

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Historischer Hintergrund

Emil Kraepelin (1896; 1854-1925) fasste erstmals die zahlreichen Beschreibungen schizophrener Verhaltensweisen verschiedener Autoren unter dem Begriff ‚Dementia praecox‘ (vorzeitige Verblödung) zusammen. Dadurch legte er die Schwerpunkte auf Störungen von Denkprozessen bis hin zum geistigen Verfall (Dementia) und auf deren im Vergleich zu anderen dementiellen Prozessen frühen Beginn (praecox). Der Dementia praecox stellte er die manisch-depressiven Störungen gegenüber, die sich vorrangig durch Melancholie und Manie auszeichneten, aber auch mit psychotischen Merkmalen auftreten könnten und heute unter dem Begriff der affektiven Störungen bzw. Psychosen geführt werden. Kraepelin nahm für die manisch-depressiven Erkrankungen einen episodischen und generell günstigen Verlauf an, hingegen für die Dementia praecox einen chronischen Verlauf mit ungünstiger Prognose. Neben verlaufsprognostischen berücksichtigte er auch phänomenologische Gesichtspunkte bei der Definition von drei Unterformen der Störung, der paranoiden, hebephrenen und katatonen Form, die auch heute noch die Definition von Subtypen der Schizophrenie prägen. Zusätzlich definierte er noch die ‚Dementia simplex‘, da sich die charakteristischen chronischen Symptome - Verstandesabnahme, Gemütsabstumpfung und Einbußen an Willensfestigkeit und Tatkraft - auch ohne katatone, hebephrene und paranoide Überlagerungen zeigen könnten.

Während Kraepelin (ebd.) die Dementia praecox vorrangig durch ihren Verlauf und Ausgang charakterisierte, bezog sich Eugen Bleuler (1857-1939) eher auf das psychopathologische Querschnittsbild, indem er den Begriff ‚Schizophrenie‘ (griech.: „schizein“ = spalten, „phren“ = Seele, Gemüt) 1908 zunächst in seinem Referat vor der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie und später in seinem 1911 erschienenen Buch ‚Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien‘ einführte. E. Bleuler differenzierte zwischen Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen der Schizophrenie und führte somit erstmals eine Hierarchie in der diagnostischen Bewertung von schizophrenen Symptomen ein. Zu den Grundsymptomen zählte er Assoziationsstörungen, Affektstörungen, Ambivalenz und Autismus, zu den akzessorischen Symptomen Halluzinationen, Wahnphänomene und katatone Symptome. In Anlehnung an Kraepelins Dementia simplex definierte E. Bleuler die ‚Schizophrenia simplex‘, bei welcher sich die schizophrene Symptomatik auf die Grundsymptome be-

schränken ließe (ebd.). Auch heute noch findet sich die Schizophrenia simplex in den diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der ‚Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F)‘ (WHO, 1993), unter der Diagnosenummer F20.6 wieder.

Die Bezeichnung *Dementia praecox* hielt E. Bleuler (1911) jedoch auch deshalb für entbehrlich, weil seiner Meinung nach weder eine Demenz im üblichen Sinne eintrat noch der frühe Beginn obligat war. Er schloss somit eine gute Prognose nicht aus und interessierte sich auch für den frühen Verlauf der Erkrankung. Kennzeichnend hierfür sah er einen schleichenden, uncharakteristischen Verlauf, der auch lebenslang auf einem subklinischen Niveau verbleiben könne, an, den er als ‚latente Schizophrenie‘ bezeichnete (ebd.; vgl. Kap. 2.6.1.1). Diese findet heute in der ICD-10 als ‚schizotype Störung‘ unter F21 und damit konzeptuell als Schizophrenie-Spektrum-Störung Beachtung (vgl. Kap. 2.3.1.2 und 2.6.1.2).

Aufbauend auf Kraepelins Symptomaufzählung und postuliertem chronischem Verlauf führte Kurt Schneider (1939; 1887-1967) eine alternative Einteilung zu E. Bleulers Grund- und akzessorischen Symptomen ein; ebenfalls mit unterschiedlicher Gewichtung von Symptomen. Zu den Symptomen ersten Ranges zählte er dialogisierende, imperative und kommentierende Stimmen, Ich-Störungen im Sinne von Gedankenlautwerden, -entzug, -eingung und -ausbreitung, leiblichen Beeinflussungserlebnissen und Willensbeeinflussung sowie Wahnwahrnehmung. Die Symptome zweiten Ranges beinhalten optische, olfaktorische, gustatorische und sonstige akustische Halluzinationen, Coenästhesien, Wahneinfall, einfache Eigenbeziehung, Ratlosigkeit, depressive und maniforme Verstimnungen sowie eine subjektiv empfundene Gefühlsarmut (ebd.).

Heute spielt die Unterscheidung zwischen Positiv- und Negativsymptomatik (Andreasen, 1982; Andreasen & Flaum, 1991) eine große, wenn auch nicht unbestrittene Rolle. Als ein Unterscheidungskriterium wird dabei die Ansprechbarkeit auf traditionelle Neuroleptika herangezogen, da vorwiegend die vor allem E. Bleulers akzessorischen Symptomen entsprechende Positivsymptomatik durch eine neuroleptische Behandlung reduziert werden kann.

2.2 Epidemiologie und Verlauf

2.2.1 Epidemiologie

Das Lebenszeitrisko an Schizophrenie zu erkranken liegt laut der ‚International Pilot Study of Schizophrenia‘ (IPSS; WHO, 1973) weltweit bei zugrunde liegender ICD-9-Definition (WHO, 1975) zwischen 0,5 und 1,72% und bei Verwendung der strikteren Definition nach CATEGO S+ (Wing, 1976) zwischen 0,26 und 0,54%. Zwischen 400.000 und 800.000 Bundesbürger erkranken schätzungsweise einmal in ihrem Leben (Klosterkötter, 1998a). Die jährliche Inzidenzrate beträgt international ca. 1,5 bis 4,2 von 100.000 (Jablensky et al., 1992). In der IPSS-Studie (WHO, 1973) ergab sich eine weltweite Inzidenzrate für Frauen von 5-14/100.000 und für Männer von 8-17/100.000. Beide Geschlechter erkrankten hiernach also in etwa gleich häufig an Schizophrenie.

In einer neueren Untersuchung aus Finnland (Perälä et al., 2007) an 8028 Personen, die älter als 30 Jahre alt waren, ergaben sich Lebenszeitprävalenzraten von 0,87% für die Schizophrenie, 0,32% für eine schizoaffective Störung, 0,07% für eine schizophreniforme Störung, 0,18% für die wahnhafte Störung, 0,05% für eine kurze psychotische Störung und 0,45% für die psychotische Störung nicht näher bezeichnet (nnb) nach DSM-IV (APA, 1994). Hierin wurden keine Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzraten von Schizophrenien wohl aber von schizoaffectiven Störungen mit einer höheren Häufigkeit bei Frauen gefunden. Neuere epidemiologische Studien sprechen hingegen durchaus für ein höheres Erkrankungsrisiko vor allem für Schizophrenie von Männern im Vergleich zu Frauen etwa im Verhältnis 2:1 (Kirkbride et al., 2006; Scully et al., 2002; Thorup, Waltoft, Pedersen, Mortensen & Nordentoft, 2007).

Studien zur diagnostischen Stabilität bei Patienten mit der ersten Episode einer Psychose (Amin et al., 1999; Bromet, Havenaar, Gluzman & Tintle, 2005; Schimmelmann, Conus, Edwards, McGorry & Lambert, 2005; Schwartz et al., 2000; Veen et al., 2004) zeigten, dass die Schizophrenie mit durchschnittlichen Raten von 92% die stabilste Diagnose ist, während die Raten für andere psychotische Störungen bei ca. 30% liegen. Die schizophreniforme Störung scheint dabei weniger stabil zu sein. Addington, Chaves und Addington (2006) untersuchten die diagnostische Stabilität über ein Jahr bei Patienten mit erster Episode einer psychotischen Störung, eingeschlossen die Schizophrenie, schizophreniforme Störung, schizoaffective Störung, wahnhafte Störung, kurzzeitige psychotische Störung, psychotische Störung nnb und die substanzinduzierte Psychose. Die Gesamtkonsistenz der Diagnosen lag bei 68% mit einem Anstieg auf 89%, wenn die schizophreniforme Störung ausgeschlossen wurde, deren prospektive Konsistenz nur bei 36% lag.

2.2.2 *Beginn und Verlauf*

In 58% der Fälle der IPSS-Studie (WHO, 1973) lag der Beginn der Erkrankung zwischen der Pubertät und dem 35. Lebensjahr. Im vierten Lebensjahrzehnt erkrankten etwa 25%, danach nur noch 14%. Frauen erkrankten ca. drei bis vier Jahre später als Männer. In der Mannheimer ‚A(ge)-B(eginning)-C(ourse)‘-Studie (Häfner, an der Heiden, Löffler, Maurer & Hambrecht, 1998; Häfner et al., 1990, 1995; Häfner, Maurer, Löffler & Riecher-Rössler, 1993; Maurer & Häfner, 1995) an 232 Patienten mit Schizophrenie ergab sich ein Prädispositionsalter für Männer zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr mit einem Gipfel zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Bei Frauen lag der Ersterkrankungsbeginn zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr mit einem ersten Gipfel um das 25. bis 30. Lebensjahr und einem zweiten im Klimakterium. Zudem konnte gezeigt werden, dass in 75% der Fälle der schizophrenen Erstepisode eine ca. fünfjährige Prodromalphase vorausging (vgl. Kap. 2.2.4). In einer konzeptuell ähnlichen retrospektiven Studie an 128 stationären Patienten mit der Erstepisode einer affektiven oder nicht-affektiven Psychose (88% Schizophrenie) konnte anhand eines erweiterten Symptomsatzes sogar bei 98% eine mindestens einmonatige Prodromalphase von durchschnittlich sechsjähriger Dauer nachgewiesen werden; 87% der Patienten schilderten hierbei auch das Auftreten von Symptomen, die heute Teil der verwandten Prodromkriterien sind (Schultze-Lutter, Ruhrmann, Berning, Maier & Klosterkötter, 2008; vgl. Kap. 2.5.4).

Nach den Ergebnissen großer europäischer Langzeitstudien (M. Bleuler, 1972; Ciompi 1980; Huber, Gross & Schüttler, 1979) kann der Langzeitverlauf der Schizophrenie im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen als eher ungünstig gesehen werden. In 35–40% der Fälle kommt es zu diesem ungünstigen Verlauf einhergehend mit chronisch psychischer und sozialer Behinderung. Diese Ergebnisse wurden unter anderem durch die Follow-Up-Längsschnittuntersuchungen der WHO (1973) und die Mannheimer Studie (an der Heiden et al., 1995, 1996) bestätigt. In letzterer zeigten ca. 60% der untersuchten Personen 14 Jahre nach Erstaufnahme soziale Defizite und weiterhin psychotische Symptome. Ein chronischer Verlauf zeigte sich bei etwa einem Drittel der Betroffenen. Das Suizidrisiko liegt in den ersten 10 Jahren nach Krankheitsausbruch bei 10% (ebd.).

Und auch die finanzielle Belastung durch die Schizophrenie ist erheblich. In Deutschland müssen jährlich mehrere Milliarden Euro für eine adäquate Behandlung und Versorgung bereitgestellt werden. Somit gehört die Schizophrenie zu den kostspieligsten Erkrankungen überhaupt (Hambrecht, 2003).

2.2.3 Verlaufsdeterminanten

Der Krankheitsverlauf der Schizophrenie wird laut einiger Verlaufsstudien von individuellen, alters- und geschlechtsspezifischen Bewältigungsstrategien, psychosozialen, neurohormonellen (an der Heiden et al. 1995, 1996; Mason, Harrison, Glazebrook, Medley & Croudace, 1996; Wiersma, Nienhuis, Giel, de Jong & Slooff, 1996) sowie behandlungsbezogenen Faktoren wie Neuroleptika, klinikinternes Milieu, ambulanter oder teilstationärer Betreuung und sozialer Über- und/oder Unterstimulation (Leff & Vaughn, 1985; Vaughn & Leff, 1976; Wing & Brown, 1970) beeinflusst. Neuere Studien verweisen jedoch auch auf die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP), die Phase vom ersten Auftreten von Positivsymptomatik bis hin zu ihrem Maximum bzw. ihrer ersten antipsychotischen Behandlung, als wichtige Einflussvariable auf den weiteren Erkrankungsverlauf. Diese wird in verschiedenen internationalen Studien mit durchschnittlich einem Jahr beziffert (Häfner et al., 1996; Köhn et al., 2004; Loebel et al., 1992; McGlashan, 1999). Es fanden sich in den unterschiedlichen Arbeiten zum Einfluss der DUP auf den Erkrankungsverlauf unter anderem Zusammenhänge zwischen der Dauer der unbehandelten Psychose und

- einer verzögerten und unvollständigen Remission der Symptomatik (Birchwood & Macmillan, 1993; Johnstone, Crow, Johnson & Macmillan, 1986; Loebel et al., 1992; McGorry, Edwards & Mihalopoulos, 1996),
- einer längeren stationärer Behandlungsbedürftigkeit und einem höheren Rückfallrisiko (Helgason, 1990),
- einer geringeren Compliance, einer höheren Belastung der Familie und einem erhöhten Expressed Emotion (EE)-Niveau (Brown & Birtwistle, 1998; Stirling et al., 1991, 1993),
- einem erhöhten Komorbiditäts- und Suizidrisiko (Addington & Addington, 1998; Addington, Addington, & Patten, 1998; Hambrecht & Häfner, 1996; Koreen et al., 1993; Strakowski, Keck, McElroy, Lonczak & West, 1995),
- einer größeren Belastung der Arbeits- und Ausbildungssituation (Johnstone, Macmillan, Frith, Benn & Crow, 1990; Larsen, McGlashan & Moe, 1996),
- einem schwächeren supportiven sozialen Netzwerk (Larsen, Johannessen & Opjordsmoen, 1998),
- erhöhtem Substanzmissbrauch und delinquentem Verhalten (Humphreys, Johnstone, Macmillan & Taylor, 1992),
- möglichen zerebralen pathophysiologischen Veränderungen (Lieberman, Kinon & Loebel, 1990; Wyatt, 1991) und
- höheren Behandlungs- und Folgekosten (Genduso & Haley, 1997; McGorry & Edwards, 1997; Williams & Dickson, 1995).

Auch in zwei neueren Metaanalysen zum Zusammenhang zwischen DUP und Verlauf (Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva & Lieberman, 2005) konnte bestätigt werden, dass sich der prognostische Verlauf der schizophrenen Störung umso ungünstiger gestaltet, je länger die DUP ist, wobei sich die DUP unabhängig vom prämorbidem Anpassungsniveau als ein Verlaufsprädiktor von mittlerer Effektstärke darstellte (Marshall et al., 2005; Abb. 1).

Problematisch beim Vergleich von Studien ist hierbei die genaue Definition der DUP vor allem hinsichtlich ihres Endpunktes, der Aufnahme der ersten adäquaten Behandlung. Diese wird uneinheitlich durch die erste ambulante antipsychotische Medikation oder die erste stationäre Aufnahme wegen einer Psychose definiert. So wurde bei Perkins und Mitarbeitern (2005), die 45 Studien in ihre Übersicht aufnahmen, der Beginn der Behandlung in 15 Studien definiert durch die stationäre Erstaufnahme wegen einer Psychose, in weiteren 14 Studien durch die erste neuroleptische Behandlung, in vier Studien durch beides und bei zwölf Studien überhaupt nicht genauer spezifiziert oder hiervon abweichend definiert, etwa durch den Erhebungszeitpunkt in der Studie. Bei den 26 von Marshall und Kollegen (2005) aufgenommenen Studien war der Endpunkt nur in dreien nicht oder abweichend spezifiziert, während ihn 13 durch die Ersthospitalisierung und 10 durch die Aufnahme der ersten neuroleptischen Behandlung bestimmten. Recht einheitlich durch den Beginn des ersten Positivsymptoms ist in Studien zur DUP hingegen die Definition des Anfangspunkt gekennzeichnet.

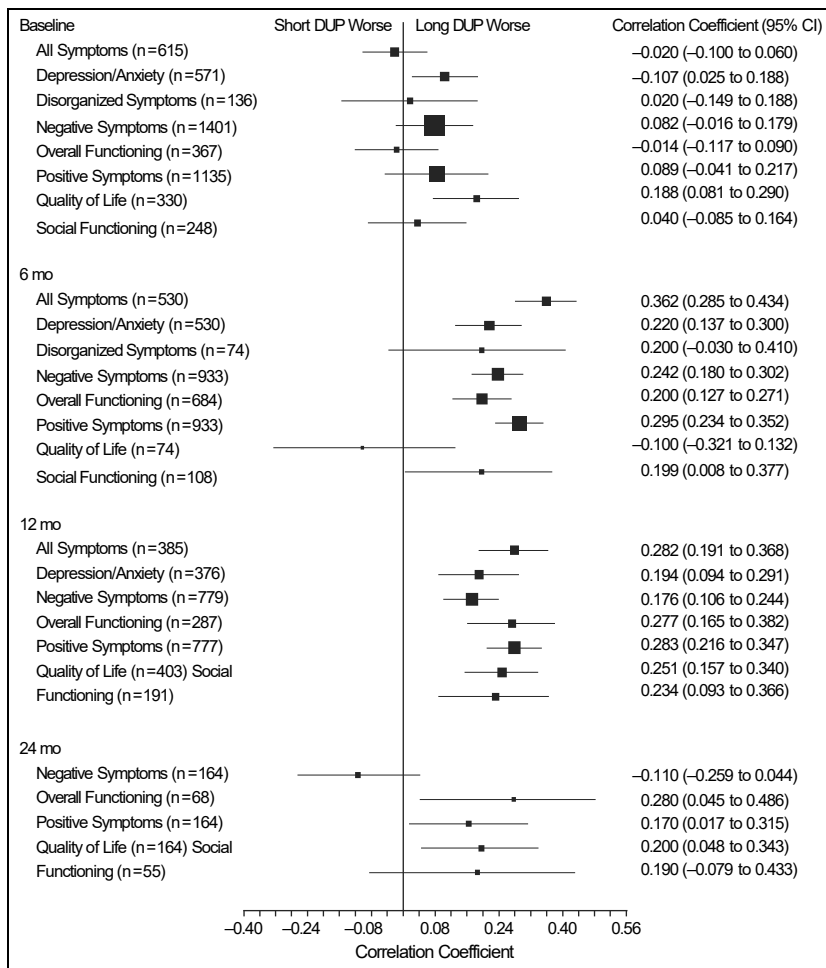


Abbildung 1: Zusammenfassung der Korrelation von Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) und negativem Krankheitsverlauf zum Erhebungszeitpunkt; 95% CI: 95%-Konfidenzintervall; Größe der Quadrate entspricht grob dem verfügbaren Stichprobenumfang (Marshall et al., 2005)

Trotz dieser Vielzahl von Befunden eines Zusammenhangs von DUP und Krankheitsverlauf muss die Möglichkeit einer Konfundierung durch Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf und/oder durch soziale, nicht direkt mit der Pathophysiologie von Schizophrenie zusammenhängenden Faktoren in Betracht gezogen

werden (Perkins et al., 2005). Ein Faktor, der hierbei vielfach als ein maßgeblicher diskutiert wurde, ist die prämorbidie Anpassung (Addington, van Mastrigt & Addington, 2004; Bottlender et al., 2003; Browne et al., 2000; Haas, Garrat & Sweeney, 1998; Harrigan, McGorry & Krstev, 2003; Ho, Andreasen, Flaum, Nopoulos, & Miller, 2000; Larsen, Moe, Vibe-Hansen & Johannessen, 2000; Loebel et al., 1992; Perkins et al., 2004; Verdoux et al., 2001), welche in der Metaanalyse von Marshall und Kollegen (2005) jedoch nicht in der Lage war, die gemeinsame Varianz von DUP und Krankheitsverlauf zu erklären, so dass der Zusammenhang von langer DUP und negativem Krankheitsverlauf weitgehend unabhängig von dem Niveau der prämorbidie Anpassung zu existieren scheint. Und auch andere Studien, die potentiell konfundierende Variablen berücksichtigten, kamen zumeist zu dem Schluss, dass die DUP eine unabhängige Determinante des Krankheitsverlaufs sei (Addington et al., 2004; Bottlender et al., 2003; Harrigan et al., 2003; Larsen et al., 2000; Loebel et al., 1992; Malla et al., 2002; Melle et al., 2004; Perkins et al., 2004; Wiersma, Nienhuis, Slooff & Giel, 1998).

Auch aufgrund dieser Befundlage unterstreichen einige Autoren, darunter Häfner und Mitarbeiter (1998), Klosterkötter (1998a), McGlashan und Johannessen (1996), McGorry, Yung und Phillips (2002), Schultze-Lutter (2004), Simon, Conus, Schneider, Theodoridou und Umbricht (2005), die Dringlichkeit einer möglichst frühen sekundären Prävention durch Intervention bereits in der Prodromalphase der Erkrankung. Klosterkötter (1998b, S. 367) zog folgenden Schluss: „Je früher die Behandlung einsetzt, um so günstiger gestaltet sich der Verlauf.“ Und auch laut WHO (2004) gilt die indizierte Prävention, die bei Personen mit bereits vorhandenen, wenn auch noch subschweligen Symptomen ansetzt, und die damit einhergehende Früherkennung von Psychosen als bestmögliche Strategie zur Reduktion von sowohl wirtschaftlichen Kosten, die im Zusammenhang mit der Krankheit stehen, als auch von Diskriminierung und Stigmatisierung der Kranken, da diese auch durch die weit verbreitete Auffassung, es gäbe keine effektive Behandlung dieser Störungen, mit verursacht seien.

Für eine solche Früherkennung und Frühintervention ist neben der DUP auch die Dauer der unbehandelten Erkrankung (DUI; engl.: „Duration of Untreated Illness“), welche den Zeitraum zwischen Beginn erster Prodromalsymptome bis zur adäquaten antipsychotischen Behandlung umfasst, von Bedeutung. Häfner, Maurer, Löffler und Nowotny (1996) fanden eine DUI von durchschnittlich 6,3 Jahren, Fuchs und Steinert (2002) von durchschnittlich fünf Jahren sowie Schultze-Lutter und Kollegen (2008) von durchschnittlich 8,2 Jahren. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Patienten, die eine längere Prodromalphase erlebten, insgesamt mehr Beschwerden, wie depressive Verstimmungen, Angst- und Zwangssymptome sowie Körperwahrnehmungsstörungen und auch eine deutlich längere DUP aufwiesen als Patienten mit einer kurzen Prodromalphase (Köhn et al., 2004).

2.2.4 Frühverlauf

Der Frühverlauf der Störung vor der Erstepisode bezeichnet den Zeitraum von den ersten Symptomen bis zum Maximum der ersten psychotischen Episode bzw. der Ersthospitalisierung. In der groß angelegten repräsentativen multizentrischen Mannheimer ABC-Studie (Häfner et al., 1990, 1993, 1995, 1998; Maurer & Häfner, 1995) konnten mit dem eigens entwickelten ‚Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia – IRAOS‘ (Häfner et al., 1990) Krankheitsbeginn und Frühverlauf retrospektiv bei 232 Patienten aus den Regionen Heidelberg, Mannheim, Rhein-Neckar-Kreis und östliche Pfalz mit einer schizophrenen Erstmanifestation nach Abklingen der produktiven Symptome erfasst werden.

Es stellte sich heraus, dass in etwa Dreiviertel der Fälle mit schizophrener Erstmanifestation eine initiale Prodromalphase von durchschnittlich fünf Jahren nachweisbar war, in der bereits erste unspezifische und negative Symptome auftraten. Der auf die Prodromalphase folgende Anstieg der positiven Symptomatik bis zum Maximum der Positivsymptomatik, betrug im Mittel weitere 1,1 Jahre, woraufhin die Ersthospitalisierung durchschnittlich zwei Monate später erfolgte (Abb.2).

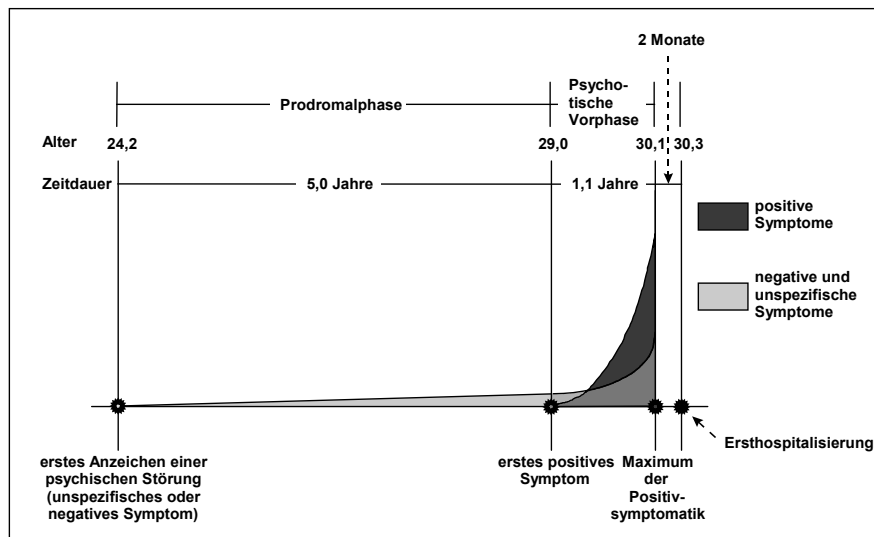


Abbildung 2: Frühphasen der Schizophrenie vom ersten Krankheitsanzeichen bis zur Ersthospitalisierung (modifiziert nach Häfner & Maurer, 1996)

Die 10 am häufigsten gefundenen ersten Anzeichen einer schizophrenen Erkrankung können weitgehend den Dimensionen depressiver und negativer Symptomatik zugeordnet werden (Tab.1). So kam es in 14-22% der Fälle zu Konzentrations- und subjektiven Denkstörungen, Antriebsverlust und Verlangsamung, vermindertem Selbstvertrauen und vermehrtem Sich-Sorgen sowie erhöhter Ängstlichkeit, depressiver Verstimmtheit und Unruhe. Dabei zeigten sich im Mittel zuerst die depressiven Symptome ca. 3 – 4,5 Jahre vor der Ersthospitalisation, die so genannten negativen Symptome traten etwa zwischen einem Jahr bis 3,5 Jahre vor der Erstaufnahme auf.

Die Prodromalphase begann in 77% der Fälle vor dem 30. Lebensjahr, wobei diese bei Männern drei bis vier Jahre früher einsetzte (Abb. 2). Zu Beginn der psychotischen Episode fanden sich vermehrt positive Symptome wie Beziehungs-, Verfolgungs-, Beeinflussungs- und Größenwahn sowie weitere Wahninhalte, psychotische Denkstörungen, akustische Halluzinationen, Gedankeneingebung, und Fremdbeeinflussungserleben. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass auch soziale Beeinträchtigungen von schizophrenen Patienten schon früh bestehen. Diese Defizite in verschiedenen sozialen Rollen traten erstmals bereits etwa durchschnittlich ein Jahr vor Auftreten des ersten positiven Symptoms zu Tage (Häfner et al., 1995).

Tabelle 1: Die zehn häufigsten frühesten Zeichen einer schizophrenen Erkrankung (unabhängig vom Verlauf) nach Patientenangaben beruhend auf geschlossenen Fragen, Mehrfachzählungen möglich (Häfner et al., 1995)

	Gesamt (n=232) %	Männer (n=108) %	Frauen (n=124) %
Unruhe	19	15	22
Depression	19	15	22
Angst	18	17	19
Denk- und Konzentrationsstörungen	16	19	14
Sorgen	15	9	20
Mangelndes Selbstvertrauen	13	10	15
Energieverlust, Verlangsamung	12	8	15
Verschlechterung des Arbeitsverhaltens	11	12	10
Sozialer Rückzug, Misstrauen	10	8	12
Sozialer Rückzug, Kommunikation	10	8	12

Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen in
frühen Phasen von Psychosen

Relevanz für die Früherkennung

Bockwyt, E.

2018, XI, 160 S. 13 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-19848-0