren Folgen können zu dramatischen Entwicklungen führen. Eine sich zu rasch entwickelnde Krankheitseinsicht kann den Patienten zu immenser Demoralisierung mit suizidalen Folgen lenken (Lewis 2004). Patienten scheinen dies zu ahnen, geleitet von gesellschaftlich geprägten Vorstellungen und Erwartungen der Erkrankung Schizophrenie. In einem unbewussten Mechanismus verleugnen sie

die Anerkennung ihrer Erkrankung sowie dazugehörige Symptome. Dies stellt einen selbstwerterhaltenden Mechanismus dar, der bis zu einem gewissen Grad dem Patienten die gewohnte soziale, berufliche wie auch familiäre Einbettung erhält. Es ist damit eine Strategie, die durchaus ihre Berechtigung hat. Gleichzeitig jedoch kann es den Patienten schädigen, da Hilfe nur unzureichend oder gar nicht in Anspruch genommen wird und sich ein voraussichtlich prognostisch ungünstiger Verlauf einstellen kann. Im klinischen Alltag konfrontieren Patienten, die dauerhaft krankheitsuneinsichtig und wiederholt hospitalisierungsbedürftig sind, den Arzt mit erheblichen ethischen Problemen. Immer wieder stellt sich die Frage der Berechtigung einer Zwangsbehandlung in Abwägung zu einer vermehrten Toleranz und Akzeptanz anderer Lebensentwürfe. Dabei gilt es aktuell als klinischer Standard, dass Patienten während einer akuten Exazerbation ihrer Erkrankung einer medikamentösen Behandlung bedürfen.

Noch weiter deuten einige Autoren bestimmte Symptome der Schizophrenie wie z.B. den Verfolgungswahn als eine selbstwerterhaltende Bewältigungsstrategie. In der vorliegenden Studie ließen sich keine Assoziationen zwischen Krankheitseinsicht und einzelnen psychopathologischen Symptomen herstellen. Auch konnte keine Korrelation zwischen Krankheitseinsicht und dem depressiven Syndrom, wohl aber zu dem Einzelitem „Depression“ der PANSS hergestellt werden. Diese im Vergleich zu bisherigen Studien schwache Korrelation könnte an der geringen Anzahl depressiver Patienten in dieser Studie liegen. Einschlusskriterium war das Vorhandensein einer akuten Positivsymptomatik. Möglicherweise wurden depressive Symptome von diesen „verdeckt“. Wahrscheinlich ließe sich eine höhere Korrelation zwischen Krankheitseinsicht und Depression im Verlauf der Erkrankung darstellen, nach Abklingen der Positivsymptome.

Eine drohende Reduktion der Lebensqualität also, Selbst- und Fremdstigmatisierungsprozesse ebenso wie eine mögliche depressiogene Stimmungsverschlechterung mit eventuell schwerwiegenden Folgen, führt zu einer (unbewussten) Abwehr oder auch subjektiven Krankheitskonzepten, welche die Möglichkeit einer selbstwerterhaltenden Bewältigung schaffen.

Dies alles interpretiert vor dem Hintergrund der jeweiligen kulturellen Vorstellungen von Krankheit kann als Erklärung fehlender Krankheitseinsicht herangeführt werden.

Hinzu kommt das Nebeneinander von vorhandener und fehlender Krankheitseinsicht bei ein und demselben Patienten. Nicht nur unterschiedliche Mechanismen können eine unterschiedliche Krankheitseinsicht bedingen, auch können unterschiedliche Stadien der Krankheitseinsicht gleichzeitig vorhanden sein. Unterschiedliche Mechanismen erfordern wahrscheinlich unterschiedliche therapeutische Behandlungsmethoden, ebenso wie das jeweilige Niveau der Krankheitseinsicht möglicherweise unterschiedlicher therapeutischer Herangehensweisen bedarf.

Insgesamt können also die Ergebnisse so facettenreich gedeutet werden, wie aktuell theoretische Überlegungen zur Entstehung fehlender Krankheitseinsicht existieren. Die Erkenntnis der Vielseitigkeit und Wandelbarkeit von Krankheitseinsicht kann damit als hilfreich für den therapeutischen Prozess angesehen werden, da er den Therapeuten zu mehr Offenheit und Flexibilität im Umgang mit dem Patienten leitet. Über eine vermehrte Aufmerksamkeit des Therapeuten für diese Zusammenhänge könnten neue Wege und Zugänge therapeutisch nutzbar eröffnet werden, nicht zuletzt auch, weil der Patient sich mehr wahrgenommen und in seinem persönlichen Lebenskontext besser verstanden fühlt. Eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik, die Entwicklung einer post psychotischen Depression könnte auf diesem Wege möglicherweise vermieden werden.

Die Untersuchung eines möglichen Zusammenhanges zwischen Krankheitseinsicht und weiteren soziodemographischen, klinischen sowie krankheitsanamnestischen Parametern konnte zeigen, dass diejenigen Patienten, welche mit Benzodiazepinen behandelt wurden, eine wesentlich bessere Krankheitseinsicht in ihre Symptome zeigten als Patienten ohne eine solche medikamentöse Behandlung. Eine höhere Akzeptanz der Krankheitssymptome führt möglicherweise zu einer besseren Kooperation des Patienten bei der medikamentösen Therapie mit weiteren Psychopharmaka; hingegen zeigen sich

Patienten mit niedriger Krankheitseinsicht eher skeptisch gegenüber medikamentöser Therapie und neigen schneller dazu, eine Therapie mit mehr als einem Medikament zu verweigern.

Auch konnte gezeigt werden, dass Patienten, welche in einer festen Partnerschaft oder gemeinsam mit anderen leben, im Vergleich zu Patienten ohne eine feste Partnerschaft oder alleine lebend eine höhere Krankheitseinsicht aufweisen.

Dieses Ergebnis lässt auf eine bessere Fähigkeit schließen, die Meinung anderer über die eigene Person einschätzen zu können (Mentalisierungsfähigkeit), geschult durch das Zusammenleben und eine gute soziale Einbettung. Die Fähigkeit zur Mentalisierung wiederum ist einigen theoretischen Überlegungen nach die Voraussetzung für die Entwicklung von Krankheitseinsicht. Die Bedeutung der Diskussion um die „theory of mind“ (vergleiche hierzu Abschnitt 2.4.1) könnte sich durch dieses Ergebnis bestätigt sehen.

Das Alter, Geschlecht oder die aktuelle berufliche Tätigkeit stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Krankheitseinsicht. Die Anzahl vorheriger stationärer Aufenthalte sowie die Dauer der Erkrankung insgesamt zeigen ebenfalls keinerlei Zusammenhang mit der Krankheitseinsicht; jedoch soll erwähnt werden, dass in einigen Studien Patienten zum Ersterkrankungszeitpunkt ein relativ geringeres Maß an Krankheitseinsicht gezeigt haben (Mintz et al. 2004). Dieser Widerspruch ließe sich damit erklären, dass in unserer Studie nur 19% der Patienten erstmalig stationär aufgenommen worden sind und insgesamt alle Patienten ihre Symptome länger als sechs Monate beklagt haben.

Die Krankheitseinsicht insgesamt kann in dieser Studie als hoch gewertet werden, sowohl fremd als auch selbstbewertet. Auch korrelieren beide Einsichtsinstrumente, selbst und fremd, signifikant sowohl miteinander als auch in hohem Maße mit dem Einsichtsitem der PANSS, womit eine zufriedenstellende Validität der Instrumente als bewiesen gelten kann (vergleiche Tabelle 6).

Im näheren Vergleich der Selbst- und Fremdbewertung von Krankheitseinsicht fällt jedoch auf, dass zwar jedes Instrument für sich betrachtet ein hohes Einsichtsniveau bezüglich „der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung“ zeigt, für dieses Item jedoch keine Interkorrelation darstellbar ist. Dies könnte damit zu erklären sein, dass womöglich mit dem „Bewusstsein der

Medikamentenwirkung“ und „Einsicht in die Notwendigkeit der Medikation“ zwei schwer zu korrelierende Inhalte benannt worden sind. Das Bewusstsein, dass Medikamente generell hilfreich sein können, bedeutet, wie weiter oben im Text ausführlicher erwähnt, nicht zwangsläufig, dass der jeweilige Patient dies auch als eine Notwendigkeit für sich betrachtet. Ebenso ließe sich durchaus annehmen, dass ein Patient zwar die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung formal bejaht, aufgrund seiner ganz persönlichen Konzepte der Krankheitsentstehung jedoch dessen Wirkung bezweifelt. Auch ist es möglich, dass Patienten sowohl das Bewusstsein der Medikamentenwirkung als auch die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung befürworten und dennoch auf der Handlungsebene nicht die gewünschte Verlässlichkeit bei der Einnahme ihrer Medikation zeigen. Die Formulierungen dieser Einheiten erscheinen undeutlich und daher möglicherweise ungeeignet für eine Korrelationsanalyse - sie spiegeln andererseits einmal mehr die Komplexität des Begriffs Krankheitseinsicht wieder.

Die übrigen Einheiten der Einsichtsinstrumente zeigten wiederum eine hohe Interkorrelation. Dies kann als Bestätigung einer zuverlässigen und inhaltlich nachvollziehbaren Selbsteinschätzung der akut erkrankten Patienten gedeutet werden. Immer wieder wird schizophrenen Kranken unterstellt, sie seien nicht fähig, valide und reliable ihre Lebensqualität einzuschätzen. Vielfach jedoch konnte dies widerlegt werden (Paxinos et al. 2009, Ulas et al. 2008, Whitty et al. 2004). Allein in komplexen sozialen Zusammenhängen fällt es schizophrenen Kranken schwer, das Verhalten und die Reaktionen anderer Menschen einzuschätzen. Andere Autoren gehen sogar so weit zu postulieren, dass sich an Schizophrenie Erkrankte bezüglich ihrer Selbstwahrnehmung gar nicht von Gesunden unterscheiden (Baslet et al. 2009).

Auf eine gute Fähigkeit der Patienten, ihre Lebensqualität differenziert bewerten zu können, lässt sich auch anhand der vorliegenden Daten schließen (vergleiche hierzu Tabelle 3,4 und 5). Besonders deutlich wird dies im Vergleich zu der Fremdbewertung (SUMD), welche weniger häufig signifikante Korrelationen zu einzelnen Lebensqualitätsdomänen aufweist als die Selbstbewertung, somit weniger differenziert wirkt.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass Parameter wie die Krankheitseinsicht und Lebensqualität sehr beachtenswerte und integrationswürdige Einheiten bei der

Behandlung der Schizophrenie darstellen. Ihre Einbindung scheint jedoch mehr als eine theoretische Neudefinition der Schizophreniebehandlung zu fordern. Vielmehr verlangt sie eine grundlegende Veränderung der Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten. Weniger die schnelle Kategorisierung von Symptomen sondern ein feinfühliges, interessiertes Begleiten gestützt durch eine profunde Sachkenntnis wäre eine ideale Herangehensweise. Einerseits hat das Verständnis von Krankheitseinsicht in den letzten Jahren stark zugenommen. Andererseits jedoch sind grundsätzliche Fragen noch immer unklar. Weitere Forschungsbemühungen sind deshalb unbedingt notwendig, um gezielte therapeutische Hilfestellungen anbieten zu können (Bottlender & Hloulcal 2010).

5.2 Kritik und Anschlussmöglichkeiten für weitere Forschung

Ein Mangel der Daten ist, dass kein differenziertes Instrument zur Erhebung der depressiven Symptome verwandt wurde. Das depressive Syndrom der PANSS, die fünf Einzelsymptome, sowie die medikamentöse, antidepressive Behandlung wurden verwandt, um den Zusammenhang zwischen Einsicht und Depression darzustellen. Dennoch hätte ein zusätzliches Messinstrument für die Depression eine gute Ergänzung darstellen und weitere relevante Informationen liefern können.

Überdies ist eine Verallgemeinerung und Übertragbarkeit im epidemiologischen Sinne nur begrenzt möglich bei einer Stichprobe von ausschließlich stationären Patienten. Die meisten vorausgegangenen Studien konnten keine oder nur eine entgegengesetzte Beziehung zwischen Einsicht und Lebensqualität bei ambulanten Patienten mit Schizophrenie nachweisen. Dies könnte einerseits daran liegen, dass in diesen Studien die Lebensqualität ausschließlich fremd bewertet wurde, andererseits an der insgesamt geringeren Ausprägung der Symptome ambulanter Patienten.

Hinzu kommt, dass sich ambulante Patienten mit insbesondere geringer Krankheitseinsicht häufig für eine Behandlung wenig motiviert und kooperativ zeigen, so dass sie sich im Laufe der Zeit einer Therapie und damit auch langfristig angelegten follow-up Studien entziehen. Demnach müsste das Krankheitsstadium bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Krankheitseinsicht und Lebensqualität unbedingt Berücksichtigung finden, da

sich dieser im Verlauf der Erkrankung zu verändern scheint. Hierfür wäre es sinnvoll, zukünftig eine Untersuchung der subjektiv bewerteten Lebensqualität durch Krankheitseinsicht in longitudinal angelegten Studien zu entwickeln. Dabei sollte der Einfluss von Krankheitseinsicht auf depressive Symptome separat untersucht und das Konstrukt der Einsicht präziser dargestellt werden. Darüber hinaus sind selbstbewertete Einschätzungen immer zu einem gewissen Grad fremd beeinflusst im Sinne aktueller, als erstrebenswert geltender Trends der Gesellschaft. So fiel auch in dieser Studie das selbstbewertete Niveau der Krankheitseinsicht insgesamt etwas höher aus als das fremdbewertete. Ein weiterer Mangel dieser Studie ist, dass bei der Erhebung der fremdbewerteten Krankheitseinsicht (SUMD) subtile Formen von Einsicht sowie individuelle Erklärungsmodelle anhand der vier Subskalen nicht befriedigend erfasst werden. Zusätzlich werden Patienten möglicherweise Fragen über ihre Vergangenheit oder Gegenwart verweigern, durch die sie sich stigmatisiert fühlen oder die sie als aufdringlich empfinden. Schließlich benennen Amador und David zwar die Berücksichtigung kultureller Hintergründe, es bleibt jedoch offen, wie das von den Patienten Gesagte genau bewertet werden sollte.

Für weitere Forschungsbemühungen könnten Untersuchungen angestrebt werden, welche die komplexe Beziehung zwischen Krankheitseinsicht und Compliance näher aufschlüsseln.

Deutlich wurde, dass eine höhere Krankheitseinsicht positive Auswirkungen auf die Compliance haben kann, dies aber nicht als ein grundsätzlich gegebener Effekt angesehen werden darf. So können Patienten, die compliant sind, dennoch krankheitsuneinsichtig sein, oder andere krankheitseinsichtige Patienten durchaus verständliche Gründe aufweisen, welche sie von einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme abhalten. Denkbar wäre, Patienten mit einer selbst- als auch fremdbewerteten hohen Krankheitseinsicht hinsichtlich ihrer Argumente für bzw. gegen eine regelmäßige Medikamenteneinnahme zu befragen.

Ausgehend von der Annahme, dass vielfältige Mechanismen bei der Entstehung fehlender Krankheitseinsicht eine Rolle spielen, wäre es weiter interessant zu erforschen, ob bestimmte Mechanismen zu einem bestimmten „Typ“ fehlender

Krankheitseinsicht führen. Dies wäre therapeutisch von großer Relevanz, da spezifische therapeutische Herangehensweisen entwickelt werden könnten. Auch wäre die Bewertung der Effektivität therapeutischer Methoden sowie die Beeinflussbarkeit von fehlender Krankheitseinsicht ein wichtiger, entscheidender nächster Schritt. Praxisrelevante Studien sind diesbezüglich noch sehr dürftig. Patienten scheinen ein unterschiedliches Maß an Krankheitseinsicht entwickeln zu können, ebenso wie die Krankheitseinsicht im Verlauf der Erkrankung wandelbar ist. Insgesamt kann Krankheitseinsicht als ein vielschichtiges, sich stetig veränderndes Denkmodell verstanden werden. Die genaue Bedeutung für den Verlauf und die klinische Praxis gilt es jedoch noch genauer zu untersuchen (Roe & Kravetz 2003).

5.3 Behandlungsvorschläge

Der Transfer gewonnener Erkenntnisse in den klinischen Alltag fällt schwer. Dies liegt unter anderem an der Komplexität der Thematik, als auch an dem Mangel praxisrelevanter, klinisch orientierter Studien bezüglich der therapeutischen Beeinflussbarkeit von fehlender Krankheitseinsicht (Bottlender & Hloucal 2010).

Auch wenn die aktuellen Forschungsergebnisse nie einen monokausalen Zusammenhang darlegen konnten, sondern eher vielfältige zu berücksichtigende Faktoren von Krankheitseinsicht, so ist es dennoch der erste wichtige Schritt, über deren Existenz umfassend aufzuklären.

Zu einem aufgeklärten Verständnis von Schizophrenie gehört die Berücksichtigung subjektiver Parameter sowie das Wissen um die Zusammenhänge zwischen der Qualität der Arzt-Patienten Beziehung, Krankheitseinsicht, Lebensqualität, Compliance sowie deren Bedeutung für die Prognose und den Verlauf der Erkrankung. Dies berücksichtigt, seien zunächst die Ergebnisse einer Studie aufgeführt, die therapeutische Ziele aus der Perspektive der Patienten erforschte. Dabei wurde deutlich, dass sich Patienten für das Wiedererlangen eines Minimums geistiger und körperlicher Gesundheit vor allem unterstützende Beziehungen wünschen, sinnstiftende Berufe sowie die Vermittlung eines positiven Selbstwertgefühls. Hierfür würden sie nach ihren Überlegungen Folgendes benötigen: eine höhere gesellschaftliche Toleranz

sowie eine engere Zusammenarbeit zwischen ihnen, den Betroffenen und professionellen Helfern (Corring & Cook 2007). Der Zusammenhang zwischen chronischer Erkrankung und fehlender Selbstwirksamkeit wurde bereits weiter oben erwähnt. Patienten, welche an einer Schizophrenie erkrankt sind, neigen zu externalen Attributionen (andere sind für das Geschehen verantwortlich). Diese Erkenntnisse lassen Behandlungskonsequenzen sinnvoll erscheinen, die den Fokus zurück auf internale Kontrollüberzeugungen und damit eine erhöhte Selbstwirksamkeit lenken. Patienten also mit einem höheren Maß an Krankheitseinsicht und damit einhergehend einer stärkeren Realisation ihrer Hilflosigkeit könnten über eine Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit die gewonnene Krankheitseinsicht nutzbar wandeln. Dies könnte das Gefühl der Autonomie erhöhen und auch mit positiven Folgen für Lebensqualitätsaspekte, wie z.B. einer besseren sozialen Integration einhergehen (Bauer 2010 S. 17, Strous et al. 2005).

Vielfach konnte die entscheidende Bedeutung der frühen Integration subjektiver Parameter (wie Lebenseinstellung, Lebensqualität, Lebenskontext, Einstellung bzgl. einer medikamentösen Behandlung) für die Verbesserung der Befolgung therapeutischer Vereinbarungen sowie den Verlauf der Erkrankung belegt werden (Sanote et al. 2008, Naber 2008, Schmid et al. 2006, De Millas et al. 2006, Mc Grath & Tempier 2005, Naber et al. 2004).

Konkreter zeigten Patienten, die in strukturierten therapeutischen Gesprächen ausdrücklich nach subjektiven Beurteilungen einzelner Lebensbereiche befragt wurden, eine höhere Behandlungszufriedenheit mit positiven Effekten auf einzelne Lebensqualitätsbereiche sowie einen geringeren Bedarf an Aufmerksamkeit (Priebe et al. 2007).

Angesichts der hohen Variabilität der Auswirkungen von Krankheitseinsicht fordern einige Autoren die frühe Vermittlung von Coping-Mechanismen (Bewältigungsstrategien) parallel zu der Verbesserung von Krankheitseinsicht. (Hasson-Ohayon et al. 2006). Hierzu gehört eine umfassende psychosoziale Unterstützung. Die Erkenntnis ist nicht neu, dass ein solcher Behandlungsansatz dem üblichen aus medikamentöser Behandlung und Psychoedukation deutlich überlegen ist (Velligan et al. 2009). Umfassend psychosozial meint auch selbstverständlich die Integration der Familien. Das Einbeziehen der Sorgen und Ängste von Angehörigen wie auch deren persönliche Einstellungen und Glaube

hat sich als sinnvoll erwiesen (Motlova 2007), gerade auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nicht selten über das Engagement von Familienmitgliedern Phasen von Non-Compliance und Exazerbationen verhindert werden können (Mc Evoy 2006, Rettenbacher et al. 2004). Eine spezielle Psychoedukation für Familienmitglieder könnte sich überdies als profitabel erweisen.

Psychosozial umfassend meint ebenso eine möglichst rasche berufliche Reintegration. Eine Studie aus den USA 2008 konnte zeigen, dass eine möglichst frühe berufliche Reintegration, schon während der Rekonvaleszenz, auch für psychisch schwer kranke Patienten positive Auswirkung auf die Prognose und den Verlauf der Erkrankung hat. Die Patienten berichten von einer außerordentlich zentralen Rolle des Berufs in ihrem Leben mit einem hohen Identifizierungsgrad mit eben diesem (Dunn et al. 2008). Das Wissen über die Bedeutung der frühen beruflichen Reintegration kann also eine therapeutische Implikation darstellen.

Als ein weiterer wichtiger therapeutischer Ansatz zur Verbesserung der Krankheitseinsicht und damit der Verbesserung der Schizophrenietherapie gelten psychoedukative Interventionen. Allerdings konnten bisherige Studien diesbezüglich keinen sicheren Beweis für ihre Wirksamkeit belegen. Henry und Ghaemi untersuchten in einer Übersichtsstudie sechs Arbeiten, welche speziell die Effektivität von Psychoedukation auf die Krankheitseinsicht untersuchte (Henry & Ghaemi 2004). Einige konnten einen positiven (Kemp et al. 1996, Owens et al. 2001), andere keinen (Ascher-Svanum & Whitesel 1999, Carrol et al. 1999, Merinder et al. 1999) Effekt feststellen.

Deutlich wurde jedoch, dass eine individuelle, den Bedürfnissen angepasste Edukation einer allgemein didaktischen Psychoedukation gegenüberstand und erheblich bessere Ergebnisse erzielte. Eine Überakzentuierung von psychopathologischen und medizinisch relevanten Zusammenhängen hatte einen eher ungünstigen Effekt. Die Integration von Lebensqualitätsaspekten, eine angenehme Gruppenatmosphäre sowie eine stabile Gruppenzusammensetzung zeigten sich hingegen als entscheidende Bewertungskriterien von Patienten für eine gelungene Psychoedukation (Sibitz et al. 2007).

Zuletzt seien Ideen als berechtigt unterstützt, die über zunächst eher ungewöhnlich erscheinende Zugänge (wie Fotografie, Videoaufnahmen,

adventure Sport etc.) den Versuch unternehmen, das therapeutische Bündnis zu verbessern und damit die Basis für die Entwicklung einer Krankheitseinsicht zu schaffen. Die offensichtlich multidimensionale Determination der Krankheitseinsicht lässt vermuten, dass womöglich auch multidimensionale, individuell angepasste Therapieansätze am erfolgreichsten sein mögen (Bottlender & Hloulcal 2010). Dabei konnten Studien bereits belegen, dass eine individuell angepasste Therapie einer Gruppentherapie deutlich überlegen ist (Klian et al. 2001). Gerade vor dem Hintergrund, dass die Ätiologie der Schizophrenie nicht zweifelsfrei geklärt ist und noch nicht ausreichend wissenschaftlich abgesichert werden konnte, liegt es nahe, einen flexiblen Blick auf therapeutische Methoden zu bewahren. Die Herausforderung liegt insofern darin, den subjektiven Bedürfnissen und Lebensentwürfen einerseits und wissenschaftlichen Ansprüchen andererseits gerecht zu werden, ohne einem allgemeinen Relativismus zu verfallen.

Akut an einer Schizophrenie erkrankte Patienten mit sowohl selbst als auch fremd bewerteter guter Krankheitseinsicht beklagen eine schlechtere Lebensqualität.

Diese Zusammenhänge zwischen Krankheitseinsicht, Lebensqualität und vermutlich daraus resultierend einer mangelnden Behandlungsbereitschaft der Patienten mit negativem Einfluss auf die Prognose der Erkrankung unterstreichen die Bedeutung fehlender Krankheitseinsicht sowohl für den kurz- als auch langfristigen Verlauf. Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen, dass es unterschiedlichste Entstehungsmechanismen für fehlende Krankheitseinsicht gibt.

Offenbar dient häufig fehlende Krankheitseinsicht als Modellvariante, womit die Patienten ihre komplexe psychiatrische Erkrankung besser zu bewältigen versuchen: mit Hilfe von z.B. subjektiven Krankheitskonzepten erhalten sie ihr Selbstwertgefühl. Die hohen Non-Compliance Raten jedoch und nach wie vor schwere, unbefriedigende Verläufe der schizophrenen Erkrankung stellen eine Herausforderung wie zugleich Motivation für Therapeuten und Wissenschaftler dar, neue Wege im Umgang mit der Erkrankung zu suchen, und dabei ihre innere Haltung in der eigenen Arbeit mit Betroffenen regelmäßig zu hinterfragen. Über die Stärkung der therapeutischen Allianz könnte so der hohen Variabilität möglicher Auswirkungen durch die gewonnene Krankheitseinsicht besser Rechnung getragen werden. Neue therapeutische Herangehensweisen würden optimiert und einen günstigeren Verlauf der schizophrenen Erkrankung unterstützen. Das Risiko der Entwicklung einer post-psychotischen-Depression ausgelöst durch eine wachsende Krankheitseinsicht könnte so womöglich vermieden werden.

- Amador DF, Strauss DH (1990). The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders. New York: Columbia University and New York Psychiatric Institute.
- Amador XF, David A (1998). Insight in psychosis. Oxford University Press, New York.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen N et al. (1994). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders- results from the DSM IV field trials. *Schizophren Res* 11 (2):180.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC et al. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of general psychiatry* 51:826-836.
- Amador XF, Strauss DH (1993). Poor insight in schizophrenia. *The Psychiatric quarterly* 64:305-318.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum M, Endicott J, Gorman JM (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry* 150:873-879.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 17:113-132.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition- Text Revision (DSM IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen NC (1982). Negative syndromes in schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 39:784-788.
- Andreasen NC, Carpenter Jr WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 162:441-449.
- Angermeyer & Klusmann (1988). The causes of functional psychosis as seen by patients and their relatives: I. The patients' point of view. *European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences*, 238(1), 47-54.
- Ascher-Svanum H, Whitesel J (1999). A randomized controlled study of two types of group patient education about schizophrenia. *Psychiatr Serv*; 50:926-930.

- Barbui C et al. (2009). Comparison of patient and clinician perspectives in the assessment of antipsychotic medication adherence. *Psychopathology* 42(5): 311-7.
- Basdekis R, Briken P, Gottwalz E, Karow A, Lambert M, Moritz S, Perro C, Krausz M (2000). PERSIST-Personenzentrierte Settingübergreifende Integrative Schizophrenietherapie. *Nervenarzt* 71 (suppl.1):137-138.
- Baslet G, Termini L, Herbener E (2009). Deficits in emotional awareness in schizophrenia and their relationship with other measures of functioning. *J Nerv Ment Dis*; 197(9):665-60.
- Bauer R (2010). Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen: eine Analyse wechselseitiger Bedingungen bei Patienten mit Schizophrenie, bipolar affektiven Störungen, Depression und Persönlichkeitsstörungen. Regensburg, Universität, Dissertation.
- Bell M, Bryson G, Greig Tet al. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. *Arch. Gen Psychiatry* 58:763-768.
- Bell MD, Lysaker PH, Beam-Goulet JL, Milstein RM, Lindenmayer JP (1994). Five-component model of schizophrenia: assessing the factorial invariance of the positive and negative syndrome scale. *Psychiatry research* 52:295-303.
- Berrios GE (1992). Phenomenology, psychopathology and Jaspers: A conceptual history. *History of psychiatry* 3:303-327.
- Berrios GE (1994). Delusions: Selected historical and clinical aspects. In E.M.R. Critchley E:M.R. (Ed), *The neurological boundaries of reality* (pp.251-268) Farrand Press. London.
- Berrios GE, Gili M (1995). The disorders of the will: A conceptual history. *History of psychiatry* 6:87-104.
- Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M (1994). A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta psychiatrica Scandinavica* 89:62-67.
- Bock T (2004). Persönliches Gespräch (29.08.2004). Universität-Eppendorf Hamburg.
- Bock T (ed) (2003). Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten. Psychiatrieverlag, Bonn.

- Boring EG (1953). A history of introspection. *Psychological Bulletin* 50:169-189.
- Bottlender et al. (1999). Deficits syndromes in schizophrenic patients 15 years after their first hospitalisation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 249 (Suppl 4):27-36.
- Bottlender R, Wittmann J, Wegner U, Strauß A, Möller HJ (2000). Welche Bedeutung haben Negativsymptome für den 15jährigen Krankheitsverlauf und das psychosoziale Funktionsniveau endogener Psychosen? In: Maier W, Enger R, Möller HJ (Hrsg) *Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Bottlender R, Hlouchal TM (2010). Krankheitseinsicht - eine Übersicht über das Konzept mit Fokus auf schizophrene Erkrankungen. *Psychiatr Prax*; 37:59-67.
- Brüne M (2005). „Theory of Mind“ in schizophrenia: A review of literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
- Carpenter et al. (1988). Deficits and non deficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 145:578-583.
- Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia research* 35:247-253.
- Chadwick P, Birchwood M (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 164:190-201.
- Corring DJ, Cook JV (2007). Use of qualitative methods to explore the quality of life construct from a consumer perspective. *Psychiatr Serv*; 58(2):240-4.
- David A (1990). Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 156:798-808.
- David A (1990). On insight and psychosis: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine* 83:325-329.
- De Millas W, Lambert M, Naber D (2006). The impact of subjective well-being under neuroleptic treatment on compliance and remission. *Dialogues Clin Neurosci*.8(1):131-6.
- Demling J (1988). Zur Suizidalität schizophrener Erkrankter: klinische und biologische Aspekte. In: Kaschka WP, Joraschky P, Lungershausen E (Hrsg) *Die Schizophrenie. Biologische und familiendynamische Konzepte zur Pathogenese*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo.

- Dilling et al. (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation WHO von Huber, Bern.
- Drake R, Bentall R, Kindermann P, Haddock G (2004). The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychologic Medicine* 34:285-292.
- Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J*; 32(1):59-62.
- Fabrega H (1991). Psychiatric Stigma in non-western societies. *Comprehensive Psychiatry* 32:534-551.
- Fabre D (Ed) (1840). *Dictionnaire des dictionnaires de medicine francais et etrangers*. Paris: Bethune et Plon.
- Flashman LA, Mc Allister TW, Johnson SC, Rick JH, Green RL & Saykin AJ (2001). Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: A preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 13(2), 255-257.
- Gambini O, Barbieri V, Scarone S (2004). Theory of Mind in schizophrenia: first person vs. third person perspective. *Consciousness Cogn*; 13 (1):39-46.
- Gilleen J, David AS (2005). The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychol Med* 35:5-12.
- Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP et al. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid benefits with schizophrenia. *Am Journal Psycchiatry* 161(4):692-699.
- Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold JM (2001). Correlates of insight in serious mental illness. *The Journal of nervous and mental disease* 189:137-145.
- Green CA et al. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr Rehabil J*, 32(1):9-22.
- Greenfield D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 15:245-252.
- Grimm J, Grimm W (1862). *Deutsches Wörterbuch*. Vol. 12 Leipzig: S. Hirzel.

- Häfner H et al. (1990). Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia - IRAOS) - Entwicklung und erste Ergebnisse. *Z Klin Psychol* 19:230-255.
- Häfner H et al. (1991). Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 59:343-360.
- Häfner H (1993). What is schizophrenia? *Neurology, Psychopharmacology and Brain Research* 2:36-52.
- Hamann M (2009). Mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance in Korrelation zu biographischen und krankheitsbezogenen Daten: eine Studie an 100 stationären schizophren erkrankten Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München. Dissertation.
- Hare EH et al. (1972). Epidemiology of schizophrenia. In A. Coppen & A. Walka (Eds.). *Recent developments in schizophrenia*. *British Journal of Psychiatry* 121:515-524.
- Hasson-Ohayon I et al. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Compr Psychiatry*. Jul-Aug; 47(4):265-9.
- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozenzweig S (2009). Insight into severe mental illness, hope and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatr Res* 30;167(3):231-8.
- Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Roe D, David As, Weiser M (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive psychiatry* 47:265-269.
- Henry C, Ghaemi SN (2004). Insight in psychosis: a systematic review of treatment interventions. *Psychopathology* 37:194-199.
- Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 177:522-528.
- Jablensky A, Sartorius N (1988). Is schizophrenia universal? *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum* 344:65-70.
- Karow A, Lambert M, Conus P, Harrigan S, McGorry P-D (2002). Determinants of quality of life of 340 first episode psychosis patients after one year of treatment. *Schizophrenia Research*, 53 (3).

- Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M (2005). PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology* 38:320-326.
- Karow A, Naber D (2002). Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology* 162:3-10.
- Karow A, Naber D (2005). Treatment oriented to subjective well-being rather than symptom amelioration "at all costs" - paradigm change in treatment with antipsychotics. *MMW Fortschritte der Medizin* 147:44-45.
- Karow A, Pajonk FG, Reimer J, Hirdes F, Osterwald C, Naber D, Moritz S (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 258(3):152-9.
- Karow A, Schäfer I, Hirdes F, Osterwald C, Naber D (2008). Subjective view of positive symptoms and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatr Prax.*;35(6):286-93.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 13:261-276.
- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *The British journal of psychiatry*: 59-67.
- Kemp R, Hayward P, Applewhaite G et al. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *BMJ*; 312:345-349.
- Keshavan MS, Rabinowit J, De Smedt G et al. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res*; 70(2-3):187-194.
- Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H, Nose M, Goss C, Thornicroft G, Gray RJ (2006). Medication adherence in schizophrenia: exploring patients` carers`and professionals`views. *Schizophr Bull.*; 32(4):786-94.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY (2003) Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 60:71-80.
- Kirmayer L (1989). Cultural variation in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science and Medicine* 29:327-339.

- Klian R, Lindenbach I, Angermeyer Mc (2001). (...) "manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht" - die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. *Psychiat Prax*; 28:168-173.
- Kokkevi A, Stefanis C (1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive psychiatry*; 36:329-337.
- Lally SJ (1989). "Does being in here mean there is something wrong with me?" *Schizophrenia bulletin*; 15:253-265.
- Larraya FP (1982). *Lo irracional en la cultura*. Fundacion para la educacion, la ciencia y la cultura. Buenos Aires.
- Lehmann HE (1984). Schizophrenie: Klinisches Bild. In: Freedmann AM, Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH (Hrsg) *Psychiatrie in Klinik und Praxis*. Thieme, Stuttgart.
- Levenson H (1974). Activism and powerful others: Distinction within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Levenson H (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance! In H.M. Lefcourt (Hrsg.), *Research with the locus of control construct*. Vol.1. *Assessment Methods* (S.15-63) New York: Academic Press.
- Levy ST, Mc Glashan TH, Carpenter WT Jr. (1975). Integration and sealing-over as recovery styles from acute psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*; 161:307-312.
- Lewis L (2004). Mourning, insight and reduction of suicide risk in schizophrenia *Bull Menninger Clin*; 68(3):231-244.
- Libermann RP (1986). Coping and competence as protective factors in the Vulnerability-stress model of schizophrenia. In: MJ Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (Eds.) *Treatment of schizophrenia. family assessment and intervention*. Berlin: Springer Verlag.
- Liebermann JA et al. (1996). Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*; 57 (Suppl 9):5-9.
- Lin K, Kleinmann A (1988). Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophrenia Bulletin* 14, 555-567.

- Lysaker PB, GJ, Bell MD (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190:142-146.
- Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E (1998). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease* 186:432-436.
- Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW, Clements CA (2003). Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease* 191:38-44.
- Lysaker PH, Salyers MP (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand.* Oct;116(4):290-8.
- Lysaker PH, Whitney KA, Davis LW (2006). Awareness of illness in schizophrenia: associations with multiple assessments of executive function. *J Neuropsychiatr Clin Neurosc*; 18(4):516-520.
- Markova I (1988). The development of self-consciousness. Part I – Baldwin, Mead and Vygotsky. *History and Philosophy of Psychology, British Psychological Society Newsletter*; 7 (November), 9-18.
- Markova I, Berrios GE (1992). The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160, 850-860.
- Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S (2000). Die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen. *Fortschr Psychiatr.* 68 (Suppl 1).
- Marneros A, Deister A, Rhode A (1991). Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo.
- Martin R, Rothrock N, Leventhal H & Leventhal E (2003). Common sense models of illness: Implications for symptom perception and health-related behaviours. In J. Suls & K.A. Wallston (Hrsg.) *Social psychological foundations of health and illness*. Malden, MA, USA: Blackwell Publishing.
- Mayer-Gross W (1920). Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*; 60:160-212.
- Mayer-Gross W (1959). Model psychoses, their history, relevancy and limitations. *The American journal of psychiatry* 115:673-682.

- Mc Evoy JP, Freter S, Everett G et al. (1989). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis*; 177(1):48-51.
- Mc Evoy JP (2006). Risks versus benefits of different types of long-acting injectable antipsychotics. *J Clin. Psychiatry*; 67 Suppl 5:15-8.
- Mc Glashan TH, Carpenter WT Jr. (1976). Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*; 33: 231-239.
- Mc Glashan TH, Carpenter WT Jr. (1975). Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*; 32:1269-1272.
- Mc Glynn SM, Schacter DL (1989). Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J Clin Exp Neuropsychol*; 11:143-205.
- Mc Grath BM, Tempier RP (2005). Patients' opinions of olanzapine and risperidone following long term treatment: results from a cross-sectional survey. *Pharmacopsychiatry*; 38(4):147-57.
- Mc Lellan AT, O'Brien CP, Kron R, Alterman AI, Druley KA (1980). Matching substance abuse patients to appropriate treatments: a conceptual and methodological approach. *Drug and alcohol dependence*; 5:189-195.
- Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD et al. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: A randomised controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 35:287-294.
- Miller G, Happell B (2006). Talking about hope: the use of participant photography. *Issues Ment Health Nurs* 27(10):1051-65.
- Mintz A, Addington J, Addington D (2004). Insight in early psychosis: A one-year follow-up. *Schizophrenic Research*; 67:213-217.
- Mirsky AF, Duncan CC (1986). Etiology and expression of schizophrenia. *Annual Review of Psychology*; 37:291-319.
- Möller HJ et al. (2003). *Psychiatrie und Psychotherapie 2. Auflage*. Springer Verlag Heidelberg.
- Möller HJ, Schmid-Bode W, Zersson D von (1986). Prediction of long-term outcome in schizophrenia by prognostic scales. *Schizophr Bull* 12:225-235.
- Möller HJ, Zerssen D von (1995). Course and outcome of schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR (eds) *Schizophrenia* Blackwell Science, Oxford.

- Moritz S, Krausz M, Gottwalz E, Lambert M, Perro C, Ganzer S, et al. (2000). Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first-episode schizophrenics. *Psychopathology* 33:48-51.
- Motlova L (2007). Schizophrenia and family. *Neuro Endocrinol Lett.*; 28 Suppl 1:147-59.
- Naber D (2008). Subjective effects of antipsychotic drugs and their relevance for compliance and remission. *Epidemiol Psychiatr Soc.*;17(3):174-6.
- Naber D, Lambert M (2004). Schizophrenie. Stuttgart Thieme.
- Naber D, Lambert M (2009). The Catie and Cutlass Studies in schizophrenia: results and implications for clinicians. *CNS Drugs*.
- Naber D, Lambert M, Karow A (2004). Subjective well-being under antipsychotic treatment and its meaning for compliance and course of disease. *Psychiatry Prax.* 31 Suppl 2:S230-2.
- Nuechterlein KH, Dawson ME (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenie Bulletin*, 10:300-312.
- Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, Mintz J & Bartzokis G (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:58-64.
- Owens DG, Carroll A, Fattah S et al. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Act Psych Scand*; 103:362-369.
- Patel MX, de Zoysa N, Bernadt M, David AS (2008). A cross-sectional study of patients' perspectives on adherence to antipsychotic medication: depot vs oral. *J Clin Psychiatry*;69(10):1548-56.
- Paxinos I, Kalantzi-Azizi A (2009). Quality of life of residents of community hostels of Leros-Greece: clinical and social functioning profile of the ex-patients. *Int J Psychiatry*;55(6):483-95.
- Pia L, Tamietto M (2006). Unawareness in schizophrenia: neuropsychological and neuroanatomical findings. *Psychiatr Clin Neurosc*; 60: 531-537.
- Priebe et al. (1996) Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen* 58, Sonderheft 1:86-90.

- Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Salize H, Svensson B, Torres Gonzales F, van den Brink R, Wiersma D, Wright DJ (2007). Structured patient-clinician communication and 1 year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 191:420-6.
- Pukrop R, Moller HJ, Sass H, Sauer H, Klosterkötter J, Czernik A et al. (1999). Quality of life. Construct validation and the development of a modular system. *Der Nervenarzt*; 70:41-53.
- Pukrop R, Moller HJ, Steinmeyer EM (2000). Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 250:120-132.
- Pukrop R, Schlaak V, Moller-Leimkuhler AM, Albus M, Czernik A, Klosterkötter J, Moller HJ (2003). Reliability and validity of quality of life assessed by the short-form 36 and the modular system for quality of life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Res* 119:63-79.
- Remington G, Foussias G, Agid O (2010). Progress in defining optimal treatment outcome in schizophrenia. *CNS Drugs* 1;24(1):9-20.
- Resch F, Strobl R (1989). Selbstmord bei schizophrenen Patienten. *Psychiatr Prax* 16:136-140.
- Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, Hummer M, Kemmler G, Weiss EM, Fleischhacker WW (2004). Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry*; 65(9):1211-8.
- Ritsner MS, Blumenkrantz H (2007). Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatr Res*;149(1-3):59-69.
- Roe D, Kravetz S (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: a multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *J Nerv Ment Dis*; 191(7):417-24.
- Rose G (1878). *Neues Wörterbuch der Französischen und Deutschen Sprache*. Schreiter, Berlin.

- Sackheim HA. (1983). Self-deception, depression, and self-esteem: The adaptive value of lying to oneself. In J. Masling (Ed.) Empirical studies of psychoanalytic theory. Hillsdale, NJ Erlbaum.
- Sanote G, Rucci P, Muratori ML, Monaci A, Ciarafoni C, Borsetti G (2008). Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: a cluster analytic approach. *Psych Res*;15;158(3):324-34.
- Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R (1977). Two-year follow-up of the patients in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological Medicine* 16:909-928.
- Sartorius N, Nablensky A, Korten A et al. (1986). Early manifestation and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine* 16:609-628.
- Scharfetter C (2010). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung*. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Scharfetter C (ed) (1995). *Schizophrene Menschen, Psychopathologie*. Psychologie Verlags Union, Beltz.
- Sayre J (2000). The patients`diagnosis. Explanatory models of mental illness. *Qualitative Health Research*, 10(1), 71-83.
- Schmid R, Neuner T, Cording C, Spiessl H (2006). Schizophrenic patients quality of life-association with coping, locus of control, subjective well-being, satisfaction and patient judged caregiver burden. *Psychiatr Prax.*;33(7):337-43.
- Schneider K (2007). *Klinische Psychopathologie*, 15.Auflg.,Thieme, Stuttgart.
- Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A (1997). Does insight affect long term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry* 38(5):283-288.
- Schwartz RC, Petersen S (1999). The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment dis*; 187(6):376-387.
- Schwartz RC, Smith SD (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of psychiatric research*; 38:185-191.

- Sibitz I, Amering M, Gössler R, Unger A, Katschnig H (2007). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;42(11):909-15.
- Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA (2004). Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry research*; 129:141-147.
- Staring AB et al. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.*;115(2-3):363-9.
- Startup M (1997). Awareness of own and others schizophrenic illness. *Schizophr Res*; 26(2-3):203-211.
- Strous RD, Ratner Y, Gibel A, Ponizovsky A, Ritsner M (2005). Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Compr Psychiatry*;46(3):167-75.
- Sturman ED, Sproule BA (2003). Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *Journal of affective disorders*; 77:21-30.
- Stuss DT, Benson DF, Clermont R, Della Malva CL, Kaplan EF, Weir WS (1986). Language functioning after bilateral prefrontal leukotomy. *Brain and language*; 28:66-70.
- Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, Kitchen CM, Woo SM, Mintz J (2005). Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophrenia research*; 75:147-157.
- Turkington D, Kongdon D, Turner T (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 180:523-527.
- Ulas H, Akdede BB, Ozbay D, Alptekin K (2008). Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 15;32(2):332-5.
- Van Putten T (1978). Drug refusal in schizophrenia: causes and prescribing hints. *Hospital & community psychiatry* ;29:110-112.
- Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res.*28;150(1):71-80.

- Velligan DI, Diamond P, Mueller J, Li X, Maples N, Wang M, Miller AL (2009). The short term impact of generic versus individualized environmental support on functional outcomes and target behaviors in schizophrenia. *Psychiatry Res.*30;168(2):94-101.
- Ventegodt S, Kandel I, Merrick J (2007). Clinical holistic medicine (mindful short-term psychodynamic psychotherapy complimented with bodywork) in the treatment of schizophrenia and other psychotic mental diseases. *Scientific World Journal.*18;7:1987-2008.
- Waldorf M (2010). Krankheitseinsicht, dynamisch getestete Exekutivfunktionen und defensive Bewältigung bei Schizophrenie - Dissertation.
- Wciorka J (1988). A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes towards their illness. *Psychopathology*; 21:259-266.
- Weiden PJ, Mann JJ, Dixon L, Haas G, De Chillo N, Frances AJ (1989). Is neuroleptic dysphoria a healthy response? *Compr Psychiatry*; 30(6):546-552.
- Whitty P, Browne S, Clarke M, Mc Tighe O, Waddington J, Kinsella T, Larkin C, O`Callaghan E (2004). Systematic comparison of subjective and objective measures of quality of life at 4 year follow-up subsequent to a first episode of psychosis. *J Nerv Ment Dis.*;192(12):805-9.
- WHO (1973). Report on the International Pilot Study of Schizophrenia, Vol.1. Geneva:World Health Organization.
- WHO (1979). Schizophrenia. An international follow-up study. Chichester: Wiley.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 41/10:1403-1409.
- Young DA, Davila R, Scher H (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 10:117-124.
- Zubin J, Spring BJ (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*;86:103-126.

Danksagung

Die vorliegende Dissertation ist innerhalb von zwei Jahren über einen Zeitraum von 2004 bis 2012 am Institut für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums in Hamburg-Eppendorf entstanden. Ohne die Patienten, die bereit waren, ihre ganz persönlichen Schicksale mit mir zu teilen, wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen - ihnen bin ich zu großem Dank verpflichtet. Zu dem Gelingen dieser Arbeit hat ganz entscheidend auch PD Dr. med. Anne Karow beigetragen, die mich stets zuverlässig und zielgerichtet unterstützt hat. Die Zusammenarbeit mit ihr habe ich als äußerst respektvoll und sehr angenehm empfunden.

Ganz besonders möchte ich zudem Dipl.-Ing. Lena Claußnitzer danken, die mir bei der Formatierung und Gestaltung der Arbeit sehr geholfen hat. Das Gleiche gilt für Dr. med. Florian Hirdes, Isolde Osterwald, Dr. med. Frederic von Nettelblatt, Katharina Osterwald und Benedikt Baikousis, die mir freundschaftlich, moralisch und mit inhaltlichen Anregungen zur Seite standen.

Von ganzem Herzen danke ich auch meinen lieben Eltern, Anneke und Dr. med. Detmar Osterwald. Zuletzt und doch am allermeisten meiner engsten Familie, meinem Ehemann Christofer Osterwald sowie meinen Kindern Moritz, Helene und Jacob für ihre Liebe und Vertrauen.

Eidesstattliche Versicherung

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.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

11 Anhang



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Initialen:	Aktuelles Datum:
Patienten Code:	Untersucher:
Datum der Aufnahme in die Studie:	

Soziodemographischer Fragebogen

A

Bitte im Bogen codieren:

Antwort verweigert → "88"
Nicht erhebbar → "99"

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Martinistraße 52– 20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de

1. Soziodemographisches

1 Ihr Aufnahmedatum?	Ihr Alter?	Ihr Geburtsdatum?	Ihr Geschlecht?
_____	_____ Jahre	_____	☐ weiblich ☐ männlich

2 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	3 Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?
☐ noch in der Schule ☐ kein Schulabschluss ☐ Sonderschulabschluss ☐ Hauptschulabschluss ☐ Realschulabschluss ☐ Fachabitur/Abitur ☐ sonstiges	☐ noch in der Berufsausbildung ☐ Lehre/ Fachschule ☐ Meister ☐ Fachhochschule/Universität ☐ ohne Berufsabschluss ☐ sonstiges

4 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?	
☐ berufstätig, Vollzeit ☐ berufstätig, Teilzeit ☐ berufstätig, gelegentlich ☐ mithelfende(r) Familienangehörige(r), nicht berufstätig ☐ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig ☐ Ausbildung ☐ Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr ☐ geschützt beschäftigt	☐ arbeitslos gemeldet Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungs-/unfähigkeitsrente ☐ auf Dauer, seit: . _ _ _ _ . _ _ _ _ Monat Jahr ☐ auf Zeit, seit: . _ _ _ _ . _ _ _ _ Monat Jahr ☐ Frührente/Altersrente/Pension ☐ Witwen-/Witwer-Rente ☐ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung ☐ unbekannt/unklar

5 Welcher Nationalität gehören Sie an?
☐ Deutsch ☐ andere Nationalität und zwar: _____

6 Geben sie den zuletzt eingetretenen Familienstand an	7 In welcher Partnersituation leben Sie?
☐ ₁ ledig ☐ ₂ verheiratet ☐ ₃ getrennt lebend ☐ ₄ geschieden ☐ ₅ verwitwet ☐ ₆ wieder verheiratet	☐ ₁ kurzfristig kein Partner (bis zu 1 Jahr) ☐ ₂ langfristig kein Partner (mehr als 1 Jahr) ☐ ₃ wechselnder Partner ☐ ₄ fester Partner (Ehepartner) ☐ ₅ fester Partner (nicht Ehepartner)

8 Was ist Ihre aktuelle Wohnsituation?	9 Mit wem leben Sie zur Zeit zusammen? (Mehrfachantworten möglich)
☐ ₁ eigene Wohnung / Haus ☐ ₂ Wohnung / Haus der Eltern ☐ ₃ Übergangwohnheim (GPZE etc.) ☐ ₄ betreutes Wohnen ☐ ₅ Obdachlos ☐ ₆ anderes, und zwar: _____	☐ ₁ Alleinlebend ☐ ₂ Elter(n) ☐ ₃ Ehepartner / Partner ☐ ₄ Geschwister ☐ ₅ Kind(er) ☐ ₆ andere Angehörige ☐ ₇ Freund(e), Bekannte ☐ ₈ Andere, und zwar: _____

2. Suizidanamnese	
1	Wie viele Suizidversuche haben bislang unternommen? _____ (Anzahl)
2	Beschreiben Sie die Art der Versuche! _____ _____
3	Wie alt waren Sie bei Ihrem 1. Versuch: _____ (in Jahren) letzten Versuch: _____ (in Jahren)

3. Vorbehandlung

1	Alter bei erstem Beginn psychotischer Positiv-Symptome: (Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen)	_____ Jahre
2	Alter bei erstem Behandlungskontakt wg. Psychotischer Symptome: (Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen)	_____ Jahre
3	Alter bei erstem psychotherapeutischen Behandlungskontakt überhaupt:	_____ Jahre
4	Alter bei stationärer Erstaufnahme wg. Psychotischer Symptome (Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen):	_____ Jahre
5	Anzahl der stationären psychiatrischen Aufnahmen (inkl. der jetzigen):	_____ Aufnahmen

4. Baseline assessment - Medikation

1 Derzeitige Medikation		
Name (Generikum)	Dosis (mg)	Dauer der Einnahme seit Beginn (in Monaten)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
2 Medikation vor Aufnahme		
☐ keine Medikation ☐ partielle Therapie (Intermittierende Compliance o. subtherapeutische Dosierung) ☐ Therapie mit Antipsychotika, und zwar: Name: _____ Dosis: _____ mg Dauer: _____ Monate ☐ Andere Medikation (wenn „ja“: Name, Dosis (mg), Zeitraum(d)) Name: _____ Dosis: _____ mg Dauer: _____ Monate		

5. Baseline assessment – Medizinische Vorgeschichte

1 Somatische Erkrankungen

☐: nein ☐: ja ☐: weiß nicht

Falls „ja“, spezifizieren: _____

2 Kopfverletzungen in der Vorgeschichte

☐: nein ☐: ja ☐: weiß nicht

Falls „ja“, spezifizieren: _____

3 Geburtskomplikationen

☐: nein ☐: ja ☐: weiß nicht

Falls „ja“, spezifizieren: _____

6. Baseline assessment – Familienanamnese

Welche der folgenden psychischen Probleme / psychiatrischen Erkrankungen gab es in Ihrer Familie und bei wem? (Mehrfachantworten möglich)

	Mutter	Vater	Geschwister	Verwandte 2. Grades (Großeltern, Onkel, Tanten, Enkel)
Schizophrenie	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐
Depression	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐
Sucht	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐
Suizid	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐
unspezifizierte psychische Erkrankung	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐
anderes, und zwar: _____	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐

7. Substanzgebrauch

1 Rauchen Sie?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie viel? Zigaretten: _____ Stück pro Tag
sonstiges (Pfeife, Zigarre, Zigarillo): _____ Stück pro Tag

2 Alkoholkonsum

Wie viel Alkohol haben Sie in den letzten 4 Wochen durchschnittlich pro Tag getrunken?

☐: ich habe in den letzten 4 Wochen keinen Alkohol getrunken

Hochprozentiges (über 30% Alkohol, z.B. Korn, Weinbrand): _____ Liter/Tag

Bier: _____ Liter/Tag

Wein: _____ Liter/Tag

Likör (bis 30% Alkohol): _____ Liter/Tag

3 Substanz- und Drogengebrauch

An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Substanzen eingenommen?

Bitte nur vom Arzt nicht verschriebene Substanzen angeben!

Alter bei erstem
Gebrauch
(ab 3x/Woche oder an
2 aufeinander folgenden
Tagen)

Gebrauch in den
letzten 30 Tagen

Tabak _____ Jahre _____ Tage

Alkohol, jeglicher Gebrauch _____ Jahre _____ Tage

Alkohol, Gebrauch bis zur Trunkenheit _____ Jahre _____ Tage

Heroin _____ Jahre _____ Tage

Benzodiazepine _____ Jahre _____ Tage

Barbiturate _____ Jahre _____ Tage

Kokain (inkl. Crack) _____ Jahre _____ Tage

Amphetamine (auch Ecstasy, MDMA, Speed) _____ Jahre _____ Tage

Cannabis _____ Jahre _____ Tage

Halluzinogene (z. B. LSD) _____ Jahre _____ Tage

andere Substanzen: _____ Jahre _____ Tage

4 Cannabiskonsum (Falls unter 3 angegeben)

Wie viel Cannabis haben Sie in den letzten 4 Wochen durchschnittlich pro Tag konsumiert?

Konsumeinheiten (Joints, Pfeifen,....) _____ /Tag

Case Report Form (CRF)
PAS-Studie

Visite : _____

Patientennummer: _____ Patienteninitialen: _____ Datum: _____
Vorname Nachname Tag Monat Jahr

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)

		nicht vorhanden	minimal	leicht	mittel	mittel bis stark	stark	extrem
		1	2	3	4	5	6	7
P 1	Wahnvorstellungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P 2	Formale Denkstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P 3	Halluzinationen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P 4	Erregungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P 5	Größenwahn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P 6	Misstrauen Verfolgungswahn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P 7	Feindseligkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 1	Affektverarmung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 2	Emotionale Isolation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 3	Mangelnde Beziehungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 4	Passiv-apatheische soziale Isolation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 5	Vermindert abstraktes Denkvermögen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 6	Mangelnde Spontaneität/Gesprächsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N 7	Stereotypes Denken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 1	Leibliche Befindlichkeitsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 2	Angst	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 3	Schuldgefühle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 4	Gespanntheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 5	Manieriertheit und Posieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 6	Depression	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 7	Motorische Verlangsamung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 8	Unkooperatives Verhalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G 9	Ungewöhnliche Denkinhalte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G10	Desorientiertheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G11	Mangelnde Aufmerksamkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G12	Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G13	Willensschwäche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G14	Mangelnde Impulskontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G15	Selbstbezogenheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G16	Aktives soziales Vermeidungsverhalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte lesen Sie sorgfältig die folgenden Aussagen und markieren die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft.

	stimme zu	Stimme nicht zu	unsicher
1. Einige der Symptome sind in meinem Kopf entstanden.	☐	☐	☐
2. Ich fühle mich psychisch gut.	☐	☐	☐
3. Ich brauche keine Medikamente.	☐	☐	☐
4. Mein Aufenthalt im Krankenhaus war notwendig.	☐	☐	☐
5. Der Arzt hat Recht, wenn er mir Medikamente verschreibt.	☐	☐	☐
6. Ich halte es nicht für notwendig, einen Arzt oder Psychiater aufzusuchen.	☐	☐	☐
7. Wenn jemand sagte, dass ich eine Erkrankung der Nerven oder der Psyche habe, dann hat er recht.	☐	☐	☐
8. Keine der ungewöhnlichen Dinge, die ich erlebt habe, sind Folge einer Erkrankung.	☐	☐	☐

Code: _____ Geb.Dat.: _____ Datum:
 _____ Rater _____

SUMD

1. **Bewusstsein einer psychischen Störung:**
 (Glaubt der Betreffende ganz im Allgemeinen, dass er/sie eine psychische Erkrankung, ein psychiatrisches Problem, emotionale Schwierigkeiten etc. hat?)

Früher	Aktuell	
0	0	Keine Angaben möglich
1	1	Bewusstsein/Kenntnis: glaubt sicher eine psychische Erkrankung zu haben
2	2	
3	3	Teilweise: Patient ist unsicher, ob sie/er eine psychische Erkrankung hat, aber kann die Möglichkeit in Erwägung ziehen
4	4	
5	5	Kein Bewußtsein/Kenntnis: glaubt er/sie habe keine psychische Erkrankung

2. **Bewusstsein/Kenntnis bezüglich der angestrebten Medikamentenwirkungen:**
 (Was sind die Überzeugungen des Betreffenden bezüglich der Medikamentenwirkungen? Glaubt die/der Betroffene, dass Medikamente die Intensität oder Häufigkeit ihrer/seiner Symptome verringert haben (wenn welche verabreicht wurden)?)

Früher	Aktuell	
0	0	Kann nicht untersucht werden oder irrelevant
1	1	Bewusstsein/Kenntnis: glaubt sicher, dass Medikamente die Intensität oder Häufigkeit ihrer/seiner Symptome verringert haben
2	2	
3	3	Teilweise: Patient ist unsicher, ob Medikamente die Intensität oder Häufigkeit ihrer/seiner Symptome verringert haben, aber kann die Möglichkeit in Erwägung ziehen
4	4	
5	5	Kein Bewusstsein/Kenntnis: glaubt Medikamente haben die Intensität oder Häufigkeit ihrer/seiner Symptome nicht verringert

3. **Bewusstsein/Kenntnis der sozialen Konsequenzen der psychischen Erkrankung:**
 (Was sind die Überzeugungen des Betreffenden bezüglich der Gründe, die zur stationären Aufnahme, geschlossenen Unterbringung, Festnahme, Kündigung, Verletzung etc. geführt haben?)

Früher	Aktuell	
0	0	Kann nicht untersucht werden oder irrelevant
1	1	Bewusstsein/Kenntnis: glaubt sicher, dass die relevanten sozialen Konsequenzen mit ihrer/seiner psychischen Erkrankung zusammenhängen
2	2	
3	3	Teilweise: Patient ist unsicher, ob die relevanten sozialen Konsequenzen mit ihrer/seiner psychischen Erkrankung zusammenhängen
4	4	

5	5	Kein Bewusstsein/Kenntnis: glaubt die relevanten sozialen Konsequenzen haben mit ihrer/seiner psychischen Erkrankung nichts zu tun
---	---	--

4. Bewusstsein eines spezifischen psychotischen Symptoms: _____
(Halluzinationen: Ist dem Betreffenden bewusst, dass die vorliegenden Stimmen etc. Symptome der Erkrankung sind? Wahn: Ist dem Betreffenden bewusst, dass die vorliegenden Beziehungsideen, Verfolgungsideen etc. Symptome der Erkrankung sind? usw.)

Früher	Aktuell	
0	0	Kann nicht untersucht werden oder irrelevant
1	1	Bewusstsein/Kenntnis: glaubt sicher, dass die es sich um ein Symptom ihrer/seiner Erkrankung handele
2	2	
3	3	Teilweise: Patient ist unsicher, ob es sich um ein Symptom handelt, kann jedoch die Möglichkeit in Betracht ziehen
4	4	
5	5	Kein Bewusstsein/Kenntnis: glaubt es handele sich nicht um ein Symptom der Erkrankung

Modulares System

zur Lebensqualität (MSLQ-R)

BITTE LESEN SIE DIESES BLATT AUFMERKSAM DURCH, BEVOR SIE
BEGINNEN, DEN FRAGEBOGEN AUSZUFÜLLEN UND BEACHTEN SIE DIE
FOLGENDEN HINWEISE !

Sie können jede Frage durch einfaches Ankreuzen beantworten. In den meisten Fällen werden Sie aufgefordert, Ihren Zustand auf einer Skala einzuordnen. Wenn Sie den angesprochenen Bereich positiv bewerten, dann wählen Sie eine Kategorie aus dem helleren Skalenbereich, und wenn Sie negativ bewerten, dann kreuzen Sie ein Feld im dunkleren Bereich an. Achten Sie in jedem Fall aber auch auf die genaue Bezeichnung der jeweiligen Antwort. Überprüfen Sie Ihr Verständnis bitte an dem folgenden Beispiel.

Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem körperlichen Zustand?

Vollig unzufrieden	unzufrieden	gar unzufrieden	weder noch	gar zufrieden	zufrieden	vollig zufrieden

Legen Sie für Ihre Antworten bitte immer Ihren Zustand aus den vergangenen vier Wochen zugrunde. Antworten Sie möglichst spontan, ohne lange zu überlegen.

Es ist sehr **entscheidend**, daß Sie **alle** Fragen, die auf Sie zutreffen, gewissenhaft **beantworten**. Unvollständig oder unsorgfältig ausgefüllte Bögen sind leicht zu erkennen und leider vollkommen wertlos. Beantworten Sie jede Frage persönlich und diskutieren Sie die Antworten **nicht** mit einer anderen Person, die Sie beeinflussen könnte.

Wir möchten Sie noch bitten, folgende Hinweise sehr ernst zu nehmen. Man kann bei manchen Fragen die Vermutung haben, leicht durchschauen zu können, welche Antwort wohl den „besseren Eindruck“ macht. Lassen Sie sich aber nicht verleiten, Ihre Antwort irgendwie zu färben. Es gibt keine „falschen“ oder „richtigen“ Antworten. Kreuzen Sie einfach den Zustand an, der tatsächlich für Sie in den letzten vier Wochen am zutreffendsten war.

[illegible]

Heutiges Datum: . .		
Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich
Alter in Jahren:		
Staatsangehörigkeit:		
Schulabschluß:	☐ keinen	☐ Mittlere Reife
	☐ Sonderschule	☐ Abitur
	☐ Hauptschule/Volksschule	☐ sonstigen: _____?
Sind Sie berufstätig?:	☐ ja	☐ nein
Erlern(e)r Beruf(e):		
Derzeitig ausgeübte(r) Beruf/Ausbildung (auch Hausfrau):		
Bitte geben Sie Ihr ungefähres Nettoeinkommen im Monat an:		
☐ über 3000 DM		
☐ 1500-3000 DM		
☐ unter 1500 DM		
Religion:	☐ keine	☐ evangelisch
	☐ katholisch	☐ islamisch
	Andere: _____	
Familienstand:	☐ ledig/ohne festen Partner	☐ mit festem Partner
	☐ getrennt lebend	☐ verwitwet
	☐ geschieden	
Haben Sie Verwandte, zu denen Sie Kontakt haben?:	☐ ja	☐ nein
Haben Sie eine(n) enge(n) Freund(in)?:	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Kinder?	☐ ja / Anzahl der Kinder _____	☐ nein
Fester Wohnsitz:	☐ Wohnung/Haus (als Mieter)	☐ therapeutische Wohnmeinschaft
	☐ Wohnung/Haus (als Eigentümer)	
	☐ Wohngemeinschaft	☐ vom Sozialamt bezahlte Pension
	☐ Wohnheim	☐ keine Wohnung/obdachlos
	☐ betreutes Einzelwohnen	
Mit wem wohnen Sie zusammen?: (Mehrfachnennungen möglich)	☐ allein	☐ mit Geschwistern
	☐ mit (Ehe)partner/in	☐ mit anderen Verwandten
	☐ mit Eltern(teil)	☐ mit anderen nicht verwandten Personen
	☐ mit Kindern unter 18 Jahren	
	☐ mit Kindern über 18 Jahren	

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an Ihren **körperlichen Gesundheitszustand** in den **letzten 4 Wochen**:

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im allgemeinen beschreiben?						
<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>weder gut noch schlecht</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit genauso lange wie üblich im Beruf, zu Hause (oder in der Klinik) tätig sein?						
<i>viel länger als üblich</i>	<i>länger als üblich</i>	<i>genauso lange wie üblich</i>	<i>etwas weniger als üblich</i>	<i>weniger als üblich</i>	<i>viel weniger als üblich</i>	<i>gar nicht tätig</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem körperlichen Zustand?						
<i>völlig unzufrieden</i>	<i>unzufrieden</i>	<i>eher unzufrieden</i>	<i>weder noch</i>	<i>eher zufrieden</i>	<i>zufrieden</i>	<i>völlig zufrieden</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen bei <u>anstrengenden Tätigkeiten</u> (z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben) durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand eingeschränkt?						
<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>eher wenig</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher stark</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an Ihre **körperliche Vitalität** in den **letzten 4 Wochen**:

1. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen voller Schwung?						
<i>immer</i>	<i>häufig</i>	<i>eher häufig</i>	<i>manchmal</i>	<i>eher selten</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Konnten Sie sich in den letzten 4 Wochen körperlich entspannen und es sich bequem machen?						
<i>völlig problemlos</i>	<i>fast problemlos</i>	<i>ganz gut</i>	<i>halbwegs</i>	<i>mit Mühe</i>	<i>mit viel Mühe</i>	<i>gar nicht</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen müde?						
<i>immer</i>	<i>häufig</i>	<i>eher häufig</i>	<i>manchmal</i>	<i>eher selten</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen so schlafen, daß Sie sich frisch und ausgeruht fühlen?						
<i>völlig problemlos</i>	<i>fast problemlos</i>	<i>ganz gut</i>	<i>halbwegs</i>	<i>mit Mühe</i>	<i>mit viel Mühe</i>	<i>gar nicht</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an Ihre **persönliche Rolle**, die Sie in den **letzten 4 Wochen** in Ihren **sozialen Beziehungen** gespielt haben:

1. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit der Anerkennung Ihrer Leistungen?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Selbstwertgefühl?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen einsam?

immer	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	selten	nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen durchsetzen, woran Ihnen liegt?

völlig problemlos	fast problemlos	ganz gut	halbwegs	mit Mühe	mit viel Mühe	gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihren Freundschaften?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an Ihre materielle Versorgung in den letzten 4 Wochen:

1. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrer finanziellen Lage?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrer Wohnsituation zu Hause?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Lebensstandard?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie in den letzten 4 Wochen eine Möglichkeit zur Freizeitbeschäftigung hatten, beantworten Sie bitte folgende Fragen, ansonsten gehen Sie bitte zum nächsten Block:

1. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen noch Interesse an Ihren Freizeitbeschäftigungen zu Hause?

immer	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	selten	nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen noch Interesse an Ihren auswärtigen Freizeitbeschäftigungen?

immer	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	selten	nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrer Freizeitbeschäftigung insgesamt?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an Ihren **psychischen Zustand** und Ihre **Gefühle** in den **letzten 4 Wochen**:

1. Waren Sie in den letzten 4 Wochen im allgemeinen angespannt oder haben Sie irgendwelche Spannungen verspürt?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Waren Sie in den letzten 4 Wochen ängstlich, besorgt oder aufgeregt?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Waren Sie oder fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen unter Druck, Stress oder Belastung?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen überempfindlich und leicht verletzbar?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen sehr nervös?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Denken Sie bei den folgenden Fragen bitte an Ihr **Leben insgesamt** in den **letzten 4 Wochen**:

1. Konnten Sie sich in den letzten 4 Wochen am Leben freuen?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen im allgemeinen gefühlt?
immer gut häufig gut eher gut manchmal gut/ manchmal schlecht eher schlecht häufig schlecht immer schlecht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Wie oft erschien Ihnen in den letzten 4 Wochen Ihre Zukunft hoffnungslos?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Leben insgesamt?
Vollig unzufrieden unzufrieden eher unzufrieden weder noch eher zufrieden zufrieden völlig zufrieden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Falls Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt zu ihrer **Herkunftsfamilie (Eltern, Großeltern, Pflegeeltern)** hatten, beantworten Sie bitte folgende Fragen, ansonsten gehen Sie bitte zum nächsten Block:

1. Konnten Sie sich in den letzten 4 Wochen von Ihrer Familie verstanden/unterstützt fühlen?

völlig problemlos	fast problemlos	ganz gut	halbwegs	mit Mühe	mit viel Mühe	gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen am Familienleben teilnehmen?

völlig problemlos	fast problemlos	ganz gut	halbwegs	mit Mühe	mit viel Mühe	gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Konnten Sie sich in den letzten 4 Wochen in Ihrer Familie wohlfühlen und mit ihr auskommen?

völlig problemlos	fast problemlos	ganz gut	halbwegs	mit Mühe	mit viel Mühe	gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie **verheiratet** sind **oder** einen **festen Partner** haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen, ansonsten gehen Sie bitte zum nächsten Block:

1. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen auf Hilfe und Verständnis Ihres Partners zählen?

völlig problemlos	fast problemlos	ganz gut	halbwegs	mit Mühe	mit viel Mühe	gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Partner sexuell zusammen sein?

völlig problemlos	fast problemlos	ganz gut	halbwegs	mit Mühe	mit viel Mühe	gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Falls Sie in den letzten 4 Wochen mit dem Partner zusammen waren, wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Sexualleben?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrer Ehe oder Partnerschaft?

völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie in den letzten 4 Wochen einer regelmäßigen Tätigkeit nachgegangen sind, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrer Leistung in normalerweise ausgeübten Tätigkeiten (Arbeit, Haushalt, Studium, Ausbildung, Praktikum, etc.)?

Völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie zufrieden waren in den letzten 4 Wochen andere Mitarbeiter mit Ihren Leistungen?

Völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Falls Sie Kinder oder Stiefkinder haben und in den letzten 4 Wochen Kontakt zu ihnen hatten, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Wie oft hatten Sie in den letzten vier Wochen Kontakt zu Ihren Kindern?

immer	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	selten	nie
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit der Beziehung zu Ihren Kindern?

Völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐