

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Zentrums für Psychosoziale Medizin

Direktor: Prof. Dr. Jürgen Gallinat

Untersuchung der Krankheitseinsicht im stationären Verlauf schizophrener Patienten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von

Anna Raphaela Rehwinkel

aus Hamburg

Hamburg 2021

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:

05.11.2021

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:

Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:

Prof. Dr. Anne Karow

Inhalt

1	Fragestellungen und Arbeitshypothesen	5
2	Einleitung	6
2.1	Definition und Historie	7
2.2	Epidemiologie und Ätiologie	8
2.3	Psychopathologie	10
2.3.1	Positivsymptomatik	11
2.3.2	Negativsymptomatik	13
2.3.3	Krankheitseinsicht	14
2.4	Therapie	16
2.5	Lebensqualität	17
2.6	Auswirkungen von Krankheitseinsicht	19
3	Material und Methoden	22
3.1	Rahmenbedingungen	22
3.2	Soziodemografie	23
3.3	Psychopathologie	23
3.4	Krankheitseinsicht	27
3.5	Befindlichkeit und Lebensqualität	28
3.6	Statistische Auswertung	30
4	Ergebnisse	32
4.1	Soziodemografische Daten	32
4.1.1	Alter und Geschlecht	32
4.1.2	Schulabschluss	33
4.1.3	Berufsausbildung und Studium	34
4.1.4	Berufsstatus	35
4.1.5	Wohnstatus	35
4.1.6	Familienstand	36
4.1.7	Diagnose	37
4.1.8	Klinikaufenthalt	37
4.1.9	Erkrankungsdauer	38
4.1.10	Pharmakotherapie	39
4.1.11	Suizidversuch	40
4.1.12	Substanzabhängigkeit	41
4.1.13	Drogenabusus	42

4.2	Psychopathologie (PANSS).....	43
4.3	Selbstbewertete Krankheitseinsicht (Insight-Scale).....	44
4.4	Fremdbewertete Krankheitseinsicht (SUMD)	45
4.5	Befindlichkeit (SWN-K).....	46
4.6	Lebensqualität (MSQL-R).....	46
4.7	Korrelation der Studienergebnisse	47
5	Diskussion	52
5.1	Teilnahme.....	52
5.2	Interpretation der Ergebnisse im Gruppenvergleich	52
5.3	Einschränkungen.....	54
5.3.1	Patientenzahl	54
5.3.2	Stationär versus ambulant	54
5.3.3	Vorselektion	55
5.3.4	Reliabilität zwischen den Untersuchern	56
5.3.5	Medikation.....	56
5.3.6	Allgemeine Fehlerquellen.....	56
5.4	Fazit.....	57
5.5	Ausblick für die Praxis	59
5.6	Gesundheitsökonomische Aspekte	61
6	Zusammenfassung / Conclusion	62
6.1	Deutsch	62
6.2	English.....	63
7	Abkürzungsverzeichnis	64
8	Originalfragebögen	65
9	Literaturverzeichnis	83
10	Danksagung.....	97
11	Lebenslauf	98
12	Eidesstattliche Versicherung	99

1 Fragestellungen und Arbeitshypothesen

In dieser Arbeit werden die Verhältnisse von der Symptomatik der Schizophrenie, der subjektiven und fremdbewerteten Krankheitseinsicht sowie der Lebensqualität von Patienten mit einer Schizophrenie im Verlauf der stationären Behandlung untersucht und herausgestellt. Hierbei sollen vor allem eventuell bestehende Zusammenhänge und Beeinflussungen dieser Variablen untereinander und miteinander beleuchtet werden, um Verbesserungen in der Behandlung der schizophrenen Erkrankung diskutieren zu können.

Hauptfragestellung

Wie ist der Zusammenhang zwischen Veränderungen der selbst- und fremdbeurteilten Krankheitseinsicht mit der Symptomatik und Lebensqualität im stationären Behandlungsverlauf bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis?

Hypothese zur Hauptfragestellung

Eine Zunahme der Krankheitseinsicht ist signifikant mit einer Verbesserung der schizophrenen Symptomatik und Verschlechterung der Lebensqualität assoziiert.

Sekundärfragestellung

Wie verändert sich die selbst- und fremdbeurteilte Krankheitseinsicht im stationären Behandlungsverlauf?

Hypothese zur Sekundärfragestellung

Die Krankheitseinsicht nimmt im stationären Behandlungsverlauf zu.

Weitere Fragestellung

Wie ist der Zusammenhang zwischen selbst- und fremdbeurteilter Krankheitseinsicht im stationären Behandlungsverlauf?

Hypothese zur weiteren Fragestellung

Zwischen Veränderungen der selbst- und fremdbeurteilten Krankheitseinsicht zeigen sich im stationären Behandlungsverlauf signifikante Zusammenhänge.

2 Einleitung

Therapieabbrüche und eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme, auch mit dem Begriff „Non-Adhärenz“ benannt, stellen in der Behandlung von Patienten ein weit verbreitetes Phänomen dar. Das ist per se kein spezifisches Problem der Psychiatrie. Bereits 48% der Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung setzen laut Studien unmittelbar nach Entlassung von der stationären Behandlung die verordnete Medikation wieder ab und weisen damit eine medikamentöse „Non-Adhärenz“ auf. Nach zwei Jahren sind es insgesamt 74% der Patienten (Weiden et al. 1989). Die genannten Zahlen sind in ihrem Ausmaß nicht zu unterschätzen, denn jede (erneute) schizophrene Episode birgt die Gefahr einer zunehmenden Residualsymptomatik und einer verlängerten Remissionsphase (Lieberman et al. 1996) sowie einer erhöhten Suizidalität (Resch und Strobl 1989). Es ist daher gut nachvollziehbar, dass die Krankheitseinsicht der Patienten ein maßgeblicher Pfeiler für die Prognose der Schizophrenie darstellt.

Die Einsicht in seine Erkrankung zeigt ein Patient, wenn er die Symptome der Erkrankung wahrnimmt, sie des Weiteren der Erkrankung zuordnen kann und daraus für sich den Schluss der notwendigen Medikation ableiten kann. Ein einsichtiger Patient stellt einen mündigen und verantwortungsvollen Erkrankten dar, der so ungünstigen vorzeitigen Behandlungsabbrüchen und wiederholten stationären Aufenthalten vorbeugt, was wiederum die Integrität in die Gesellschaft aufrechterhält (McEvoy et al. 1989, Schwartz et al. 1997).

Gerade bezogen auf die günstigere Prognose ist die aktuelle Forschung an der Erfassung des Konstruktes Krankheitseinsicht in Verbindung mit der individuellen Lebensqualität interessiert. Es liegen bereits kontroverse Ergebnisse und Thesen vor. Eine negative Korrelation zeigt sich zum Beispiel in Form von einer gesteigerten Krankheitseinsicht gekoppelt mit vermehrter Furchtsamkeit, Sorgen und Verzweiflung (Lysaker und Salyers 2007) oder eine Abnahme der eigenen Zufriedenheit (Hasson-Ohayon et al. 2006). So weisen manche Studienergebnisse eine Zunahme der Depressivität und eine Abnahme des eigenen Selbstwertes auf, obwohl eine gute Adhärenz im Sinne von Medikamenteneinnahme und Umgang mit der Erkrankung vorlag (Staring et al. 2009). Trotz dieser eher negativen Assoziationen ist aber auch auf andere Studien hinzuweisen, die die Korrelationen

einer niedrigen Krankheitseinsicht mit einer ungünstigeren Krankheitsprognose der schizophrenen Erkrankung aufzeigen (McEvoy et al. 1989, Schwartz et al. 1997).

Die heutige Behandlung der schizophrenen Erkrankung fußt maßgeblich auf dem möglichst eigenverantwortlichen Verständnis von einer Erkrankung an sich. Gerade bei der Schizophrenie ist das Fehlen von Krankheitseinsicht allerdings ein typisches Charakteristikum der Erkrankung. Die Krankheitseinsicht steht für ein mehrschichtiges Konstrukt des Denkens, das sich durch die Veränderungen und Prägungen im Leben des Individuums in einer dauerhaften Anpassung befindet (Bottlender und Hloucal 2010). Krankheitseinsicht bei an Schizophrenie erkrankten Patienten, ihre Einflüsse auf die Lebensqualität und die selbst wahrgenommene Zufriedenheit sind somit wichtige Eckpfeiler der Therapie und Prognose der Schizophrenie und werden in dieser Arbeit näher beleuchtet. Es ist von klinischer Bedeutung, das Konstrukt der Krankheitseinsicht besser zu verstehen und es greifbarer zu machen, um so die Motivation der Patienten, sich in eine Therapie zu begeben und behandelt zu werden, besser darstellen zu können.

Ziel dieser Arbeit ist es, den Zusammenhang zwischen Einsichtsfähigkeit, schizophrener Symptomatik und Lebensqualität schizophrener Patienten zu untersuchen. Die Ergebnisse können zum Verständnis von subjektivem Krankheitserleben und der damit verbundenen Bereitschaft zur Behandlungskooperation beitragen.

2.1 Definition und Historie

Die Schizophrenie umschreibt ein psychiatrisches Krankheitsbild, das mit einer fundamental schwerwiegenden Unvereinbarkeit zwischen dem subjektiven Erleben, Denken und Fühlen, wie auch Abweichungen des Willens und Handelns einhergeht. Die Psychopathologie ist vielschichtig und kann unterschiedlich ausgeprägt sein (Naber et al. 2004, S. 15). Es ist bei der Diagnosestellung unbedingt eine organische Genese der Symptomatik auszuschließen (Scharfetter 1995, S. 34). Typische Symptome sind beispielsweise Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, vermehrter sozialer Rückzug, Störungen des normalen Denkflusses und der Assoziationsfähigkeit. Die Diagnose der Erkrankung einer Schizophrenie ist somit deskriptiv und facettenreich und der Untersucher stützt sich auf das Vorliegen einer Kombination klassischer Symptome (Möller 2015, S. 163, Perro 2004).

Nach Emil Kraepelin (Kraepelin 1893) benannte Eugen Bleuler als Erster eine Schizophrenie („Bewusstseinspaltung“), ergänzte die Darstellung der „Dementia praecox“ Kraepelins in 1911 und führte damit den noch heute benutzten Begriff ein (Bleuler 1911). Die Erkrankung wurde von ihm einerseits in Primär- und Sekundärsymptome und andererseits nach der diagnostischen Wertigkeit in Grundsymptome und akzessorische Symptome eingeteilt (Bleuler 1911). Kurt Schneider sah die Schizophrenie als einen organischen Defekt des Gehirns an. Er stellte die für die Diagnostik auch gegenwärtig noch richtungsweisende Einordnung in Erst- und Zweitrangsymptome auf (Schneider 1957).

2.2 Epidemiologie und Ätiologie

Frauen und Männer erkranken annähernd gleich häufig an der Schizophrenie, wobei Frauen statistisch im Mittel fünf Jahre später erkranken. Der Erkrankungsbeginn liegt bei beiden Geschlechtern charakteristischerweise zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr bei Männern bzw. 35. Lebensjahr bei Frauen (Möller 2015, S. 157, Naber et al. 2004). Männer erkranken mit durchschnittlich 21 Jahren deutlich früher als Frauen (Sartorius et al. 1986).

Die Prävalenz der Schizophrenie, die die Summe aller Erkrankungen über die Lebenszeit beschreibt, liegt unabhängig von Ursprungsland oder psychosozialem Umfeld bei 0,5-1%, wohingegen die Inzidenz, die die jährliche Neuerkrankungsrate bezeichnet, bei 0,05% beträgt (Hafner et al. 1993).

Hare konnte zeigen, dass Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, im Unterschied zu nicht erkrankten Menschen der „Drift-Hypothese“ folgend sozial absteigen (Hare et al. 1972). Für Deutschland werden die gesamten Kosten für stationäre Behandlung, Arbeitsunfähigkeit und Frührente für das Krankheitsbild der Schizophrenie auf etwa fünf Milliarden Euro jährlich geschätzt. Das entspricht 1,7% der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (Naber et al. 2004).

Die Patienten können im Verlauf der Erkrankung in drei etwa gleich große Gruppen eingeteilt werden. Das erste Drittel heilt nach Erkrankung vollständig aus, das zweite Drittel leidet unter bleibenden, teils subklinischen Symptomen mit wiederholten Exazerbationen und das letzte Drittel erfährt keine zwischenzeitliche Rekonvaleszenz, sondern leidet chronisch an Symptomen der Schizophrenie, teils

mit der Notwendigkeit der weiterführenden psychosozialen Unterstützung (Hafner et al. 2001, S. 116).

Die Entstehung der schizophrenen Erkrankung ist bislang nicht vollends geklärt und wird als multifaktoriell beschrieben (Möller 2015, S. 157-163, Naber et al. 2004). Die Menge von möglichen Risikofaktoren muss nicht zwingend zu einer Erkrankung führen, erhöht aber die individuelle Erkrankungsgefahr. Fortlaufend wird von vielen Autoren ein Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell erstellt und kontinuierlich angepasst, um die unübersichtlichen Risikofaktoren zu organisieren (Zubin und Spring 1977). Es sind grundsätzlich multiple Risikofaktoren darstellbar. Ein genetisches Risiko mit einem polygenen Vererbungsmuster gilt für die Entstehung einer schizophrenen Erkrankung durch Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien als bewiesen. In Familien mit einem erkrankten Mitglied ist die Morbidität der anderen Verwandten deutlich erhöht und akkumuliert mit steigendem Verwandtschaftsgrad (Naber et al. 2004, Zubin und Spring 1977). Das mittlere Erkrankungsrisiko steigt mit dem Verwandtschaftsgrad von ungefähr 1% in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 9% bei einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil und bis auf ca. 48% bei Kindern mit zwei schizophrenen Eltern bzw. monozygoten Zwillingen (Naber et al. 2004).

Daraus lässt sich allerdings auch schließen, dass für die Manifestation der Krankheit zusätzliche Gründe ausschlaggebend sein müssen (Möller 2015, S. 163). Organische wie auch psychische Schädigungen des Kindes durch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen oder intrauterine sowie frühkindliche virale Infektionen werden als weitere Faktoren diskutiert (Möller 2015, S. 159). Schizophrene Patienten, bei denen sich Beeinträchtigungen solcher Genese nachweisen lassen, werden mit einem schlechteren Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht (Möller 2015, S. 159). An Schizophrenie erkrankte Patienten leben häufig in einer urbanen Gegend, so Naber und Mitarbeiter (Naber et al. 2004). Darüber hinaus besteht eine Verbindung zwischen Substanzmissbrauch und dem Ausbruch von Psychosen, wobei im Besonderen halluzinogen wirkende psychotrope Substanzen zu nennen sind (Naber et al. 2004). Folglich kann bei Unvermögen von Coping-Ressourcen im Zusammenspiel mit unterschiedlichen Risikofaktoren bei Menschen mit einer vererbten Prädisposition eine schizophrene Psychose ausbrechen (Ciompi 1984, Naber et al. 2004, Nuechterlein und Dawson 1984, Zubin und Spring 1977).

2.3 Psychopathologie

Der psychopathologische Befund ist die Grundlage aller diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen in der Psychiatrie. Durch ihn geht eine erstmalige Beobachtung psychopathologischer Phänomene in eine konkrete Benennung der Symptome über. Anhand der Syndrombeschreibung wird eine finale Diagnose erreicht. Um den psychopathologischen Befund zu erfassen, kann mit und ohne standardisierte Methoden gearbeitet werden (Möller 2015, S. 171, Perro 2004). Die von der WHO (World Health Organisation) und der American Psychiatric Association 1959 bzw. 1980 aufgestellten Kriterien stellen möglichst objektiv erfassbare und nachvollziehbare Ein- sowie Ausschlusskriterien zur standardisierten Befunderfassung dar (Stengel 1959, American Psychiatric Association 2013). Für die Diagnosestellung der Schizophrenie wird heute in fast allen Teilen der Welt eines von zwei multiaxialen und operationalisierten Klassifikationssysteme zur Hilfe genommen: Entweder der Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Diseases der American Association of Psychiatry in der fünften Version („DSM-5“) (American Psychiatric Association 2013) oder die International Classification of Diseases der WHO in der zehnten Version („ICD-10“) (Dilling 2004).

Die Einordnungen psychotischer Symptome in exemplarisch Erst- und Zweitrangsymptome nach Schneider oder Grund- und akzessorische Symptome nach Bleuler, wurden hauptsächlich zum Zwecke der Diagnostik ausgebildet. Die Einteilung in Positiv- und Negativsymptome wurde in den siebziger und achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts nochmals aufgenommen und erweitert und ist heute trotz einzelner Kritikpunkte vor allem im Forschungsbereich der Schizophrenie etabliert (Yagdiran 2004).

Die Schizophrenie wird anhand einer Vielzahl von Symptomen, die verschiedenartig und uneinheitlich vorliegen können, beschrieben. Obwohl Halluzinationen und Wahn häufige und klassische Symptome sind, gibt es genauso Formen und Verläufe, die eben jene Positivsymptome nicht bieten. Da allerdings beinahe alle Symptome auch Teil anderer Erkrankungen sein können, existieren keine pathognomonischen Erscheinungsformen per se (Möller 2015, S. 163-171).

Im Folgenden wird in Bezug auf die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit mehr auf die Positiv- als auf die Negativsymptomatik eingegangen.

2.3.1 Positivsymptomatik

Die Positivsymptomatik grenzt sich von der Negativsymptomatik durch ein Mehr und nicht durch ein Weniger an Produktivem ab (Möller 2015, S. 165, Andreasen 1982). Manche Verfasser bezeichnen die Positivsymptomatik auch als Plus- oder Produktivsymptomatik. So kommt im Gegensatz zu einer gesunden Kognition, zum Erfahrenen oder einer Verhaltensweise etwas Zusätzliches, Eigenartiges, gelegentlich Geistreiches, jedoch ebenso Wirres oder Regellooses hinzu (Andreasen 1982). Charakteristisch sind vorrangig produktive Symptome (Yagdiran 2004, Andreasen 1982) wie Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen und Wahn als inhaltliche Denkstörung (Möller 2015, S. 164).

Halluzinationen

Im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen weist die Schizophrenie eine Wahrscheinlichkeit von etwa 50% für das Auftreten von Halluzinationen auf (Möller 2015, S. 164, S. 167). Die Sinnesqualität dieser „Trugwahrnehmungen“ kann sich auf alle oder einzelne Sinne erstrecken, wobei am häufigsten akustische Halluzinationen berichtet werden (Yagdiran 2004). Diese umfassen Laute („Akoasmen“), einzeln gehörte Worte, Kommentare, Dialoge fremder oder vertrauter Menschen und auch die Möglichkeit eines komplexen Zusammenspiels in Form einer szenischen Halluzination (Möller 2015, S. 165, S. 167, Scharfetter 2010, S. 196-197). Optische und olfaktorische Halluzinationen können zusätzlich eine komplementäre Rolle in z.B. einem Verfolgungswahn spielen, bei dem Teufelsfratzen an Wänden gesehen werden und zeitgleich Schwefelgeruch wahrgenommen wird (Scharfetter 2010, S. 198).

Im Gegensatz zu der Zönästhesie oder Leibhalluzination, die eine Fehlwahrnehmung des Körpers wie beispielsweise die Wahrnehmung von Strahlung oder Magnetismen beschreibt, ist die taktile Halluzination durch die direkte Fehlwahrnehmung einer Berührung auf oder von Tieren unter der Haut charakterisiert (Möller 2015, S. 165, S. 167, Scharfetter 2010, S. 199).

Wahn

Während des gesamten schizophrenen Krankheitsverlaufes findet sich bei ca. 80% der Betroffenen mindestens einmal eine wahnhaft Symptomatik. Sie zählt zu den inhaltlichen Denkstörungen (Möller 2015, S. 164-165). Typischerweise handelt es sich um augenscheinlich unrealistische Fehlannahmen, die teils fantastisch und bizarr anmuten, an denen aber trotzdem festgehalten wird, weil sie für das Individuum unwiderruflich real erscheinen (Naber et al. 2004, S. 16, Yagdiran 2004) und so eine Distanzierung oder Relativierung unmöglich macht (Scharfetter 2002). Die unterschiedlichen Ausprägungen eines Wahns bei der schizophrenen Erkrankung zeigen eine typische Entwicklung auf: Die Betroffenen beschreiben zu Beginn meist eine Art Anspannung in ihnen („Wahnstimmung“), die auf die verändert wahrgenommene Umwelt oder auch Atmosphäre um sie herum zurückzuführen ist (Yagdiran 2004). Oft wird das Gefühl, etwas sei „im Gange“ angegeben (Naber et al. 2004). Der Betroffene versucht sich die neuen Wahrnehmungen zu erklären, sucht nach Ursachen für sie und erarbeitet sich diese Erklärungen („Wahnarbeit“) (Naber et al. 2004). Konsekutiv wandelt sich durch diese Fokussierung die Wahrnehmung der Umgebung und Erkenntnisse einer verändert wahrgenommenen Realität bilden sich heraus („Wahnwahrnehmung“) (Yagdiran 2004). In der Folge dieser Entwicklung formen sich feststehende Überzeugungen, die plötzlich auftreten („Wahneinfall“) oder weiterführend auch in dem ausgeformten und systematisierten Wahn münden können (Scharfetter 2010, S. 214). Die Inhalte eines Wahns und seines Systems können sich aus diversen Themen des Lebens speisen und handeln meist von den existentiellen Themen wie Liebe, Krankheit, Tod, Mystik oder Schuld (Scharfetter 2010, S. 217-219).

Ich-Störungen

Bei der Schizophrenie sind die Ich-Störungen mit bis zu 46% vertreten (Möller 2015, S. 164). Unter diesem Oberbegriff werden mehrere Symptome zusammengefasst, die auf eine gestörte Grenzwahrnehmung der eigenen Person in Bezug auf die Umgebung hinweisen (Yagdiran 2004). So kann die Wahrnehmung des Ichs stark erschüttert und in sich brüchig (gespalten oder auch abgetrennt) sein (Scharfetter 2010, S. 101). Unter Depersonalisation oder Derealisation wird eine traumartige und entfremdete Wahrnehmung des Ichs oder der Umwelt verstanden (Scharfetter

2010, S. 193). Im Hinblick auf die geistige Wahrnehmung des Ichs (d.h. die Gedanken des Individuums), können Gefühle von Grenzauflösung (Gedankenausbreitung), Manipulation durch andere (Gedankenentzug, -einsetzen) beschrieben werden (Scharfetter 2010, S. 146). Der Charakter des Fremdbeeinflussten, des „von außen Gemachten“, lässt sich bei diesen beschriebenen Symptomen häufig finden (Scharfetter 2010, S. 146).

Formale Denkstörungen

Ungefähr 70% der Betroffenen leiden unter formalen Denkstörungen (Möller 2015, S. 164). Die formalen Denkstörungen sind nicht nur bei der Schizophrenie als Symptom zu finden, haben aber einen starken Einfluss auf die Denk- und Kommunikationsfähigkeit des Patienten (Yagdiran 2004). Hierunter fallen Veränderungen des Denkbzusammenhangs und -ablaufs, wie z.B. Störungen in der Geschwindigkeit, in der Kohärenz und Logik des Denkens oder Fehlen eines „roten Fadens“ (Scharfetter 2010, S. 139-140).

2.3.2 Negativsymptomatik

Negativsymptome kennzeichnet ein Verlust einst vorhandener Eigenschaften oder Fähigkeiten (Möller 2015, S. 165, Yagdiran 2004). Die einzelnen Symptome werden üblicherweise nach Andreasen (Andreasen 1982) wie folgt in den „sechs A“-Symptomen dargestellt:

Die **Alogie** stellt eine Verminderung des spontanen Sprachflusses bis zum kompletten Erlöschen von jenem dar.

Die **Affektverarmung** weist der Patient durch einen Rückgang emotionaler Schwingungsfähig und Ausdrucksfähigkeit auf.

Unter **Apathie** werden eine starke Antriebsarmut und ein Wegbleiben der generellen Lebensenergie oder des Tatendrangs verstanden.

Den Verlust der Fähigkeit sich zu freuen und Genuss zu empfinden wird als **Anhedonie** bezeichnet.

Die **Asozialität** meint einen sozialen Rückzug, die Vereinsamung und Scheu vor zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen.

Die **Aufmerksamkeitsstörungen** stellen sich durch ein Unvermögen dar, Gesprächen oder z.B. Büchern oder Filmen konzentriert und aufmerksam folgen zu können.

2.3.3 Krankheitseinsicht

Grundlage jeder medizinischen Behandlung ist das subjektive Verständnis der eigenen Erkrankung. Die Definition der Krankheitseinsicht nur als die Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung und Folge der ärztlichen Anweisungen, auch Adhärenz genannt, wäre zu stark vereinfacht, da sich die Krankheitseinsicht umfassender auf die intrinsische Motivation und Verantwortungsübernahme des Erkrankten für die eigene Genesung bezieht (Waldorf 2009, S. 111). Durch diverse selbst hergeleitete Konzepte bezüglich der eigenen Erkrankungsentstehung können sich vielfältige Erklärungen für die Erkrankungssymptome bei den Betroffenen ausbilden, die das gesamte Spektrum der Existenz des Menschen umfassen (Waldorf 2009, S. 113). Die Begriffsprägung der psychiatrischen Krankheitseinsicht und -findung ist eine jüngere Entwicklung der letzten zwei Jahrhunderte (Amador 1998, S. 34). Historisch wurde ein langer Weg von der Unbewusstheit einer „Unzurechnungsfähigkeit“ bis zu dem heutigen Konzept der Einsichtsfähigkeit beschritten. Es musste erst herausgefunden werden, dass trotz der psychischen Erkrankung eines Individuums eine Krankheitseinsicht bestehen kann (Amador 1998, S. 34, Berrios 1995). Die aktuelle Beschreibung der Einsicht setzt voraus, dass der Erkrankte seine Symptome als solche akzeptiert, diese mit seiner Erkrankung in Verbindung bringt und eine Notwendigkeit in der Behandlung dieser Erkrankung sieht (Sturman und Sproule 2003).

Die Komplexität der Einsichtsfähigkeit und ihre Facetten wurden im Laufe der Zeit für die beobachtenden Forscher immer immanenter (Amador et al. 1991). So mussten viele Aspekte, wie zum Beispiel das Krankheitskonzept des Patienten, seine Zuordnung der Symptome und sein früheres Verständnis der eigenen Erkrankung mitberücksichtigt werden (Amador et al. 1991, David 1990, Greenfeld et al. 1989, Wciorka 1988). Einige Erklärungsmodelle für fehlende Krankheitseinsicht nehmen die innere Abwehr der eigenen Erkrankung an (David 1990, Greenfeld et al. 1989, McGlashan et al. 1975, Wciorka 1988), andere gehen

hingegen von dem Therapieversagen des jeweiligen Therapeuten aus (Bock 2003, S. 43).

Symptome der Schizophrenie werden im außerklinischen Alltag durch den Betroffenen und auch sein unmittelbares Umfeld nicht zwangsläufig einer psychischen Erkrankung zugeschrieben, obwohl fachlich eine klare Pathologie vorliegt. Konsekutiv kommt es nicht zu einer psychiatrischen Konsultation durch den Patienten, sondern zu einer näher liegenden, selbstgebildeten Erklärung der auftretenden Phänomene (David 1990). Zusätzlich wirkt die Haltung der Gesellschaft und die eventuelle Stigmatisierung in das individuelle Krankheitskonzept hinein (Fabrega 1991, Kirmayer 1989, Lin und Kleinman 1988) und kann eine Art „artifizielle Abwehr“ der möglichen Einsicht bewirken (Bottlender und Hloucal 2010). Dass es durch die Betroffenen überhaupt zu einer Suche nach Unterstützung jeglicher Art kommt, stützt die These eines kulturübergreifenden Grundkonzeptes von Krankheitseinsicht (David 1990).

Neurokognitive und -biologische Ansätze beschreiben eine fehlende Krankheitseinsicht als Ergebnis von hirnmorphologischen Defiziten (Lysaker et al. 2002, McGlynn und Schacter 1989, Pia und Tamietto 2006, Young et al. 1993). Der psychologische Ansatz geht bei der fehlenden Einsicht von einem Abwehrprozess als Bewältigungsstrategie aus, wobei diverse Abwehrmechanismen unterschieden werden (Lally 1989, Mayer-Gross 1959, McGlashan und Carpenter 1976, Van Putten 1978). Als Nachweis für die Aufgabe solcher Strategien wird die im Verlauf verbesserte Einsicht angenommen, die sich in einer post-psychotischen Depression äußert (McGlashan und Carpenter 1976). Hierbei zeigt sich, dass sich die Einsichtsfähigkeit im Behandlungsprozess wandeln kann, beeinflusst durch komplexe Zusammenhänge der individuellen Einsichtsfähigkeit und der Krankheitsbewältigung des Betroffenen (Bottlender und Hloucal 2010).

Das Bewusstsein über das Selbst und das eigene Wesen sind laut sozialpsychologischen Studien u.a. durch die direkte Beobachtung des eigenen und auch fernerer sozialen Umfelds, den lokalen Traditionen und technologischen Fortschritten entstanden (Amador 1998, S. 199). Die Ätiologie der Krankheitseinsicht und das Fehlen dieser sind von multiplen Faktoren abhängig, die von kulturellen über organische bis hin zu psychologischen sehr unterschiedlich sind und alle Einflüsse beschreiben, denen der Mensch unterliegen kann

(Bottlender und Hloucal 2010). So hängt beispielsweise die Einschätzung der Krankheitseinsicht eines Patienten durch einen Behandler stark von der kulturellen Sozialisation von beiden ab und kann durch diese subjektive Wahrnehmung sogar verfälscht werden („arrogance of insight“) (Bottlender und Hloucal 2010, S. 62). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass vor dem gelebten kulturellen Hintergrund immer wieder Patienten in Erscheinung treten, die anders sozialisiert und somit anders geprägt wurden, was maßgebliche Einflüsse auf die Haltung des Behandlers, die Therapie und auch die Gesprächsinhalte haben sollte.

2.4 Therapie

Orientierend an der multifaktoriellen Ätiopathogenese sind die Therapieansätze der Schizophrenie ebenfalls vielfältig. Generell zu unterscheiden sind bei der Behandlung der Schizophrenie die neurobiologisch-pharmakologischen, psychotherapeutischen und -edukativen sowie die psychosozialen Therapieansätze:

Die neurobiologisch-pharmakologische Therapie, in diesem Falle insbesondere die Neuroleptikatherapie, zeigt sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rezidivprophylaxe empirisch große Erfolge (Möller 2015, S. 173-177, Karow 1999, Karow 2000, Lambert 2004, Lambert und Naber 2004, Naber 2000, Naber et al. 2004, Karow et al. 2008a, Karow und Naber 2002). Der Wirkmechanismus von Neuroleptika zeichnet sich unter anderem durch eine antagonisierende Wirkung an post- und präsynaptischen Dopaminrezeptoren im zentralen Nervensystem aus und wirkt so hemmend auf Positivsymptome wie Halluzinationen, Ich-Störungen und Wahnvorstellungen (Karow et al. 2008b). Atypische, neuere Neuroleptika breiten ihr Wirkspektrum bis auf den Antagonismus von Serotoninrezeptoren aus. So wirken klassische Substanzen hauptsächlich gegen produktive Symptomatiken bzw. Positivsymptome, neuere Atypika hingegen laut unterschiedlichen Autoren noch zusätzlich gegen Negativsymptome (Naber et al. 2004, Möller 2015, S. 175).

Am Übergang von akutem zu stabilisiertem Zustand des Patienten, bei dem die Positivsymptome langsam in den Hintergrund treten, gewinnen psychotherapeutische und -edukative Maßnahmen an Bedeutung (Karow et al. 2008a, Opoka und Lincoln 2017).

Psychosoziale Ansätze, im Detail Arbeits-, Ergo- und Soziotherapie, können den Patienten dabei unterstützen, eine Strukturierung des Alltags vorzunehmen und zu festigen. Diese Ansätze sollen laut Studien stabilisierend auf die erkrankte Psyche wirken. Diese Maßnahmen zielen meist auch auf den Erhalt eines vorhandenen Arbeitsplatzes oder die Neueinstellung ab, damit so zusätzlich eine Wiedereingliederung in das soziale Gefüge vollzogen werden kann (Möller 2015, S. 178).

Diese ganzen Behandlungsansätze lassen den Patienten psychosozial als Ganzes erscheinen. Seine Bedürfnisse und Lebensbedingungen werden mehr in die Therapie miteinbezogen und seine Wahrnehmung der Erkrankung und seine Rückmeldung von eventuellen Effekten der Therapie stellt eine Hilfe für mögliche und wichtige Anpassungen von Therapiestrategien dar (Möller 2015, S. 173).

2.5 Lebensqualität

Die Lebensqualität ist ein den Menschen umfassender Faktor, der sich aus dem Zusammenspiel von kultureller Umgebung, Wertesystem, persönlichen Zielen, Erwartungen und Überzeugungen zusammensetzt (WHO 1996).

Eine Unterteilung der Multidimensionalität des Begriffes Lebensqualität in drei Dimensionen wurde von Bullinger und Schäfer durchgeführt. Sie gliederten den Begriff in eine psychische, eine körperliche und eine soziale Dimension (Bullinger 2000, Schaefer 1990).

Soziodemografische sowie die den Erkrankten umgebende Faktoren haben eher einen geringeren Einfluss auf die Lebensqualität. Als Beispiele hierfür seien Alter, Geschlecht und Bildung genannt (Browne et al. 1996, Heinze et al. 1997, Karow 2000). Von großer Bedeutung sind die psychosozialen Faktoren des Patienten, zu denen das stützende soziale Umfeld (Kunikata et al. 2005), eine vorhandene Partnerschaft (Karow und Naber 2000) sowie die generelle emotionale Anspannung des Betroffenen zählen (Ritsner et al. 2003, Ritsner et al. 2002a, Ritsner et al. 2002b). Unter Anspannung wird eine Reaktion auf den intern und/oder extern verspürten Druck verstanden, der sich in tatsächlichen psychiatrischen Symptomen wie Angst, depressiver Stimmung oder sogar Verfolgungsideen äußern kann (Ritsner et al. 2003, Ritsner et al. 2002a, Ritsner et al. 2002b).

Fachspezifisch-psychiatrisch betrachtet kann die Lebensqualität nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur annähernd krankheitsbezogen abgebildet werden. So kann anhand aktueller Forschungen gezeigt werden, dass bei an Schizophrenie Erkrankten die subjektiv erhobene Lebensqualität zwar niedriger als diejenige von der Allgemeinbevölkerung oder körperlich erkrankten Menschen, andererseits aber höher als bei an Depression Erkrankten eingeschätzt wurde (Atkinson et al. 1997, Koivumaa-Honkanen et al. 1999, Kunikata und Mino 2003, Priebe et al. 1996). Patienten, die so stabil waren, dass sie ambulant behandelt werden konnten, haben eine bessere Lebensqualität als stationär behandelte Patienten (Karow 2000). Es scheint ein Zusammenhang mit der Erkrankungsphase zu geben, wobei eine stärkere Korrelation zu Beginn der Stabilisierungsphase der Erkrankung verzeichnet werden kann (Awad 1993, Browne et al. 1996, Ho et al. 1998, Voruganti et al. 1998).

Unter Berücksichtigung des Ausprägungsgrades der Psychopathologie bei sowohl akut als auch chronisch an Schizophrenie erkrankten Patienten konnte gezeigt werden, dass bei einer stärkeren Ausprägung der Symptome eine negative Korrelation zu der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität besteht (Clarke et al. 2000, Hansson et al. 1999, Huppert und Smith 2005, Karow et al. 2005). Zu dem am meisten beeinträchtigenden Symptomkomplex zählt die Negativ- und die affektiv-negativgestimmte Symptomatik, wohingegen die Positivsymptomatik als nicht so einschränkend erlebt wird (Awad et al. 1995, Carpinello et al. 1997, Dickerson et al. 1998, Ho et al. 1998, Kaiser et al. 1996, Karow et al. 2018, Kunikata et al. 2005, Naber 1995, Packer et al. 1997, Tollefson und Sanger 1997). Frühere Studien wiesen beispielsweise eine schlechtere fremdbewertete Bewältigung der Alltagstätigkeiten auf (Awad et al. 1995, Lysaker et al. 1998, Doyle et al. 1999, Ritsner et al. 2000), neuere Studien hingegen zeigen eine negative Korrelation von besserer Krankheitseinsicht und niedrigerer Lebensqualität (Karow und Pajonk 2006, Osterwald 2012, Karow et al. 2018). Inwiefern die Einsicht in eine psychische Erkrankung eine Rolle für die Lebensqualität spielt, ist noch nicht eindeutig belegt worden, denn zumeist wurden bisher akut erkrankte Patienten von Studienehebungen ausgeschlossen (Browne et al. 1998, Lambert und Naber 2004, Voruganti et al. 1998).

2.6 Auswirkungen von Krankheitseinsicht

Die Annahme, dass eine schwergradig ausgeprägte Psychopathologie eines Betroffenen zu einer niedrigen Krankheitseinsicht führt, legt die Schlussfolgerung nahe, dass die negative Korrelation sich auch umkehren ließe. Hierzu kommen Studien zu sich teils widersprechenden Ergebnissen. Die Korrelationen wechseln von einer kompletten Loslösung der Parameter voneinander (Schwartz und Petersen 1999), über eine Teilkorrelation von zumindest der Positivsymptomatik mit der Krankheitseinsicht (Goldberg et al. 2001, Ritsner und Blumenkrantz 2007) bis hin zu einer kompletten, signifikanten Korrelation zwischen Positiv- und Negativsymptomatik mit der Krankheitseinsicht (Keshavan et al. 2004).

Eine zunehmende Krankheitseinsicht ist bei Hasson-Ohayon mit einer verstärkten Hilflosigkeit und einem negativen Selbstwertgefühl assoziiert (Hasson-Ohayon et al. 2006). Die daraus zum Teil resultierende depressive Symptomatik steigerte sich in solchen Zusammenhängen von einer erhöhten Inzidenz von post-psychotischer Depression bis zu einer vermehrten Suizidalität (Iqbal et al. 2000, Kim et al. 2003, Mintz et al. 2004, Schwartz und Smith 2004). Mehrere Studien konnten andererseits belegen, dass eine bessere Krankheitseinsicht zu einer zuverlässigeren Medikamenteneinnahme und einer erhöhten Behandlungszufriedenheit führte (Drake et al. 2004, Gilleen und David 2005, Goldberg et al. 2001, Mintz et al. 2004, Subotnik et al. 2005). Wieder andere Untersuchungen hingegen zeigten eine nur geringe Assoziation zwischen Symptomeinsicht und Lebensqualität (Buchy et al. 2010, Nakano et al. 2004, Schwartz et al. 2000).

Es erscheint sinnvoll in einer Behandlung auch das subjektive Krankheitskonzept des Patienten mit einzubeziehen und nicht nur nach der Psychopathologie und den gängigen Behandlungsschemata, bestehend aus der Krankheit in Form von Ätiologie, Diagnose, Behandlung und Prognose, vorzugehen (Bock 2003, S. 17). Eine größere Aufgeschlossenheit der Öffentlichkeit und insbesondere des Therapeuten ist für die Patienten von großer Bedeutung (Corring und Cook 2007, Kikkert et al. 2006, Barbui et al. 2009). Im Sinne einer gemeinsamen Behandlungsgrundlage, oder auch dem „Common-Sense-Modell“ nach Leventhal, wird ausgehend von vielen Einzelfaktoren die Behandlung aufgebaut und gestaltet, um so eine bessere Adhärenz und einen aufgeklärteren Patienten mit verbesserter Krankheitseinsicht zu erhalten (Leventhal et al. 2016). Hieraus folgen diverse

Erklärungsmodelle für Verarbeitungs- und Bewältigungsstile von derselben Erkrankung inter- und auch intraindividuell. Mit diesem Wissen konnte in einer anderen Studie gezeigt werden, dass beispielsweise der „Glaube“ und die „innere Einstellung“ einen höheren Einfluss auf die Adhärenz von Patienten als die Nebenwirkungen der Medikamente haben. Selbst eine Depotmedikation führte nicht zu einer besseren Adhärenz der Patienten als die beiden genannten Faktoren (Patel et al. 2008). Eine vertrauensvolle und offene Arzt-Patienten-Beziehung erscheint essenziell für die Etablierung einer ausgeprägten Krankheitseinsicht. So wurde gezeigt, dass die oben genannten zwei Aspekte „Glaube“ und „innere Einstellung“ hochsignifikant zusammenhängen und über ein stärkeres Vertrauen in den Therapeuten zu einer besseren Krankheitseinsicht führen (Hamann 2008, S. 45). Dies wirkt sich, bei einer kontinuierlichen Behandlung, auf den Verlauf und damit auf die Prognose der Erkrankung aus (Green et al. 2008). Für eine gemeinsame Basis sollte außerdem das Verständnis von Adhärenz zwischen Patienten und Behandler übereinstimmen, was häufig nicht der Fall ist (Barbui et al. 2009). Dies führt zu verschiedenen Auffassungen und Priorisierungen in der Behandlung. So liegen für den Behandler und auch den gesetzlichen Betreuer des Patienten häufig divergierende Gewichtungen bzgl. Effizienz der Medikation, der generellen medikamentösen Behandlung, der Krankheitseinsicht und der Arzt-Patienten-Beziehung vor, was im Zusammenspiel wiederum deutliche Auswirkungen auf die Lebensqualität, Krankheitseinsicht und Adhärenz der Patienten hat (Kikkert et al. 2006). Die Komplexität des Behandlungsgefüges, der Einsicht wie auch der Lebensqualität werden in solchen Studien deutlich.

Ventegodt schildert, wie sich im Rahmen einer umfassenden Behandlung mit körperorientierten und psychodynamischen Ansätzen die Parameter „Verlauf“ und „Prognose“ der Schizophrenie signifikant verbessern (Ventegodt et al. 2007). Die kognitiv-behaviorale Psychotherapie kann durch Vermittlung von Techniken auch bei neurokognitiv gestörten schizophrenen Patienten positive Effekte aufweisen (Bell et al. 2001, Turkington et al. 2002).

Außerdem konnte in einer Studie mit Hilfe von Vorher-Nachher Video-Feedbacks gezeigt werden, dass die Krankheitseinsicht durch eine Betrachtung von außen ebenfalls zunimmt. Diese Studie zeigte den Patienten Filmmaterial von ihnen selbst in einer noch akuten Erkrankungsphase (Henry und Ghaemi 2004).

Eine hohe Lebensqualität bei einer guten Krankheitseinsicht ist erreichbar, wenn Hoffnung vermittelt werden kann, so die Ergebnisse einer Studie von Hasson-Ohayon. Hat der Patient jedoch ein tiefes Verständnis über die potentiell negativen Krankheitsauswirkungen der Schizophrenie und zusätzlich ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit entwickelt, so sinkt die Lebensqualität signifikant (Hasson-Ohayon et al. 2009).

3 Material und Methoden

Für die vorliegende Arbeit wurden die Daten von 118 Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis mittels einer zweizeitigen Stichprobe (Beginn der stationären Aufnahme und Entlassungszeitpunkt) erhoben und ausgewertet. Die Rekrutierung erfolgte im Zeitraum von 2003 bis 2007 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Patienteninterviews, die Dateneingabe und Datenpflege wurden von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit sowie drei weiteren Doktoranden durchgeführt. Alle Interviewer wurden hinsichtlich der Durchführung psychopathologischer Interviews standardisiert geschult. Um eine Verbesserung der Reliabilität zu erreichen, wurden die Interviews anfänglich in Tandems durchgeführt. Die Interrater-Reliabilität wurde erfolgreich geprüft (Karow et al. 2008a).

In Kapitel 8 befinden sich alle Fragebögen der nachfolgend aufgeführten Instrumente in Originalform. Der **Soziodemografische Fragebogen A** kam für die Abfrage der allgemeinen personen-, krankheits- und therapiebezogenen Daten zur Anwendung. Die Symptomatik der Schizophrenie wurde mit Hilfe der **Positive and Negative Syndrome Scale** (PANSS) und ihrem zugehörigen Interview beurteilt. Durch die **Insight-Scale** wurde die selbstbewertete Krankheitseinsicht untersucht, während die fremdbewertete Krankheitseinsicht anhand der **Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder** (SUMD) mittels Expertenrating erfasst wurde. Die Untersuchung der Lebensqualität erfolgte durch zwei etablierte und evaluierte Hilfsmittel, deren Gütekriterien internationale Richtlinien erfüllen. Als universelle Instrumente zur Selbsteinschätzung wurden der Fragebogen zur **Subjektiven Befindlichkeit unter neuroleptischer Therapie** in Kurzform (SWN-K) und das **Modulare System zur Messung der Lebensqualität** in Kurzform (MSQL-R) als krankheitsspezifisches Instrument gewählt.

3.1 Rahmenbedingungen

Jeder Proband nahm zu jedem Zeitpunkt freiwillig an dieser Studie teil und wurde hierüber auch aufgeklärt. Die Teilnahme war, auch teilweise, zu jeder Zeit widerrufbar. Die Grundlage hierfür basiert auf der im Rahmen der PERSIST-Studie („Personenzentrierte, settingübergreifende, integrative Schizophrenie Therapie“) verwendeten Einverständniserklärung und wurde von den bei der Untersuchung

Teilnehmenden unterzeichnet (Karow und Naber 2002, Karow und Naber 2005, Moritz et al. 2000). Bei Vorliegen einer schwerwiegenden hirnrorganischen oder körperlichen Erkrankung, einer verminderten Intelligenz oder unzureichenden Kenntnisse der deutschen Sprache mussten die Probanden von der Studie ausgeschlossen werden.

3.2 Soziodemografie

Der Soziodemografische Fragebogen A ist ein Dokumentationsbogen, der sich auf die Krankheit, die Person und die Therapie bezieht und in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf regelmäßig zum Zwecke der Forschung angewendet wird.

Mit Hilfe des Fragebogens kann der Untersucher durch ein Interview folgende Stammdaten des Patienten erfragen:

Aufnahmedatum, Alter, Geburtsdatum, Geschlecht, höchster erreichter Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, aktuelle berufliche Situation, Nationalität, zuletzt eingetretener Familienstand, aktuelle Partnersituation, aktuelle Wohnsituation, Haushaltszusammensetzung

Zusätzlich wird die Krankheitsgeschichte des Patienten detailliert aufgenommen:

Suizidanamnese, Vorbehandlung von psychiatrischen Erkrankungen, aktuelle und vorstationäre Medikation, medizinische Vorgeschichte, psychiatrische Familienanamnese, differenzierter Substanz- und Drogenabusus

Hierbei sind die spezifischen Befragungselemente für Substanz- und Drogenabusus an das „European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence (EUROPASI)“ (Kokkevi und Stefanis 1995) und den „Addiction Severity Index“ (McLellan et al. 1980) angelehnt.

3.3 Psychopathologie

Zur Erstellung des psychopathologischen Befundes wird in der Erforschung der Schizophrenie typischerweise die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

als Instrument verwendet. Sie ist standardisiert und hinsichtlich der Testgütekriterien umfassend untersucht (Kay et al. 1987).

Bevor das standardisierte Interview stattfinden kann, nehmen alle in die Datenerhebung involvierten Personen an einem Rater-Training für die PANSS teil. Die ersten Interviews finden zusätzlich mit der Unterstützung eines erfahrenen Raters statt (Kay et al. 1987). In der vorliegenden Arbeit wurde die faktorenanalytisch durch Bell ermittelte fünf-dimensionale Struktur der PANSS berücksichtigt (Bell et al. 1994).

In einem 30- bis 45-minütigen, semi-strukturierten Interview schätzt der Rater die Ausprägung von insgesamt 30 Symptomen beim jeweiligen Patienten ein. Die Items werden auf einer siebenstufigen Likert-Skala bewertet. Die Einteilung umfasst 1 (nicht vorhanden), 2 (vorhanden, evtl. pathologisch), 3 (leicht), 4 (mäßig), 5 (mäßig schwer), 6 (schwer) und 7 (extrem ausgeprägt). Die einzelnen Symptome des Fragebogens basieren auf den insgesamt drei Unterkategorien (Bell et al. 1994):

- Positivsyndrom
- Negativsyndrom
- Grundsymptome

Neuere faktenanalytische Studien von Bell konnten weiterführend zeigen, dass die Einteilung der PANSS nicht in wie zuvor angenommen drei, sondern in fünf Kategorien sinnvoll erscheint:

- Positive Items
- Negative Items
- Kognitive Items
- Items der Feindseligkeit
- Items des depressiven Syndroms

Tabelle 1 zeigt die Zuordnung verschiedener Items zu den genannten Kategorien:

Tabelle 1: PANSS-Kategorien

Kategorie	Items
Positive Items	<ul style="list-style-type: none"> • Wahnideen • Halluzinationen • Größenideen • Misstrauen / Verfolgungsideen • Ungewöhnliche Denkinhalte • Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht
Negative Items	<ul style="list-style-type: none"> • Affektverflachung • Emotionaler Rückzug • Mangelnde Beziehungsfähigkeit • Passiver / apathischer sozialer Rückzug • Mangelnde Spontaneität / Gesprächsfähigkeit • Motorische Verlangsamung • Aktives soziales Vermeidungsverhalten
Kognitive Items	<ul style="list-style-type: none"> • Formale Denkstörung • Vermindertes abstraktes Denkvermögen • Manieriertheit und ungewöhnliche Körperhaltungen • Desorientiertheit • Mangelnde Aufmerksamkeit • Willensschwäche
Feindseligkeits-Items	<ul style="list-style-type: none"> • Erregung • Feindseligkeit • Stereotypes Denken • Gespanntheit • Unkooperatives Verhalten • Mangelnde Impulskontrolle
Items des depressiven Syndroms	<ul style="list-style-type: none"> • Sorge um die körperliche Integrität • Angst • Schuldgefühle • Depressivität • Selbstbezogenheit

Die Beurteilung des Patienten im Sinne der PANSS, die der Interviewer am Ende abgeben muss, beruht auf den Äußerungen und dem Verhalten des Patienten in der letzten Woche. Zudem werden einerseits die Aufnahme- und Interaktionsfähigkeit des Patienten wie auch andererseits seine emotionalen,

kognitiven und psychomotorischen Funktionen während des Interviews beurteilt. Für diese Einschätzung können auch Eindrücke von nahestehenden Personen wie beispielsweise Verwandten und Pflegepersonal berücksichtigt werden. Das Gespräch selbst ist in vier Teilabschnitte gegliedert, die fortschreitend durchgegangen werden.

Bei der ersten Kontaktaufnahme kann der Patient in bis zu fünfzehn Minuten in offener Form über seine Lebensumstände und Vorgeschichte, seine Sicht auf die Erkrankung und ihre Symptome sowie die Gründe und Umstände berichten, die seiner Meinung nach zu einer stationären Aufnahme geführt haben. Dieser Teil des Gesprächs ist offen gestaltet, um dem Patient die Möglichkeit zu geben, sich ohne störende Fragen oder eine andere Art von Gesprächsführung mitteilen zu können und inhaltliche Schwerpunkte selbst zu bestimmen (Kay et al. 1987).

Anschließend wird in weiteren fünfzehn Minuten auf die vom Patienten beschriebenen Symptome und Aspekte eingegangen. Diese werden unter Berücksichtigung ihrer Frequenz, ihrer subjektiven Intensität und der resultierenden Behinderung im Alltag psychopathologisch bewertet. Hiernach werden noch nicht erwähnte Symptome erfragt (Kay et al. 1987).

Während des dritten, etwa fünf- bis zehnminütigen Abschnitts werden mittels konkreter Fragen das Befinden, die Orientierung und das abstrakte Denkvermögen bewertet. So werden zum Erörtern des Denkvermögens beispielsweise abstrakte Oberbegriffe von Wortpaaren oder die Erklärung von Sprichwörtern erbeten (Kay et al. 1987).

Im fünfminütigen vierten Teil des Interviews werden gezielt Punkte des Gesprächs thematisiert, bei denen der Patient eventuell ambivalent oder defensiv reagierte, um so die Widerstandsfähigkeit und Stressreaktion des Patienten zu testen (Kay et al. 1987).

Die Diagnose einer schizophrenen (F20.0) oder schizoaffektiven Störung (F25) wird anhand der ICD-10-Kriterien gestellt (Dilling et al. 2009). Hierfür muss von den vier PANSS-Items Wahn (P1), Verfolgungsideen (P6), Größenideen (P5), oder Halluzinationen (P3) zumindest ein Positivsymptom den Wert ≥ 3 erreichen.

3.4 Krankheitseinsicht

Zur Erfassung der subjektiven und fremdeingeschätzten Krankheitseinsicht wurden zwei Instrumente eingesetzt.

Insight-Scale

Die von Birchwood und Mitarbeitern entwickelte Insight-Scale ist ein Selbstbewertungsfragebogen, in dem der Patient seine Krankheitseinsicht und Veränderungen von ihr einschätzt (Birchwood et al. 1994). Die Skala beinhaltet acht Stellungnahmen, die sich in vier Aspekte der Krankheitseinsicht einordnen lassen (David 1990):

- Einsicht der Symptome
- Deren krankheitswertige Einordnung
- Anerkennung der Notwendigkeit einer Medikation
- Globales Maß der Einsicht

Der Fragebogen soll für ein tieferes psychopathologisches Verständnis der individuellen Wahrnehmung des Patienten sorgen. Die Aussagen können mit „ja“, „nein“, oder „unsicher“ beantwortet werden. Da es sich bei diesem Instrument um einen selbstständig auszufüllenden Fragebogen handelt, muss der Patient ein globales Textverständnis aufweisen. Ist dies in manchen Fällen nicht in Gänze erfüllt, dürfen von den Interviewern Hilfestellungen und Beantwortungen von Patientenfragen geleistet werden. Die Testung ist dank der Kürze und Einfachheit der Fragestellungen in wenigen Minuten durchführbar. Die Skala weist gute Reliabilität, Sensitivität und Validität auf. Die Patienten müssen für die Testung nicht speziell geschult werden (Birchwood et al. 1994).

SUMD

Die Fremdeinschätzung der Krankheitseinsicht wurde anhand der Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder erfasst (Amador et al. 1993). Die SUMD ist ein etabliertes und viel verwendetes Instrument zur Erfassung der Krankheitseinsicht in der Erforschung der Schizophrenie. Sie ist standardisiert und hinsichtlich der Testgütekriterien umfassend untersucht (Amador et al. 1993).

Der standardisierte Fragebogen wurde für die vorliegende Studie mittels einer auf vier Fragen verkürzten Form verwendet, was ausdrücklich von den Autoren des Originalfragebogens befürwortet wird (Amador et al. 1993). Für alle vier Fragen werden sowohl die aktuelle Einschätzung als auch die Einschätzung der Vergangenheit bewertet.

Jede Frage beinhaltet jeweils sechs Items, die das globale Bewusstsein einer psychischen Störung, das Bewusstsein der angestrebten Medikamentenwirkungen, die Kenntnis der sozialen Konsequenzen einer psychischen Erkrankung und das Bewusstsein einer Psychose bewertet. Jede der einzelnen Fragen wird von dem Rater mit null bis fünf Punkten beantwortet, wobei null Punkte für eine nicht mögliche Aussage, ein Punkt für volles Bewusstsein und volle Kenntnis und fünf Punkte für kein vorhandenes Bewusstsein einer Erkrankung stehen. Da es sich bei diesem Instrument um ein Fremdrating handelt, ist der Interviewer auf die Erlebensweise und die Schilderungen des Erlebten von Seiten des Patienten angewiesen. Obwohl das Interview vom Rater gelenkt wird, wird der Patient nicht in seiner Ausdrucksweise gehemmt, da gerade im Sprachfluss viele Themen besprochen werden und daraus folgend die Fragen vom Rater beantwortet werden können. Bei dieser Skala, so geben es die Autoren an, ist es möglich, einzelne Items unabhängig von den anderen zu verwenden und diese den Zwecken der jeweiligen Studie anzupassen. In solchen Fällen bedarf es punktuell ausformulierter Fragestellungen, die in der jeweiligen Studie ergebnisführend sind. Somit können die Eckpfeiler der global erfassbaren Krankheitseinsicht mit Hilfe der SUMD erfasst werden. Das Interview beansprucht in voller Länge ungefähr zwanzig Minuten.

3.5 Befindlichkeit und Lebensqualität

Die Erfassung von Befindlichkeit und Lebensqualität wurde mit Hilfe der zwei Messinstrumente SWN-K und MSQL-R durchgeführt.

Subjektive Befindlichkeit (SWN-K)

Die Skala über die „Subjektive Befindlichkeit unter neuroleptischer Therapie“ (SWN = Subjective Well-being under Neuroleptics) ist ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen zur quantitativen Erhebung des subjektiven Wohlbefindens unter Medikation mit Neuroleptika in der vergangenen Woche (Naber 1995). Die

psychometrischen Größen zur internen Konsistenz, Reliabilität, Sensitivität und Validität erwiesen sich als positiv (Naber et al. 2004, de Haan et al. 2000). Die SWN-K ist eine weiterentwickelte Kurzform des ursprünglichen Instruments mit 20 anstatt 38 Fragen (Naber 2001). Diese 20 Fragen werden in fünf verschiedene Bereiche aufgeteilt, die mittels einer sechsstufigen Likert-Skala („überhaupt nicht“, „sehr wenig“, „wenig“, „deutlich“, „stark“ und „sehr stark“) bewertet werden:

- Emotionale Regulationsfähigkeit
- Selbstkontrolle
- Mentale Funktionsfähigkeit
- Soziale Integration
- Körperliche Funktionsfähigkeit

Die Abfolge der Einzelfragen auf dem Fragebogen ist randomisiert und das Ausfüllen des Bogens kostet die Patienten maximal eine Viertelstunde (Naber et al. 2004).

Modulares System zur Messung der Lebensqualität (MSQL-R)

Das Modulare System zur Messung der Lebensqualität (MSQL) ist ein krankheitsübergreifendes Instrument zur Beurteilung der Lebensqualität von Patienten, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden (Pukrop et al. 1999). Zunächst sind von den Probanden soziodemografische Fragen zu beantworten, anschließend wird der inhaltliche Teil abgefragt. Die Eingangsfragen dienen der entsprechenden Datengegenüberstellung. In dieser Studie wurde statt dem originalen Fragebogen vom MSLQ mit 86 Items die auf 39 Items gekürzte Form MSQL-R verwendet.

Das zentrale Modul beinhaltet folgende Bereiche:

- Körperliche Gesundheit
- Körperliche Vitalität
- Persönliche Rolle
- Materielle Versorgung
- Freizeitbeschäftigung
- Psychischer Zustand und Gefühle
- Leben insgesamt

Weiterhin werden optional folgende Bereiche bei Probanden eingebracht (Pukrop et al. 1999):

- Herkunftsfamilie
- Partnerschaft
- Regelmäßige Tätigkeit
- Kinder

Die Bereiche enthalten jeweils unterschiedlich viele einzelne Merkmale (Pukrop et al. 1999). Die Patienten bewerten die Fragen mittels einer siebenstufigen Skala und beziehen sich dabei auf die vorangegangenen vier Wochen.

3.6 Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung wurden zunächst die soziodemografischen Daten mit Hilfe von absoluter und relativer Anzahl, Mittelwert, Standardabweichung und Spannweite deskriptiv dargestellt. Die Messergebnisse der verwendeten Fragebögen zur Psychopathologie, Krankheitseinsicht sowie Befindlichkeit und Lebensqualität wurden zu den jeweiligen Messzeitpunkten mit Absolutwert und zugehöriger Standardabweichung ausgewertet.

Für die anschließende Regressionsanalyse kamen verschiedene Methoden der verwendeten Software „IBM SPSS Statistics“ in Version 11.5 zum Einsatz. Die Gruppenvergleiche zwischen Probanden zu den Messzeitpunkten wurden mittels gepaarter T-Tests durchgeführt. Weitere Zusammenhänge zwischen gewählten Probandengruppen und den Messinstrumenten wurden mit Chi-Quadrat-Tests, dem Determinationskoeffizienten, F-Tests sowie der Pearson-Korrelation ausgewertet. Falls einzelne Werte eines Messinstruments fehlten, wurden diese durch Mittelwerte der jeweiligen Skala bzw. Subskala ersetzt.

Für die Signifikanz der Korrelation wurden drei verschiedene Signifikanzniveaus bzw. Irrtumswahrscheinlichkeiten festgelegt, die ein Verwerfen der Nullhypothese („kein statistischer Zusammenhang“) bewerten:

- $p \leq 0,05$ (die Irrtumswahrscheinlichkeit ist kleiner oder gleich 5%)
- $p \leq 0,01$ (Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 1%)
- $p \leq 0,001$ (Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 0,1% bzw. 1‰)

Je geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit ist, desto wahrscheinlicher ist ein statistischer Zusammenhang zwischen den gemessenen Parametern. In der Auswertung wird das Signifikanzniveau mit $p \leq 0,05$ als „signifikant“, $p \leq 0,01$ als „sehr signifikant“ und $p \leq 0,001$ als „höchst signifikant“ beschrieben.

4 Ergebnisse

118 Patienten wurden nach ihrer Einverständniserklärung zur Teilnahme am Ausgangszeitpunkt T_0 in die Studie eingeschlossen. Während der Studiendauer konnten 48 Patienten nicht mehr in die Folgebetrachtung zum Zeitpunkt T_1 mit einbezogen werden. Meist wurden die Patienten frühzeitig gegen ärztlichen Rat entlassen (60%) oder zogen ihr Mitwirken an der Studie zurück (20%), die restlichen Patienten entfielen wegen anderer Gründe.

Dadurch ergeben sich in der Auswertung zwei verschiedene Bezugswerte ($n = 118$ und $n = 70$), insbesondere die Untergruppierungen zum Vergleich der Messwerte der beiden Testzeitpunkte mussten mit der verringerten Stichprobenanzahl durchgeführt werden. Es wurden keine signifikanten Differenzen zwischen den durchgehend mitwirkenden und den abbrechenden Teilnehmern zum Ausgangspunkt gefunden, jedoch konnte bei den abbrechenden Teilnehmern eine signifikant höhere Rate von Krankenhausaufhalten nachgewiesen werden ($t = 2,21$, $p = 0,03$).

4.1 Soziodemografische Daten

4.1.1 Alter und Geschlecht

Bei der Geschlechterverteilung bildeten 47 Frauen mit 39,8% die Minderheit gegenüber 71 Männern (60,2%). Das aktuelle Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 36,1 Jahre mit einer Standardabweichung von 13,4 Jahren. Die Spannweite betrug 52 Jahre, wobei der jüngste Patient 18 und der älteste 70 Jahre alt war, siehe Tabelle 2 und Tabelle 3 sowie Abbildung 1.

Tabelle 2: Alter

Verteilung	Wert in Jahren
Mittelwert	36,1
Standardabweichung	13,4
Spannweite	52
Minimum	18
Maximum	70

Tabelle 3: Geschlecht

Geschlecht	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Weiblich	47	39,8%
Männlich	71	60,2%

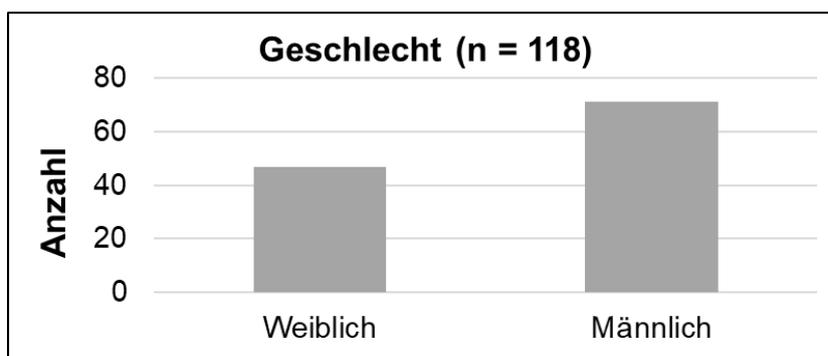


Abbildung 1: Geschlecht

4.1.2 Schulabschluss

Die Daten zu dem Schulabschluss der Patienten in Tabelle 4 und Abbildung 2 zeigen, dass 33,9% (40) der Teilnehmer das Abitur oder Fachabitur, 27,1% (32) den Realschulabschluss oder den Hauptschulabschluss erreicht hatten. Weitere 35,6% (42) der Patienten hatten einen Sonderschul- oder keinen Schulabschluss. Vier Teilnehmer (3,4%) machten keine Angabe zu dem erreichten Schulabschluss, vgl. Tabelle 4 und Abbildung 2.

Tabelle 4: Schulabschluss

Schulabschluss	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
(Fach-) Abitur	40	33,9%
Real-/Hauptschule	32	27,1%
Sonderschule / kein Abschluss	42	35,6%
Keine Angabe	4	3,4%

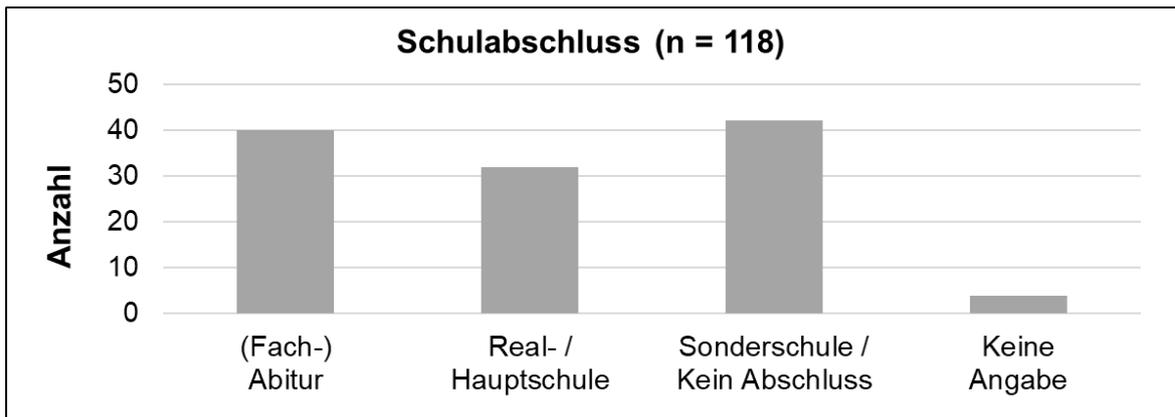


Abbildung 2: Schulabschluss

4.1.3 Berufsausbildung und Studium

Eine Lehre oder Fachschule hatten 39% (46) der Probanden, ein Studium 13,5% (16) abgeschlossen. Des Weiteren befanden sich 8,5% (10) noch in der Ausbildung und weitere 32,2% (38) waren ohne Berufsabschluss. Bei acht Personen (6,8%) lagen keine Daten vor, siehe hierzu Tabelle 5 und Abbildung 3.

Tabelle 5: Berufsabschluss

Berufsabschluss	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Lehre / Fachschule	46	39,0%
Studium	16	13,5%
Ausbildung	10	8,5%
Kein Abschluss	38	32,2%
Keine Angabe	8	6,8%

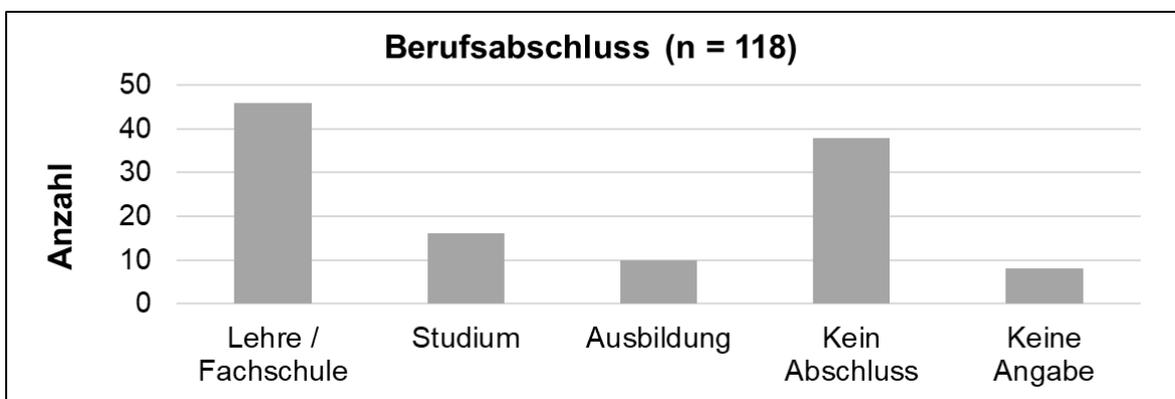


Abbildung 3: Berufsabschluss

4.1.4 Berufsstatus

Vor der stationären Aufnahme waren 45 Patienten (38,1%) auf dem freien Arbeitsmarkt mit einer Vollzeit- oder Teilzeitstelle angestellt bzw. im Haushalt tätig. Weitere 73 (61,9%) gaben an, arbeitslos zu sein, siehe Tabelle 6 und Abbildung 4.

Tabelle 6: Berufsstatus

Berufsstatus	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Beschäftigt	45	38,1%
Nicht beschäftigt	73	61,9%

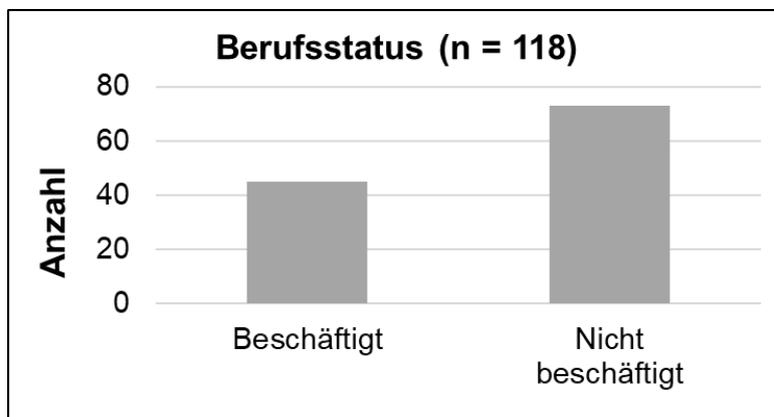


Abbildung 4: Berufsstatus

4.1.5 Wohnstatus

81 Patienten (68,6%) lebten unabhängig, das heißt in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus, während 35 Patienten (29,7%) in einer Art von Abhängigkeitsverhältnis lebten. Zum Abhängigkeitsverhältnis zählten die Unterkunft bei den Eltern, in einem Übergangwohnheim oder in einem betreuten Wohnprojekt. Bei zwei Probanden (1,7%) konnten zu der Wohnsituation keine Daten erhoben werden, siehe Tabelle 7 und Abbildung 5.

Tabelle 7: Wohnungsstatus

Wohnungsstatus	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Eigenständig	81	68,6%
Abhängigkeitsverhältnis	35	29,7%
Keine Angabe	2	1,7%

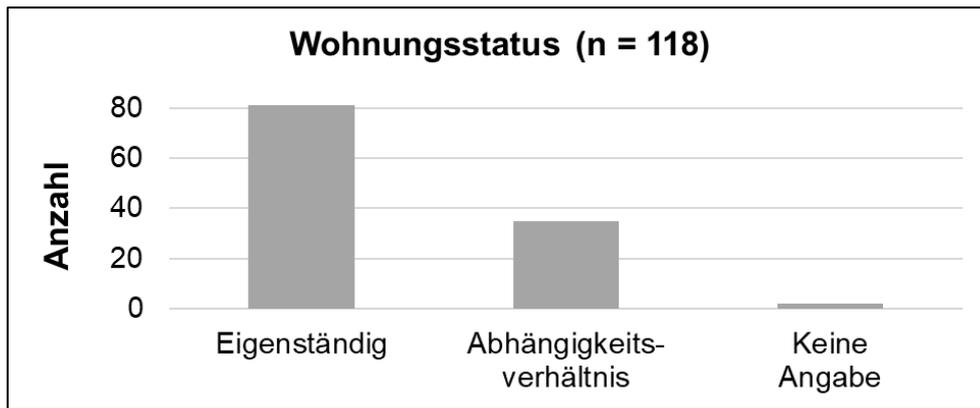


Abbildung 5: Wohnungsstatus

4.1.6 Familienstand

30 Probanden (25,4%) lebten in einer Ehe oder einer festen Partnerschaft. 86 Probanden (72,9%) lebten ohne jegliche Art von Lebensgemeinschaft. Bei zwei Befragten (1,7%) konnten keine Daten erhoben werden, siehe auch Tabelle 8 und Abbildung 6.

Tabelle 8: Familienstand

Familienstand	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Ehe / Feste Partnerschaft	30	25,4%
Ledig	86	72,9%
Keine Angabe	2	1,7%

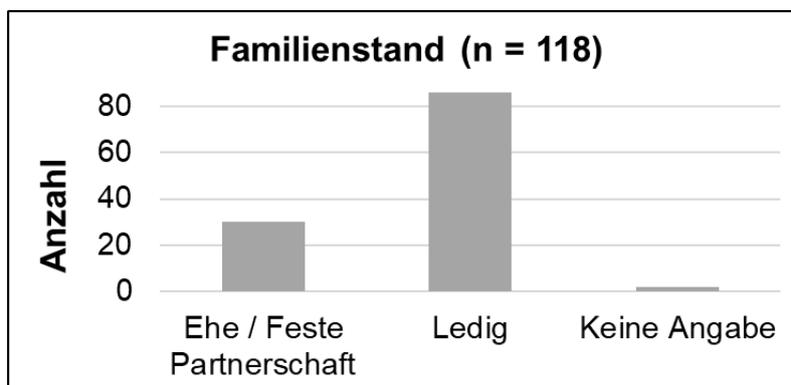


Abbildung 6: Familienstand

4.1.7 Diagnose

Die Diagnosen der Patienten wurde der ICD-10 folgend klassifiziert. 81,4% (96) fielen in die Kategorie des schizophrenen Formenkreises (F20.0), 9,3% (11) wurden einer schizoaffektiven Störung zugeordnet (F25.0) und bei einem Patienten (0,8%) wurde eine schizophreniforme Störung (F23.x) diagnostiziert. Bei zehn Patienten (8,5%) fehlte eine Diagnosestellung in dem Zeitraum der Datenerfassung, siehe auch Tabelle 9 und Abbildung 7.

Tabelle 9: Diagnose

Diagnose	Kategorie	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Schizophrenie	F20.0	96	81,4%
Schizoaffektive Störung	F25.0	11	9,3%
Schizophreniforme Störung	F23.x	1	0,8%
Keine Diagnose	--	10	8,5%

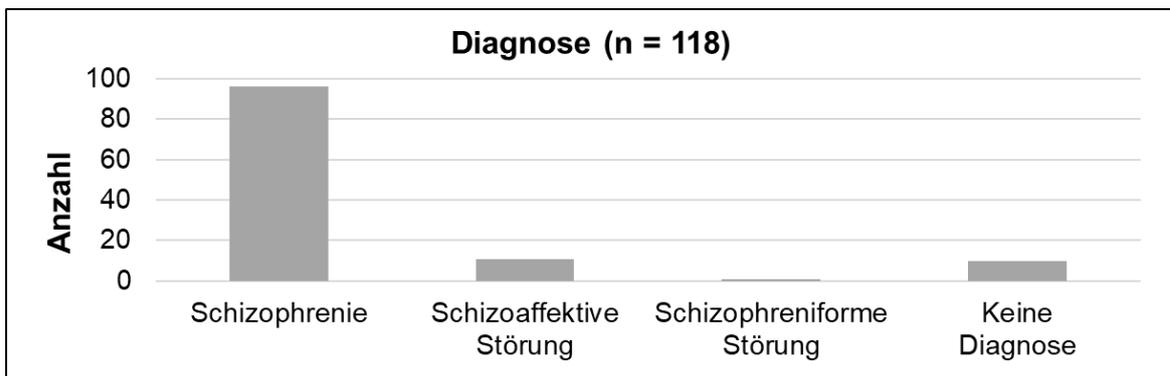


Abbildung 7: Diagnose

4.1.8 Klinikaufenthalt

Im Schnitt waren 21,2% (25) der Patienten zum ersten Mal wegen Krankheitssymptomen einer Psychose in stationärer Behandlung. Bei 87 Probanden (73,7%) handelte es sich um einen von mehreren Aufenthalten im Krankenhaus. Sechs Patienten (5,1%) gaben hierzu keine Auskünfte, siehe Tabelle 10 und Abbildung 8. Im Mittelwert gaben die Patienten 5,1 stationäre Aufenthalte mit einem Maximum bei 50, einem Minimum bei einem Aufenthalt und einer Standardabweichung von 7,4 an (siehe Tabelle 11).

Tabelle 10: Klinikaufenthalt

Klinikaufenthalt	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Erstbehandlung	25	21,2%
Mehrfacher Klinikaufenthalt	87	73,7%
Keine Angabe	6	5,1%

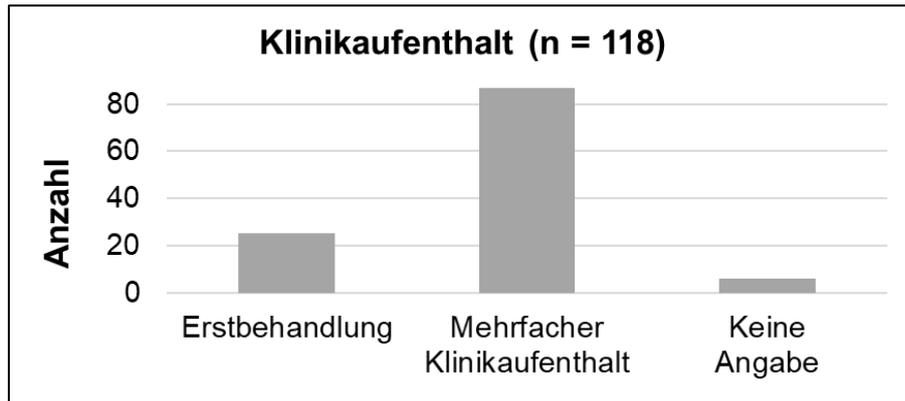


Abbildung 8: Klinikaufenthalt

Tabelle 11: Anzahl Klinikaufenthalte

Klinikaufenthalte	Anzahl / Standardabweichung
Minimale Anzahl	1
Maximale Anzahl	50
Mittelwert Anzahl	5,1
Standardabweichung	7,4

4.1.9 Erkrankungsdauer

Um eine chronische von einer akuten Erkrankung zu unterscheiden, wurde die Erkrankungsdauer bezogen auf ein Intervall von fünf Jahren erfragt. 47 Patienten (39,8%) gaben eine Erkrankungsdauer bis fünf Jahre an, bei 67 Patienten (56,8%) dauerte die Erkrankung bereits länger als fünf Jahre und bei 4 Probanden (3,4%) fehlte die Datenangabe, siehe hierzu Tabelle 12 und Abbildung 9.

Tabelle 12: Erkrankungsdauer

Erkrankungsdauer	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Bis 5 Jahre	47	39,8%
Größer 5 Jahre	67	56,8%
Keine Angabe	4	3,4%

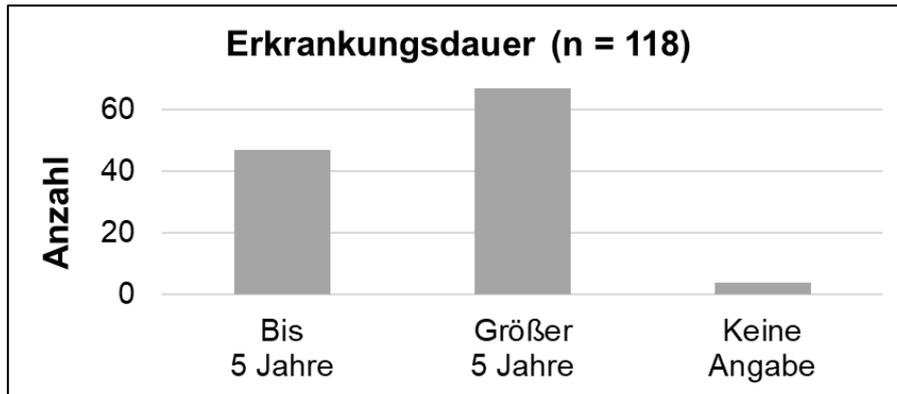


Abbildung 9: Erkrankungsdauer

4.1.10 Pharmakotherapie

68,8% (81) der Patienten wurden mit einem atypischen Antipsychotikum, acht der Patienten (6,9%) mit einem typischen Antipsychotikum, 7,6% (9) mit einer Kombination aus beiden Wirkstoffgruppen und 10,8% (13) mit einer Kombination aus Atypika behandelt. Sieben Probanden (5,9%) erhielten zum Zeitpunkt der Befragung kein Antipsychotikum, vergleiche hierzu Tabelle 13 und Abbildung 10.

Tabelle 13: Pharmakotherapie

Pharmakotherapie	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Atypisches Neuroleptikum	81	68,8
Typisches Neuroleptikum	8	6,9
Kombination aus Neuroleptika	9	7,6
Kombination aus Atypika	13	10,8
Kein Neuroleptikum	7	5,9

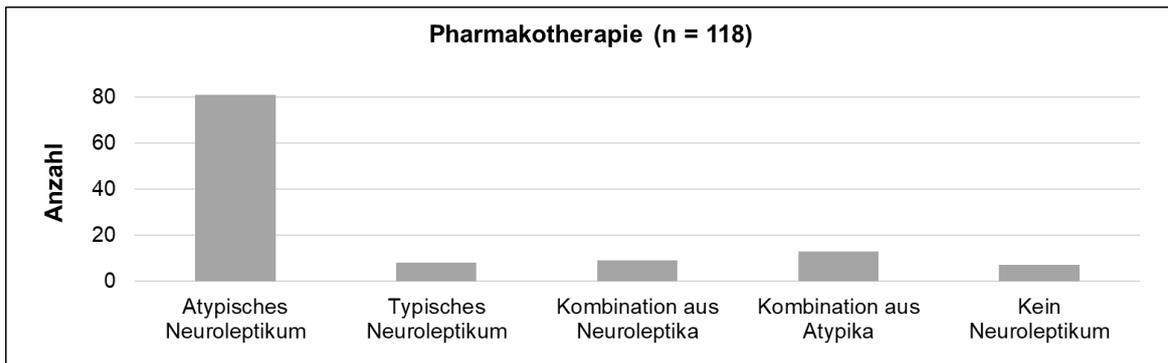


Abbildung 10: Pharmakotherapie

45 Patienten (38,1%) wurden zusätzlich zu der antipsychotischen Therapie mit Benzodiazepinen, 16 (13,6%) mit Antidepressiva und 9 (7,6%) mit Stimmungsstabilisatoren behandelt. 48 Patienten (40,7%) bekamen keine zusätzliche Medikation, vergleiche Tabelle 14 und Abbildung 11.

Tabelle 14: Zusätze

Zusätze	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Benzodiazepin-Zusatz	45	38,1%
Antidepressiva-Zusatz	16	13,6%
Stimmungsstabilisatoren-Zusatz	9	7,6%
Kein Zusatz	48	40,7%

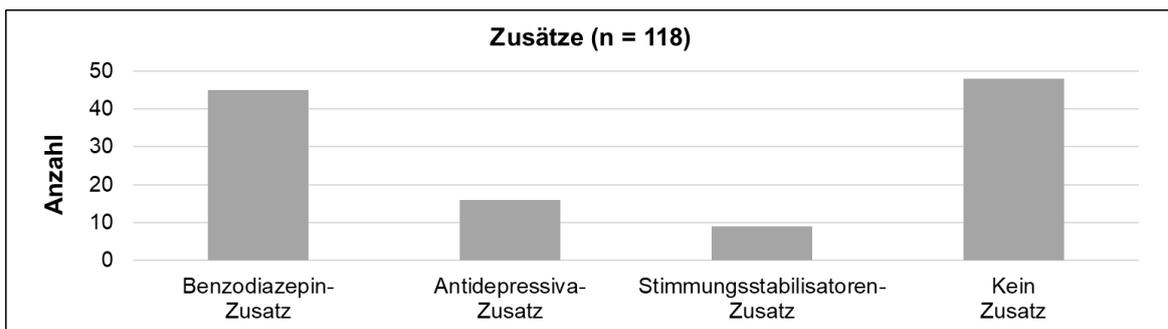


Abbildung 11: Zusätze

4.1.11 Suizidversuch

Der soziodemografische Fragebogen erfasst auch vorhandene Suizidversuche. 43 Probanden (36,3%) gaben an, bereits Suizidversuche unternommen zu haben, 72

(61,3%) verneinten dieses und bei 3 Patienten (2,4%) gab es hierzu keine Angaben (Tabelle 15 und Abbildung 12).

Tabelle 15: Suizidversuch

Suizidversuch	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Ja	43	36,4%
Nein	72	61,0%
Keine Angabe	3	2,6%

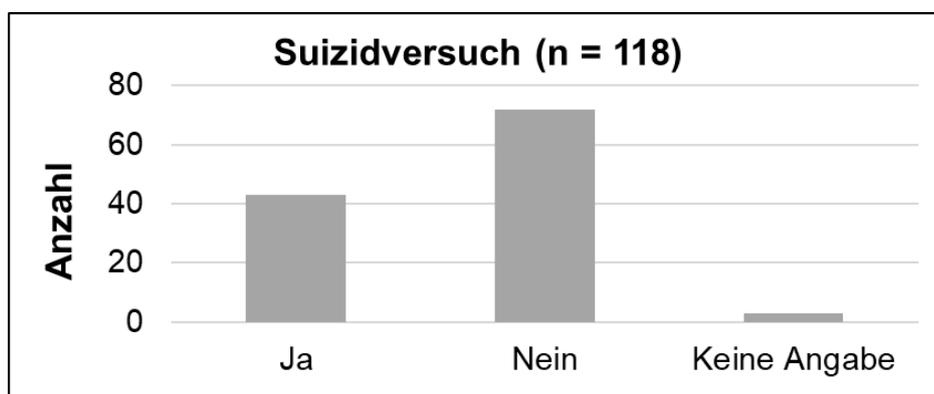


Abbildung 12: Suizidversuch

4.1.12 Substanzabhängigkeit

Bedingt durch den hohen komorbiden Substanzkonsum von an Schizophrenie Erkrankten wird dieser im soziodemografischen Bogen ebenfalls abgefragt. 43 Patienten (36,4%) gaben an, in irgendeiner Form abhängig von Substanzen zu sein, verneint haben das 65 (55,1%), zehn Probanden (8,5%) gaben hierzu keine Auskunft, siehe Tabelle 16 und Abbildung 13.

Tabelle 16: Substanzabhängigkeit

Substanzabhängigkeit	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Ja	43	36,4%
Nein	65	55,1%
Keine Angabe	10	8,5%

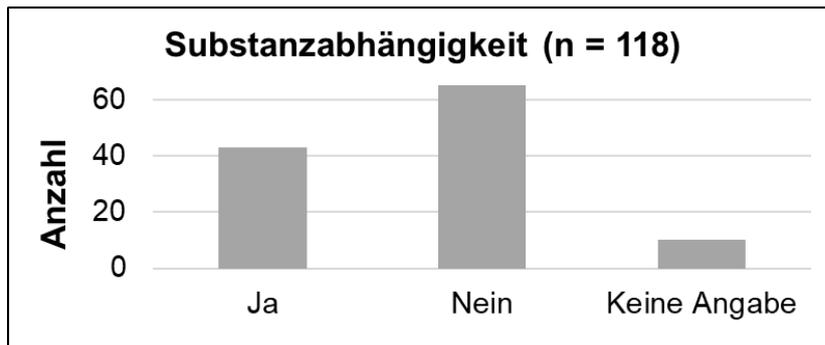


Abbildung 13: Substanzabhängigkeit

4.1.13 Drogenabusus

43 der Befragten (36,4%) gaben keinen Drogenabusus im vorangegangenen Monat an. Missbräuchlich gesteigerter Alkoholkonsum lag nach eigenen Angaben bei 20 (16,9%) der Patienten vor und einen Cannabiskonsum haben 30 der Patienten (25,4%) bestätigt. Einen polyvalenten Abusus gaben 17 Patienten (14,4%) an, weitere acht (6,8%) gaben keine Auskunft, siehe Tabelle 17 und Abbildung 14.

Tabelle 17: Drogenabusus

Drogenabusus	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Kein Abusus (letzte 30 Tage)	43	36,4%
Alkohol (letzte 30 Tage)	20	16,9%
Cannabis (letzte 30 Tage)	30	25,4%
Mehrere Substanzen	17	14,4%
Keine Angabe	8	6,8%

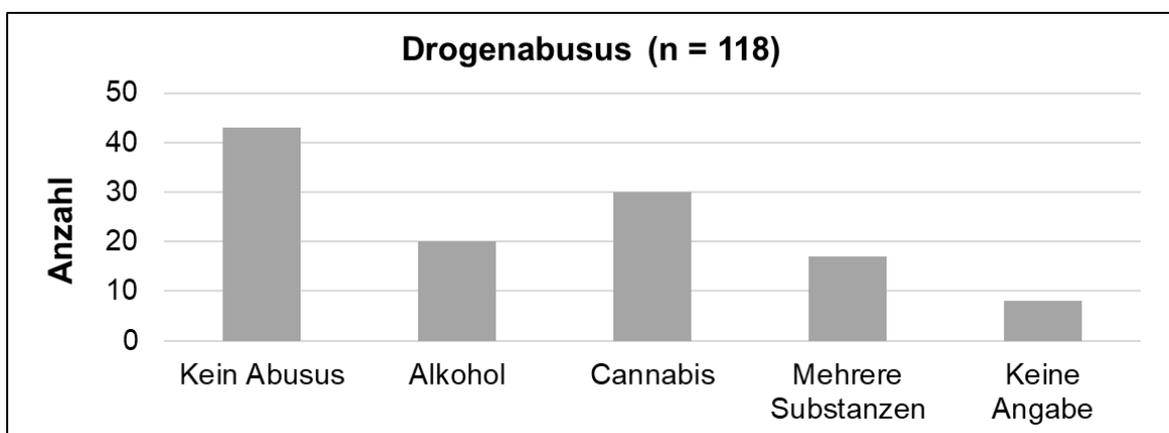


Abbildung 14: Drogenabusus

4.2 Psychopathologie (PANSS)

Die Analyse der Psychopathologie mit PANSS wurde mit Hilfe des fünfdimensionalen Aufbaus von Bell durchgeführt, siehe Tabelle 18 und Abbildung 15 (Bell et al. 1994). Mittels eines berechneten Gesamtscores kann die durchschnittliche Ausprägung der Psychopathologie eines Probanden im Verhältnis zu anderen Stichproben oder Studienergebnissen bewertet werden (Kay et al. 1989).

Der PANSS-Gesamtscore betrug bei den untersuchten Patienten zum Zeitpunkt T₀ (n = 118) 105,87 (Standardabweichung 15,8) und an Zeitpunkt T₁ (n = 70) 91,20 (17,47). Die Skala der Positivsymptome erreichte an T₀ 20,77 (6,44) und an T₁ 16,58 (7,30). Die Skala Negativsymptome erreichte an T₀ 18,82 (7,18) und an T₁ 17,02 (7,52), Feindseligkeit an T₀ 18,71 (6,40) und an T₁ 15,84 (6,70), Kognition an T₀ 24,55 (8,76) sowie an T₁ 21,68 (9,55) und Depression an T₀ 23,02 (6,25) sowie an T₁ 20,08 (7,69).

Tabelle 18: Ergebnisse PANSS

PANSS	T ₀ (Standardabweichung)	T ₁ (Standardabweichung)
Gesamtscore	105,87 (15,8)	91,20 (17,47)
Positivsymptome	20,77 (6,44)	16,58 (7,30)
Negativsymptome	18,82 (7,18)	17,02 (7,52)
Feindseligkeit	18,71 (6,40)	15,84 (6,70)
Kognition	24,55 (8,76)	21,68 (9,55)
Depression	23,02 (6,25)	20,08 (7,69)

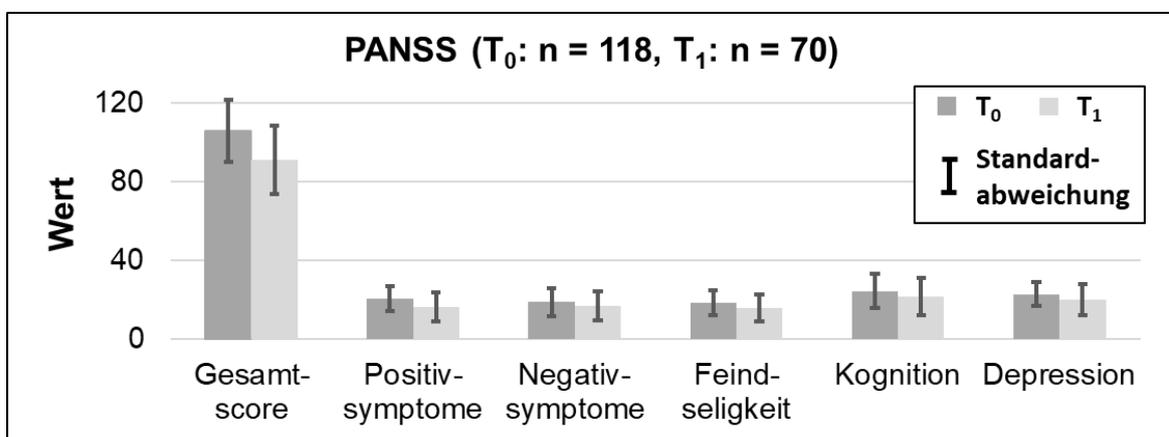


Abbildung 15: Ergebnisse PANSS

4.3 Selbstbewertete Krankheitseinsicht (Insight-Scale)

Die Ausprägung der subjektiven Einschätzung der Krankheitseinsicht wurde mit Hilfe der Insight-Scale erfasst und wurde wie von Birchwood empfohlen ausgewertet (Birchwood et al. 1994). Mit dem Gesamtscore ist eine Beurteilung der mittleren Gesamthöhe der subjektiven Krankheitseinsicht im Gegensatz zu den übrigen Untergruppierungen möglich, siehe Tabelle 19 und Abbildung 16. Der Insight-Scale Gesamtscore betrug in der vorliegenden Studie zum Zeitpunkt T₀ (n = 118) 5,78 (Standardabweichung 3,28) und zum Zeitpunkt T₁ (n = 70) 9,12 (2,79). Das Bewusstsein über die Erkrankungssymptome lag bei 2,89 (1,09) an T₀ und 3,40 (0,91) bei T₁. Die Krankheitseinsicht betrug bei T₀ 2,57 (1,32) und an T₁ 2,46 (1,11). Im Gegensatz hierzu lag die Einsicht in die Behandlung zu T₀ bei 3,21 (0,87) und zu T₁ bei 3,26 (0,77).

Tabelle 19: Ergebnisse Insight-Scale

Insight-Scale	T ₀ (Standardabweichung)	T ₁ (Standardabweichung)
Gesamtscore	5,78 (3,28)	9,12 (2,79)
Symptomeinsicht	2,89 (1,09)	3,40 (0,91)
Krankheitseinsicht	2,57 (1,32)	2,46 (1,11)
Behandlungseinsicht	3,21 (0,87)	3,26 (0,77)

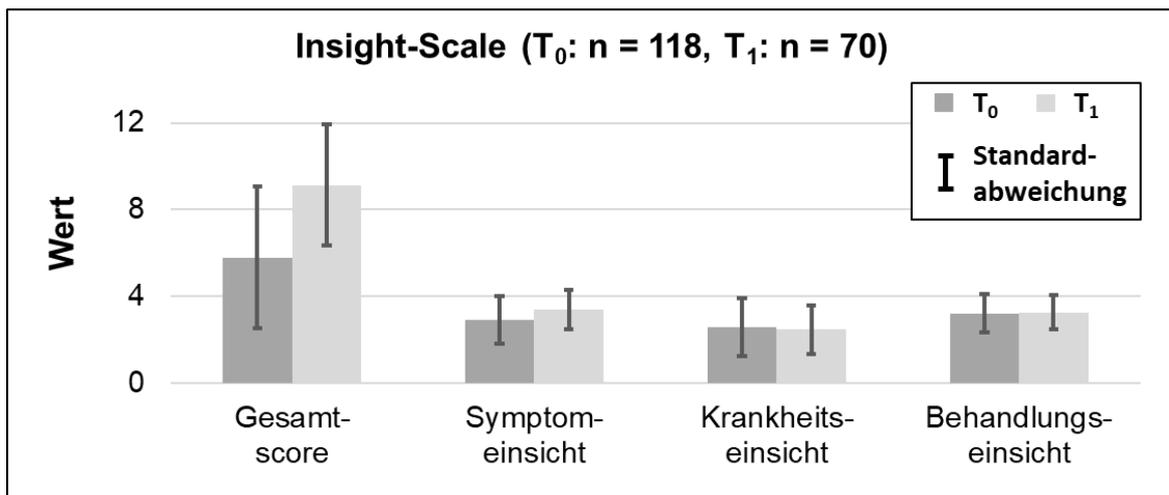


Abbildung 16: Ergebnisse Insight-Scale

4.4 Fremdbewertete Krankheitseinsicht (SUMD)

Die aktuelle Fremdeinschätzung der Krankheitseinsicht bezüglich der vorangegangenen Woche wurde mit der SUMD erfasst (Amador und Gorman 1998). Mit dem Gesamtscore ist eine Einschätzung der globalen fremdeingeschätzten Krankheitseinsicht gegenüber den übrigen Subgruppierungen durchführbar, siehe Tabelle 20 und Abbildung 17.

Der SUMD-Gesamtscore konnte an T₀ (n = 118) mit 11,13 (Standardabweichung 4,13) und an T₁ (n = 70) mit 13,00 (3,12) bemessen werden. Das Verständnis der Symptome der psychischen Erkrankung wurde von den Ratern bei den Patienten an T₀ auf 3,45 (1,52) und an T₁ auf 4,22 (1,11). Das Bewusstsein einer psychischen Erkrankung konnte zum Zeitpunkt T₀ auf 3,78 (1,19) und zum Zeitpunkt T₁ auf 4,18 (1,19) geratet werden. Die Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie wurde an T₀ bei den Patienten auf 3,90 (1,42) und an T₁ auf 4,60 (0,82) eingeschätzt.

Tabelle 20: Ergebnisse SUMD

SUMD	T ₀ (Standardabweichung)	T ₁ (Standardabweichung)
Gesamtscore	11,13 (4,13)	13,00 (3,12)
Symptomeinsicht	3,45 (1,52)	4,22 (1,11)
Krankheitseinsicht	3,78 (1,19)	4,18 (1,19)
Behandlungseinsicht	3,90 (1,42)	4,60 (0,82)

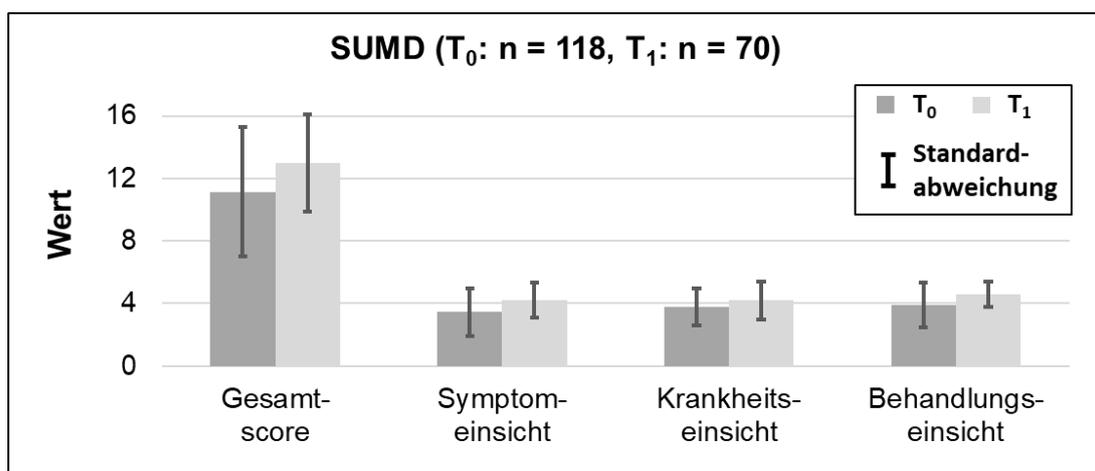


Abbildung 17: Ergebnisse SUMD

4.5 Befindlichkeit (SWN-K)

Die Befindlichkeit, gemessen mit dem Instrument SWN-K, ergab einen Gesamtscore an T₀ (n = 118) von 73,29 (17,91) sowie an T₁ (n = 70) 82,29 (15,82), siehe Tabelle 21 und Abbildung 18.

Tabelle 21: Ergebnisse SWN-K

SWN-K	T ₀ (Standardabweichung)	T ₁ (Standardabweichung)
Gesamtscore	73,29 (17,91)	82,29 (15,82)

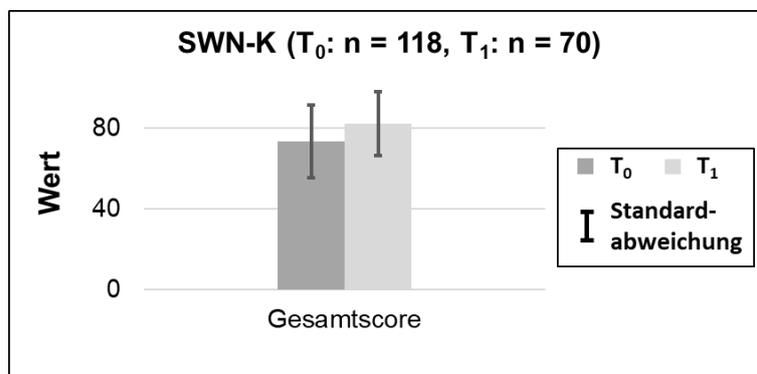


Abbildung 18: Ergebnisse SWN-K

4.6 Lebensqualität (MSQL-R)

Die Lebensqualität, erfasst mit dem Instrument MSQL-R, wurde in der vorliegenden Stichprobe auf die gängige Einteilung von null bis 100 überführt. Es ergab sich ein Mittelwert an T₀ (n = 118) von 41,22 (14,44) und an T₁ (n = 70) von 50,35 (14,31), siehe Tabelle 22 und Abbildung 19.

Tabelle 22: Ergebnisse MSQL-R

MSQL-R	T ₀ (Standardabweichung)	T ₁ (Standardabweichung)
Gesamtscore	41,22 (14,44)	50,35 (14,31)

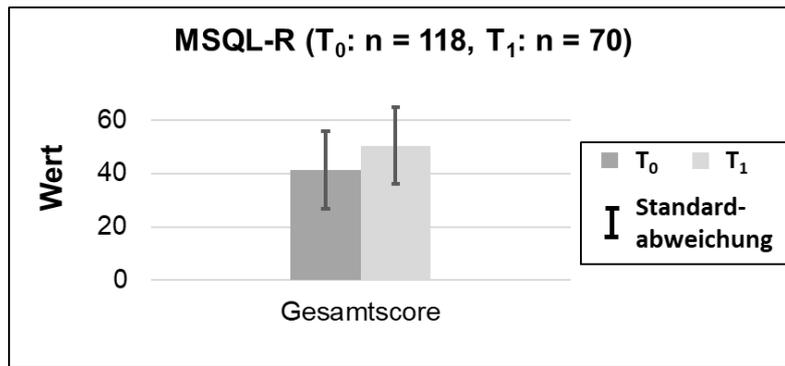


Abbildung 19: Ergebnisse MSQL-R

4.7 Korrelation der Studienergebnisse

Die Korrelation zwischen den Studienergebnissen der Krankheitseinsicht (Insight-Scale und SUMD) und den anderen erhobenen Daten (PANSS, MSQL-R und SWN-K) wurde mit Hilfe der linearen Regression bestimmt. Für die Auswertung wurden insgesamt fünf Untergruppen definiert, die sich aus der Betrachtung von selbst- und fremdbewerteter Krankheitseinsicht ergaben.

Bei 18 Probanden (25,8%) zeigte sich eine Steigerung der Insight-Scale- und SUMD-Ergebnisse (Gruppe 1: „Steigerung“), während bei 28 (40%) eine dauerhaft hohe Einsicht (Gruppe 2: „Stabil hohe Einsicht“) und bei 5 Probanden (7,1%) eine dauerhaft niedrige Einsicht (Gruppe 3: „Stabil niedrige Einsicht“) erkannt wurde. 14 Probanden (20%) wiesen durch einen Abfall der Insight-Scale und gleichzeitig einen Anstieg der SUMD-Skala eine Divergenz auf (Gruppe 4: „Divergenz“). Andere Relationen (Gruppe 5: „Andere Kombinationen“) bei 5 Probanden (7,1%) wurden von den folgenden Analysen ausgeschlossen ($X^2 = 58,34$, $p \leq 0,001$), wodurch sich die Stichprobengröße von $n = 70$ auf $n = 65$ verringerte. Die Übersicht der Gruppen ist in Tabelle 23 und Abbildung 20 dargestellt.

Tabelle 23: Verteilung der Untergruppen

Gruppe	Häufigkeit absolut	Häufigkeit relativ
Steigerung	18	25,8%
Stabil hohe Einsicht	28	40%
Stabil niedrige Einsicht	5	7,1%
Divergenz	14	20%
Zwischensumme	65	92,9%
Andere Kombinationen	5	7,1%
Gesamtsumme	70	100%

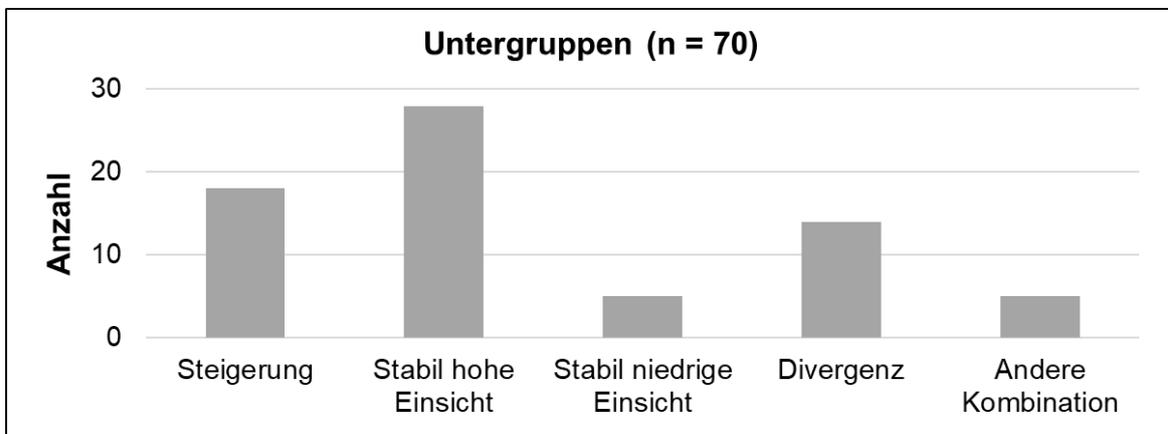


Abbildung 20: Verteilung der Untergruppen

Zusätzlich ergab die Auswertung, dass die Probanden mit den Ratern zum Zeitpunkt T₁ in 52 Fällen (entspricht 74% von n = 70) in der Einschätzung der persönlichen Krankheitseinsicht übereinstimmten. Allerdings wurden bei den Gruppen „stabil niedrige Einsichtsfähigkeit“ und „Divergenz“ mit einem gesamten Anteil von 19 Probanden der Verlauf der Einsichtsfähigkeit von den Experten als signifikant steigend bewertet, hingegen als signifikant fallend von dem jeweiligen Probanden.

Für die einzelnen Untergruppen konnten die soziodemografischen Merkmale getrennt voneinander ausgewiesen werden. Tabelle 24 zeigt die detaillierte Unterteilung der Untergruppen hinsichtlich Geschlecht, Alter, Dauer des Krankenhausaufenthalts und Krankheitsdauer.

Tabelle 24: Soziodemografie der Untergruppen

Gesamt: n = 65	Steigerung (n = 18)	Hohe Einsicht (n = 28)	Niedrige Einsicht (n = 5)	Divergenz (n = 14)
Geschlecht (m/w)	12/6	16/12	2/3	10/4
Alter (Jahre)	34,47	38,89	24,25	37,64
Dauer des Kranken- hausaufenthalts (Tage)	22,94	24,32	19,0	27,75
Krankheitsdauer (Jahre)	11,64	10,71	6,5	15,14

Die Korrelation zwischen der Psychopathologie, gemessen mit PANSS, und den Untergruppen ist in Tabelle 25 aufgeschlüsselt. In der Gruppe „Steigerung“ konnte im PANSS Gesamtscore und allen PANSS-Kategorien eine sehr oder höchst signifikante Korrelation festgestellt werden. In der Gruppe „Hohe Einsicht“ korrelierten nur der PANSS Gesamtscore und die Positivsymptome mit einem sehr signifikanten Niveau, alle anderen Kategorien waren nicht signifikant. Im PANSS-Gesamtscore und allen PANSS-Kategorien der Gruppe „Niedrige Einsicht“ und „Divergenz“ konnte keine statistische Signifikanz ermittelt werden.

Tabelle 25: Korrelation PANSS

Gesamt: n = 65		Steigerung (n = 18)	Hohe Einsicht (n = 28)	Niedrige Einsicht (n = 5)	Divergenz (n = 14)
PANSS Gesamt- score	T ₀	112,97	94,73	150,75	136,59
	T ₁	87,80	86,03	136,50	107,74
	Veränderung	-22%	-9%	-9%	-7%
	Korrelation	p ≤ 0,001	p ≤ 0,01	nicht signifikant	nicht signifikant
PANSS Positiv- symptome	T ₀	22,41	18,22	29,75	23,00
	T ₁	15,94	15,29	25,50	20,15
	Veränderung	-29%	-16%	-14%	-12%
	Korrelation	p ≤ 0,001	p ≤ 0,01	nicht signifikant	nicht signifikant

PANSS Negativ- symptome	T ₀	19,17	17,18	25,50	21,69
	T ₁	15,70	16,33	24,50	20,30
	Veränderung	-18%	-5%	-4%	-6%
	Korrelation	p ≤ 0,01	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant
PANSS Feind- seligkeit	T ₀	21,58	16,26	28,25	19,84
	T ₁	16,64	14,84	25,50	17,30
	Veränderung	-23%	-9%	-10%	-13%
	Korrelation	p ≤ 0,001	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant
PANSS Kognition	T ₀	27,05	20,81	38,75	27,53
	T ₁	21,41	19,88	34,75	26,38
	Veränderung	-21%	-4%	-10%	-4%
	Korrelation	p ≤ 0,01	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant
PANSS Depression	T ₀	22,76	22,26	28,50	24,38
	T ₁	18,11	19,69	26,25	23,61
	Veränderung	-20%	-12%	-8%	-3%
	Korrelation	p ≤ 0,001	nicht signifikant	nicht signifikant	nicht signifikant

Tabelle 26 zeigt die Grundlage der Gruppenzuordnung anhand der Messergebnisse der Krankheitseinsicht mittels Insight-Scale und SUMD sowie die Korrelation, gemessen am jeweiligen Gesamtscore der Insight-Scale bzw. SUMD. In der Gruppe der „Steigerung“ konnte für beide Messinstrumente eine höchst signifikante Korrelation beobachtet werden. In den Gruppen „Hohe Einsicht“ und „Niedrige Einsicht“ ließ sich bei beiden Instrumenten kein statistischer Zusammenhang messen. In der Gruppe „Divergenz“ zeigte die Insight-Scale eine sehr signifikante Korrelation und die SUMD eine signifikante Korrelation.

Tabelle 26: Korrelation Insight-Scale und SUMD

Gesamt: n = 65		Steigerung (n = 18)	Hohe Einsicht (n = 28)	Niedrige Einsicht (n = 5)	Divergenz (n = 14)
Insight-Scale Gesamt-score	T ₀	6,14	10,48	6,50	8,92
	T ₁	9,67	10,39	6,50	7,39
	Veränderung	+57%	-1%	0%	-17%
	Korrelation	p ≤ 0,001	nicht signifikant	nicht signifikant	p ≤ 0,01
SUMD Gesamt-score	T ₀	8,41	13,67	7,00	9,85
	T ₁	12,82	14,32	8,50	12,50
	Veränderung	+52%	+5%	+21%	+27%
	Korrelation	p ≤ 0,001	nicht signifikant	nicht signifikant	p ≤ 0,05

Die mit Hilfe von SWN-K und MSQ-R erhobene Lebensqualität (vgl. Tabelle 27) korrelierte mit der Gruppe „Steigerung“ sehr signifikant (SWN-K) und signifikant (MSQ-R). Mit der Gruppe „Hohe Einsicht“ wurde eine sehr signifikante Korrelation (SWN-K) und höchst signifikante Korrelation (MSQ-R) beobachtet. Bei Patienten der Gruppe „Niedrige Einsicht“ wurde für beide Messinstrumente eine signifikante Korrelation berechnet, während Patienten der Gruppe „Divergenz“ sowohl bei SWN-K als auch MSQ-R keine signifikante Korrelation bestand.

Tabelle 27: Korrelation SWN-K und MSQ-R

Gesamt: n = 65		Steigerung (n = 18)	Hohe Einsicht (n = 28)	Niedrige Einsicht (n = 5)	Divergenz (n = 14)
SWN-K Gesamtscore	T ₀	70,87	75,53	62,75	70,71
	T ₁	85,06	83,19	72,00	80,50
	Veränderung	+20%	+10%	+15%	+14%
	Korrelation	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,05	nicht signifikant
MSQ-R Gesamtscore	T ₀	42,28	41,43	31,02	38,50
	T ₁	51,45	49,91	46,04	47,73
	Veränderung	+22%	+20%	+48%	+24%
	Korrelation	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05	nicht signifikant

5 Diskussion

Diese Studie untersucht die subjektive und fremdbewertete Einschätzung der Krankheitseinsicht unter Berücksichtigung von Lebensqualität, Psychopathologie und Soziodemografie im Verlauf der stationären Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patienten. Dabei werden die einzelnen Aspekte unter Berücksichtigung der subjektiven Sicht der Betroffenen mit Hilfe von qualitativen Fragebögen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erfasst. Der Stichprobenumfang lag zum Zeitpunkt T_0 bei $n = 118$ und zum Zeitpunkt T_1 bei $n = 70$.

5.1 Teilnahme

Die teilnehmenden Patienten waren trotz der zum Teil sehr akuten klinischen Symptome zum Zeitpunkt der jeweiligen Befragung in der Lage, die Fragen selbstständig zu beantworten und die eigene Situation aus ihrem Blickwinkel adäquat darzustellen. Auch differenzierte Auskünfte über Ausbildung, Theorie zur eigenen psychischen Verfassung oder das Verständnis für eine notwendige Medikation waren möglich, teilweise mit Unterstützung des jeweiligen Raters durch Erläuterung der Fragen.

Obwohl die Probanden aufgrund der ungewohnten Situation und Umgebung zum Teil krankheitsbedingt beeinträchtigt waren, konnte ein Großteil von ihnen explizit über Geschehnisse reden und sich trotz der eng bemessenen Gesprächszeit den Ratern gegenüber öffnen.

Es wurde deutlich, dass ca. 60% der Patienten im Laufe der Studie nicht noch ein zweites Mal zu einem Gespräch zu gewinnen waren. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch diese Patienten im Rahmen der stationären Therapie die Interviews teilweise für sich nutzten und so als Probanden für sich einen Gewinn aus der Teilnahme an der Studie ziehen konnten.

5.2 Interpretation der Ergebnisse im Gruppenvergleich

Die Werte der vier Probandengruppen bezogen auf Psychopathologie auf der einen Seite sowie subjektive und expertenbewertete Krankheitseinsicht und

Lebensqualität auf der anderen Seite zeigen unterschiedliche Tendenzen und Entwicklungen in den einzelnen Gruppierungen.

Die Gruppe der „Divergenz“ weist grundsätzlich eine geringe Verbesserung der Psychopathologie und Lebensqualität auf. In der Gruppe „stabil niedrige Einsichtsfähigkeit“ mit ebenfalls subjektiv niedrig eingeschätzter Krankheitseinsicht, findet sich eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten T_0 und T_1 . Es gibt, trotz ähnlicher subjektiver Bewertung der Krankheitseinsicht, einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen in der Fremdbewertung. Insbesondere dieser Unterschied zeigt eine mögliche Beziehung zwischen der Selbst- und Fremdbewertung und der Krankheitseinsicht.

In fast drei Vierteln der Fälle stimmten die Probanden mit den Ratern in dem Verlauf der Einschätzung von der persönlichen Krankheitseinsicht überein (vgl. Kapitel 4.7). Allerdings wurden bei den Gruppen „stabil niedrige Einsichtsfähigkeit“ und „Divergenz“ mit einem gesamten Anteil von 19 Probanden der Verlauf der Einsichtsfähigkeit von den Experten als signifikant steigend bewertet, hingegen als signifikant fallend von dem jeweiligen Probanden. Es fanden sich in der Gruppe „Divergenz“ weder signifikante Verbesserungen bezüglich der klinischen Symptomatik noch der Lebensqualität. Bei diesen Patienten besserten sich PANSS, MSQL-R und SWN-K nicht, vielmehr war ein signifikanter Abfall in der Insight-Scale und ein signifikanter Anstieg der SUMD zu erkennen. Für die bessere Bewertung der Krankheitseinsicht durch die Rater lassen sich diverse Überlegungen und Annahmen aufführen. So könnten die Antworten der Patienten durch unterschiedliche Einflüsse gefärbt worden sein, wie beispielsweise Einschüchterung gegenüber den Untersuchern, Angst oder der Wunsch, sich selbst auf eine gesellschaftlich anerkannte Weise kompetenter zu präsentieren (Young et al. 1993, Jovanovski et al. 2007).

Aus den soziodemografischen Daten von Tabelle 24 lässt sich trotz der geringen Stichprobengröße direkt ableiten, dass die Probanden der Gruppe „Niedrige Einsicht“ im Durchschnitt jünger sind, bisher weniger Krankenhausaufenthalte und eine generell kürzere Krankheitsdauer als die Probanden der anderen Gruppen hatten. Dies ist wahrscheinlich hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die jüngeren Probanden noch unerfahrener mit der Erkrankung und dem Konzept einer Behandlung per se sind. Sie wurden noch nicht oder nur wenig zuvor behandelt und

haben kaum Psychoedukation erhalten, sodass sich eine niedrige Einsicht hauptsächlich hierdurch erklären lassen könnte. Dondé konnte allerdings trotz einer durchgeführten psychoedukativen Maßnahme keine Verbesserung in der Einsichtsfähigkeit der Patienten mit Schizophrenie nachweisen (Dondé et al. 2019).

Patienten mit einer „stabil niedrigen Einsichtsfähigkeit“ zeigten signifikant mehr und jene der „stabil hohen Einsichtsfähigkeit“-Gruppe signifikant weniger klinische Symptome zu Beginn und am Ende der Behandlung, siehe Tabelle 25. Es könnte daher überlegt werden, ob sich folglich kognitive Beeinträchtigungen durch schwere Verlaufsformen der Schizophrenie auch auf die Einsichtsfähigkeit auswirken, was durch Ergebnisse der Studie von Tiryaki unterstützt wird (Tiryaki et al. 2018).

Probanden mit einer Steigerung der Krankheitseinsicht zeigten signifikante Verbesserungen in allen drei Skalen der Einsicht, Lebensqualität und Psychopathologie. Diese Korrelationen beantwortet somit die Hauptfragestellung dieser Arbeit (vgl. Kapitel 1) und bestätigt die hierzu getroffene Hypothese.

Es ließen sich keine anderen signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen nachweisen.

5.3 Einschränkungen

5.3.1 Patientenzahl

Jegliche Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit sind nur unter bestimmten Einschränkungen auf den Klinikalltag anzuwenden, da der initiale Umfang der Stichprobe (n = 118) bzw. der Umfang der Zweitbefragung (n = 70) zwar bereits in Teilen aussagekräftige Ergebnisse ergab, aber eine größere Anzahl von Patienten für eine vertiefende Studie zur Bestätigung der vorliegenden Ergebnisse von Vorteil sein würde.

5.3.2 Stationär versus ambulant

Die Stichprobe der Erkrankten wurde in dieser Studie nur im stationären Rahmen rekrutiert. Für das ambulante Setting wiesen frühere Studien wiederholt eine inverse Korrelation zwischen der Krankheitseinsicht und Lebensqualität der Probanden nach. Daher kann eine vergleichbare Studie für den ambulanten Bereich eine sinnvolle Erweiterung der Erkenntnisse erbringen. Ambulant geführte Patienten

könnten psychopathologisch stabiler und ihre Symptomatik geringer ausgeprägt sein, was sich wiederum auf die Einsichtsfähigkeit auswirken könnte. Allerdings sind ambulante Untersuchungen gerade bei dieser Patientenklientel problematisch, da sich schizophrene Patienten ambulant häufiger einer Behandlung und dadurch auch einer konsekutiven Untersuchung entziehen als stationär behandelte Patienten.

5.3.3 Vorselektion

In der akuten Erkrankungsphase sind viele Patienten noch zu akut erkrankt und beeinträchtigt, um ausführlich befragt zu werden. Bereits nach wenigen Tagen hingegen lässt sich häufig eine ausreichende Stabilität erreichen, um die benötigten Parameter zu erfragen und eine fundierte Einschätzung des Patienten zu erhalten.

Für die Studie mussten daher Patienten mit verstärkt auftretenden formalen Denkstörungen entsprechend der Untersuchungskriterien ausgeschlossen werden. Nicht nur die Denkstörungen selbst, sondern auch ein ausgeprägtes Misstrauen machen ein Interview mit Betroffenen fast unmöglich, was oftmals während der akut psychotischen Phase der Schizophrenie zu beobachten ist. Hochgradig zweifelnde Probanden konnten ihre Teilnahme an der Studie freiwillig verweigern und wurden daher ebenfalls nicht erfasst. Daher werden die Ergebnisse automatisch durch eine entsprechende Vorselektion seitens der Studienleitung und der Patienten selbst beeinflusst.

Weiterhin wurden die Probanden ausschließlich auf einer offen geführten Station rekrutiert, da sich Patienten einer geschlossenen Abteilung erfahrungsgemäß in einem akuterem Stadium der Schizophrenie befinden und so meist mit Überforderung auf die Befragungen und den Konzentrationsanspruch an sie reagieren.

Die vorliegende Untersuchung zeigt jedoch, dass die Psychopathologie bei den Befragten trotz der Vorselektion verhältnismäßig ausgeprägt und krankheitsanzeigend war. So kann die Gruppe der rekrutierten Patienten als eine realistische Klientel betrachtet werden.

5.3.4 Reliabilität zwischen den Untersuchern

Probleme in der Reliabilität zwischen den einzelnen Untersuchern sind grundsätzlich ein relevanter Störfaktor für Ergebnisse von Studien. Um diese mögliche Fehlerquelle zu umgehen, wurden alle Untersucher auf ihre Tätigkeit vorbereitet und eventuelle „Interviewer-Effekte“ untersucht. Die Reihenfolge der Instrumente als möglicher Ursprung von Fehlern in dieser Untersuchung wurde nicht ausgeglichen (Young et al. 1993, Jovanovski et al. 2007). Trotzdem weisen signifikante klinische Verbesserungen in allen Messungen auf eine hinreichende Sensitivität für Veränderungen hin.

5.3.5 Medikation

Die Dosierung der Medikation als ein weiterer Störfaktor ist nicht mit in die Analyse dieser Untersuchung eingeflossen. Generell ist es nicht möglich auszuschließen, dass sich die Probanden durch die Gespräche verstärkt auf ihre Erkrankung fokussierten und so eine Beeinflussung erfuhren, die zu einer gesteigerten Beeinträchtigung bezogen auf symptomatische, krankheits- oder klinikbezogene Einflüsse führte.

5.3.6 Allgemeine Fehlerquellen

Auch der Einfluss von einer vermehrten Aufmerksamkeit durch den Untersucher wurde in dieser Studie nicht untersucht. Zusätzlich verbergen manche Erkrankte ihre Empfindungen mehr als andere aufgrund von chronisch bestehenden psychotischen Symptomen (Karow et al. 2012, Lambert et al. 2010b, Lasalvia et al. 2002).

Generell wird die qualitative Datenerfassung zum Teil als einseitig und beliebig dargestellt, so sind durch die zumeist kleine Größe der Stichprobe die erfassten Ergebnisse nur bedingt auf eine Allgemeinheit übertragbar (Flick 2005). Zusätzlich wird die Einhaltung der Kriterien und Qualitätsstandards experimenteller Forschung, d.h. Objektivität, Reliabilität und Validität, bei qualitativen Methoden oft von verschiedenen Verfassern hinterfragt (Flick 2005, Mayring 2002).

Manche Korrelationen können zum Teil auch durch ein ähnliches Vorgehen in den verwendeten Messinstrumenten entstanden sein, einerseits die selbstbewertete

Symptomatik mittels MSQL-R und SWN-K und andererseits die expertenbewertete Symptomatik mit Hilfe von SUMD und PANSS.

5.4 Fazit

Die Analyse der gezeigten Ergebnisse ermöglicht sowohl einen Vergleich der Veränderungen der selbst- und fremdbewerteten Krankheitseinsicht im stationären Verlauf als auch eine Gegenüberstellung von Einsicht, Lebensqualität und Psychopathologie der Probanden.

Zwei grundlegende Schlussfolgerungen lassen sich von der vorliegenden Untersuchung hauptsächlich ableiten und in Beziehung zu den in Kapitel 1 als Leitlinien definierten Fragestellungen und Arbeitshypothesen setzen:

Erstens zeigen die Ergebnisse, dass sich in ungefähr einem Viertel der Fälle die Krankheitseinsicht bei stationär aufgenommenen Patienten im Laufe ihrer Behandlung bezüglich ihrer klinischen Symptomatik und Lebensqualität verbessert (vgl. Tabelle 23). Bezogen auf den Verlauf der Krankheitseinsicht stimmten die Bewertungen der Probanden und Experten in etwa drei Vierteln überein (vgl. Kapitel 4.7).

Die **Hauptfragestellung**, die den Zusammenhang zwischen Veränderungen der selbst- und fremdbeurteilten Krankheitseinsicht mit der Symptomatik und Lebensqualität im stationären Behandlungsverlauf hinterfragt, kann mit der getroffenen Hypothese beantwortet werden. Mit zunehmender Krankheitseinsicht verbessert sich die schizophrene Symptomatik, gleichzeitig wird die Lebensqualität als verschlechtert assoziiert. Beide Punkte korrelieren signifikant (vgl. Kapitel 4.7). Verschiedene Studien wiesen ebenso eine entgegengesetzte Korrelation zwischen steigender Krankheitseinsicht, Depression und Lebensqualität nach (Carroll et al. 1999, Drake et al. 2004, Hasson-Ohayon et al. 2006, Iqbal et al. 2000, Kim et al. 2003, Lysaker et al. 1998, Mintz et al. 2004, Schwartz und Smith 2004).

Als zweite Schlussfolgerung ist zu überlegen, ob die Behandelnden womöglich die Einsichtsfähigkeit von Patienten mit Schizophrenie überschätzen, gerade wenn sich eine symptomatische Verbesserung bisher nicht einstellen konnte. Dieses generelle Phänomen ist als Bestätigungsfehler bekannt.

Diesbezüglich kann aber dennoch die **Sekundärfragestellung**, die eine Veränderung der selbst- und fremdbeurteilten Krankheitseinsicht im stationären Behandlungsverlauf hinterfragt, in dieser Arbeit die Hypothese einer Zunahme der Einsicht im Behandlungsverlauf zumeist bestätigen (vgl. Tabelle 23). Das genannte Phänomen des Bestätigungsfehlers bezieht sich mutmaßlich nur auf einen geringen Anteil der Befragten.

Auch die allgemeine **weitere Fragestellung**, die den Zusammenhang zwischen selbst- und fremdbeurteilter Krankheitseinsicht im stationären Behandlungsverlauf beleuchtet, kann positiv mit der Hypothese der signifikanten Zusammenhänge beantwortet werden (vgl. Kapitel 5.2).

Die dargestellten Aspekte und Ergebnisse zeigen die Signifikanz von Zeit und einer guten therapeutischen Beziehung für eine reliable und valide Bewertung der Krankheitseinsicht (Lambert et al. 2010). Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen zudem darauf hin, dass eine hohe Krankheitseinsicht positive Auswirkungen auf den Therapieverlauf und die Prognose des Patienten haben kann (Dickerson et al. 1997, Schwartz 1998). Dies begründet sich in der Korrelation einer milder ausgeprägten Psychopathologie mit einer besseren Einsichtsfähigkeit (vgl. Kapitel 5.2).

Kritisch zu betrachten an der bisherigen Forschung ist, dass sich zumeist Untersuchungen mit dem Thema Einsichtsfähigkeit bei psychiatrischen Patienten entweder auf eine eindimensionale Sicht der Krankheitseinsicht ohne den Aspekt der Fremd- beziehungsweise Selbstbewertung fokussierten, nicht den Verlauf der Krankheitseinsicht während eines stationären Aufenthaltes beschrieben oder die Beziehung zu den anderen Parametern wie Psychopathologie, Soziodemografik und Lebensqualität außer Acht ließen (Hasson-Ohayon et al. 2006, Karow et al. 2018).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen den Nutzen einer Einteilung von Patienten anhand des klinischen Verlaufes von der subjektiven Krankheitseinsicht, denn die Probanden verbesserten sich mit einer steigenden subjektiven und expertenbewerteten Einsichtsfähigkeit in allen Symptomkomplexen, insbesondere hinsichtlich der Lebensqualität und Positivsymptomatik. Patienten mit einer stabil hohen oder stabil niedrigen Einsichtsfähigkeit verbesserten sich zwar ebenfalls, jedoch in geringerem Ausmaß. Die Aussagen der Probanden dieser Studie bezüglich ihrer Krankheitseinsicht

weisen Zusammenhänge zur Lebensqualität auf und könnten als Anhaltspunkt dafür dienen, dass die Krankheitseinsicht für an Schizophrenie erkrankten Patienten gewichtiger ist als in früheren Studien zur Befindlichkeit und Lebensqualität dieser Patienten vermutet wurde.

5.5 Ausblick für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich ein Großteil der Einschätzungen der Krankheitseinsicht zwischen den Patienten und Therapeuten überschneiden und so ein Bild von dem klinischen Verlauf abbilden könnten. Während der Behandelnde bekanntermaßen und laut den hier vorliegenden Studienergebnissen ohne grundlegende Hindernisse die Psychopathologie erhebt, scheint eine Bewertung der Einsichtsfähigkeit sinnvollerweise durch eine Verbindung von Fremd- und Selbstbericht erfolgen zu müssen. Folglich ist zu der Fremdbewertung der Krankheitseinsicht und Lebensqualität die Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung für eine adäquate und umfassende Beurteilung unentbehrlich (Karow et al. 2012, Lambert et al. 2010b). Eine relevante Ergänzung zu den Messungen, die von den Therapeuten getätigt werden, stellt somit die Selbsteinschätzung der Betroffenen dar, um so einen ganzheitlichen und differenzierten Blick auf den Patienten und seine Wahrnehmung zu erhalten (Birchwood et al. 2000). Die Kombination aus Selbst- und Fremdbewertung sollte der einseitigen Einschätzung von Krankheitseinsicht vorgezogen werden, um die Möglichkeit einer Über- oder Unterschätzung der eigenen Krankheitseinsicht durch den Probanden oder den Untersucher zu vermeiden (Briand et al. 2006, Lambert et al. 2010b).

Vorliegend wird die Bedeutung sowohl des subjektiven Erlebens als auch des von außen betrachteten Befindens herausgestellt (Lambert et al. 2010a, Peuskens und Gorwood 2012, Ritsner et al. 2013). Für ein besseres Verständnis von Lebensqualität und Wohlbefinden von Betroffenen könnte es sinnvoll sein, qualitative Messinstrumente in die Behandlung zu integrieren (Miller et al. 1993, Nayani und David 1996, Romme und Escher 1989, Weiner 2003). So zeigen Studien, dass die Kombination aus qualitativen wie auch quantitativen Informationen einerseits die Behandlung der Patienten und andererseits deren Prognose verbessert, weil sie sich mit einer offenen Fragestellung individueller

äußern können und sich durch dieses individuelle Einbringen ihrer Selbst in das Behandlungssetting mehr als Teil der eigenen Genesung wahrnehmen können (Becker 1998). Vor allem bei oftmals chronisch verlaufenden Erkrankungen wie der Schizophrenie wünschen sich die Erkrankten mehr Teilhabe an der Therapie und so können gerade auch die Erkenntnisse aus dieser Partizipation für Forschung und Praxis von großem Nutzen sein, um beispielsweise die Adhärenz des Patienten zu erhöhen (Briand et al. 2006).

Für die stationäre Therapie könnte während des klinischen Alltags zu mindestens zwei Zeitpunkten die Befragung von Krankheitseinsicht und Lebensqualität von Seiten des Patienten von Vorteil sein, so könnte unter anderem ein bedeutender Faktor für Non-Adhärenz aufgedeckt und in einigen Fällen sogar eine Prognose für die Therapie und ihr Ergebnis abgegeben werden (Miller et al. 1993).

Eine bessere Partizipation an der Therapie und ihren Zielen ist ein wiederkehrendes Begehren von Patienten (Boitz 1999). Laut Kilian sind die Erkrankten oft der Ansicht, die eigenen Bemühungen, eine Kontrolle über die psychische Krankheit zu erlangen, sei bedeutungslos. Vielmehr fühlten sie sich, anstatt aktiv an dem Geschehen teilzuhaben, der Therapie unbeteiligt gegenüber oder gar hilflos ausgesetzt (Kilian et al. 2003).

Des Weiteren würden Patienten oftmals bei den Therapeuten auf Ignoranz bezüglich ihrer subjektiven Eindrücke und Befürchtungen treffen, obwohl gerade durch diese Gefühle ein Fundament für die therapeutische Arbeit gebildet werden sollte. Die Therapeuten würden jene Aspekte zum Teil vielmehr als die Ursache für Probleme bei der Adhärenz oder den vorzeitigen Therapieabbruch ansehen (Lasalvia et al. 2002). Daher verlangen manche Verfasser einen stärkeren Fokus auf subjektive Inhalte und Wahrnehmungen des an einer Psychose Erkrankten in der Therapie.

Für eine fundierte Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist eine klare Vorstellung von der Patientensicht für den Behandelnden unerlässlich, um so letztlich die Einsichtsfähigkeit, die Adhärenz und das klinische Ergebnis verbessern zu können (Lasalvia et al. 2002). Eine größere Feinfühligkeit und Rücksicht auf unterschiedliche Wahrnehmung und subjektive Bewertung der Einsichtsfähigkeit könnte eine gewichtige Rolle für die Kooperation des Patienten in der Behandlung spielen. Dies steht der bloßen Medikation für eine reine Besserung der

Psychopathologie ohne eine tiefergehende Befragung der Patienten gegenüber. Die Untersuchungsergebnisse der Studie könnten eine Sensibilität und ein Bewusstsein der Therapeuten für die individuell vielschichtige Verarbeitung und Bewertung der schizophrenen Erkrankung wecken.

5.6 Gesundheitsökonomische Aspekte

Besonders aus Sicht der Gesundheitsökonomie kann die Berücksichtigung von subjektiver Empfindung für die Therapie relevant sein, da die Studienergebnisse eine Verbesserung des Erkrankungsbildes und der Lebensqualität der Patienten mit einfachen und aufwandsarmen Methoden aufzeigen. Entgegen der Ansicht, dass durch zeitlich aufwändigere Testungen Zeit und Geld verloren würde, könnte auf diese Weise sogar eine ökonomische Verbesserung in den klinischen Alltag eingebracht werden (König 2006). Es ist darüber hinaus anzunehmen, dass sich die Adhärenz und mit ihr die Zahl der Hospitalisierungen ebenfalls verbessern würden. Die Miteinbeziehung der subjektiven Wahrnehmung kann daher als langfristiger Zugewinn für künftige Therapiepläne von stationär behandelten Patienten angesehen werden.

6 Zusammenfassung / Conclusion

6.1 Deutsch

Mittelpunkt der vorliegenden Studie ist die zweizeitige Untersuchung der selbst- und fremdbeurteilten Krankheitseinsicht durch Patienten und Rater sowie die Zusammenhänge zu einer eingeschränkten Lebensqualität bei zum Anfang 118 und zum Ende 70 Patienten mit einer psychischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis.

In drei Vierteln der Fälle stimmten die beiden Parteien der Bewertenden überein. Es wurde jedoch festgestellt, dass der Verlauf der Krankheitseinsicht sich im klinischen Verlauf individuell stark unterscheiden kann.

Bei fast der Hälfte der befragten Patienten ergaben sich keine signifikanten Veränderungen der Einsichtsfähigkeit, es zeigte sich vielmehr eine stabile Form der Krankheitseinsicht.

So ließen sich anhand des Einsichtsverlaufes während des stationären Aufenthaltes vier Patientengruppen bilden:

- Stabil niedrige Einsichtsfähigkeit
- Stabil hohe Einsichtsfähigkeit
- Steigerung der Einsichtsfähigkeit
- Divergenz der Einsichtsfähigkeit

Auch die Korrelation von der Krankheitseinsicht mit der Psychopathologie und der Lebensqualität konnte nicht eindeutig in allen Gruppen festgestellt werden.

So zeigten die Patienten der „stabil niedrigen Einsichtsfähigkeit“ an beiden Untersuchungspunkten mehr und die Gruppe der „stabil hohen Einsichtsfähigkeit“ weniger Krankheitssymptome.

Dem entgegen wiesen die Probanden mit „steigender“ Einsicht eine signifikante Verbesserung und jene mit „divergenter“ Krankheitseinsicht keine Besserung der Psychopathologie und der Lebensqualität auf.

6.2 English

The focus of this study is the examination of self- and externally assessed insight of disease by patients and raters as well as links to a reduced quality of life with at the beginning 118 and in the end 70 patients with a mental illness from the schizophrenic group.

In the majority of cases, the two parties of evaluators agreed. However, it has been found that the course of the insight of disease can vary greatly individually in the clinical course.

Almost half of the respondents showed no significant changes in their insight of disease, so that a stable form of insight was observed.

Thus, based on the course of insight during inpatient stay, four groups of patients could be formed:

- Stable low insight
- Stable high insight
- Increase in insight
- Divergence of insight

Also, the correlation of insight of disease with psychopathology and quality of life could not be clearly established in all groups.

Thus, the patients of the “stable low insight”-group showed more symptoms of the disease at both points of the examination than the “stable high insight”-group, which showed fewer symptoms both times.

On the other hand, subjects with “increase of insight” showed a significant improvement of psychopathology and quality of life, whereas those with “divergence of insight” did not improve in the latter two aspects.

7 Abkürzungsverzeichnis

DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Diseases 5
EUROPASI	European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence
ICD-10	International Classification of Diseases 10
MSQL	Modulares System zur Messung der Lebensqualität
MSQL-R	Modulares System zur Messung der Lebensqualität (gekürzte Version)
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PERSIST	Personenzentrierte, settingübergreifende, integrative Schizophrenie Therapie
SUMD	Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder
SWN	Subjective Well-being under Neuroleptics
SWN-K	Subjective Well-being under Neuroleptics (gekürzte Version)
WHO	World Health Organisation

8 Originalfragebögen

Soziodemografischer Fragebogen A



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 _____ ₁ weiblich ₂ männlich

2 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- ₁ noch in der Schule
₂ kein Schulabschluss
₃ Sonderschulabschluss
₄ Hauptschulabschluss
₅ Realschulabschluss
₆ Fachabitur/Abitur
₉ sonstiges

3 Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?

- ₁ noch in der Berufsausbildung
₂ Lehre/ Fachschule
₃ Meister
₄ Fachhochschule/Universität
₅ ohne Berufsabschluss
₉ sonstiges

4 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit
<input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit
<input type="checkbox"/> ₃ berufstätig, gelegentlich
<input type="checkbox"/> ₄ mithelfende(r) Familienangehörige(r), nicht berufstätig
<input type="checkbox"/> ₅ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
<input type="checkbox"/> ₆ Ausbildung
<input type="checkbox"/> ₇ Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr
<input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt | <input type="checkbox"/> ₉ arbeitslos gemeldet
Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungs-/unfähigkeitsrente
<input type="checkbox"/> ₁₁ auf Dauer, seit: . _ _ _ _ . _ _ _ _
<div style="text-align: center; margin-left: 20px;"><small>Monat Jahr</small></div> <input type="checkbox"/> ₁₂ auf Zeit, seit: . _ _ _ _ . _ _ _ _
<div style="text-align: center; margin-left: 20px;"><small>Monat Jahr</small></div> <input type="checkbox"/> ₁₃ Frührente/Altersrente/Pension
<input type="checkbox"/> ₁₄ Witwen-/Witwer-Rente
<input type="checkbox"/> ₁₅ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
<input type="checkbox"/> ₁₆ unbekannt/unklar |
|--|---|

5 Welcher Nationalität gehören Sie an?

- ₁ Deutsch ₂ andere Nationalität

und zwar: _____

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

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

- ₁ keine Medikation
- ₂ partielle Therapie (Intermittierende Compliance o. subtherapeutische Dosierung)
- ₃ Therapie mit Antipsychotika, und zwar:
 Name: _____ Dosis: _____ mg Dauer: _____ Monate
- ₄ Andere Medikation (wenn „ja“, Name, Dosis (mg), Zeitraum(d))
 Name: _____ Dosis: _____ mg Dauer: _____ Monate

5. Baseline assessment – Medizinische Vorgeschichte

1 Somatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ weiß nicht
Falls „ja“, spezifizieren: _____ _____	
2 Kopfverletzungen in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ weiß nicht
Falls „ja“, spezifizieren: _____ _____	
3 Geburtskomplikationen	<input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ 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	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Depression	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sucht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Suizid	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
unspezifizierte psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
anderes, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

7. Substanzgebrauch

1 Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ 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 <u>durchschnittlich</u> pro Tag getrunken?	
<input type="checkbox"/> 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? <u>Bitte nur vom Arzt nicht verschriebene Substanzen angeben!</u>	Alter bei erstem Gebrauch <small>(ab 3x/Woche oder an 2 aufeinander folgenden Tagen)</small>	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 <u>durchschnittlich</u> pro Tag konsumiert?	
Konsumeinheiten (Joints, Pfeifen,....)	_____ /Tag

PANSS



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Patient Initials _____

Patient-Code _____

Assessment time-point _____

Date of entry _____

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)

	nicht vorhand	minimal	leicht	mittel	mittel bis stark	stark	extrem
	1	2	3	4	5	6	7
P 1 Wahneideen	<input type="checkbox"/>						
P 2 Formale Denkstörungen	<input type="checkbox"/>						
P 3 Halluzinationen	<input type="checkbox"/>						
P 4 Erregung	<input type="checkbox"/>						
P 5 Größenideen	<input type="checkbox"/>						
P 6 Misstrauen/Verfolgungsideen	<input type="checkbox"/>						
P 7 Feindseligkeit	<input type="checkbox"/>						
N 1 Affektverflachung	<input type="checkbox"/>						
N 2 Emotionaler Rückzug	<input type="checkbox"/>						
N 3 Mangelnde Beziehungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>						
N 4 Passiver/apathische sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/>						
N 5 Vermindertes abstraktes Denkvermögen	<input type="checkbox"/>						
N 6 Mangelnde Spontaneität/Gesprächsfähigkeit	<input type="checkbox"/>						
N 7 Stereotypes Denken	<input type="checkbox"/>						
G 1 Sorge um die körperliche Integrität	<input type="checkbox"/>						
G 2 Angst	<input type="checkbox"/>						
G 3 Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>						
G 4 Gespanntheit	<input type="checkbox"/>						
G 5 Manieriertheit und ungewöhnliche Körperhaltungen	<input type="checkbox"/>						
G 6 Depressivität	<input type="checkbox"/>						
G 7 Motorische Verlangsamung	<input type="checkbox"/>						
G 8 Unkooperatives Verhalten	<input type="checkbox"/>						
G 9 Ungewöhnliche Denkinhalte	<input type="checkbox"/>						
G10 Desorientiertheit	<input type="checkbox"/>						
G11 Mangelnde Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>						
G12 Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht	<input type="checkbox"/>						
G13 Willensschwäche	<input type="checkbox"/>						
G14 Mangelnde Impulskontrolle	<input type="checkbox"/>						
G15 Selbstbezogenheit	<input type="checkbox"/>						
G16 Aktives soziales Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>						

Insight-Scale

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich fühle mich psychisch gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich brauche keine Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mein Aufenthalt im Krankenhaus war notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Arzt hat Recht, wenn er mir Medikamente verschreibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich halte es nicht für notwendig, einen Arzt oder Psychiater aufzusuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn jemand sagte, dass ich eine Erkrankung der Nerven oder der Psyche habe, dann hat er recht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Keine der ungewöhnlichen Dinge, die ich erlebt habe, sind Folge einer Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUMD

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/Kennntnis: 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/Kennntnis: glaubt er/sie habe keine psychische Erkrankung

2. **Bewusstsein/Kennntnis 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/Kennntnis: 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/Kennntnis: glaubt Medikamente haben die Intensität oder Häufigkeit ihrer/seiner Symptome nicht verringert

3. **Bewusstsein/Kennntnis 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/Kennntnis: 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/Kennntnis: 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/Kennntnis: 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/Kennntnis: glaubt es handele sich nicht um ein Symptom der Erkrankung

SWN-K

Dokumentationsbogen

Subjektive Befindlichkeit unter Neuroleptika (SWN-K)

nach: Prof. Dr. Dieter Naber

Bitte beachten:

Alle Aussagen beziehen sich auf die vergangenen 7 Tage; bitte kreuzen Sie die entsprechende Beurteilung an

	überhaupt nicht	sehr wenig	wenig	deutlich	stark	sehr stark
1 Ich fühle mich ohnmächtig und ohne Kontrolle über mich.	<input type="radio"/>					
2 Ich fühle mich in meinem Körper sehr wohl.	<input type="radio"/>					
3 Das Denken fällt mir leicht	<input type="radio"/>					
4 Ich habe keine Hoffnung; sehe meine Zukunft schwarz.	<input type="radio"/>					
5 Ich empfinde meinen Körper als mir zugehörig und vertraut.	<input type="radio"/>					
6 Ich habe große Hemmungen, Menschen anzusprechen und Kontakt mit ihnen aufzunehmen.	<input type="radio"/>					
7 Ich bin einfallsreich und voller Phantasie.	<input type="radio"/>					
8 Ich empfinde meine Umwelt als vertraut und freundlich.	<input type="radio"/>					
9 Ich fühle mich kraftlos und erschöpft.	<input type="radio"/>					
10 Meine Gedanken und Empfindungen sind flach; alles ist mir gleichgültig.	<input type="radio"/>					
11 Mein Denken ist mühsam und zäh.	<input type="radio"/>					
12 Mein Gefühl und Verhalten ist den Anlässen nicht angemessen. Über Kleinigkeiten rege ich mich auf; wichtige Ereignisse berühren mich kaum.	<input type="radio"/>					
13 Der Kontakt zu Menschen in meiner Umgebung fällt mir leicht.	<input type="radio"/>					
14 Ich empfinde meine Umwelt als verändert, fremd und bedrohlich.	<input type="radio"/>					
15 Ich kann mich gut abgrenzen gegenüber anderen Menschen.	<input type="radio"/>					
16 Meinen Körper empfinde ich als Last.	<input type="radio"/>					
17 Meine Gedanken sind sprunghaft und ungerichtet; ein geordnetes Denken fällt mir schwer.	<input type="radio"/>					
18 Was um mich herum geschieht, interessiert mich und ist mir wichtig.	<input type="radio"/>					
19 Mein Gefühl und Verhalten ist den Anlässen angemessen.	<input type="radio"/>					
20 Ich habe große Zuversicht; alles wird gut.	<input type="radio"/>					

SK (gelb): ____ PW (schwarz): ____ MF (blau): ____ ER (grün): ____ SI (rot): ____ Gesamt: ____

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. 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?						
Völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig 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.

Bitte nicht ausfüllen:
Probandennummer: <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

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

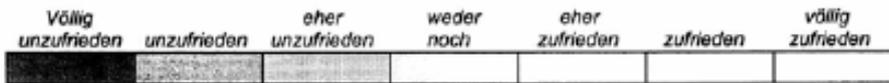
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im allgemeinen beschreiben?						
<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>eher gut</i>	<i>weder gut noch schlecht</i>	<i>eher schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Waren Sie in den letzten 4 Wochen bei anstrengenden Tätigkeiten (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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

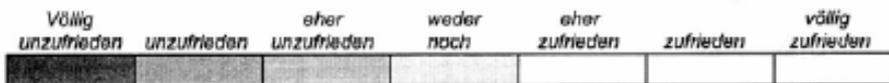
1. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen voller Schwung?						
<i>immer</i>	<i>häufig</i>	<i>eher häufig</i>	<i>manchmal</i>	<i>eher selten</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konnten Sie in den letzten 4 Wochen so schlafen, daß Sie sich frisch und ausgeruht fühlten?						
<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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

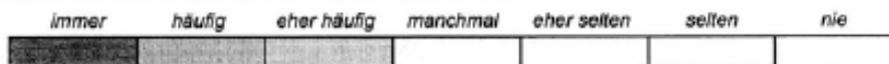
1. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit der Anerkennung Ihrer Leistungen?



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



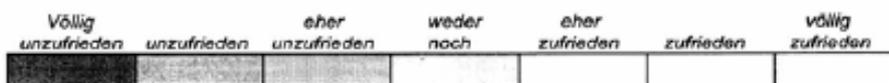
3. Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen einsam?



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



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



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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>
2. Waren Sie in den letzten 4 Wochen ängstlich, besorgt oder aufgeregt?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie
<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>
4. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen überempfindlich und leicht verletzbar?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie
<input type="checkbox"/>
5. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen sehr nervös?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie
<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>
2. Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen im allgemeinen gefühlt?
immer häufig eher manchmal eher häufig immer gut gut gut gut/ schlecht schlecht schlecht manchmal schlecht
<input type="checkbox"/>
3. Wie oft erschien Ihnen in den letzten 4 Wochen Ihre Zukunft hoffnungslos?
immer häufig eher häufig manchmal eher selten selten nie
<input type="checkbox"/>
4. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit Ihrem Leben insgesamt?
Völlig eher weder eher völlig unzufrieden unzufrieden unzufrieden noch zufrieden zufrieden zufrieden
<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

9 Literaturverzeichnis

- AMADOR, X. F., DAVID A 1998. Insight in psychosis. *Oxford University Press, New York*.
- AMADOR, X. F. & GORMAN, J. M. 1998. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*, 21, 27-42.
- AMADOR, X. F., STRAUSS, D. H., YALE, S. A., FLAUM, M. M., ENDICOTT, J. & GORMAN, J. M. 1993. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150, 873-9.
- AMADOR, X. F., STRAUSS, D. H., YALE, S. A. & GORMAN, J. M. 1991. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17, 113-32.
- ANDREASEN, N. C. 1982. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 784-8.
- ANDREASEN, N. C., CARPENTER, W. T., JR., KANE, J. M., LASSER, R. A., MARDER, S. R. & WEINBERGER, D. R. 2005. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 162, 441-9.
- ASSOCIATION, A. P. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition - Text Revisions (DSM 5 - TR). *In: ASSOCIATION, A. P. (ed.)*. Washington DC.
- ATKINSON, M., ZIBIN, S. & CHUANG, H. 1997. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry*, 154, 99-105.
- AWAD, A. G. 1993. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 19, 609-18.
- AWAD, A. G., HOGAN, T. P., VORUGANTI, L. N. & HESLEGRAVE, R. J. 1995. Patients' subjective experiences on antipsychotic medications: implications for outcome and quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 10 Suppl 3, 123-32.
- BARBUI, C., KIKKERT, M., MAZZI, M. A., BECKER, T., BINDMAN, J., SCHENE, A., NOSE, M., HELM, H., THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. 2009. Comparison of patient and clinician perspectives in the assessment of antipsychotic medication adherence. *Psychopathology*, 42, 311-7.
- BECKER, M. 1998. A US experience: consumer responsive quality of life measurement. *Can J Commun Ment Health*, 41-52, 45-58.

- BELL, M., BRYSON, G., GREIG, T., CORCORAN, C. & WEXLER, B. E. 2001. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 763-8.
- BELL, M. D., LYSAKER, P. H., BEAM-GOULET, J. L., MILSTEIN, R. M. & LINDENMAYER, J. P. 1994. Five-component model of schizophrenia: assessing the factorial invariance of the positive and negative syndrome scale. *Psychiatry Res*, 52, 295-303.
- BERRIOS, G. E., GILI M 1995. *The disorders of the will: A conceptual history.*, History of psychiatry.
- BIRCHWOOD, M., MEADEN, A., TROWER, P., GILBERT, P. & PLAISTOW, J. 2000. The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med*, 30, 337-44.
- 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 Psychiatr Scand*, 89, 62-7.
- BLEULER, E. 1911. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien.*, Leipzig-Wien, Deuticke.
- BOCK, T. 2003. *Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten.*, Bonn, Psychiatrieverlag.
- BOITZ, K., ANGERMEYER, M. C. 1999. "Lieber dick und geistig da..." Patienten beurteilen Clozapin. *Psychiatrische Praxis*.
- BOTTLENDER, R. & HLOUCAL, T. M. 2010. [Insight into illness: an overview of the concept focusing on schizophrenia]. *Psychiatr Prax*, 37, 59-67.
- BRIAND, C., VASILADIS, H. M., LESAGE, A., LALONDE, P., STIP, E., NICOLE, L., REINHARZ, D., PROUTEAU, A., HAMEL, V. & VILLENEUVE, K. 2006. Including integrated psychological treatment as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: clinical outcomes. *J Nerv Ment Dis*, 194, 463-70.
- BROWNE, S., GARAVAN, J., GERVIN, M., ROE, M., LARKIN, C. & O'CALLAGHAN, E. 1998. Quality of life in schizophrenia: insight and subjective response to neuroleptics. *J Nerv Ment Dis*, 186, 74-8.
- BROWNE, S., ROE, M., LANE, A., GERVIN, M., MORRIS, M., KINSELLA, A., LARKIN, C. & CALLAGHAN, E. O. 1996. Quality of life in schizophrenia:

- relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*, 94, 118-24.
- BUCHY, L., BODNAR, M., MALLA, A., JOOBER, R. & LEPAGE, M. 2010. A 12-month outcome study of insight and symptom change in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 4, 79-88.
- BULLINGER, M. 2000. Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: Eco Med.
- CARPINIELLO, B., LAI, G. L., PARIANTE, C. M., CARTA, M. G. & RUDAS, N. 1997. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 96, 235-41.
- CARROLL, A., FATTAH, S., CLYDE, Z., COFFEY, I., OWENS, D. G. & JOHNSTONE, E. C. 1999. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*, 35, 247-53.
- CIOMPI, L. 1984. [Model concepts of the interaction of biological and psychosocial factors in schizophrenia]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 52, 200-6.
- CLARKE, G. N., HERINCKX, H. A., KINNEY, R. F., PAULSON, R. I., CUTLER, D. L., LEWIS, K. & OXMAN, E. 2000. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Ment Health Serv Res*, 2, 155-64.
- CORRING, D. J. & COOK, J. V. 2007. Use of qualitative methods to explore the quality-of-life construct from a consumer perspective. *Psychiatr Serv*, 58, 240-4.
- DAVID, A. S. 1990. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156, 798-808.
- DE HAAN, L., LAVALAYE, J., LINSZEN, D., DINGEMANS, P. M. & BOOIJ, J. 2000. Subjective experience and striatal dopamine D(2) receptor occupancy in patients with schizophrenia stabilized by olanzapine or risperidone. *Am J Psychiatry*, 157, 1019-20.
- DICKERSON, F. B., BORONOW, J. J., RINGEL, N. & PARENTE, F. 1997. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 48, 195-9.

- DICKERSON, F. B., RINGEL, N. B. & PARENTE, F. 1998. Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 124-7.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. 2009. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation WHO. Bern: von Huber.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. 2004. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- DONDÉ, C., SENN, M., ECHE, J., KALLEL, L., SAOUD, M., BRUNELIN, J. 2019. Well-informed but not aware: The P.A.C.T.® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness. *Asian Journal of Psychiatry*, Volume 46, December 2019, Pages 15-18.
- DOYLE, M., FLANAGAN, S., BROWNE, S., CLARKE, M., LYDON, D., LARKIN, C. & O'CALLAGHAN, E. 1999. Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatr Scand*, 99, 466-72.
- DRAKE, R. J., PICKLES, A., BENTALL, R. P., KINDERMAN, P., HADDOCK, G., TARRIER, N. & LEWIS, S. W. 2004. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med*, 34, 285-92.
- FABREGA, H., JR. 1991. Psychiatric stigma in non-Western societies. *Compr Psychiatry*, 32, 534-51.
- FLICK, U., VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. 2005. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hamburg, Rowohlt.
- GILLEEN, J. & DAVID, A. S. 2005. The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychol Med*, 35, 5-12.
- GOLDBERG, R. W., GREEN-PADEN, L. D., LEHMAN, A. F. & GOLD, J. M. 2001. Correlates of insight in serious mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 189, 137-45.
- GREEN, C. A., POLEN, M. R., JANOFF, S. L., CASTLETON, D. K., WISDOM, J. P., VUCKOVIC, N., PERRIN, N. A., PAULSON, R. I. & OKEN, S. L. 2008. Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr Rehabil J*, 32, 9-22.

- GREENFELD, D., STRAUSS, J. S., BOWERS, M. B. & MANDELKERN, M. 1989. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull*, 15, 245-52.
- HAFNER, H., LOFFLER, W., RIECHER-ROSSLER, A. & HAFNER-RANABAUER, W. 2001. [Schizophrenia and delusions in middle aged and elderly patients. Epidemiology and etiological hypothesis]. *Nervenarzt*, 72, 347-57.
- HAFNER, H., MAURER, K., LOFFLER, W. & RIECHER-ROSSLER, A. 1993. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 162, 80-6.
- HAMANN. 2008. *Mangelnde Krankheitseinsicht und Compliance in Korrelation zu biographischen und krankheitsbezogenen Daten*. München.
- HANSSON, L., MIDDELBOE, T., MERINDER, L., BJARNASON, O., BENGTSSON-TOPS, A., NILSSON, L., SANDLUND, M., SOURANDER, A., SORGAARD, K. W. & VINDING, H. 1999. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *Int J Soc Psychiatry*, 45, 247-58.
- HARE, E. H., PRICE, J. S. & SLATER, E. 1972. Schizophrenia and season of birth. *Br J Psychiatry*, 120, 124-5.
- HASSON-OHAYON, I., KRAVETZ, S., MEIR, T. & ROZENCWAIG, S. 2009. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res*, 167, 231-8.
- HASSON-OHAYON, I., KRAVETZ, S., ROE, D., DAVID, A. S. & WEISER, M. 2006. Insight into psychosis and quality of life. *Compr Psychiatry*, 47, 265-9.
- HEINZE, M., TAYLOR, R. E., PRIEBE, S. & THORNICROFT, G. 1997. The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 292-7.
- HENRY, C. & GHAEMI, S. N. 2004. Insight in psychosis: a systematic review of treatment interventions. *Psychopathology*, 37, 194-9.
- HO, B. C., NOPOULOS, P., FLAUM, M., ARNDT, S. & ANDREASEN, N. C. 1998. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry*, 155, 1196-201.
- HUPPERT, J. D. & SMITH, T. E. 2005. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr*, 10, 721-31.

- 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, 522-8.
- JOVANOVSKI, D., ZAKZANIS, K. K., ATIA, M., CAMPBELL, Z. & YOUNG, D. A. 2007. A comparison between a researcher-rated and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia revisited: a replication study using the SUMD and SAIQ. *J Nerv Ment Dis*, 195, 165-9.
- KAISER, W., PRIEBE, S., HOFFMANN, K. & ISERMANN, M. 1996. [Subjective quality of life of patients with chronic schizophrenia]. *Nervenarzt*, 67, 572-82.
- KAROW, A., LIPP, M., SCHWEIGERT, E., SENGUTTA, M., WILTFANG, G., WITTMANN, L., LAMBERT, M., BINDT, C., GALLINAT, J. & SCHULTE-MARKWORT, M. 2018. [Interdisciplinary Inpatient Treatment for Adolescents and Young Adults (16 - 25 Years) with Mental Illness in Adolescent Psychiatry]. *Psychiatr Prax*, 45, 248-255.
- KAROW, A., MORITZ, S., LAMBERT, M., SCHODER, S. & KRAUSZ, M. 2005. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology*, 38, 320-6.
- KAROW, A., MORITZ, S., LAMBERT, M. & NABER, D. 1999. *Lebensqualität bei schizophrenen Patienten unter der Behandlung mit atypischen Neuroleptika*.
- KAROW, A. & NABER, D. 2002. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology (Berl)*, 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 Fortschr Med*, 147, 44-5.
- KAROW, A., NABER, D., LAMBERT, M. & MORITZ, S. 2012. Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *Eur Psychiatry*, 27, 426-31.
- KAROW, A. & PAJONK, F. G. 2006. Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 637-41.
- KAROW, A., PAJONK, F. G., REIMER, J., HIRDES, F., OSTERWALD, C., NABER, D. & MORITZ, S. 2008a. The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258, 152-9.

- KAROW, A., SCHAFFER, I., HIRDES, F., OSTERWALD, C. & NABER, D. 2008b. [Subjective view of positive symptoms and quality of life in patients with schizophrenia]. *Psychiatr Prax*, 35, 286-93.
- KAROW, A. N., D. 2000. Psychiatrie. In: RAVENS-SIEBERER, U. C., A. (EDS.) (ed.) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: Eco Med.
- KAY, S. R., FISZBEIN, A. & OPLER, L. A. 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13, 261-76.
- KAY, S. R., OPLER, L. A. & LINDENMAYER, J. P. 1989. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry Suppl*, 59-67.
- KESHAVAN, M. S., RABINOWITZ, J., DESMEDT, G., HARVEY, P. D. & SCHOOLER, N. 2004. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 70, 187-94.
- KIKKERT, M. J., SCHENE, A. H., KOETER, M. W., ROBSON, D., BORN, A., HELM, H., NOSE, M., GOSS, C., THORNICROFT, G. & GRAY, R. J. 2006. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull*, 32, 786-94.
- KILIAN, R., LINDENBACH, I., LOBIG, U., UHLE, M., PETSCHLEIT, A. & ANGERMEYER, M. C. 2003. Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Social Science & Medicine*, 57, 1127-42.
- KIM, C. H., JAYATHILAKE, K. & MELTZER, H. Y. 2003. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res*, 60, 71-80.
- KIRMAYER, L. J. 1989. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med*, 29, 327-39.
- KOIVUMAA-HONKANEN, H. T., HONKANEN, R., ANTIKAINEN, R., HINTIKKA, J. & VIINAMAKI, H. 1999. Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 99, 377-84.
- KOKKEVI, A. & STEFANIS, C. 1995. Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*, 36, 329-37.

- KÖNIG, H.-H. F., S. 2006. Gesundheitsökonomie psychischer Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49, 46-56.
- KRAEPELIN, E. 1893. *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte.*, Leipzig, Ambr. Abel (Arthur Meiner).
- KUNIKATA, H. & MINO, Y. 2003. [Quality of life and schizophrenia. A review of the literature]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 50, 377-88.
- KUNIKATA, H., MINO, Y. & NAKAJIMA, K. 2005. Quality of life of schizophrenic patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59, 163-9.
- LALLY, S. J. 1989. "Does being in here mean there is something wrong with me"? *Schizophr Bull*, 15, 253-65.
- LAMBERT, M., DE MARINIS, T., PFEIL, J., NABER, D. & SCHREINER, A. 2010a. Establishing remission and good clinical functioning in schizophrenia: predictors of best outcome with long-term risperidone long-acting injectable treatment. *Eur Psychiatry*, 25, 220-9.
- LAMBERT, M., KAROW, A., LEUCHT, S., SCHIMMELMANN, B. G. & NABER, D. 2010b. Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues Clin Neurosci*, 12, 393-407.
- LAMBERT, M., MORITZ, S. & NABER, D. 2004. *Pharmakotherapie der Schizophrenie.*, Stuttgart, Thieme.
- LAMBERT, M. & NABER, D. 2004. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18 Suppl 2, 5-17; discussion 41-3.
- LASALVIA, A., RUGGERI, M. & SANTOLINI, N. 2002. Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Outcome Project 6. *Psychother Psychosom*, 71, 275-84.
- LEVENTHAL, H., PHILLIPS, L. A. & BURNS, E. 2016. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*, 39, 935-946.
- LIEBERMAN, J. A., KOREEN, A. R., CHAKOS, M., SHEITMAN, B., WOERNER, M., ALVIR, J. M. & BILDER, R. 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. M. & KLEINMAN, A. M. 1988. Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophr Bull*, 14, 555-67.
- LYSAKER, P. H., BELL, M. D., BRYSON, G. J. & KAPLAN, E. 1998. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 186, 432-6.
- LYSAKER, P. H., BRYSON, G. J. & BELL, M. D. 2002. Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190, 142-6.
- LYSAKER, P. H. & SALYERS, M. P. 2007. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand*, 116, 290-8.
- MAYER-GROSS, W. 1959. Model psychoses, their history, relevancy and limitations. *Am J Psychiatry*, 115, 673-82.
- MAYRING, P. 2002. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*, Beltz.
- MCEVOY, J. P., FRETER, S., EVERETT, G., GELLER, J. L., APPELBAUM, P., APPERSON, L. J. & ROTH, L. 1989. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis*, 177, 48-51.
- MCGLASHAN, T. H. & CARPENTER, W. T., JR. 1976. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 33, 231-9.
- MCGLASHAN, T. H., LEVY, S. T. & CARPENTER, W. T., JR. 1975. Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 32, 1269-72.
- MCGLYNN, S. M. & SCHACTER, D. L. 1989. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J Clin Exp Neuropsychol*, 11, 143-205.
- MCLELLAN, A. T., O'BRIEN, C. P., KRON, R., ALTERMAN, A. I. & DRULEY, K. A. 1980. Matching substance abuse patients to appropriate treatments: a conceptual and methodological approach. *Drug Alcohol Depend*, 5, 189-95.
- MILLER, L. J., O'CONNOR, E. & DIPASQUALE, T. 1993. Patients' attitudes toward hallucinations. *Am J Psychiatry*, 150, 584-8.
- MINTZ, A. R., ADDINGTON, J. & ADDINGTON, D. 2004. Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr Res*, 67, 213-7.
- MÖLLER, H.-J. 2015. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, s.l., Georg Thieme Verlag KG.

- MORITZ, S., KRAUSZ, M., GOTTWALZ, E., LAMBERT, M., PERRO, C., GANZER, S. & NABER, D. 2000. Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first-episode schizophrenics. *Psychopathology*, 33, 48-51.
- NABER, D. 1995. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacol*, 10, 133-8.
- NABER, D. 2000. *Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten*, Bremen, Uni-med.
- NABER, D., LAMBERT, M. & KAROW, A. 2004. [Subjective well-being under antipsychotic treatment and its meaning for compliance and course of disease]. *Psychiatr Prax*, 31 Suppl 2, S230-2.
- NABER, D., MORITZ, S. & LAMBERT, M. 2001. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research*, 50, 79-88.
- NAKANO, H., TERAOKA, T., IWATA, N., HASAKO, R. & NAKAMURA, J. 2004. Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*, 127, 65-72.
- NAYANI, T. H. & DAVID, A. S. 1996. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med*, 26, 177-89.
- NUECHTERLEIN, K. H. & DAWSON, M. E. 1984. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*, 10, 300-12.
- OPOKA, S. M. & LINCOLN, T. M. 2017. The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Psychiatr Clin North Am*, 40, 641-659.
- OSTERWALD, C. 2012. Selbst- und fremdberichtete Krankheitseinsicht, Symptomatik und Lebensqualität bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis.
- PACKER, S., HUSTED, J., COHEN, S. & TOMLINSON, G. 1997. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*, 22, 231-4.
- PATEL, M. X., DE ZOYSA, N., BERNADT, M. & DAVID, A. S. 2008. A cross-sectional study of patients' perspectives on adherence to antipsychotic medication: depot versus oral. *J Clin Psychiatry*, 69, 1548-56.

- PERRO, C. 2004. Diagnostik und Differenzialdiagnose der Schizophrenie. In: NABER, D. L., M. (EDS.) (ed.) *Schizophrenie*. Stuttgart: Thieme.
- PEUSKENS, J. & GORWOOD, P. 2012. How are we assessing functioning in schizophrenia? A need for a consensus approach. *Eur Psychiatry*, 27, 391-5.
- PIA, L. & TAMIETTO, M. 2006. Unawareness in schizophrenia: neuropsychological and neuroanatomical findings. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60, 531-7.
- PRIEBE, S., KAISER, W. & HUXLEY, P. 1996. [Quality of life as a planning and evaluation criterion in psychiatric management]. *Gesundheitswesen*, 58, 86-90.
- PUKROP, R., MOLLER, H. J., SASS, H., SAUER, H., KLOSTERKOTTER, J., CZERNIK, A., KRAUSZ, M., STIEGLITZ, R. D., LAMBERT, M., MATTHIES, H., SCHAUB, A., WOSCHNIK, M., WULFINGHOFF, F. & STEINMEYER, E. M. 1999. [Quality of life. Construct validation and the development of a modular system]. *Nervenarzt*, 70, 41-53.
- RESCH, F. & STROBL, R. 1989. [Suicide in schizophrenic patients]. *Psychiatr Prax*, 16, 136-40.
- RITSNER, M., FARKAS, H. & GIBEL, A. 2003. Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 191, 668-74.
- RITSNER, M., MODAI, I., ENDICOTT, J., RIVKIN, O., NECHAMKIN, Y., BARAK, P., GOLDIN, V. & PONIZOVSKY, A. 2000. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry*, 61, 880-9; quiz 890.
- RITSNER, M., MODAI, I. & PONIZOVSKY, A. 2002a. Assessing psychological distress in psychiatric patients: validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Compr Psychiatry*, 43, 229-34.
- RITSNER, M., PONIZOVSKY, A., ENDICOTT, J., NECHAMKIN, Y., RAUCHVERGER, B., SILVER, H. & MODAI, I. 2002b. The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *Eur Neuropsychopharmacol*, 12, 31-8.
- RITSNER, M. S. & BLUMENKRANTZ, H. 2007. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Res*, 149, 59-69.

- RITSNER, M. S., MAR, M., ARBITMAN, M. & GRINSHPOON, A. 2013. Symptom severity scale of the DSM5 for schizophrenia, and other psychotic disorders: diagnostic validity and clinical feasibility. *Psychiatry Res*, 208, 1-8.
- ROMME, M. A. & ESCHER, A. D. 1989. Hearing voices. *Schizophr Bull*, 15, 209-16.
- SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A., ERNBERG, G., ANKER, M., COOPER, J. E. & DAY, R. 1986. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med*, 16, 909-28.
- SCHAEFER, H. 1990. "Lebensqualität" als Leitmaß der Gesundheitspolitik. *Medizinische Forschung*, 2, 283-293.
- SCHARFETTER, C. 1995. *Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze*, Weinheim, Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- SCHARFETTER, C. 2002. *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.*, Stuttgart, New York, Thieme Verlag.
- SCHARFETTER, C. 2010. *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung.*, Stuttgart, Thieme Verlag.
- SCHNEIDER, K. 1957. *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart, Thieme Verlag.
- SCHWARTZ, R. C. 1998. Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 39, 249-54.
- SCHWARTZ, R. C., COHEN, B. N. & GRUBAUGH, A. 1997. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry*, 38, 283-8.
- SCHWARTZ, R. C. & PETERSEN, S. 1999. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187, 376-8.
- SCHWARTZ, R. C., SKAGGS, J. L. & PETERSEN, S. 2000. Critique of recent empirical research on insight and symptomatology in schizophrenia. *Psychol Rep*, 86, 471-4.
- SCHWARTZ, R. C. & SMITH, S. D. 2004. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res*, 38, 185-91.
- STARING, A. B., VAN DER GAAG, M., VAN DEN BERGE, M., DUIVENVOORDEN, H. J. & MULDER, C. L. 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, 363-9.
- STENGEL, E. 1959. Classification of mental disorders. *Bull World Health Organ*, 21, 601-63.
- STURMAN, E. D. & SPROULE, B. A. 2003. Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *J Affect Disord*, 77, 21-30.
- SUBOTNIK, K. L., NUECHTERLEIN, K. H., IRZHEVSKY, V., KITCHEN, C. M., WOO, S. M. & MINTZ, J. 2005. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res*, 75, 147-57.
- TIRYAKI, A., KARAHAN, A., ARSLAN, F. C. 2018. The Relationship of Insight with Psychopathology and Neuropsychological Functioning in Patients with Schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg.* 2018 Spring, 29(1):22-30.
- TOLLEFSON, G. D. & SANGER, T. M. 1997. Negative symptoms: a path analytic approach to a double-blind, placebo- and haloperidol-controlled clinical trial with olanzapine. *Am J Psychiatry*, 154, 466-74.
- TURKINGTON, D., KINGDON, D. & TURNER, T. 2002. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 180, 523-7.
- VAN PUTTEN, T. 1978. Drug refusal in schizophrenia: causes and prescribing hints. *Hosp Community Psychiatry*, 29, 110-2.
- VENTEGODT, S., KANDEL, I. & MERRICK, J. 2007. Clinical holistic medicine (mindful short-term psychodynamic psychotherapy complimented with bodywork) in the treatment of schizophrenia (ICD10-F20/DSM-IV Code 295) and other psychotic mental diseases. *ScientificWorldJournal*, 7, 1987-2008.
- VORUGANTI, L., HESLEGRAVE, R., AWAD, A. G. & SEEMAN, M. V. 1998. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med*, 28, 165-72.
- WALDORF. 2009. *Krankheitseinsicht, dynamisch getestete Exekutivfunktionen und defensive Bewältigung bei Schizophrenie*. Osnabrück.
- WCIORKA, J. 1988. A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes towards their illness. *Psychopathology*, 21, 259-66.

- WEIDEN, P. J., MANN, J. J., DIXON, L., HAAS, G., DECHILLO, N. & FRANCES, A. J. 1989. Is neuroleptic dysphoria a healthy response? *Compr Psychiatry*, 30, 546-52.
- WEINER, S. K. 2003. First person account: living with the delusions and effects of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 29, 877-9.
- WHO 1996. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, scoring and generic version of the assessment-Field Trial Version, December 1996. *Programme on mental health*. Geneva: WHO.
- YAGDIRAN, O. H., C. 2004. *Symptomatik und Subtypen der Schizophrenie.*, Stuttgart, Thieme Verlag.
- YOUNG, D. A., DAVILA, R. & SCHER, H. 1993. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res*, 10, 117-24.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. 1977. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 86, 103-26.

10 Danksagung

Für die Unterstützung bei dieser Arbeit bedanke ich mich ganz herzlich bei ...

- meiner Doktormutter Prof. Dr. Anne Karow für die versierte, geduldige und herzliche wissenschaftliche Betreuung und Hilfestellung.
- meinem Partner Florian Ellerkamp für seine Geduld und die große Unterstützung beim Korrekturlesen und Formatieren.
- allen Patienten für die Teilnahme, interessante Gespräche und Einblicke in teilweise sehr private Bereiche ihres Lebens.
- Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers und Sarang Thakkar für die Überzeugung, meine Dissertation nicht ruhen zu lassen.
- Dr. Florian Hirdes und Dr. Claudia Osterwald für die gemeinsame Arbeit an dieser Studie.
- Dietmar Golks für die Einarbeitung und tatkräftige Unterstützung.
- allen aus dem Stationsteam der damaligen Station PS2 des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.
- meinen Freunden und Patienten, die mir immer Mut gemacht haben.

11 Lebenslauf

Der Lebenslauf entfällt in der Veröffentlichung aus datenschutzrechtlichen Gründen.

12 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Hamburg, 22.03.2021
Ort, Datum

Anna Rehwinkel
Unterschrift