

Längsschnittstudie zur Versorgung und Entwicklung von Patienten mit schizophrener Erkrankung in Apulien/Italien

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
Dipl. Psych. Rüdiger Maximilian August Fuchs
aus Essen

**Tübingen
2008**

Tag der mündlichen Qualifikation:

09.07.2008

Dekan:

Prof. Dr. Michael Diehl

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Gerhard Längle

Inhaltsverzeichnis

A. Einführung

1. <u>Die Versorgung psychisch Kranker in Italien</u>	Seite 1
1.1. Die Entwicklung des italienischen Gesundheitssystems von 1978 bis 2006	Seite 1
1.1.1. Die psychiatrische Gesundheitsversorgung in Italien von 1978 bis 2006	Seite 6
1.2. Die psychiatrische Versorgung in der Region Apulien seit 1978	Seite 12
1.2.1. Die Region Apulien	Seite 12
1.2.2. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Apulien von 1985 bis 2006	Seite 13
1.2.3. Das Untersuchungsgebiet Martina Franca	Seite 16
2. <u>Krankheitsbild und Verlauf der Schizophrenen Erkrankung</u>	Seite 18
2.1. Krankheitsbegriff, klinisches Bild und Behandlung	Seite 18
2.2. Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf	Seite 18
2.3. Therapieansätze	Seite 20
2.3.1. Psychopharmakotherapie	Seite 21
2.3.2. Psychotherapie, Psychoedukation	Seite 21
2.3.3. Soziotherapie	Seite 22
3. <u>Bewältigungsformen an Schizophrenie erkrankter Menschen</u>	Seite 23
3.1. Konzepte der Copingforschung bei an Schizophrenie erkrankten Menschen	Seite 23
3.2. Das Konzept der Reaktionsformen und –hierarchien nach Thomae	Seite 27

B. Fragestellung und Methodik

1. <u>Fragestellungen</u>	Seite 31
1.1. Fragestellungen zur Entwicklung der Psychiatrischen Versorgung sowie ihrer Akzeptanz und Nutzung durch die befragten Patienten	Seite 31
1.2. Fragestellungen zum Verlauf der Schizophrenen Erkrankung sowie der sozialen Integration	Seite 32
1.3. Fragestellungen zu den Reaktionsformen der befragten Patienten auf ihre Lebens- und Krankheitsbewältigung zum Erstuntersuchungszeitpunkt	Seite 32
2. <u>Methodik</u>	Seite 33
2.1. Untersuchungsaufbau und Durchführung	Seite 34
2.2. Stichprobenauswahl	Seite 35
2.3. Messzeitpunkte	Seite 36
2.4. Datenquellen und Art der Datenerhebung	Seite 36
2.5. Erhebungsinstrumente	Seite 37
2.5.1. Standardisierte Erhebungsinstrumente z.B. LQoLP	Seite 38
2.5.2. Nichtstandardisierte Erhebungsinstrumente	Seite 40
2.5.3. Spezifisch entwickelte Erhebungsinstrumente	Seite 41
2.6. Statistische Methoden	Seite 44

C. Patientenstichproben

1. <u>Patientenstichproben</u>	Seite 45
1.1. Stichprobe der Erstuntersuchung	Seite 45
1.1.1. Soziodemografischen Variablen der Patientenstichprobe zum Erstuntersuchungszeitpunkt	Seite 47
1.1.2. Klinische und psychopathologische Variablen der Patientenstichprobe zum Erstuntersuchungszeitpunkt	Seite 49
1.1.3. Homogenität der stationären und territorialen Teilgruppen	Seite 50
1.2. Verfügbarkeit der Stichprobe bei der katamnestischen Untersuchung	
1.2.1. Repräsentativität der Katamnesestichprobe	Seite 50
1.2.2. Die Gruppe der Nichtteilnehmer	Seite 52

D. Ergebnisse

- | | |
|---|----------|
| 1. <u>Entwicklung der lokalen Psychiatrischen Versorgungsstrukturen und –prozesse im Katamnesezeitraum</u> | Seite 55 |
| 1.1. Die Entwicklung der Strukturen des territorialen psychiatrischen Dienstes in Martina Franca von 1985 bis 2006 | Seite 55 |
| 1.2. Die Entwicklung der Patientenzahlen und des therapeutischen Vorgehens im Katamnesezeitraum im territorialen psychiatrischen Dienstes von Martina Franca | Seite 58 |
| 1.3. Nutzungsgrad und Bewertung der Therapeutischen Interventionen aus Sicht der untersuchten Patienten | Seite 62 |
|
 | |
| 2. <u>Verlauf der Schizophrenen Erkrankung im Katamnesezeitraum</u> | Seite 64 |
| 2.1. Der Krankheitsverlauf | Seite 64 |
| 2.1.1. Klinische Verlaufsdaten | Seite 64 |
| 2.1.2. Gruppenvergleich Patienten und Nicht-Patienten zum Katamnesezeitpunkt | Seite 67 |
| 2.1.3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala) zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung und der Katamnese | Seite 68 |
| 2.1.4. Rehospitalisierungsraten, soziodemografische und klinische Daten | Seite 69 |
| 2.1.5. Behandlungscompliance, soziodemografische und klinische Daten | Seite 73 |
| 2.3. Die Entwicklung der sozialen Integration | Seite 75 |
| 2.4. Die Lebenszufriedenheit zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (LQoLP) | Seite 77 |
|
 | |
| 3. <u>Reaktionsformen der stationären und territorialen Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung</u> | Seite 79 |
| 3.1. Auftretenshäufigkeiten der Reaktionsformen in der stationären und ambulanten Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung | Seite 79 |
| 3.2. Intensitätsverteilung und Dominante Reaktionsformen in der stationären und ambulanten Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung | Seite 81 |
| 3.3. Zusammenhänge zwischen den zum Erstuntersuchungszeitpunkt aktualisierten Reaktionsformen und der Lebensqualität zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung | Seite 86 |

E. Diskussion

1. <u>Spezifische Charakteristik der Studie und Methodik</u>	Seite 89
2. <u>Patientenstichprobe: Repräsentativität und Selektionseffekte</u>	Seite 91
2.1. Repräsentativität der Gesamtstichprobe	Seite 91
2.2. Selektionseffekte im Katamnesezeitraum	Seite 93
3. <u>Ergebnisse</u>	Seite 95
3.1. Entwicklung der lokalen Psychiatrischen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse im Katamnesezeitraum	Seite 95
3.1.1. Die Entwicklung der Strukturen des Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienstes in Martina Franca von 1985 bis 2006	Seite 96 Seite 93
3.1.2. Die Entwicklung der Patientenzahlen und des therapeutischen Vorgehens im Katamnesezeitraum	Seite 99
3.1.3. Nutzungsgrad und Bewertung der Therapeutischen Interventionen aus Sicht der untersuchten Patienten	Seite 101
3.2. Krankheitsverlauf, Soziale Integration und Lebenszufriedenheit im Katamnesezeitraum	Seite 103
3.2.1. Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum	Seite 103
3.2.2. Entwicklung der Sozialen Integration im Katamnesezeitraum	Seite 111
3.2.3. Die Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt	
3.3. Auftretenshäufigkeiten und Dominanz der Reaktionsformen in der stationären und territorialen Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung	Seite 115
3.3.1. Aktualisierte Reaktionsformen und Lebenszufriedenheit	Seite 116
4. <u>Ausblick</u>	Seite 117
F. Zusammenfassung	Seite 119
G. Literaturverzeichnis	Seite 123
H. Anhang	Seite 139
1. Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	Seite 139
2. Erhebungsinstrumente: Compliancebogen, Explorationsleitfadenleitfaden	Seite 142
3. Kategoriensystem der Daseinstechniken	Seite 145
Danksagung	Seite 177

1. Die Versorgung psychisch Kranker in Italien

Die nachfolgende Beschreibung des italienischen Gesundheitssystems im Allgemeinen sowie des psychiatrischen Versorgungsmodells im Speziellen basiert zum Teil auf einem 4stündigen Interview mit Dr Mario Serrano, Direktor des Departments für seelische Gesundheit (Dipartimento di Salute Mentale/im folgenden DSM) und Berater für Fragen der psychiatrischen Versorgung des Assessors (gleichwertig dem Minister auf Landesebene in der BRD) für Gesundheit der Region Toskana. Das Interview wurde am 08. September 2005 in Livorno geführt. Weitere Informationen wurden den Publikationen zum italienischen Gesundheitssystem im Allgemeinen (Vineis und Dirindin, 2004; Viani und Tiberio, 2002;) und dem Psychiatrischen Versorgungssystem im Speziellen (Lasalvia und Ruggeri, 2003; Mapelli, 1999; Ruggeri M., Dall'Agnola R., 2000) entnommen.

1.1 Die Entwicklung des italienischen Gesundheitssystems von 1978 bis 2006

Um die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung in Italien einordnen und verstehen zu können braucht es die Kenntnis des Rahmens der Entwicklungen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Dies um so mehr, als dass das italienische Versorgungssystem staatlich ist und somit grundsätzlich anders aufgebaut und deutlich stärker parteipolitisch bestimmt wurde und wird als das deutsche Versorgungssystem (vgl. Mapelli, 1999).

Das italienische Gesundheitssystem hat einige wichtige Entwicklungsstufen durchlaufen: 1978 die Einrichtung eines nationalen Gesundheitssystem durch das Gesetz 833/78 (Gazzetta Ufficiale Nr 60, 28.12.1978), 1992/93 die Gesetze 502/92 (Gazzetta Ufficiale Nr 158, 01.02.1992) und 517/1993 (Gazzetta Ufficiale Nr 248, 07.12.1993) die das Gesundheitssystem stark reformieren und dann die Jahre 1998/99 in denen unter der Regierung Prodi zuerst 1998 mit dem Gesetz 419 (Gazzetta Ufficiale Nr 286, 07.12.1998) und dann 1999 durch das Gesetz 133 (Gazzetta Ufficiale Nr 313, 17.05.1999) das Gesundheitssystem organisatorisch und finanziell stark föderalisiert und regionalisiert wurde. Diese Regionalisierung ist auch von der Folgerregierung Berlusconi nicht zurückgenommen worden. Im folgenden ein Überblick über die Entwicklungsstufen des italienischen Gesundheitssystems.

1978 wird mit dem Gesetz 833/78 (Gazzetta Ufficiale Nr 60, 28.12.1978) das italienische Gesundheitssystem geschaffen, in dem die damals bestehenden Versorgungseinrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft unter staatlicher Leitung vereinigt werden. Zwar war 1958 ein Nationales Gesundheitsministerium eingerichtet worden, dessen Hauptaufgabe darin bestand, die damals bestehenden Krankenkassen unter dem Dach einer Nationalen Organisation zusammenzufassen. Die eigentliche Gesundheitsversorgung lag aber weiterhin in den Händen der Landkreise und Gemeinden, die seit dem sogenannten Pagliani-Gesetz aus dem Jahr 1888 die Einstellung und Bereitstellung der Ärzte verantworteten. Die Krankenhausträger hingegen waren überwiegend kirchliche oder karitative Organisationen. Im Kern galt es, mit dem Reformgesetz von 1978 folgende Probleme zu lösen (vergl. Vineis, Dinderin, 2004):

- Die ärztliche Versorgung auf nationaler Ebene war bedingt durch ihre Finanzierung durch die Landkreise und Gemeinden qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlich, mit einem extrem starken Nord – Süd – Gefälle.
- Das bisherige System setzte bei den Patienten die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse voraus, die in weiten Teilen der Bevölkerung nicht gegeben war.
- Ambulante und stationäre Medizinische Versorgung waren strukturell und organisatorisch getrennt, so dass es unmöglich war, ein bedarfsorientiertes Versorgungssystem einzurichten.

Das Gesundheitssystem erbt eine historisch gewachsene Situation, die unter anderem durch ein großes finanzielles Defizit gekennzeichnet ist. Das bedeutet für eine heutige historische Bewertung, dass das 1978 gebildete Gesundheitssystem nicht das finanzielle Problem geschaffen hat, sondern mit ihm geboren wurde. Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind in Italien - wie in allen westlichen Ländern - im Zeitraum 1947-1997 sehr stark gestiegen. 1947 betragen die Ausgaben für Gesundheit 1% des Bruttoinlandsproduktes von Italien, in den 70er Jahren waren es mehr als 5% und schließlich erreichten die Ausgaben im Zeitraum 1985-1992 eine absolute Spitze von über 6%, was dann letztlich zu einer heftigen finanziellen Krise des Gesundheitssystem geführt hat (vergl. Vineis, Dinderin, 2004) .

Bereits das Gesetz 833 von 1978 sah eine weitgehend dezentrale Steuerung des Gesundheitswesens auf der Ebene der Kommunen (entspricht den Gemeinden in der BRD) vor. Die Steuerung und Führung des Gesundheitssystems auf der kommunalen Ebene wurde den „Comitati di Gestione“ (Führungsgremien) zugeordnet. Personell besetzt wurden die CG überwiegend mit Politikern, sehr wenig mit Fachleuten. Erschwerend kam dazu, dass es häufig Politiker waren, die ihr Mandat bei den letzten Wahlen nicht erreichen oder verteidigen konnten, also von ihren Parteien mit einem finanziell lukrativen Posten versorgt wurden. Dies führte zu einem System, das sehr wenig in zentralen Aspekten wie Qualität und Finanzen kontrolliert wurde, da sich Verantwortliche, Entscheider und Kontrolleure häufig gegenseitig in Schutz nahmen. Das Steuerungsmodell in diesem ersten Gesundheitssystem war das sogenannte „Piedilista-System“: Es kam lediglich auf die Korrektheit der Beantragung bestimmter Versorgungsangebote (Krankenhäuser, Ambulanzen, Labore, etc) an, nicht auf einen nachweisbaren Nutzen, Mehrwert oder Bedarf eines geplanten Ausbaus des Versorgungsangebotes. Wenn also eine neue Versorgungsstruktur inkl. der mit ihr verbunden Personen- und Sachaufwendungen auf korrektem bürokratischen Weg beantragt und bewilligt war, hatten die kommunalen CG das Recht, im nach herein die kostendeckende Finanzierung der bewilligten Strukturen zu beantragen. Es gab also nur formale, kaum fachliche oder betriebswirtschaftliche Kriterien für die Steuerung und den Ausbau des Gesundheitswesens. Diese politischen, institutionellen, fachlichen und finanziellen Charakteristiken des Gesundheitswesens haben zu einer extremen Ineffizienz und in der Folge zu einer ausgeprägten Unzufriedenheit der Bevölkerung geführt.

Ein ausreichend starker Reformdruck entstand aber erst 1992 im Zusammenhang mit der großen Finanzkrise Italiens, der 30%igen Abwertung der Lira sowie der nationalen Verpflichtung, die Kriterien des Maastricht-Vertrages einhalten zu wollen und zu müssen.

So folgte 1992 das Reformgesetz 502 einem deutlich neoliberalen Ansatz. Es führte in Anlehnung an die englische Gesundheitsreform von Thatcher weitgehend die Gesetze des freien Marktes im Gesundheitswesen ein. In dieses Gesetz flossen sehr stark Überzeugungen der damaligen rechts-liberalen Kräfte Italiens ein, die zum Teil so weit gingen, es dem Bürger freistellen zu wollen, aus dem staatlichen Gesundheitssystem auszutreten und entsprechend keine Beiträge zu zahlen. Private Versorgungsstrukturen sollten parallel zum staatlichen Gesundheitswesen entstehen. Dieses Gesetz wurde aber in Folge der politischen Umwälzungen von „Tangentopoli“ und „Mani Pulite“ nicht verabschiedet, der zuständige liberale Gesundheitsminister de Lorenzo aus Neapel wegen Korruption verhaftet. Die folgende, technisch orientierte Regierung unter Amato griff ein Jahr später den Gesetzentwurf wieder auf und verabschiedete ihn 1993, allerdings in abgewandelter Form als Gesetz 517.

Das Gesetz 517 greift grundsätzliche Überlegungen des Gesetzes 502 auf, bleibt aber hinter vielen der neoliberalen Forderungen zurück. Etliches, was die praktische Umsetzung der Reformen betrifft, bleibt offen und wird erst 1998/99 durch die Gesetze 419 und 133 geregelt. In den Jahren 1993/94 gehen erstmalig die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von beinahe 7% des Bruttoinlandsproduktes auf ca. 5% zurück. Dies geschieht zum einen durch Vermeidung von Korruption, zum anderen durch die Reduktion staatlich garantierter Leistungsumfänge in der Gesundheitsversorgung; so wird z.B. die Zuzahlungspflicht für Medikamente und fachärztliche Untersuchungen eingeführt. Zwei grundlegende Reformen wurden durch das Gesetz 517 eingeleitet: Die bisherige politische Führung in den CG wurde Fachleuten übergeben. Die Politik wurde auf das konzeptionell-planerische Feld des Gesundheitswesen eingeschränkt, die Führung und Umsetzung in die Hände von Fachleuten und Managern gelegt. Die zweite Grundlinie der Reform ist die Einführung unternehmerischer Grundlagen und Kennwerte zur Steuerung des Gesundheitswesen. Der damit verbundene Grundwert der Produktivität ist in den Folgejahren sehr heftig und kontrovers in Italien diskutiert worden.

Vor allem die mit dem Produktivitätsziel verbundenen Kenngrößen von Effektivität und Effizienz standen im Mittelpunkt der Diskussionen: Forderungen nach uneingeschränkter Effizienz im Gesundheitswesen wurde entgegengehalten, dass auf diesem Weg das Ziel einer effektiven Gesundheitsförderung mittel- und langfristig verfehlt würde. Die Frage, in wie weit finanzielle und unternehmerische Kenngrößen Steuerungselemente des Gesundheitswesen sein können und sollen, hat in den Jahren nach 1993 die politische Diskussion bestimmt. Diese in ihrem Kern ethische Diskussion gewann auf dem Hintergrund einerseits steigender Nachfrage und Möglichkeiten in der Gesundheitsversorgung, andererseits zunehmend knapper Ressourcen zusätzliche Brisanz. Vor dem Hintergrund der starken Regionalisierung des Gesundheitswesens in Italien wird die Balance zwischen Effektivität und Effizienz in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich definiert.

Mit dem Gesetz 517 wurde auch die bisherige Struktur des Gesundheitswesens grundlegend geändert. Waren es vor dem Reformgesetz von 1993 die eher kleinen U.S.L. (Unità Sanitaria Locale) -die, wie vorher gesagt, von stark politisierten Comitati Di Gestione geführt wurden- in deren Rahmen die Gesundheitsversorgung von ca. 40.000-50.000 Einwohnern geleistet wurde, etablierte das neue Gesetz größere Einheiten, die für ca. 400.000-600.000 Einwohner zuständig waren und die - wo möglich - die bestehenden Regierungsbezirke (Provinzen) als Ganzes einschlossen. Diese strukturelle Neuordnung sollte der festgestellten Inkompetenz der sehr zersplitterten, politisierten und korrupten U.S.L. entgegenwirken. Den Kern der neuen Struktur bilden jetzt die sog. A.S.L. (Azienda Sanitaria Locale – Örtliches Unternehmen der Gesundheitsversorgung); diese Bezeichnung soll die unternehmerische und effizienzorientierte Grundausrichtung des reformierten Gesundheitswesens unterstreichen. Zum einen konnten in den Folgejahren durch Zusammenlegungen im administrativen Bereich Einsparungen realisiert werden, zum anderen folgte auf die Etablierung dieser territorialen, unternehmerischen Einheiten im Gesundheitswesen die Transformation der öffentlichen Krankenhäuser in „Aziende Ospedaliere“ (Krankenhaus Unternehmen), d.h. in unternehmerisch geführte, selbstständig agierende Einheiten. Der Grundgedanke ist, dass eine A.S.L. sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich entscheiden kann, ob sie bestimmte Leistungen selbst erbringt oder aber „am Markt“ einkauft. Die öffentlichen Krankenhäuser werden also zu eigenständigen Betrieben, die kostendeckend arbeiten müssen. Dadurch entsteht für die A.S.L. die Möglichkeit, bestimmte medizinische Leistungen bei dem am günstigsten anbietenden Krankenhaus einzukaufen. Damit entsteht naturgemäß eine gewisse Konkurrenz, die dem Ziel zunehmender Produktivitätssteigerung dienen soll. Die Leistungen der Krankenhäuser werden ab diesem Zeitpunkt in einem Tarifsystem „ex ante“ den A.S.L. angeboten und nicht mehr nachträglich von den A.S.L. kostendeckend refinanziert. Damit haben die Krankenhäuser die Aufgabe, im Laufe eines Jahres so viele Leistungen an die A.S.L. zu verkaufen, dass ihre Bilanzen am Jahresende ausgeglichen sind.

Diese Transformation wurde entscheidend durch die Leiter der A.S.L. – die Generaldirektoren – gestaltet. Die Einstellung der Generaldirektoren erfolgte entlang eines definierten Anforderungs- und Kompetenzprofils und nicht mehr nach politischen Motiven. Die Generaldirektoren sind nicht verbeamtet sondern Angestellte; sie sind direkt dem Gesundheitsminister der Regionen (Bundesländer) berichtspflichtig. Die Hauptaufgaben der Generaldirektoren sind neben dem Erreichen einer ausgeglichenen Jahresbilanz die Realisierung im jährlichen Turnus vereinbarter inhaltlicher und qualitativer Ziele für den Ausbau der Gesundheitsversorgung in ihrer A.S.L. .

Auch der Zukauf medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen (z.B. Mensa, Reinigung etc.) wurde 1994 professionalisiert und transparent gestaltet. Früher reichte die inhaltlich nicht zu begründende Entscheidung einer politischen Instanz aus, um ein privates Unternehmen im Gesundheitswesen mit öffentlichen Aufträgen zu versehen. Das Gesetz 514 sieht in diesem Fall einen definierten, für alle Leistungserbringer standardisierten Akkreditierungsprozess vor. Nur Unternehmen, die diesen Prozess erfolgreich durchlaufen haben, können von

den A.S.L. oder den öffentlichen Krankenhaus-Unternehmen beauftragt werden. Dadurch entstehen in ihrer Qualität und ihrem Preis-Leistungs-Verhältnis öffentlich geprüfte und überwachte privatwirtschaftliche Versorgungsangebote, die von den Patienten wahrgenommen werden können.

Bis 1998 entwickelt sich das italienische Gesundheitswesen gemäß dieser priorisierten unternehmerischen Gesichtspunkte. 1998 werden von einer neuen Mitte-Links-Regierung unter Prodi mit dem Gesetz 419 die bereits 1978 formulierten Grundsätze einer einheitlichen und rechtmäßig allen Bürgern zustehenden Gesundheitsversorgung verstärkt in den Vordergrund gerückt. Da in der italienischen Verfassung die Gesundheit aller Bürger als Grundrecht verankert ist, hatte das Gesetz 417 von 1998 die rechtliche Legitimation, erneut - wie 1978 - die Effektivität und Angemessenheit der Gesundheitsversorgung anstatt der zwischen 1993 und 1998 priorisierten Effizienz in den Vordergrund zu stellen. Auch wurde jetzt die Angemessenheit des Konzeptes der Kundenorientierung angezweifelt, da auf dem Feld der Gesundheitsversorgung dem „Kunden Patienten“ häufig die Kompetenz einer angemessenen Beurteilung der empfangenen „Dienstleistung“ fehlt.

Damit wurde auch ein Stück weit die bisherige Steuerung des gesamten Versorgungssystems in Frage gestellt, denn der Steuerung nach unternehmerischen Gesichtspunkten fehlt die inhaltlich-qualitative Dimension zur Verifizierung der effektiven Nützlichkeit medizinisch-therapeutischer Interventionen.

Das neue Gesetz bewahrte allerdings den mit dem unternehmerischen Ansatz verbundenen und erreichten sparsameren und korrekteren Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Die unternehmerische „Betriebseinheit“ A.S.L. wurde sogar weiter gestärkt, so dass sie noch unabhängiger von politischer Einflussnahme agieren konnte. Die Politik wurde auf die Definition der Ziele, die Auswahl und Benennung der Generaldirektoren sowie auf die Überprüfung der Zielerreichung eingeschränkt. Auf der anderen Seite rückte das Gesetz 417 wie gesagt das konstitutionelle Grundrecht der Bürger in den Vordergrund, was sich vor allem in der Einführung und Definition der „Essentiellen Versorgungsstandards“ (livelli essenziali di assistenza) zeigte. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es die sog. „Mindestversorgungsstandards“ (livelli minimi di assistenza). Diese 1998 erfolgte Neudefinition bedeutete einen komplett neuen Prozess, im Rahmen dessen die „Essentiellen Versorgungsstandards“ Jahr für Jahr definiert wurden. Für die Festlegung der „Mindestversorgungslevels“ galt bis 1998 als Leitlinie der politische Wille, Finanzen in einem bestimmten Umfang zur Verfügung zu stellen. Leitlinie für die Festlegung der „Essentiellen Versorgungsstandards“ wurde ab 1998 die von der Politik unabhängige Wissenschaft, also vorwiegend die Medizin, die über die Angemessenheit und Notwendigkeit der Festlegung bestimmter „Essentieller Versorgungsstandards“ ab jetzt zu befinden hatte. Der Politik blieb die Verantwortung, über die Realisierbarkeit dieser Standards zu entscheiden.

Die „Essentiellen Versorgungsstandards“ werden in letzter Instanz vom nationalen Gesundheitsminister festgelegt. Die Regionen sind zur Umsetzung dieser Standards gezwungen, wobei es ihnen natürlich gestattet ist, die gesetzten

Standards zu überschreiten. Dies bedeutet, dass es zum heutigen Tag in Italien regional durchaus unterschiedliche Versorgungsstandards gibt. Die nationale Regierung gibt allerdings in zweierlei Hinsicht den Rahmen vor: Finanziell und inhaltlich im Sinne der „Essentiellen Versorgungsstandards“. Finanzieller Rahmen ist die im Haushaltsgesetz für das Gesundheitswesen eingestellte Quote pro Einwohner (ca. 1000,00€; für die Regionen je nach demografischer Situation leicht angepasst). Die im Haushalt eingestellten Gelder werden in der Folge den Regionen zur Verfügung gestellt, die sie ihrerseits zu fast 100% an die A.S.L. weiterleiten.

Die Regionen leiten das Geld gemäß einem jährlich von ihnen neu zu erstellenden „Gesundheitsplan“ (piano sanitario) weiter, in dem Ziele und Schwerpunkte der Gesundheitsversorgung für das nächste Jahr festgeschrieben sind. Aus diesem Gesundheitsplan ergeben sich dementsprechend die inhaltlichen Ziele sowie die finanziellen Ressourcen für jede A.S.L. .

1.1.1. Die psychiatrische Gesundheitsversorgung in Italien von 1978 bis 2006

Um einen Überblick bezüglich der Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung Italiens von 1978 bis heute zu geben bietet es sich an, den Zeitraum in mehrere Phasen zu unterteilen.

In den ersten Zeitraum von 1978 bis 1982 fällt insbesondere die Verabschiedung des Reformgesetzes 180 („legge Basaglia“) für die psychiatrische Versorgung (Gazzetta Ufficiale Nr 133, 16.05.1978). Es wurde 6 Monate nach dem allgemeinen Gesundheitsversorgungsgesetz 833 verabschiedet. Das Gesetz 180 ist insofern ein Rahmengesetz, als es Leitlinien vorgibt, innerhalb derer die einzelnen Regionen für seine konkrete Ausgestaltung und Umsetzung verantwortlich gemacht werden. Diese Grundsätze der reformierten psychiatrischen Versorgung sind:

- 1) Wie alle anderen Bereiche der Gesundheitsversorgung wird auch die seelische Gesundheit als ein durch die Verfassung abgesichertes Grundrecht anerkannt,
- 2) Daraus ergibt sich für jeden Bürger das Recht auf angemessene und von ihm frei wählbare psychiatrische Versorgung und
- 3) Das Versorgungsangebot soll im Kern aus territorialen und nicht wie bis 1978 aus stationären Strukturen bestehen.

Damit wurde ein Rahmen vorgegeben, der die Transformation der bestehenden stationären Versorgungsstrukturen in territoriale Organisationseinheiten fordert.

Auch die Modalitäten für Zwangseinweisungen wurden gesetzlich neu geregelt. Die frühere Regelung („ricovero coatto“ „Zwangseinweisung“) definierte die Gefährlichkeit für sich und/oder andere als Kriterium für eine Zwangseinweisung, das neue Gesetz zielt in der Definition der „obligatorischen sanitären Behandlung“ („trattamento sanitario obbligatorio“) auf das Recht des Patienten auf eine angemessene Behandlung auch im Fall einer schweren psychiatrischen Krise. D.h., wenn der Patient krankheitsbedingt temporär selbst nicht in der Lage ist, freiwillig die angemessenste Therapie wahrzunehmen, wird er durch Personal

der Gesundheitsdienste gegen seinen Willen einer entsprechenden Therapie zugeführt. Dabei bleiben die Grundrechte des Patienten wie sein Recht, zu jeder Zeit zu Personen seiner Wahl Kontakt aufzunehmen, erhalten. Durch den Ersatz der Begründung der Gefährlichkeit durch die des Rechts auf angemessene Behandlung wird in der Umsetzung einer Zwangseinweisung auch nicht mehr auf die Polizei oder andere Ordnungskräfte, sondern immer auf das Personal der jeweiligen territorialen Versorgungsstruktur zurückgegriffen.

Die Zwangseinweisung ist in Italien folgendermaßen geregelt:

- es müssen 2 ärztliche (nicht notwendigerweise psychiatrische) Atteste dem zuständigen Bürgermeister vorgelegt werden.
- der Bürgermeister muss diese Atteste an den Vormundschaftsrichter weiterleiten, der seinerseits innerhalb von 48 Stunden die Zwangseinweisung als rechtmäßig bestätigen muss.
- Alle 7 Tage muss im weiteren Verlauf überprüft werden, ob der Patient inzwischen zu einer freiwilligen Weiterbehandlung bereit ist.

Im Gesetz wird den verantwortlichen Therapeuten vorgegeben, so schnell wie möglich die Einwilligung des Patienten in eine angemessene Weiterbehandlung zu erhalten. Bis heute wurde diese Regelung zur Zwangseinweisung beibehalten.

Das Reformgesetz hatte den Regionen 1978 vorgegeben, nach Ablauf von 3 Jahren keine weiteren Einweisungen in die Psychiatrischen Kliniken vorzunehmen und entsprechend territoriale Versorgungsstrukturen aufgebaut zu haben. Zwar hatten bis 1982 fast alle Regionen Italiens entsprechende Verfügungen zur Umsetzung des Reformgesetzes, allerdings alle mit einem großen Handicap: es fehlte das Geld zu ihrer Umsetzung, d.h. zum Aufbau der territorialen Versorgungsstrukturen. Das finanzielle Hauptproblem bestand darin, dass fast alle für die psychiatrische Versorgung vorgesehenen Finanzmittel in den psychiatrischen Kliniken gebunden waren. Nur sehr langsam gelang es durch die schrittweise Entlassung der Patienten aus den Kliniken, die dort gebundenen Finanzmittel für den Aufbau der territorialen Versorgungsstrukturen nutzbar zu machen. In einigen der Regionen Italiens - darunter auch die Region Apulien - dauerte dieser Transformationsprozess bis 1996, also fast 20 Jahre.

1982 entstehen dann auf Basis einer großen Unzufriedenheit der Bevölkerung mit der damaligen psychiatrischen Versorgung die ersten Vereinigungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen. Die „DIAPSIGRA“ (associazione per la difesa di ammalati psichiatrici gravi) und die „ARAP“ (associazione per la riforma psichiatrica) entstanden auf nationaler Ebene und versuchten, das Reformgesetz 180 rückgängig zu machen, in dem sie die aktuellen Missstände anprangerten. Auf regionaler Ebene hingegen entstanden Angehörigenvereinigungen, die dem Reformgedanken positiv gegenüberstanden, aber seine praktische Umsetzung einforderten. In den nächsten Jahren schließen sich diese regionalen Vereinigungen auf Initiative der Senatorin Franca Ongara Basaglia zur „UNASAM“ (unione nazionale per la salute mentale) zusammen, die eine schnellstmögliche Umsetzung des Reformgesetzes 180 und der daran geknüpften regionalen Verfügungen forderte.

In der Zeit zwischen 1983 und 1994 war die Gesamtsituation in der Gesundheitsversorgung, und somit auch in der psychiatrischen Versorgung, sehr angespannt. Die regierende sozialistische Partei unter Führung von Craxi nutzte die Missstände in der psychiatrischen Versorgung ausgiebig gegen die ehemaligen „Autoren“ des Reformgesetzes - die Christdemokraten und die Kommunisten - aus, indem sie in der Presse den Kritikern des Reformgesetzes sowie unzufriedenen Angehörigen großen Raum gab. Die öffentliche Meinung war polarisiert: für bzw. gegen das Reformgesetz 180. Im italienischen Parlament werden in dieser Zeit mehr als 50 Initiativen eingebracht, die Psychiatriereform wieder rückgängig zu machen. Allerdings war keine dieser Initiativen erfolgreich, so dass es bei dem Reformgesetz blieb.

1993/94 beginnen die bisherigen politischen Parteien auf breiter Front ins Wanken zu geraten: im Rahmen der „Tangentopoli“ (ein Kunstwort, zusammengesetzt aus „tangente“ = Bestechungsgeld und „polis“= Staatswesen; also ein in seinem Funktionieren auf Bestechungsgelder angewiesenes Staatswesen) genannte Krise werden die Unregelmäßigkeiten und Korruptionsfälle der Jahre 1983 – 1994 radikal aufgedeckt und führen zu einer generell neuen politischen Ausrichtung in Italien.

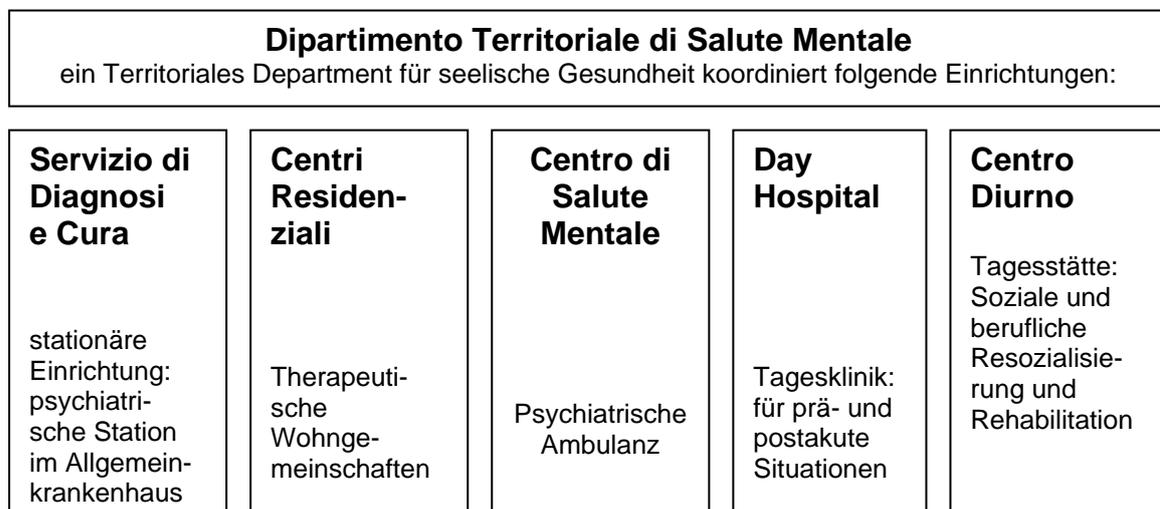
Auch für die Angehörigenvereinigungen von psychisch kranken Menschen führt die Krise zu einer grundlegenden Neuausrichtung. Die bisher gegen das Reformgesetz eingestellten Vereinigungen realisieren, dass sie z.T. in dem bisherigen politischen Machtkampf instrumentalisiert wurden und stellen frustriert fest, dass ihr 10jähriger Kampf gegen das Reformgesetz keinerlei Verbesserungen für die Versorgung ihrer Angehörigen mit sich gebracht hatte. Deshalb öffnen sie sich 1994 einem Vorschlag von Franca Ongara-Basaglia, in einer Art Runden Tisch die bestehenden Probleme in der psychiatrischen Versorgung zu erfassen und nach geeigneten Lösungen zu suchen. So wird 1994 für die psychiatrische Versorgung in Italien zum Jahr entscheidender Wendungen und Veränderungen.

Aus dem Runden Tisch entwickelt sich das erste Projekt „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung (PON)“ (Decreto del Presidente della Repubblica , d.p.r. 7/04/94; Gazzetta Ufficiale n. 93, 22/04/94). Dieses Projekt arbeitet von 1994 – 1996 in der Form einer parlamentarischen Kommission, der nicht nur alle politischen Parteien, sondern auch Vertreter der wichtigsten Betroffenen (in der psychiatrischen Versorgung beschäftigte Berufsgruppen, Angehörige psychisch kranker Menschen) angehörten. In der 2jährigen Kommissionsarbeit ging es darum, von deutlich auseinanderliegenden Vorstellungen ausgehend zu einer Definition bestimmter, gemeinsam getragener Ziele für die Ausrichtung der zukünftigen psychiatrischen Versorgung zu kommen. Die Kommissionsarbeit führt in der Tat zu einer Einigung der unterschiedlichen Interessengruppen auf folgende Ziele:

- 1) Schließung der psychiatrischen Großkliniken; individualisierte Programme zur Entlassung sollen verhindern, dass einzelne Patienten nach der Entlassung sich selbst überlassen werden;

- 2) Das „Territoriale Department für seelische Gesundheit (dipartimento territoriale di salute mentale)“ wird als Kern der neuen psychiatrischen Versorgung definiert;
- 3) Die Strukturen dieses Departments werden einheitlich festgelegt: ein „Zentrum für seelische Gesundheit“ (Centro di Salute Mentale; CSM) als ambulante Versorgungseinheit eines Departments, ein „Day Hospital“ (DH) für die Versorgung prä-/postakuter Situationen, ein „Tageszentrum (Centro Diurno; CD)“ mit Aufgaben der sozialen und beruflichen Resozialisierung und Rehabilitation, verschiedene unterschiedlich stark betreute Wohngruppen (Centri Residenziali; CR) sowie eine psychiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; SPDC) mit maximal 15 Betten .

Abbildung 1: Strukturdarstellung eines Departments für seelische Gesundheit



Die dipartimentale Struktur verfolgt für den einzelnen Patienten dabei sowohl das Ziel therapeutischer Kontinuität als das der Integration der einzelnen therapeutischen Interventionen. Dabei ist es sehr vorteilhaft, dass innerhalb eines Departments die unterschiedlichsten Fachkräfte verfügbar sind: Psychiater, Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter, Fachkrankenpflegepersonal. Die dipartimentale Struktur verbesserte in den eben angesprochenen Bereichen der Kontinuität und Integration therapeutischer Interventionen vor allem die Situation der Patienten in den großen Städten wie Rom, Neapel, Florenz etc. . Kleinere Einheiten - wie z.B. auch Martina Franca - waren auch schon vorher überschaubar. Größenordnungen von ca. 20 Mitarbeitern machten es möglich, über gute Teamarbeit und Abstimmung diese Kontinuität und Integration auch ohne aufwendige Strukturen sicherzustellen. So kann man sagen, dass es eine Herausforderung bei der Schaffung der Departments für seelische Gesundheit war, auf der einen Seite ein Höchstmaß an differenzierten Therapie-, Rehabilitations- und Resozialisierungsangeboten zu schaffen, auf der anderen Seite aber die Einheitlichkeit und Zielgerichtetheit eines übergeordneten Therapieplans für den einzelnen Patienten zu gewährleisten. In gewisser Weise

sollte also die Strukturierung der psychiatrischen Versorgung in Departments das gleiche leisten, wie der in den USA vor ca. 25 Jahren eingeführte „Case Manager“ der die Aufgabe hat, die Pluralität der therapeutischen Maßnahmen, die ein Patient wahrnimmt, i.S. eines übergeordneten Therapieplans zu steuern. In den Departments wird dies durch die Gesamtverantwortung der Psychiater für die Versorgung des einzelnen Patienten geleistet. Diese dipartimentale Strukturierung der psychiatrischen Versorgung wurde entsprechend den Ergebnissen der Kommissionsarbeit „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung“ ab 1995 Zug um Zug in allen Regionen Italiens umgesetzt. 1995, in der ersten Regierungsperiode von Berlusconi, wird erstmalig und einmalig im Haushaltsplan für das Jahr 1996 der Auftrag festgeschrieben, die psychiatrischen Kliniken zu schließen, um mit den in ihnen gebundenen Finanzmitteln den Aufbau der territorialen Strukturen finanzieren zu können. Für die Jahre 1996/97 wurde es also den Regionen von der nationalen Ebene in Rom vorgeschrieben, die psychiatrischen Kliniken definitiv zu schließen. In einem ersten Schritt mussten alle Regionen innerhalb des Jahres 1997 einen Vorgehensplan in Rom vorlegen aus dem zu entnehmen sein musste, wie sich die Schließung der psychiatrischen Kliniken bis zum 31.12.1999 vollziehen sollte. Diejenigen Regionen, die keinen Vorgehensplan vorlegen würden, mussten mit einer 2%igen Reduzierung der ihnen zugeteilten Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung im Folgejahr rechnen (d.p.r. 10/11/99; Gazzetta Ufficiale n. 274, 22/11/1999). Unter diesem Druck legten alle Regionen einen entsprechenden Umsetzungsplan vor und begannen ab 1997 mit der schrittweisen Schließung der psychiatrischen Kliniken. In diesem Kontext entstanden viele neue Strukturen, die die entlassenen Psychiatriepatienten aufnahmen. Die druckvolle und zentralistische Steuerung dieses Prozesses ging in einigen Regionen natürlich auf Kosten der Qualität; in Kalabrien gab es bspw. große Korruptionsskandale im Zusammenhang mit der Errichtung neuer, privat geführter Heimstrukturen, die nicht den Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Rehabilitation und Resozialisierung der ehemaligen Klinikpatienten entsprachen. In anderen Fällen wurde eine größere Zahl von Patienten direkt aus den Kliniken in Altersheime verlegt. Dies verfolgte vor allem das Ziel, Kosten zu sparen. Die Qualität des Entlassungsprozesses hing also in sehr starkem Maß vom Einsatz und vom politischen Einfluss der Leiter einzelner Departments für seelische Gesundheit ab. So entwickelte sich in den Jahren 1997 – 2000 eine bis zum heutigen Tag regional sehr unterschiedliche Versorgungslage.

In den Jahren 1998 – 2000 tagte die parlamentarische Kommission „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung“ ein zweites Mal. Die erarbeiteten Ergebnisse waren allerdings für den Transformationsprozess weniger bedeutend als die der ersten Kommissionsarbeit. Es wurden im Kern zwei weiterführende Zielstellungen für die psychiatrische Versorgung erarbeitet:

- 1) Die Einbeziehung der Gruppe der Minderjährigen in die psychiatrische Versorgung und
- 2) Die Erarbeitung von standardisierten Prozessen für die psychiatrische Versorgungsarbeit. Dabei ging es sowohl um therapeutische Standardprozesse für schwierige Situationen (Krisenintervention, Complianceerhöhung, Umgang mit Patienten, die ihre Behandlung

abbrechen, etc.), als auch um interne Prozesse der Departments wie z.B. Statistik und qualitätssichernde Prozesse.

Da die Erreichung dieser Zielstellungen jedoch nicht wie im Fall der ersten Kommissionsarbeit unter ein vergleichsweise strenges Controlling gestellt wurde, ist der Umsetzungsgrad bis zum heutigen Tag nur in einigen Regionen - bspw. in der Toscana - zufriedenstellend.

Die psychiatrische Versorgung steht in Zukunft vor folgenden großen Herausforderungen (Lasalvia et al. 2003, Ruggeri et al. 2000):

- 1) Das frühzeitige Diagnostizieren und die schnelle Intervention bei psychotischen (Erst-)Krisen. Vor allem Letzteres ist durch die stark gestiegene Zahl von Drogenabhängigen deutlich schwieriger geworden. So kommt es häufiger vor, dass sowohl Drogenabhängige als auch deren Angehörige offensichtliche psychotische Symptome dem Drogenkonsum zuschreiben und nicht deren psychotische Bedeutung (an-)erkennen. Es ist nämlich für die hiesigen Patienten und auch für ihre Angehörigen deutlich schwieriger, das Vorliegen einer Psychose zu akzeptieren als das einer Drogenabhängigkeit. Generell gehört in diesen Zusammenhang auch die Notwendigkeit, Unterstützungs- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen weiter aufzubauen. Dies ist noch lange nicht in allen Departments für seelische Gesundheit passiert.
- 2) Eine weitere Herausforderung besteht darin, die therapeutischen Wohngemeinschaften für den einzelnen Patienten als Durchgangssituation, also nicht als dauerhafte Wohnsituation zu gestalten. Die Patienten sollten in therapeutischen Wohngemeinschaften für 1-2Jahre mit dem Ziel bleiben, danach eigenständig oder bei ihren Angehörigen zu leben. Therapeutische Wohngemeinschaften sind unter diesem Aspekt Orte, an denen sich die Patienten emanzipieren und die notwendigen Kompetenzen für ein eigenständiges Leben erwerben aber keine dauerhaften Wohnsituationen. Hier gilt es noch einiges zu verbessern, da es doch viele Situationen gibt, in denen Patienten für sehr lange Zeit in den therapeutischen Wohngemeinschaften verbleiben, weil dieser Prozess der Emanzipation und des Eigenständigkeitswerdens ins Stocken geraten ist.
- 3) Die dritte Herausforderung besteht in einer angemesseneren therapeutischen Antwort auf psychotische Krisenmomente. Überwiegend wird bis heute auf eine psychotische Krise mit stationärer Einweisung und Behandlung reagiert. Hier ist der Spielraum für mögliche Lösungen derzeit auf dem Hintergrund beschränkter finanzieller Ressourcen sicherlich eng. Trotzdem sehe ich es als wichtige Verbesserungsmöglichkeit in der therapeutischen Begleitung von psychiatrischen Patienten neue Wege für die Akutbehandlung zu finden, die jenseits der Methoden der klassischen, stationären Akutbehandlung liegen.
- 4) Die vierte Herausforderung betrifft die weitergehende Förderung von Vereinen und Gruppen von Patienten, die eine bestimmte Dienstleistung erbringen. So gibt es bspw. Patientenvereine, die Tages- oder

Begegnungsstätten führen oder andere, die eine Charter-Segelyacht unterhalten. Diese Aktivitäten sind besonders wichtig, da sie Psychiatriepatienten ein ganz neues Lebensgefühl geben können, Chancen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sind und generell die auf Selbstständigkeit gerichteten therapeutischen Bemühungen stark unterstützen. Stand heute gibt es relativ wenige solcher Vereine von Patienten und ihre weitere Förderung und Verbreitung wird in nächster Zukunft eine wichtige Aufgabe für die psychiatrische Versorgung in Italien sein auch deshalb, weil gerade solche Aktivitäten die Grenze zwischen den Psychiatriepatienten und der Bevölkerung überwinden helfen.

Sicherlich kann man Herausforderungen für die Psychiatrie noch an vielen anderen Stellen in der Gesellschaft sehen: alte Menschen, Drogenabhängige speziell mit doppelter Diagnose, verschiedene Gruppen von Behinderten. Aber die oben angeführten vier Herausforderungen sind diejenigen, an denen in den nächsten Jahren in Italien wohl in verstärktem Maß gearbeitet werden wird.

1.2. Die psychiatrische Versorgung in der Region Apulien seit 1978

Vorliegende Studie wurde während der 2 Jahre von September 1985-Oktober 1987 sowie mehrere Wochen in den Jahren 2005 und 2006 in der süditalienischen Region Apulien durchgeführt. Alle der in dieser befragten und untersuchten Patienten wurden und werden z.T. weiterhin vom Territorialen Department für seelische Gesundheit in Martina Franca betreut. Zum besseren Kontextverständnis sollen in diesem Kapitel deshalb folgende Aspekte beschrieben werden:

- Kurzbeschreibung der Geschichte, Bevölkerungsstruktur sowie Wirtschaft Apuliens
- Die psychiatrische Versorgungsstruktur auf regionaler Ebene
- Das lokale Versorgungsangebot im Untersuchungsgebiet.

1.2.1. Die Region Apulien

Apulien hat auf einer Fläche von ca. 19.000km² rund 4 Millionen Einwohner. Die Region ist in die Provinzen Bari (Sitz des Regionalparlaments), Brindisi, Foggia, Lecce und Taranto gegliedert. Apulien ist von drei Seiten vom Meer umgeben und bildet einen natürlichen Brückenkopf zum östlichen Mittelmeerraum.

Geologisch besteht Apulien im Wesentlichen aus fruchtbaren Landebenen an den Küste sowie einem zu den Küsten hin abfallenden bis zu 450m hohen Kalksteinplateau.

220 Sonnentage im Jahr, geringe Niederschlagsmengen, milde Temperaturen im Frühjahr und Herbst sowie sehr hohe Sommertemperaturen charakterisieren die meteorologische Situation.

Wie in ganz Süditalien gibt es in Apulien keinen einheitlichen Bevölkerungstyp; die sehr wechselhafte Geschichte der Region bringt es mit sich, dass man auch heute noch albanische, slawische und griechische (Sprach-)Minderheiten findet,

die ihre soziokulturelle und sprachliche Eigenständigkeit über Jahrhunderte hinweg konsequent bewahrt haben.

Die wechselvolle und in allen ihren Phasen durch eine Unterdrückung der apulischen Bevölkerung durch fremde Machthaber gekennzeichnete Geschichte der Region bewirkt noch heute eine überwiegend kritische Haltung breiter Bevölkerungsgruppen gegenüber dem italienischen Nationalstaat. Versuche seiner Institutionen soziale Krisenherde, strukturelle Defizite und im speziellen die organisierte Kriminalität zu entschärfen und zu bekämpfen werden auf diesem Hintergrund misstrauisch als Eingriffe in die inneren Angelegenheiten erlebt und dementsprechend behindert.

Die wirtschaftliche Lage Apuliens ist wie generell im Süden Italiens schwierig:

Im Vergleich zur durchschnittlichen Arbeitslosigkeit in Italien von 7,7% (Eurostat Pressemitteilung 71/2006 vom 01.06.2006) liegt die Arbeitslosigkeit in Apulien mit 14,7% auf beinahe doppelt so hohem Niveau. Als dramatisch ist die Höhe der Jugendarbeitslosigkeit (15-24jährige) zu bezeichnen: sie liegt bei 39,5% (Istat - Istituto Nazionale di Statistica, 2006). Das Verhältnis der nicht legal Beschäftigten („Schwarzarbeiter“) zur Anzahl der legal Beschäftigten wird auf 1:4 geschätzt (ISTAT, indagine trimestrale sulla forza di lavoro, 2001) was entsprechende Ausfälle in den Steuern und Sozialabgaben der Region bedeutet.

Das Pro Kopf Einkommen erreicht in Apulien mit 15.341€ nur ca. 68% des italienischen Durchschnitts (ISTAT, 2008).

Obwohl in den letzten Jahrzehnten im Süden Italiens unter großem Kostenaufwand Strukturverbesserungen durchgeführt wurden, belegen die oben wiedergegebenen Zahlen den wirtschaftlichen Rückstand zum hochindustrialisierten Norden. Als leistungsfähig kann lediglich die Landwirtschaft in den Küstengebieten bezeichnet werden (Oliven- und Mandelkulturen, Weinbau, Feigen, Zuckerrüben und Datteln sowie Schweine- und Schafzucht) (ISTAT, 2008).

1.2.2. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Apulien von 1985 bis 2006

Wie in Abschnitt 1 für die nationale psychiatrische Versorgungslage dargestellt, wurde auch in Apulien 1994 mit dem Projekt „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung“ (PON) die gesamte Versorgungsstruktur verändert. Für die vorliegende Studie bedeutet dies, dass zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung im „alten“ System die Daten erhoben wurden, zum Zeitpunkt der Katamnese in der veränderten, aktuellen Struktur. Wie im nächsten Abschnitt dargestellt, bedeutete dies jedoch für den lokalen Versorgungsdienst in Martina Franca keine Veränderungen in der Zuständigkeit für die bei der Erstuntersuchung erfassten Patienten.

1985 war die Region Apulien in 55 Gesundheitsbezirke (U.S.L., vergl. Abschnitt 1) eingeteilt, die für die medizinische Betreuung der ca. 4 Millionen Einwohner verantwortlich waren. In jeden dieser Gesundheitsbezirke war ein Departement für seelische Gesundheit integriert, das seinerseits die einzelnen psychiatrischen Dienste koordinierte (Psychiatrische Ambulanz, Therapeutische Wohngemeinschaften, stationäre Einrichtungen und Tagesstätten; Tageskliniken gab es noch nicht). Im Überblick stellte sich die psychiatrische Versorgungssituation folgendermaßen dar (Bolletino ufficiale della Regione Puglia, 29.10.1991) (Abbildung 2):

Tab.1: Psychiatrische Versorgungsstrukturen in Apulien 1991

Provinz	Departements für seelische Gesundheit	Psychiatrische Ambulanzen (territoriale Versorgungsdienste)	Stationäre Einrichtungen	Therapeutische Wohn-gemeinschaften	Tagesstätten
Bari	18	34	7	23	13
Brindisi	6	8	3	0	2
Foggia	11	21	2	1	0
Lecce	13	22	4	7	5
Taranto	7	11	1	4	3
Gesamt	55	96	17	35	23

Dieser Überblick zeigt, dass 1985 im Bereich der unterstützenden therapeutischen Strukturen, d.h. Therapeutischen Wohngemeinschaften, Tagesstätten und Tageskliniken, ein großes Defizit bestand. Erst im Rahmen der Strukturreform (Gesetz 517, vergl. Abschnitt 1) wurden gerade diese Einrichtungen geschaffen und damit erst die konsequente Entlassung aller Patienten aus den Psychiatrischen Kliniken ermöglicht.

Heute ist das Bild geprägt von der in Abschnitt 1 beschriebenen Konzentration der Psychiatrischen Versorgung in größeren Organisationseinheiten (die ASL treten an die Stelle der USL) sowie der Präsenz rehabilitativer und teilstationärer Strukturen (Tagesstätten, Therapeutische Wohngemeinschaften und Tageskliniken), die erst die Entlassung der Patienten aus den beiden Psychiatrischen Großkliniken Apuliens in Bisceglie und Lecce möglich machten (Bollettino ufficiale della Regione Puglia, 13.06.2005) (Abbildung 3):

Tab.2: Psychiatrische Versorgungsstrukturen in Apulien 2005

Provinz	Departements für seelische Gesundheit	Psychiatrische Ambulanzen	Stationäre Einrichtungen	Therapeutische Wohn-gemeinschaften	Tagesstätten	Tages-kliniken
Bari	5	33	7	30	24	20
Brindisi	1	7	3	5	5	5
Foggia	3	19	3	3	14	13
Lecce	2	22	4	14	14	11
Taranto	1	11	1	8	7	6
Gesamt	12	92	18	60	64	55

Die relativ hohe Zahl der therapeutischen Wohngemeinschaften in Bari erklärt sich durch die Schließung der Psychiatrischen Großklinik in Bisceglie in den Jahren 1997-2000, die auf dem Territorium von Bari lag. Das gleiche Phänomen zeigt sich in den Departments von Lecce, auf deren Gebiet ebenfalls bis zum

Jahr 2000 eine Psychiatrische Großklinik lag und in der die Patienten der Stationären Gruppe dieser Untersuchung 1985 untergebracht waren.

Tagesstätten sowie Tageskliniken sind fast ausschließlich nicht als eigenständige Strukturen organisiert, sondern in die Psychiatrischen Ambulanzen integriert. Auf dem Hintergrund dieser Integration von ambulanten und teilstationären Strukturen, verbunden mit dem interdisziplinären Behandlungs- und Betreuungskonzept erscheint die Bezeichnung Territorialer Versorgungsdienst angemessener als der der Psychiatrischen Ambulanz

Das Angebot der Tagesstätten geht von handwerklichen Tätigkeiten über gemeinschaftliches, tägliches Kochen bis zu kreativen/künstlerischen Angeboten.

Die Tageskliniken bieten in ihrer Räumlichkeiten schwerpunktmäßig die Möglichkeit zur intensiven medikamentösen Therapie der Patienten im Krisenfall.

Die Personalsituation in der Psychiatrischen Versorgung bleibt in der Summe weit hinter von der parlamentarische Kommission „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung“ (PON) im Jahr 2000 geforderten Zahl zurück (Tabelle 3):

Tab.3: Personalzahlen Psychiatrische Versorgung Apulien; Soll-Ist-Vergleich

Psychiater	210
Psychologen	117
Soziologen	20
Rehabilitationstherapeuten	4
Berufsausbilder	1
Sozialarbeiter	128
Fachkrankenpflegepersonal	584
Hilfspflegepersonal (aus den geschlossenen Kliniken)	204
Aufwärter	190
Verwaltungsangestellte	44
Gesamtpersonal	1.502
Nach PON gefordert	2.214
Realisierungsgrad PON	68%

(Esposito G., 2006)

Zudem erwies sich die Um- und Weiterqualifizierung des Personals aus den ehemaligen Psychiatrischen Kliniken in Bisceglie und Lecce unter fachlichen und motivationalen Aspekten als außerordentlich schwierig und im Ergebnis beschränkt.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Qualität und Quantität des Psychiatrischen Fachpersonals in Apulien nicht den national geforderten Standards entspricht.

1.2.3. Das Untersuchungsgebiet Martina Franca

Martina Franca als Untersuchungsgebiet ist eine mittelgroße Kreisstadt mit ca. 43.000 Einwohnern in der Provinz Taranto (deutsch Tarent). Das zu ihr gehörige Verwaltungsgebiet ist mit einer Größe von 29.544 Hektar im Vergleich zu anderen Kleinstädten in Apulien relativ groß. Bis in die 60'er Jahre des letzten Jahrhunderts wird die Sozial- und Wirtschaftsstruktur von Landwirtschaft geprägt. Investitionsprogramme der italienischen Regierung zur Industrialisierung des Südens und die damit geschaffenen direkten und indirekten Industriearbeitsplätze verändern in den Folgejahren nachhaltig das soziale und wirtschaftliche Profil der Kreisstadt (Serrano, 1983; ISTAT 2005):

Tab. 4: Soziales und wirtschaftliches Profil von Martina Franca 1961-2005

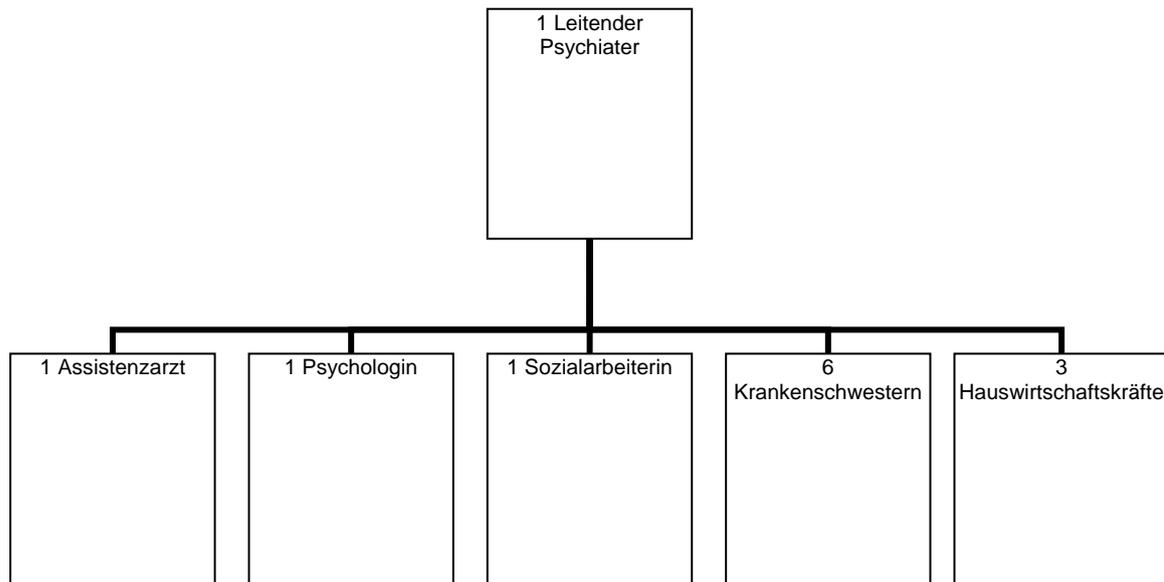
	1961	1971	1981	2005
Erwerbszweig				
Landwirtschaft	72,7%	60,9%	46,5%	32,4%
Industrie und Bauwirtschaft	11,3%	22,1%	33,5%	33,4%
Handel, Dienstleistungen, Verwaltung	16%	17%	20%	34,2%
Bildungsstand				
Abgeschlossenes Studium	0,9%	1%	2,1%	4,6%
Abitur	2,3%	2,8%	7,3%	9,8%
Mittlere Reife	4,2%	6,8%	16,1%	34,6%
Hauptschulabschluss	54%	63,9%	55,5%	45,2%
Kein Schulabschluss (zT Analphabeten)	38,6%	25,5%	19%	5,8%
Wohnsitz				
In der Stadt	63,2%	73,7%	81,1%	78,6%
Auf ländlichem Gebiet	36,8%	26,3%	18,9%	21,4%

Diese nachhaltigen Veränderungen spiegeln sich auch in der Patientenstichprobe der vorliegenden Studie insofern wider, als dass gerade unter den älteren Patienten der Bildungsstand relativ niedrig ist. Weiterhin leben etliche der befragten Patienten –auch hier überwiegend der ältere Teil der Stichprobe– auf ländlichem Gebiet, was die Kontinuität der Versorgung erschwert.

Bis 1978 gibt es in Martina Franca zur psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung eine Ambulanz als Außenstelle der Psychiatrischen Klinik in Lecce. Sie ist an 2 Tagen in der Woche geöffnet, das Personal wechselt und kommt aus der Klinik in Lecce angereist.

Im Jahr 1978 beginnt in der Folge des Gesetzes Nummer 180 (vergl. 1.2) die stufenweise Einrichtung eines Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienstes (Centro d'Igiene Mentale; im Weiteren: CIM) im Rahmen der neu gegründeten Lokalen Einheit zur Gesundheitsversorgung von Martina Franca (U.S.L.; vergl. A, 1.1). Der CIM ist im Jahr der Erstbefragung der vorliegenden Studie (1986) folgendermaßen strukturiert:

Abbildung2: Organigramm des Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienstes Martina Franca



Räumlich ist dieser Versorgungsdienst in einer Ambulanz zusammengefasst. Strukturell wird 1986 nicht zwischen den verschiedenen Funktionen wie Akuttherapie, Langzeittherapie und Rehabilitation unterschieden. Eine therapeutische Wohngruppe mit 6 Wohnplätzen in der Altstadt von Martina Franca wird personell von einer eigenständigen Kooperative geführt. Der CIM unterstützt die Arbeit dieser Kooperative durch die therapeutische Betreuung der Bewohner. Die Zuständigkeit des Psychiatrischen Versorgungsdienstes betrifft damals wie heute die Einwohnerschaft der Kreisstadt Martina Franca mit ca. 40.000 Einwohnern.

Wie in Abschnitt 1.2 beschrieben, definiert das Projekt „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung (PON)“ 1994 die Strukturen, Funktionen und Zuständigkeiten der Psychiatrischen Versorgung auch für Martina Franca neu. Der Psychiatrische Versorgungsdienst gehört nach 1994 nicht mehr zu einer eigenständigen U.S.L., sondern ist in das „Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.)“ des Landkreises Taranto integriert. Damit verbunden ist ab 1994 auch die schrittweise Einrichtung der von dieser Reform vorgesehenen Strukturen und Einrichtungen innerhalb des Dienstes. Eine bedeutsame Aufgabe besteht für den CIM in den Jahren 1998 – 2000 darin, die in der Psychiatrischen Klinik Lecce (seit z.T. 20 Jahren) stationär behandelten Patienten aus Martina Franca in seine therapeutische Verantwortung zu übernehmen. Die Entlassungsprozesse werden dabei individuell den persönlichen und sozialen Ressourcen der Patienten angepasst.

Die detaillierte Darstellung der aktuellen Versorgungsstrukturen findet sich in Abschnitt D 1.1. und D 1.2. .

2. Krankheitsbild und Verlauf der Schizophrenen Erkrankung

2.1. Krankheitsbegriff, klinisches Bild und Behandlung

Der Krankheitsbegriff der Schizophrenie unterlag nicht nur in der Vergangenheit stetigem Wechsel und häufigen Revisionen, sondern wird auch heute durch kritische Überprüfungen weiter ausdifferenziert und kritisch diskutiert.

Die Bezeichnung Schizophrenie prägte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der die wesentliche Störung der Krankheit in einer Schisis (Spaltung) verschiedener Funktionen der Phrån (Seele) sah (Bleuler, 1911).

Zudem führte Bleuler eine Hierarchie der mit dem Krankheitsbild einhergehenden Symptome ein: Zum einen unterschied er zwischen den Primären Symptomen (Störungen der Affektivität, der Assoziation und des Willens; oft nicht direkt wahrnehmbar) und den Sekundären Symptomen (Halluzinationen, Wahnphänomene; diskutiert als Folgen der Primären Symptome und/oder als Versuche einer Reintegration). Zum anderen unterscheidet er zwischen den Grundsymptomen als obligaten Symptomen infolge des organischen Krankheitsprozesses (immer vorhanden) und den Akzessorischen Symptomen wie Halluzinationen, Wahn und Katatonie als nicht krankheitsspezifischen Symptomen (d.h., diese Symptome treten auch bei anderen Krankheiten auf). Mit dieser Hierarchisierung der Schizophrenen Symptomatik gab Bleuler wichtige Impulse vor allem für ein auf die jeweilige individuelle Bewältigung des primären Krankheitsgeschehens ausgerichtetes Erkenntnisinteresse. Auch seine Annahme einer psychologischen Mitbestimmtheit des Krankheitsgeschehens und des Krankheitsverlaufes –bei organischer Grundbedingtheit der Störung, Bleuler nahm eine Infektion an- wies entscheidend die Richtung, in die sich spätere Schizophreniemodelle und –theorien entwickelten.

Die in der Folge zahlreich entwickelten Modelle der schizophrenen Erkrankung, die sie nach Prägnanz der Symptomatik und ihrem Verlauf untergliedern (vgl. Klosterkötter 1998, Huber 1987), sowie die verschiedenen ätiologischen Theorien zur Entstehung der Schizophrenie sollen an dieser Stelle nicht ausführlich dargestellt werden; dazu wird auf die entsprechenden Lehrbücher und Veröffentlichungen verwiesen (Berger 1999, Köhler 1999, Möller/Müller 1998, Rist 1995).

In der heutigen Diskussion wird überwiegend von einer prä- oder perinatal erworbene biologische Disposition, die in Interaktion mit biopsychosozialen Einflussfaktoren zur Krankheitsmanifestation führt (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) ausgegangen (Nuechterlein/Dawson 1984, Kompetenznetz Schizophrenie 2006).

2.2. Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf

Bezüglich der Lebenszeitinzidenz für eine Schizophrene Erkrankung werden Werte von 0,8%-1,0% ermittelt (Häfner 1995), die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit in der Gesamtbevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt) beträgt 0,1%-0,5% (DGPPN 1998).

Diese Inzidenz- und Prävalenzwerte belegen zwar, dass die Schizophrenie unter den psychischen Erkrankungen eher selten vorkommt (Kessler 1994), auf der anderen Seite stellen an Schizophrenie Erkrankte 30% der Patienten in psychiatrischen Kliniken, 10% der Patienten von niedergelassenen Fachärzten und sind in der Behandlung die teuerste Gruppe innerhalb der psychischen Erkrankungen (Längle 2001).

Der Zeitpunkt der Ersterkrankung liegt bei zwei Dritteln der Patienten vor dem 30. Lebensjahr, vor dem 12. und nach dem 40. Lebensjahr gibt es sie kaum (DGPPN 1998).

Bereits Jahre vor der Manifestation der Krankheit bestehen bei ca. 75% der Betroffenen Erlebnisveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten, die heute meist noch als Prodrome einer Schizophrenie unerkant bleiben oder als vorübergehende Krisen, neurotische Konfliktreaktionen und andere psychische Störungsformen fehl gedeutet werden (vergl. Larsen et al. 1996).

Die phänomenologische Symptomvielfalt der schizophrenen Erkrankung (vergl. Buchkremer/Böser 1995) zwingt vor dem Hintergrund diagnostischer Notwendigkeiten zu Kategorisierungen, wobei auch soziale Sekundärfolgen der Erkrankung als Parameter erfasst werden. Gemeinhin werden die Symptome in die sog. „Positivsymptomatik“ (Halluzination, Wahn und andere inhaltliche Denkstörungen, Angst-/Erregungszustände) und die „Negativsymptomatik“ (Antriebsmangel, Affektarmut, Interessensverlust, Kontaktstörungen, Konzentrationsstörungen) unterteilt. Gerade die in der Prodromalphase nicht erkannte und dementsprechend nicht therapierte Negativsymptomatik kann dabei persistente soziale Folgeprobleme im Krankheitsverlauf induzieren (vergl. Larsen et al. 1996).

Eine zusätzliche Differenzierung der Negativsymptomatik (Carpenter 1996) in eine Primäre (direkt und ursprünglich mit der Erkrankung verbundenes Defizitsyndrom bestehend aus eingeschränkten affektiven Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten, Antriebsarmut und Interessensverlust) und eine Sekundäre Symptomatik (Folgen misslungener Bewältigungsversuche der positiven Akutsymptomatik und/oder Folgen einer längerfristigen Unterstimulierung i.S von Hospitalisierung) ist gerade für die vorliegende Studie hilfreich, da sie die Bedeutung der individuellen Langzeitbegleitung der Patienten mit den Zielen Complianceerhöhung und soziale Integration konzeptionell unterstreicht. In diesem Zusammenhang hat die therapeutische Bearbeitung der Negativsymptomatik eine besondere Bedeutung (dies gerade auch für diejenigen Patienten dieser Studie, die einen vieljährigen Klinikaufenthalt mit entsprechenden Hospitalisierungssymptomen hinter sich hatten).

Bezüglich des Langzeitverlaufs der Schizophrenie zeigt sich eine große Varianz des möglichen, „natürlichen“ Verlaufs. So berichten Ciompi/Müller (1976) im Rahmen ihrer Nachuntersuchung von 300 Patienten über vier, gleich verteilte Verlaufsgruppen: „geheilte Patienten“ und Patienten mit einem „leichten“, „mittelschweren“ und „schweren Endzustand“. Auch die neuere Langzeitstudie von an der Heiden (1995) weist in ihrem 14-Jahres-Katamnesezeitraum ein Viertel der Patienten als symptomfrei aus. Die mit der Schizophrenie

verbundenen psychosozialen Belastungen sind nach neueren Untersuchungen im Vergleich zu anderen psychiatrischen Diagnosen zwar wesentlich stärker (vergl. Koivumaa-Honkanen et al. 1999), über das zeitliche Eintreten und die qualitative Entwicklung dieser sozialen Beeinträchtigungen liegen jedoch unterschiedliche Ergebnisse vor: so fanden bspw. Groß et al. (1998) eine zwar deutlich reduzierte, aber stabile psychosoziale Leistungsfähigkeit 15 Jahre nach Ersthospitalisierung, Wiersma et al. (1998) berichten hingegen von einer zunehmenden Verschlechterung der sozialen Situation in ihrer Patientenstichprobe zwischen dem 15. und 17. Jahr nach Ersterkrankung. In der Untersuchung von Weber (1998) zeigte sich im 10jährigen Katamnesezeitraum eine Zunahme des Prozentsatzes an Verheirateten sowie der Berufstätigen. Ob diese Variablen der sozialen Integration in der vorliegenden Studie auf dem Hintergrund der im Untersuchungsgebiet Süditalien ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse eine entsprechende Veränderung aufweisen, erscheint eher als unwahrscheinlich. Die grundsätzlichen sozialen Probleme psychisch kranker Menschen –und insbesondere schizophrener Patienten- in den Bereichen Einkommen, Wohnen und Arbeit belegt die Untersuchung von Mörchen et al (2002) Dieser Gesamtheit an Fragestellungen nach der Entwicklung der sozialen Integration der Untersuchungsstichprobe über einen Katamnesezeitraum von 20 Jahren wird in vorliegender Studie nachzugehen sein.

Für eine präzise individuelle Prognosestellung zum Zeitpunkt der Ersterkrankung fehlen bislang statistisch ausreichend validierte Indikatoren. Auch häufig genutzte Kennwerte, wie der Grad der prämorbidem Anpassung oder der Zeitpunkt des Krankheitsbeginns, können nach neueren Studien mit nur 8-40%iger Wahrscheinlichkeit Hinweise auf den weiteren Krankheitsverlauf geben (Groß et al. 1998).

Der Variantenvielfalt des Krankheitsverlaufs entspricht ein nichtlinearer Verlauf des Rehabilitationsprozesses, der weniger vom Gesamtverlauf der Krankheit als den aktuellen Limitierungen und daraus resultierenden Erfordernissen der jeweiligen Krankheitsepisode gesteuert wird (vergl. Längle 1997 und 2001). Auf diesem Hintergrund erscheint das vorliegende Untersuchungsdesign, das eine Patientengruppe mit homogener Diagnose und gleichen therapeutischen und regionalen Ausgangsvoraussetzungen als Untersuchungsgruppe definiert, als sinnvoll (vergl. Längle 2001).

Das mit der schizophrenen Erkrankung verbundene Suizidrisiko liegt bei 10%, nach einer Studie von Radomsky et al. (1999) berichten zudem 27% der befragten Patienten davon, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben.

2.3. Therapieansätze

An dieser Stelle soll lediglich ein Überblick über die unterschiedlichen Ansatzpunkte der Therapie für an Schizophrenie erkrankte Patienten gegeben werden. Es wird auf weiterführende Literatur (z.B. Dörner et al. 2004) verwiesen. Die drei therapeutischen Eckpfeiler neuroleptische Medikation, Psychotherapie und soziotherapeutische Maßnahmen basieren u.a. auf dem Vulnerabilitäts-Streß-Konzept (vergl. Kraemer 2005).

2.3.1. Psychopharmakotherapie

In einer akuten Phase steht häufig die medikamentöse Behandlung im Vordergrund. Durch sie werden häufig auch bereits in der Akutphase zusätzliche psychotherapeutische und soziotherapeutische Therapien möglich (Möller 1996). In erster Linie werden dabei Neuroleptika eingesetzt, die spezifisch auf psychotische Symptome (positive Symptomatik, also etwa die Halluzinationen) wirken; aber auch den sogenannten Minus-Symptomatiken wie Antriebslosigkeit, Affektverflachung oder Depressivität wirken Neuroleptika entgegen. Sie wirken auf den Neurotransmitterstoffwechsel ein und können oft relativ schnell die Akut-Symptomatik mildern oder beseitigen. Einen guten Überblick bezüglich der pharmakologischen Therapie mit Neuroleptika findet sich in DGPPN (1998), Albers (1998), Gaebel (1998) und Lambert et al. (2000b). Die Wirksamkeit der Therapie mit Neuroleptika im Sinne einer reduzierten Rückfallwahrscheinlichkeit wurde in zahlreichen Studien belegt (z.B. Gilbert et al. 1995, Naber et al. 1999). Problemfelder der Neuroleptikatherapie sind zum einen ihre Nebenwirkungen (insbesondere extrapyramidalmotorische Störungen; vergl. Benkert/Hippius 1996), zum anderen die mit jeder lang anhaltenden oder dauerhaft notwendigen Medikamenteneinnahme verbundene Compliance-Thematik (eine ausführliche Darstellung dazu findet sich in Längle 2001). In einem auf die Wahrnehmung des ganzheitlichen therapeutischen und rehabilitativen Angebotes bezogenen Sinn wird auch in der vorliegenden Studie die Compliance der Patienten untersucht.

2.3.2. Psychotherapie, Psychoedukation

Das Spektrum psychologisch orientierter Therapien ist breit: supportive Gespräche, Milieutherapieverfahren, Psychoedukation, kognitive Verfahren, Social-Skills-Training, Coping-Skills-Training, analytische, leiborientierte, verhaltensorientierte oder Familientherapie (Böker 2001). Insbesondere eine individuelle Einzeltherapie mit zusätzlicher kognitiver und Verhaltenstherapie führt zu deutlicher Reduktion von Rezidiven, die langfristig angelegten Therapien zur Minderung der grundlegenden Vulnerabilität und auch zur Besserung der Compliance und Krankheitsbewältigung (Kraemer 2005 nach Müller 1998).

Dabei scheint der beste Zeitpunkt für eine psychoedukative Intervention im mittleren Verlauf der Erkrankung zu liegen, wenn bereits eine Krankheitsakzeptanz, aber noch keine Resignation eingetreten ist (Kraemer 2005 nach Feldmann et al. 2002). Im Speziellen haben kognitiv-behaviorale Psychotherapien sogar auf Positivsymptome bei chronisch psychotischen Patienten positive Wirkungen (Wiedemann und Klingberg 2003, Thornicroft/Susser 2001).

Auf der anderen Seite haben gerade multidimensionale Formen des therapeutischen Zugangs eine signifikante Reduzierung der Rezidivraten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zur Folge: die vierfache Kombinationsbehandlung, bestehend aus Psychoedukation, Psychotherapie, Einbeziehung der Familie und medikamentöser Behandlung reduzierte die Rezidivrate um 20% (Buchkremer 1984, Buchkremer et al. 1997, Hornung et al. 1999b). Dies erscheint vor allem auch für die vorliegende Studie interessant, die in einem Kontext von multidisziplinären und integrativen therapeutischen Konzepten im Rahmen der italienischen Reformpsychiatrie erstellt wurde.

In der Psychotherapie geht es zunächst darum, mit dem Patienten ein gemeinsames Verständnis seiner Probleme zu erarbeiten. Anschließend wird trainiert, drohende Rückfälle rechtzeitig zu erkennen und mit geeigneten Strategien zu bewältigen. Außerdem sind fortbestehende Symptome, die Akzeptanz der Medikamente, Entwicklung und Unterstützung von Fähigkeiten des Patienten sowie eine Förderung seiner Lebensqualität wichtige Themen der Psychotherapie. Klingberg (2007b) nennt folgende Interventionsansätze für die Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrener Erkrankung:

- Erarbeitung oder Vertiefung des Krankheitskonzepts
- Strategien zur Rückfallverhütung bei stabilisierten Patienten
- Strategien zur Symptomreduktion bei persistierenden Positiv- oder Negativ-Symptomen
- Trainings zur Verbesserung sozialer Kompetenz
- Trainings zur Verbesserung basaler kognitiver Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Problemlösen
- Betreuung der Familie des Patienten

Klingberg (2007) weist auf die Notwendigkeit hin, psychotherapeutische Behandlungsstrategien regelhaft in die Gesamtbehandlung schizophrener Psychosen zu integrieren. Neben grundsätzlich 3 Ansatzpunkten für psychotherapeutische Interventionen (Vulnerabilität, protektive Faktoren und Belastungen) erarbeitet Klingberg (2007) eine klinische Praxis der Zuordnung verschiedenartiger psychotherapeutischer Behandlungsstrategien zu den einzelnen Krankheitsphasen der schizophrenen Erkrankung.

2.3.3. Soziotherapie

Frieboes 2003 schlägt eine Einteilung der Aufgabenbereiche der Soziotherapie in vier Schwerpunkte vor:

- Milieuthherapie (Interaktionen das soziale Umfeld betreffend)
- Ergotherapie (Einüben von alltagspraktischen Fähigkeiten)
- Arbeitstherapie
- Interventionen in einzelnen Lebensbereichen wie Familie, Wohnen, Arbeitsplatz und Freizeitgestaltung

Wie in Abschnitt A 1 dargestellt, ist die Soziotherapie in der reformierten italienischen psychiatrischen Versorgung integrierter Bestandteil des therapeutischen Angebotes; im Sinne der obigen Einteilung wird dabei der Schwerpunkt vor allem auf die Milieuthherapie und auf die Interventionen in einzelnen Lebensbereichen gelegt.

Die Wirksamkeit soziotherapeutischer Interventionen auf den Krankheitsverlauf ist bisher nur sehr partiell in Bezug auf die Auswirkungen von Arbeitsversuchen auf Psychopathologie, kognitive Leistungsfähigkeit, Selbstvertrauen und Rehabilitationsmotivation untersucht worden (Längle et al. 2000).

3. Bewältigungsformen an Schizophrenie erkrankter Menschen

Zunächst werden einige theoretische Konzepte der Copingforschung bei schizophrenen Patienten vorgestellt und die daraus für vorliegende Studie resultierenden Implikationen abgeleitet. Daraufhin soll das den zum Erstuntersuchungszeitpunkt durchgeführten Patienteninterviews zu Grunde liegende Modell der Reaktionsformen und –hierarchien nach Thomae (1985,1988) dargestellt werden. Für eine ausführlichere Darstellung der Copingforschung bei schizophrenen Patienten wird auf die Arbeiten von Wiedl et al. (1989a und b), Saupe et al. (1991) sowie Schaub (1993) verwiesen.

3.1. Konzepte der Copingforschung bei an Schizophrenie erkrankten Menschen

Der Fokus der Copingforschung bei schizophrenen Patienten liegt auf der Erforschung der individuellen Krankheitsbewältigung durch die Patienten. Doch bereits der Copingbegriff selbst wird durchaus unterschiedlich definiert: "Over the years, coping has acquired a variety of conceptual meanings, being commonly used interchangeably with such kindred concepts as mastery, defence and adaptation" (Pearlin & Schooler, 1978). Geschichtlich betrachtet tritt der Copingbegriff neben die in der Psychoanalytischen Abwehrlehre formulierten Reaktionsformen (intrapsychischer Natur) wie Regression, Verdrängung, Projektion, Sublimation, Isolation etc. . Durch seine Einbindung in psychologische Persönlichkeitstheorien und Stresskonzeptionen konnte er sich jedoch von den häufig unidirektionalen und oligothematischen Annahmen und Ausrichtungen der Psychoanalytischen Trieblehre befreien und ermöglichte dadurch eine breitere empirische Untersuchung menschlicher Reaktionsformen auf unterschiedlichste Belastungen. In Bezug auf die Verwendung des Copingbegriffes im Sinne der Krankheitsbewältigung sieht Heim (1979) gewisse Gemeinsamkeiten: "Einigkeit besteht im klinischen Bereich praktisch bei allen Autoren darin, dass Coping .. oft durch eine stressbetonte Situation ausgelöst wird – oder allgemeiner ausgedrückt – einem Versuch der Krisenbewältigung entspricht. ... Jede Krankheit kann als Krise aufgefasst werden, die es zu überwinden oder durch Anpassung zu integrieren gilt (Heim, 1979, S 254)".

In Anlehnung und aufbauend auf den Übersichtsarbeiten von Wiedl et al. (1989 a und b), Saupe et al. (1991) sowie Schaub (1993) lässt sich ein dreidimensionaler konzeptioneller Voraussetzungsraum konstruieren, in dem sich speziell die Studien zu den Bewältigungsformen an Schizophrenie erkrankter Menschen bewegen. Die drei Dimensionen sind:

- Konzeptionalisierung des Bewältigungsverhaltens
- Definition des Bewältigungsobjektes
- Verwandte Kategoriensysteme

Die Dimension Konzeptionalisierung des Bewältigungsverhaltens ordnet die vorliegenden Studien entsprechend der Zielrichtung des als Bewältigungsverhalten definierten Verhaltens der untersuchten Patienten. Stellvertretend für Studien, die *Bewältigungsverhalten als Vermeidung* konzeptionalisieren sei der Ansatz von Süllwold genannt, der mit dem Instrument

des „Frankfurter Beschwerdefragebogen zur Erfassung subjektiver Defizienzen schizophrener Patienten“ (1986) 8 Vermeidungsreaktionen den untersuchten Patienten nach dem Kriterium „Was mir hilft und meinen Zustand bessert“ zur Auswahl anbietet. Die Ergebnisse zeigen eine Bevorzugung der Vermeidungsreaktionen „Vermeiden von Unruhe“ (65,9%), „Konzentration auf wenige Aktivitäten“ (58,5%), „Langsames Arbeiten“ (52%) sowie „Meiden von Gefühlsregungen“ (41,5%). Problematisch erscheint an diesem Ansatz vor allem die Vorselektion bestimmter Verhaltensweisen; offen bleibt, welche anderen möglichen Bewältigungsformen, nach denen im Beschwerdefragebogen nicht gefragt wird, von den Patienten ebenfalls intentional als Bewältigungsverhalten eingesetzt werden.

Beispielhaft für die Konzeptionalisierung des *Bewältigungsverhaltens als Kompensation* sind die Untersuchungen von Böker und Brenner (1984, 1986), die einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der subjektiv erlebten Basisstörungen und der Anzahl der insgesamt berichteten Kompensationsversuche aufdecken. Als Kompensationsversuche werden dabei vor allem kognitive Strategien wie „Umstrukturierung“, „Realitätstestung“ und „Handlungsverlagerung“ benannt. Auch dieser Ansatz schränkt das mit seiner Hilfe erfassbare Bewältigungsverhalten auf wenige Varianten ein; so fragen Böker und Brenner (1984) in einem Fragebogen nach „bewusst durchgeführten Kompensationsversuchen“ und reduzieren damit a priori die Bandbreite möglicher Antworten seitens der Untersuchten.

Fiedler und Buchkremer (1981) erfassen Bewältigungsverhalten hingegen unter dem Aspekt der *Problemlösung*. Sie entwickelten ein auf die Situation der Untersuchten abgestimmtes Problemlöseinventar, das gemeinsam mit dem Therapeutenurteil bezüglich der Problemlösefähigkeit des Betroffenen sowie den klinischen Verlaufsdaten bei einer Stichprobe von 35 Patienten angewandt wurde (Lewandowski und Buchkremer 1985). „Gute Problemlöser“ erfassen einerseits den konfliktären Charakter von (im Inventar vorgegebenen) Problemsituationen besser und bedenken und planen auch eine größere Anzahl von Alternativen als „Schlechte Problemlöser“; auf der anderen Seite weisen sie in den klinischen Verlaufsdaten eine höhere Wiederaufnahmequote und häufigere akut-psychotische Episoden aus. Dieses überraschende zweite Ergebnis macht die Grenzen einer selektiven Herangehensweise an das komplexe Bewältigungsgeschehen schizophrener Patienten deutlich: Da in der Studie Bewältigungsverhalten zum einen mit Problemlösekompetenz gleichgesetzt wurde, zum anderen ein rein formales Kategoriensystem zur Aufbereitung der Untersuchungsdaten verwendet wurde („gute“ vers „schlechte“ Problemlöser), Fragen der Dimensionalität des Bewältigungsverhaltens (Verhalten/Kognition/Emotion) aber unbeachtet blieben, lässt sich dieses Ergebnis untersuchungsimmanent nicht erklären. Es ist vielmehr notwendig, auf andere Untersuchungen zurückzugreifen, die beispielsweise moderierende Funktion kognitiver und emotionaler Faktoren in der Auswahl des Bewältigungsverhaltens kategorial erfassen (siehe Dimension „Kategoriensysteme“).

Die Zweite Dimension Definition des Bewältigungsobjektes strukturiert die vorliegenden Untersuchungen hinsichtlich des ihnen zu Grunde liegenden mehr

oder weniger weit gefassten Krankheitsbegriffs. Auf dieser Dimension trennen sich deutlich Studien aus dem Bereich der psychiatrischen/psychopathologischen Theorienbildung von Untersuchungen mit einem ganzheitlich-lebensweltbezogenen deskriptiv-empirischen Anspruch.

Diejenigen Studien, die die spezielle *Symptomatik der Schizophrenie als Bewältigungsgegenstand* definieren, stellen die Mehrheit der Untersuchungen zum Bewältigungsverhalten von an Schizophrenie Erkrankten dar. Dabei setzen diese Studien jeweils gezielt ihren Schwerpunkt auf die Basis-, Prodromal- oder Akutsymptomatik. Das Gemeinsame der hier zu subsumierenden Untersuchungen ist ihre Fragestellung, wie die untersuchten Patienten die schizophreientypischen Symptome bewältigen. An dieser Stelle sollen die zahlreichen Ergebnisse nicht im einzelnen dargestellt werden. Bezüglich der *Bewältigung von Basisstörungen* wird auf die Arbeiten von Böker und Brenner (1987), Gross (1986), Süllwold (1986).

Die Untersuchung der *Prodromalsymptomatik als Bewältigungsgegenstand* folgt dem evidenten therapeutischen Interesse, anlaufende psychotische Prozesse möglichst frühzeitig abfangen zu können. Dabei kommen die meisten dieser Studien zu dem Ergebnis, dass der weitaus größte Teil der Betroffenen und auch ihrer Familienangehörigen die Prodromalphase wahrnimmt und in ihrer Bedeutung erkennt. Ausführliche Untersuchungsergebnisse zur Bewältigung der Prodromalsymptomatik finden sich bei Herz et al. (1989), Jolley und Hirsch (1990), Mc Candless-Glimscher (1986), sowie Thurm und Häfner (1990).

Diejenigen Studien, die die *Akutsymptomatik (und Produktive Symptomatik) als Bewältigungsgegenstand* definieren, konzentrieren sich schwerpunktmäßig auf den Umgang der Betroffenen mit den Akutsymptomen Wahn und Halluzinationen. Ohne an dieser Stelle auf die zahlreichen Studien zur Bewältigung der Produktiven und der Akutssymptomatik eingehen zu wollen (z.B. Cohen und Berk 1985, Carr und Katsikis 1987), seien hier einige der Ergebnisse im Überblick festgehalten: Unterschiede zwischen den Untersuchungen zeigen sich sowohl in der erhobenen Krankheitsdauer wie auch in der Anzahl der benannten Bewältigungsformen seitens der Betroffenen. Gemeinsam ist den Studien, dass sie ein breites Spektrum an Bewältigungsformen als effizienter einschätzen, als ein schmales Spektrum. Weiterhin gemeinsam ist den Studien, dass sie ausschließlich die symptombezogenen Belastungssituationen fokussieren und diese nicht mit anderen diskriminativen Variablen verbinden (z.B. soziodemografische Daten, soziales Netzwerk der Untersuchten etc.). Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die Studien zur Symptombelastung im allgemeinen sicherlich eine evidente therapeutische Nützlichkeit aufweisen. Wichtige, auf die individuelle Lebenswelt der Betroffenen bezogene Rahmenbedingungen bleiben jedoch in ihrer Auswirkung auf das Bewältigungsgeschehen ebenso unhinterfragt, wie auch die Auswirkungen der therapeutischen Interventionen. Letzteres soll in der vorliegenden Studie hingegen zum Untersuchungsgegenstand gemacht werden, in dem die Unterschiedlichkeiten der Bewältigungsformen von stationär vs. territorial Betreuten zum Erstuntersuchungszeitpunkt untersucht werden.

Denjenigen Studien, die *Lebensweltbezogene Belastungen als Bewältigungsgegenstand* definieren ist gemeinsam, dass in ihnen „Bewältigung nicht mehr nur symptom-spezifisch bzw. im engeren Sinne krankheitsorientiert gesehen wird, sondern der schizophrene Mensch mit seinen verschiedenen subjektiv erlebten Beeinträchtigungen in allen relevanten Lebensbereichen ... zum Gegenstand des Interesses wird“ (Wiedl und Schöttner 1989a, S 179). Bewältigungsgegenstand ist also hier die Ganzheit der individuellen Lebenswelt der Betroffenen, die durch die schizophrene Erkrankung verändert wird. Untersuchungen, die ein in diesem Sinne weites und interaktionsbestimmtes Konzept des Bewältigungsgegenstandes zu Grunde legen, sind vor allem die Studien aus dem Bereich des Modells der Reaktionsformen und Reaktionshierarchien nach Thomae (Schaub 1993, Stöhr 1986) Andere Studien in diesem Feld widmen sich im Speziellen entweder der *Rolle des Sozialen Netzwerkes* für die Erkrankten ((Angermeyer 2000), den *Reaktionen der Umwelt auf die schizophrene Erkrankung* gerade auch im Sinne der Stigmatisierung und der sogenannten „Sekundären Behinderung“ (Link 1985), oder aber den *Reaktionen der Betroffenen auf die Psychiatrische Versorgung*, insbesondere die Reaktionsformen auf stationäre Einweisung und Aufnahme (Lally 1989, Längle et al. 2003); eine spezielle Gruppe von Studien widmet sich dabei den Reaktionsformen der Betroffenen auf die Psychiatrische Versorgung unter dem Gesichtspunkt der Compliance (Längle 2001).

Die dritte Dimension Verwendete Kategoriensysteme ordnet schließlich die vorliegenden Untersuchungen bezüglich der zur Aufbereitung der Daten (Clusterung und statistische Analyse) verwendeten Kategoriensysteme.

Die *Klinischen Kategoriensysteme* bieten auf der einen Seite den evidenten Vorteil einer für die therapeutische Praxis unmittelbaren Relevanz und Übertragbarkeit. Auf der anderen Seite lassen sich aus ihnen jedoch keine, über die klinische Situation im engeren Sinne hinausgehenden Informationen gewinnen, die Hinweise auf einen effektiven und effizienten Umgang der Betroffenen, ihrer Therapeuten und Betreuer sowie anderer Kontaktpersonen mit den komplexen Anforderungen und Belastungen, die mit der schizophrenen Erkrankung verbunden sind, erlauben würden. Beispielhaft für Untersuchungen aus diesem Bereich sind Cohen und Berk 1985 (Bewältigungsformen z.B. „medizinische Maßnahmen“, „Drogen und Alkohol“, „Gebet“) sowie Kleinke 1984 (Bewältigungsformen „Rauchen und Einnehmen von Tranquilizern“, „Selbstvorwürfe und Marihuana“, „gezielte Selbstheilung“).

Formale und auf die psychologische Prozessebene bezogene Kategoriensysteme: Unter Formalen Kategoriensystemen werden dabei solche Ansätze verstanden, die die Untersuchungsdaten in Anlehnung an einschlägige theoretische Konzeptionen ordnen und interpretieren. Beispiele sind die Untersuchungen von Böker und Brenner 1986 (formale Kategorien „Problemorientierte Bewältigungsformen“ vs. „nicht-problemorientierte Bewältigungsformen“) und die Studie von Fallon und Talbot 1991 (Kategorien auf der psychologischen Prozessebene: Bewältigungsformen auf der „Verhaltens-“, „Kognitions-“, und „Emotionalen Ebene“). Ein Vorteil dieser Kategoriensysteme liegt in der durch die aus ihrer Ableitung aus auf anderen Feldern bestätigten Psychologischen Theorien gegebene Möglichkeit, gerichtete Hypothesen durch das Herstellen von Beziehungen innerhalb des Datenmaterials zu formulieren.

Ihre Nachteile hingegen liegen vor allem in ihrem unzureichenden Auflösungsgrad in der Betrachtung möglicher Bewältigungsformen (allein die Kategorie „Verhalten“ umfasst sowohl körperliche Haltungsänderungen wie auch die Einnahme von Alkohol oder von Drogen) sowie in ihrer geringen Trennschärfe (ein und die selbe Bewältigungsform kann verschiedenen Kategorien zugeordnet werden, je nachdem, ob ihre Beobachtbarkeit oder ihre Funktionalität oder Intentionalität als Zuordnungskriterium herangezogen wird).

So kann abschließend festgehalten werden, dass sich die vorliegenden Studien auf den Dimensionen „Konzeptionalisierung des Bewältigungsverhaltens“, „Definition des Bewältigungsobjektes“ sowie „Verwendete Kategoriensysteme“ stark voneinander unterscheiden. Diese Unterschiede machen es schwierig, im Sinne ihrer empirischen Bestätigung allgemeingültige Aussagen bezüglich der Aktualisierung von Bewältigungsformen an Schizophrenie Erkrankter zu machen. Die therapeutisch relevante Fragestellung nach effektiven Bewältigungsformen ist noch weniger zu beantworten, da gerade in die Bewertung der Effektivität einer Bewältigungsform die theoretischen Vorannahmen in besonders starkem Ausmaß eingehen.

Trotzdem soll an dieser Stelle der Versuch unternommen werden, einige zusammenfassende Aussagen zu den vorliegenden Untersuchungen abzuleiten:

- Die Mehrzahl der Studien gesteht den Betroffenen einen durchaus aktiven, den Krankheitsprozess zu mindestens mitgestaltenden Part im Umgang mit der schizophrenen Erkrankung und ihrer Folgeerscheinungen zu; so kommen in allen Untersuchungen die Betroffenen selbst zu Wort.
- Die Bedeutung der Einstellung der Betroffenen der schizophrenen Erkrankung gegenüber wird von den meisten Untersuchungen als groß eingeschätzt. Dies betrifft nicht nur die Compliance im engeren Sinne, sondern im weiteren Umfeld auch die Einsicht in die Erkrankung, sowie in die (somatischen, psychischen und sozialen) Auswirkungen auf die individuelle Lebenswelt der Betroffenen.
- Die vorliegenden Untersuchungen zeigen eine starke Heterogenität und Vielfalt der Bewältigungsformen seitens der Betroffenen. Trotz aller Probleme bezüglich der Effektivitätsbestimmung deutet sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Breite des „Bewältigungsrepertoires“ und einem „erfolgreichen“ Umgang mit der Krankheit ab.

3.2. Das Konzept der Reaktionsformen und Reaktionshierarchien nach Thomae

Auf dem Hintergrund der oben geschilderten konzeptionellen Besonderheiten der vorliegenden Untersuchungen zum Bewältigungsverhalten schizophrener Patienten war zu berücksichtigen, dass der Fokus vorliegender Studie zum Ersterhebungszeitpunkt 1985/1986 auf der Untersuchung der speziellen Reaktionsformen schizophrener Patienten im Hinblick auf ihre Krankheitsbewältigung, die psychosozialen Folgeerscheinungen sowie die unterschiedlichen therapeutischen Rahmenbedingungen (stationär vs. territorial) liegt. Entsprechend wurde mit dem Ansatz der Reaktionsformen und

Reaktionshierarchien nach Thomae (1996) ein Konzept verwandt, dass die Auseinandersetzung der schizophrenen Patienten mit ihrer Gesamtsituation in den Mittelpunkt rückt. Dieses Konzept orientiert sich stärker als andere Konzepte am Verhalten und ermöglicht einen wertfreien Zugang zu den Aussagen der Patienten. Es hat sich zudem in der phänomenologischen Erfassung und systematischen Ordnung der Bewältigungsformen schizophrener Patienten bewährt (Schaub 1993 und 1993, Stöhr 1986).

Thomae definiert den Begriff der Reaktionsform als „Oberbegriff für alle instrumentellen und expressiven Antworten auf belastende Situationen ... der darüber hinaus alle kognitiven wie praktischen, emotionalen wie physischen, aktiven und passiven Reaktionen einschließt (Thomae 1988, 85). Unter diesen Begriff lassen sich auch solche Reaktionen subsummieren, die gerade nicht durch eine stärkere kognitive oder willentliche Steuerung gekennzeichnet sind, aber entweder für sich allein eine große Bedeutung im Reaktionsprozess haben können (z.B. ‚Akzeptieren der Situation‘, ‚Identifikation mit den Schicksalen Anderer‘), oder aber wichtige Funktionen und Auswirkungen in der Begleitung von Veränderungsprozessen haben (z.B. ‚Angst‘, ‚Wut‘, ‚Trauer‘).

Mit dem Konzept der Reaktionshierarchie entwickelte Thomae (1996) zudem ein bereits bei zahlreichen empirischen Untersuchungen bewährtes Auswertungs- und Interpretationsinstrument (Schaub 1993, Stöhr1986). Nach Thomae ist eine Reaktionshierarchie „... die Basis für eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit, mit der eine bestimmte Reaktion von einer Person oder Gruppe für eine bestimmte Belastungssituation gewählt wird (Thomae 1985, 337)“. Mit dem Instrument der Reaktionshierarchie wird also nicht die absolute Stärke einer einzelnen Reaktionstendenz erfasst, sondern es ist „... die relative Stärke einer Reaktionstendenz, die beim Vergleich von Personen und Situationen interessiert, damit also die Stellung einer Reaktionsform innerhalb einer Reaktionshierarchie (Thomae 1988, 101)“.

Ergänzt wird das Modell der Reaktionsformen nach Thomae durch die Biografische Methode zur Erhebung empirischer Daten. Thomae bezeichnet die Biografische Methode „... wissenschaftstheoretisch als Versuch einer Synthese zwischen idiografischer und nomothetischer Forschung (1968, 105)“. Dem idiografischen Anspruch folgend soll mit Hilfe der Biografischen Methode „... möglichst die unverzerrte psychische Wirklichkeit zu erfahren und zu erfassen ... (1968, 105)“ sein. Wichtigstes Instrument der Biografischen Methode ist die halbstrukturierte Exploration, denn die „Exploration stellt einen der wenigen Zugänge zu einer durch den methodologischen Zugriff noch nicht veränderten seelischen Wirklichkeit dar (a.a.O., 113)“. Voraussetzung für die Durchführung einer Exploration ist ein Vertrauensverhältnis zum Untersucher, „eine emotional und affektiv weitgehend ‚entlastete‘, dabei aber doch zum ‚Engagement‘ auffordernde Situation (Thomae 1968, 113)“. Diesen Anorderungen konnte im Rahmen der vorliegenden Studie gut entsprochen werden, da alle befragten Patienten mit dem Untersucher bereits aus dem therapeutischen Kontext bekannt waren. Der Umgang mit den erhobenen Explorationsdaten soll wertfrei sein und lediglich dem Interesse folgen, die Dokumentationen „...nach ihrem semantischen Gehalt zu befragen und unter Abstraktion von allen konkreten

Handlungs- und Situationsumständen einem bestimmten Typus bzw. einer bestimmten Klasse von Antworten zuzuordnen (Thomae 1988, 85).“

Da auch die vorliegende Studie zum Erstuntersuchungszeitpunkt mit der Biografischen Methode und mit einer halbstrukturierten Exploration als Datenerhebungsinstrument arbeitet, wird später ausführlicher sowohl auf die den Explorationsleitfaden als auch auf das bei der Auswertung verwendete Kategoriensystem eingegangen (vergl. Abschnitt B 2.4.1.).

B Fragestellung und Methodik

1. Fragestellungen

Da bereits in der Einführung in den für die vorliegende Studie relevanten Themen auf resultierende Fragestellungen hingewiesen wurde, soll an dieser Stelle nicht der vollständige wissenschaftliche Hintergrund aller Fragestellung erneut dargestellt werden; lediglich ergänzende Aspekte werden hinzugefügt.

Die vorliegende Untersuchung ist angelegt als eine retrospektive, nicht interventionelle Feldstudie für zwei zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung unterschiedlich therapierte Patientengruppen (stationär und ambulant/territorial) über einen 20jährigen Katamnesezeitraum. Dabei wurde das zum Erstuntersuchungszeitpunkt eingesetzte Verfahren der strukturierten, inhaltsanalytisch ausgewerteten Exploration im Rahmen der Katamneseuntersuchung durch aktuelle, standardisierte Verfahren zur Erhebung patientenspezifischer Daten aus den Bereichen Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Compliance bezüglich der Wahrnehmung des ganzheitlichen therapeutischen Programms sowie dem aktuellen Krankheitsstatus ergänzt.

Einen nicht unwesentlichen Teil dieser Studie stellen subjektive Patientendaten dar. Der Stellenwert von bspw. subjektiver Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit gewann ab Anfang der 90er-Jahre für die Wissenschaft an Bedeutung (Längle 2001), sowohl im stationären (Koivumaa-Honkanen et al. 1999) als auch im ambulanten Bereich (Shipley und Mitarbeiter 2000).

Abgesehen vom Exkurs der zum Erstuntersuchungszeitpunkt von den Patienten aktualisierten Bewältigungsformen lassen sich alle Teilfragestellungen der vorliegenden Studie unter folgender Frage einordnen:

„Wie haben sich über einen Katamnesezeitraum von 20 Jahren 50 schizophrene Patienten und ihre Behandlungs- und Betreuungssituation entwickelt und gibt es einzelne Faktoren im Krankheits- und Betreuungsprozess, die einen besonderen Einfluss auf ihre aktuelle, subjektiv und objektiv eingeschätzte Krankheits- und allgemeine Lebenssituation haben?“

Dem Gliederungsprinzip der Einleitung folgend, lassen sich unter dieser Fragestellung drei Gruppen von Teilfragen bilden:

1.1. Fragestellungen zur Entwicklung der Psychiatrischen Versorgung sowie ihrer Akzeptanz und Nutzung durch die befragten Patienten

In Ergänzung zu der Darstellung der Veränderungen des Territorialen Departments für seelische Gesundheit von Martina Franca in Abschnitt A 1.2.3. werden in dieser Gruppe von Fragestellungen quantitative und qualitative Aspekte des therapeutischen Angebotes analysiert. Im einzelnen sollen folgende Fragen geklärt werden:

1.1.1. Welche einzelnen therapeutischen Leistungen erbringt das Territoriale Department, wie häufig werden diese einzelnen Leistungen erbracht?

1.1.2. Wie hat sich die Zahl der betreuten Patienten im Katamnesezeitraum entwickelt?

1.1.3. Wie intensiv nutzen die Patienten aus der Untersuchungsgruppe diese Leistungen und wie schätzen sie ihre Nützlichkeit ein?

1.2. Fragestellungen zum Verlauf der Schizophrenen Erkrankung sowie der sozialen Integration

Im Mittelpunkt dieser Fragestellungen stehen sowohl objektive Verlaufparameter der Erkrankung als auch subjektive Einschätzungen der Patienten zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung. Zu den objektiven, krankheitsbezogenen Daten gehören der psychopathologische Verlauf, Art und Umfang der therapeutischen Versorgung, die Compliance bezüglich des ganzheitlichen Therapie-, Betreuungs- und Rehabilitationsangebotes und der soziale Werdegang. Als subjektive Daten werden die Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen sowie die Zufriedenheit der Patienten mit den therapeutischen Maßnahmen analysiert.

Im Einzelnen sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

1.2.1. Wie entwickelt sich der Krankheitsverlauf der Patienten über den Katamnesezeitraum in Bezug auf die klinischen Daten GAF, Rehospitalisierungsraten, therapeutische Betreuung und Compliance?

1.2.2. Wie entwickelt sich die Soziale Integration der Patienten im Katamnesezeitraum in Bezug auf die Parameter Wohnen, Arbeit und Soziales Netz?

1.2.3. Wie ist die Einschätzung der Patienten in Bezug auf Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung durch den psychiatrischen Versorgungsdienst zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung?

1.2.4. Gibt es Zusammenhänge zwischen der Behandlungscompliance, dem Krankheitsverlauf, der Lebensqualität und den Bewältigungsformen?

1.2.5. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsverlauf und den subjektiven Einschätzungen der Patienten bezüglich der Lebensqualität und ihrer Zufriedenheit mit Behandlung und Betreuung zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung?

1.3. Fragestellungen zu den Reaktionsformen der befragten Patienten auf ihre Lebens- und Krankheitsbewältigung zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Bei diesen Fragestellungen geht es im wesentlichen um den Vergleich der stationären mit der ambulanten/territorialen Untersuchungsgruppe bezüglich der von ihnen zum Erstuntersuchungszeitpunkt aktualisierten Reaktionsformen. In einer weiterführenden Analyse sollen aber auch Fragestellungen nach möglichen Zusammenhängen zwischen der Aktualisierung einzelner Reaktionsformen und dem späteren Krankheitsverlauf gestellt werden. Die einzelnen Fragestellungen lauten:

1.3.1. Gibt es Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit und Dominanz der in der stationären und in der ambulanten/territorialen Untersuchungsgruppe aktualisierten Reaktionsformen?

1.3.2. Gibt es Zusammenhänge zwischen den zum Erstuntersuchungszeitpunkt aktualisierten Reaktionsformen, der Rehospitalisierungsrate im Katamnesezeitraum und der Lebensqualität zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung?

2. Methodik

Vorbemerkungen

Die vorliegende Untersuchung weist einige besondere Charakteristika auf. Sie sind durch die zum Erstuntersuchungszeitpunkt nicht geplante, nach einem Zeitraum von 20 Jahren nachträglich erfolgte Erweiterung zu einer Längsschnittuntersuchung bedingt. Von ihrer Grundstruktur handelt es sich bei vorliegender Untersuchung um eine retrospektiv angelegte, nicht interventionelle Feldstudie. Sie erfasst als Längsschnittstudie einen Zeitraum von 20 Jahren. Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung stand der Einsatz von nicht standardisierten, inhaltsanalytischen Methoden im Vordergrund. Zum Katamnesezeitpunkt kamen aktuelle, standardisierte Instrumente zum Einsatz. Trotzdem entspricht sie etlichen der von Bailer (2000) (nach Längle 2001) aufgestellten Grundsätze für ein optimales Studiendesign von Beobachtungs- und Verlaufsstudien. Nach Bailer sollen diese Studien u.a.:

- eine möglichst repräsentative Stichprobe umfassen, im Idealfall die Inanspruchnahmepopulation einer definierten Versorgungsregion,
- den natürlichen Verlauf erfassen (keine Interventionen des forschenden Teams),
- geringe drop-out-Raten aufweisen,
- klare Ein- und Ausschlusskriterien, die nicht zu eng gefasst sind,
- Beschreibung der Verläufe auf mehreren Ebenen,
- Nutzung mehrerer, voneinander unabhängiger Datenquellen.

Nicht realisiert wurden die folgenden Leitlinien (Bailer 2000):

Die Studien sollen

- prospektiv sein,
- einheitliche und standardisierte Erhebungsinstrumente zu jedem Messzeitpunkt nutzen (was in vorliegender Untersuchung nur für einen Teil der Instrumente zutrifft).

Die geforderte Stichprobengröße von $N > 50$ wurde mit 50 Patienten sehr knapp verfehlt.

Die vorliegende Studie greift dabei das aktuelle Forschungsinteresse an den so genannten „Weichen Daten“ wie Lebensqualität, Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen und Behandlungszufriedenheit auf (vergleiche Priebe et al. 1996, Längle 2001). Ebenso entspricht die Studie der von Ahrens (1997) und Linden (1997) geforderten Verlagerung der Verlaufsuntersuchung in den extramuralen Bereich der territorialen Versorgung. Dabei erhebt sie weitestgehend die von Gaebel (1992) (nach Längle 2001) geforderten Variablen für Verlaufsstudien: Symptomatik, Häufigkeit von Rezidiven, Zahl und Dauer stationärer Wiederaufnahmen, Ausmaß der sozialen Integration und subjektive

Bewertungen von Patienten. Lediglich die Variable „unerwünschte Medikamentenwirkungen“ wurde nicht erhoben.

2.1. Untersuchungsaufbau und Durchführung

Design der Studie

Beim Design der Studie handelt es sich um eine retrospektiv angelegte, nicht interventionelle Feldstudie (vergl. Bortz 2004). Die Untersuchung wurde zunächst als Feldstudie mit einem Erhebungszeitpunkten konzipiert, jedoch nach zwanzig Jahren um einen katamnestic Erhebungszeitpunkt erweitert. Die erste Erhebung erfolgte zum Erstuntersuchungszeitpunkt 1986 (E), die zweite nach 20 Jahren 2006 (K). Die Befragung der Patienten wurde zum Untersuchungszeitpunkt E mit standardisierten Interviews zur Ermittlung qualitativer Daten durchgeführt. Zum Zeitpunkt K kamen standardisierte Fragebögen zum Einsatz.

Bereiche der Studie

Wie in Kapitel A 4 dargestellt, werden drei Gruppen von Fragestellungen bearbeitet, die ihrerseits mit verschiedenen Datenquellen, Erhebungs- und Auswertungsmethoden untersucht werden.

Daten des Psychiatrischen Versorgungssystems

- Es wird die Entwicklung der Psychiatrischen Versorgungsstrukturen im Katamnesezeitraum anhand der Zahl versorgter Patienten, der Breite des therapeutischen Angebots, der Art und Zahl praktizierter therapeutischer Maßnahmen sowie der Zahl und Qualifikation des Personals dargestellt.

Krankheitsverlaufs- und Patientendaten:

- Es wird der Krankheits- und Behandlungsverlauf einer Gruppe von ehemals stationär vs. territorial behandelten schizophrenen Patienten über einen Zeitraum von 20 Jahren beschrieben.
- Es wird die Nutzung und Bewertung der Therapieangebote seitens der Patienten dargestellt.
- Es werden Zufriedenheitsparameter erfragt sowie die Compliance der Patienten dargestellt.

Daten zu Bewältigungsformen der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt E:

- Es werden bevorzugte Reaktionsformen der Patienten auf die direkten und indirekten Belastungen der Schizophrenen Erkrankung erfragt.

Darüber hinaus sollen die vorliegenden Daten weitere verknüpfte Informationen liefern:

- Es werden mögliche Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsverlauf und den subjektiven Einschätzungen der Patienten untersucht.
- Es werden mögliche Zusammenhänge zwischen der Behandlungscompliance, Krankheitsverlauf, aktualisierten Bewältigungsformen und Zufriedenheitsparametern analysiert.

Durchführung der Studie

Die Studie wurde 1985/86 als Promotionsprojekt von Prof. Thomae, Universität Bonn, unterstützt. Zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung 2006/2007 wurde die Untersuchung durch Prof. Dr. med. G. Längle, leitender Chefarzt der Münsterklinik Zwiefalten, und Prof. Dr. Revenstorf, Universität Tübingen, betreut. Gefördert wurde diese Studie zum Erstuntersuchungszeitpunkt durch Stipendien des DAAD sowie der evangelischen Studienstiftung Villigst.

Die Erhebung der Daten wurde zu beiden Untersuchungszeitpunkten von den leitenden Psychiatern des DSM Martina Franca (Italien), Dr. Serrano und Dr. Bozzani, genehmigt und unterstützt.

Im Zeitraum 01.09.1985 – 31.12.1986 wurden 50 Patienten aus dem Versorgungsgebiet des DSM Martina Franca untersucht. 25 Patienten waren im Moment der Kontaktaufnahme in stationärer, 25 in territorialer Betreuung. Die Zweituntersuchung fand vom 02.-13.10.2006 und vom 05.-16.02.2007 statt, 39 Patienten konnten erreicht werden.

2.2. Stichprobenauswahl

In die Untersuchung einbezogen wurden Patienten, auf die folgende Merkmale zutrafen:

- der erste Wohnsitz liegt auf dem Territorium des DSM Martina Franca, der damit für die psychiatrische Versorgung der Patienten zuständig ist
- Zu den Patienten besteht unabhängig von der aktuellen Versorgungssituation (stationär oder territorial) ein Kontakt zum DSM
- Vorliegen einer Diagnose nach Kapitel F.2. der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD 9, Dilling 1994)
- Einwilligung der Patienten.

Ausgeschlossen wurden Patienten, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung

- auf Grund des akuten Krankheitsstatus (akutes Wahnerleben, Halluzinationen) kommunikativ nur eingeschränkt erreichbar waren,
- auf dem Hintergrund einer geistigen Behinderung oder eines dementiellen Prozesses der Exploration nicht folgen konnten,
- zu denen weniger als ein Jahr Kontakt zum DSM bestand,
- die älter als 65 Jahre waren.

Die Diagnose wurde vom behandelnden Arzt des DSM oder der Psychiatrischen Klinik erfragt.

Zusätzlich wurden für die Untersuchungsstichprobe spezifische Kriterien für ihre Zusammenstellung definiert:

Tabelle 5: Kriterien der Untersuchungsstichprobe

Stationäre Stichprobe	Territoriale/Ambulante Stichprobe
Die therapeutische Hauptverantwortung liegt zum Zeitpunkt der Exploration bei den Ärzten der Klinik	Die therapeutische Hauptverantwortung liegt zum Zeitpunkt der Exploration bei den Ärzten des Territorialen Versorgungsdienstes
Innerhalb der letzten 2 Jahre waren die Patienten mindestens für insgesamt 9 Monate in stationärer Behandlung	Innerhalb der letzten 2 Jahre waren die Patienten höchstens für insgesamt 6 Monate in stationärer Behandlung
Die Patienten sind zum Zeitpunkt der Untersuchung in stationärer Behandlung	Die Patienten sind zum Zeitpunkt der Untersuchung in territorialer/ambulanter Behandlung

Nur 2 angesprochene Patienten lehnten im Rahmen des Vorbereitungsgespräches ihre Mitwirkung ab. Eine Gruppe von 12 Patienten äußerte ihr ausdrückliches Interesse an der Untersuchung, da sie sich von der Exploration selbstreflektive Chancen versprachen. Den Betroffenen wurde absolute Vertraulichkeit und die Anonymisierung ihrer persönlichen Daten zugesichert.

Eine detaillierte Darstellung der Stichproben findet sich in Abschnitt C.

2.3. Messzeitpunkte

Der zeitliche Abstand der Messzeitpunkte ist mit 20 Jahren als sehr groß zu beschreiben, das Risiko von Datenverlusten durch mangelhafte Dokumentation krankheitsrelevanter Daten wie z.B. Rehospitalisierungsraten kann deshalb nicht ausgeschlossen werden (vergl. Längle 2001). Die hervorragende Unterstützung der italienischen Kollegen sowie die nahezu lückenlose Dokumentation der Krankengeschichten in den Krankenblättern ermöglichten jedoch die Erhebung der relevanten Variablen ex post in fast allen Fällen.

2.4. Datenquellen und Art der Datenerhebung

Datenquellen

Wie schon an anderer Stelle dargestellt, wurden in vorliegender Studie neben anderen Daten vor allem Meinungen, Selbsteinschätzungen und Bewertungen der untersuchten Patienten mit einbezogen, was in neueren Untersuchungen aus dem Bereich von katamnestischen Befragungen als sinnvoll und notwendig erachtet wird (Flick 1995). Demzufolge stellte die Befragung der Patienten die wichtigste Informationsquelle dar.

Relevante klinischen Daten wie der psychopathologische Status und die Compliance der Patienten wurden als Expertenrating von den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal eingeholt. Zahl und Dauer der stationären Aufenthalte und die Zahl der Zwangseinweisungen wurden durch den Untersucher aus den Krankenblättern entnommen.

Der Untersucher schätzte den psychopathologischen Status zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung in den Fällen ein, in denen die Patienten nicht mehr vom DSM betreut wurden.

Ebenfalls durch den Untersucher wurden aus den Explorationsprotokollen Anzahl und Intensität der aktualisierten Bewältigungsformen bestimmt.

Art der Datenerhebung

In der Erstuntersuchung wurden strukturierte Interviews geführt, Expertenratings eingeholt sowie die Behandlungsunterlagen eingesehen. Pro Patient nahm das strukturierte Interview ca. 2 Stunden in Anspruch. Im Fall der stationär behandelten Patienten wurde das Interview in der Klinik durchgeführt, die territorial versorgten Patienten wurden in den Räumen des DSM oder zu Hause interviewt.

Die Kontaktaufnahme mit den Patienten im Rahmen der katamnestischen Untersuchung erfolgte zum Teil durch den Untersucher, zum Teil organisierte das Personal des DSM Zeitpunkt und Örtlichkeit für die Nachuntersuchung. Die Befragung der (ehemaligen) Patienten mit Hilfe standardisierter Fragebögen nahm ca. 1,5 Stunden in Anspruch. Ergänzend wurden vom Untersucher Daten aus den aktuellen Behandlungsunterlagen entnommen, im Fall der nicht mehr vom DSM betreuten Untersuchungsteilnehmer der psychopathologische Status eingeschätzt, sowie für die Patienten in Therapie der behandelnde Arzt um die Einschätzung der Psychopathologie gebeten. Der zeitliche Gesamteinsatz pro katamnestischer Untersuchung lag bei ca. 3 Stunden.

Die Daten bezüglich der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen wurden überwiegend in Zusammenarbeit mit dem Dipl.-Soziologen des DSM erfasst. Überregionale Daten zur psychiatrischen Versorgung stellte zum Teil Dr. Mario Serrano bereit, zum Teil wurden sie den statischen Berichten der Region Apulien und Veröffentlichungen des nationalen statistischen Amtes in Rom entnommen (vergl. Abschnitt A 1.).

2.5. Erhebungsinstrumente

Bestimmend für die Auswahl der Erhebungsinstrumente waren die Fragestellung sowie das Untersuchungsdesign. In Ergänzung zur Erstuntersuchung wurde bei der katamnestischen Untersuchung besonderer Wert auf die Verwendung standardisierter, gut evaluierter und in der internationalen Forschung etablierter Erhebungsinstrumente gesetzt.

Tab. 6: Erhebungsinstrumente nach Untersuchungszeitpunkten
E (Erstuntersuchung) und K (Katamnese)

Erhebungsinstrument	E	K
Fragebogen Soziodemografische Daten	X	X
Erfassung des Schweregrades der schizophrenen Psychose (GAF)	X	X
ICD 9/ DSM IV (Checkliste)	X	
Fragebogen zur Krankheitsanamnese (Ersterkrankung), Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsraten	X	X
Skala zur Einschätzung der Patienten - Compliance	X	X
Explorationsleitfaden zur Durchführung der Patienteninterviews zum Umgang mit der schizophrenen Erkrankung	X	
Kategoriensystem zur inhaltsanalytischen Bestimmung der in den Interviews benannten Bewältigungsformen	X	
Fragebogen zur Erfassung der Häufigkeit und der eingeschätzten Nützlichkeit, mit der die Patienten die therapeutischen Angebote des DSM nutzen (Teil 3 des CSSRI)		X
Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Leben generell und mit verschiedenen Teilaspekten (LQoLP, italienische Version)		X

Die Erhebungsinstrumente werden im Folgenden dargestellt.

2.5.1. Standardisierte Erhebungsinstrumente

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Diese Skala misst nach Angaben der Autoren (Saß et al. 1996) das allgemeine Funktionsniveau eines Patienten bzw. seine soziale Anpassung. Sie stellt eine multidimensionale diagnostische Beurteilung des Patienten dar, die psychische, soziale und berufliche Aspekte erfasst. Als integriertes Maß soll sie den Fortschritt eines Patienten im Verlauf einschätzen. Der Skalenbereich reicht in Zehnerschritten von 0 bis 100, wobei der Wert mit steigender sozialer Anpassung steigt. Ein weiterer Einsatz der GAF erfolgte im Bereich von Verlaufsstudien, in denen der Schweregrad einer schizophrenen Psychose beschrieben wurde (Goldman et al. 1999, Verdoux et al. 2000).

Diagnose-Checkliste

Im Rahmen der Stichprobenezusammenstellung zu T1 wurde die Behandlungsdiagnose von den behandelnden Psychiatern erfragt bzw. den Akten

entnommen. Im Verlauf der Exploration überprüfte der Untersucher die Diagnose anhand des ICD-9-Schlüssels (WHO 1980).

Lancashire Quality of Life Profile

Zur Erhebung der subjektiven Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens wurde zu T2 die italienische Version (Servizio Dipartimentale di Salute Mentale, USL RM 12, 1992) des von Oliver (1991) entwickelten „Lancashire Quality of Life Profile“ eingesetzt. Diese Version wurde auf Basis einer Rück-Übersetzung ins Englische 1999 von Oliver bestätigt und beinhaltet im Vergleich mit dem Original kleinere Anpassungen an die italienischen kulturellen Gegebenheiten (Ruggeri, Dall’Agnola 2000).

Das LQoLP erfragt sowohl objektive Lebensumstände als auch die subjektive Zufriedenheit der Patienten in 11 verschiedenen Bereichen: Persönliche Daten, allgemeine Lebenszufriedenheit, Arbeit und Ausbildung, Freizeit, Religion, Finanzen, Wohnung, Gesetz und Sicherheit, Familie, Freunde und Bekannte sowie Gesundheit. Der erste Bereich „persönliche Daten“ wurde in vorliegender Untersuchung nicht erhoben, da entsprechende Daten im soziodemografischen Fragebogen erfasst wurden (vergl. B 2.5.3.). Im zweiten Bereich „allgemeine Lebenszufriedenheit“ werden ausschließlich subjektive Daten erfasst. Bei den übrigen Teilen werden zunächst objektive Daten mit maximal sieben Fragen erfragt, anschließend wird die subjektive Zufriedenheit jedes Bereich durch eine bis maximal vier Fragen, die zur Auswertung gemittelt werden können, auf einer Skala von 1= völlig unzufrieden bis 7= völlig zufrieden erhoben.

Je nach Bereich beziehen sich die Fragen dabei auf einen Zeitraum von vier Wochen bzw. maximal zwölf Monate.

In dieser Untersuchung diente der Fragebogen vor allem der Erfassung der subjektiven der Zufriedenheit der Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese. Es wurden weiterhin Zusammenhänge der subjektiven Zufriedenheit mit verschiedenen soziodemografischen und klinischen Variablen überprüft.

CSSRI

Das in dieser Studie eingesetzte CSSRI-EU wurde speziell für den Einsatz im Rahmen einer multizentrischen europäischen Studie entwickelt (Chisholm et al. 2000). Es dient der Kosten-Effektivitäts-Analyse psychiatrischer Versorgungssysteme.

Das CSSRI gliedert sich in 5 Sektionen: (1) Soziodemografische Daten, (2) Lebenssituation der Probanden, (3) Beschäftigung und Einkommen, (4) Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und (5) Medikation.

Die Befragung der Patienten beschränkte sich in der vorliegenden Studie auf die Sektion 4, die der Erfassung der in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen durch den Patienten dient. Die Daten werden retrospektiv erhoben. dabei wird ein Zeitraum von 3 Monaten gewählt, um Erinnerungsfehler möglichst gering zu halten. Die Versorgungsleistungen werden in die 3 Gruppen „Stationäre Behandlungen“, „Teilstationäre Behandlungen“ und „Ambulante Behandlungen“ gegliedert. Wichtig für vorliegende Studie war zudem die im CSSRI integrierte Frage an die Patienten, als wie hilfreich sie die einzelne

Versorgungsleistung erleben. Diese Behandlungsbewertung geschieht auf einer 7-stufigen Skala, die von 1=überhaupt nicht hilfreich bis 7=sehr hilfreich reicht. In der Anpassung der Befragung an die Versorgungssituation in Martina Franca wurden folgende konkrete Versorgungsleistungen erfasst:

Tab. 7: Bereiche und Kriterien der Bewertung der Versorgungssituation

Bereich	Service	Häufigkeit in den letzten 3 Monaten	Bewertung der Behandlung
Stationäre Versorgung	Behandlung in der Psychiatrischen Station des Allgemeinen Krankenhauses	1 Täglich 2 mehrmals wöchentlich 3 Wöchentlich 4 Mehrmals monatlich 5 Monatlich 6 Unregelmäßig	1 - 7
Teilstationäre Versorgung	Day Hospital	dito	1 - 7
		dito	1 - 7
		dito	1 - 7
Ambulante Versorgung	Arztbesuche	dito	1 - 7
	Psychologenbesuche	dito	1 - 7
	Sozialarbeiterbesuche	dito	1 - 7
Komplementäre Versorgung	ambulante Wohnbetreuung	dito	1 - 7
	Tagesstätte	dito	1 - 7
	betreute Werkstatt	dito	1 - 7
Zusatzvariable	Behandlung mit Psychopharmaka	ja/nein	1 - 7

2.5.2. Nichtstandardisierte Erhebungsinstrumente

Fragebogen zur Fremdeinschätzung der Behandlungscompliance

Auf die besondere Bedeutung der Compliance für den Therapieverlauf schizophrener Erkrankungen wurde bereits ausführlicher eingegangen (vergl. A 2.2., A 2.3.1.)

In vorliegender Studie schätzen die behandelnden Ärzte oder Therapeuten den Grad der Befolgung ärztlicher und therapeutischer Anweisungen durch die Patienten ein (vergl. Abschnitt A 2.3.1.).

Dabei wird in vorliegender Studie Patienten-Compliance aufgefasst als die allgemeine Bereitschaft, medizinischen, therapeutischen und rehabilitativen Verpflichtungen nachzukommen, sowie institutionell oder stationär gegebenen Anweisungen Folge zu leisten.

Der Fragebogen wurde der Arbeit von Stöhr (1986) entnommen. Er ermöglicht eine Fremdeinschätzung auf einer 5-stufigen Ratingskala, die vom Wert 1 für die geringste bis 5 für die höchste Patienten-Compliance reicht (siehe Anhang).

2.5.3. Spezifisch entwickelte Erhebungsinstrumente für E und/oder K

Fragebogen Soziodemografische Daten (T1 und T2)

Sowohl zum Erstuntersuchungszeitpunkt als auch zum Zeitpunkt der Katamnese wurden für alle Untersuchungsteilnehmer zu T1 die folgenden soziodemografischen Informationen erfasst:

Tab. 8: Soziodemografische Variablen der Erstuntersuchung

Untersuchungszeitpunkt	Soziodemografische Daten
<i>Erstuntersuchung T1</i>	Geschlecht
	Alter
	Familienstand
	Schulbildung
	Berufsausbildung
	Erwerbstätigkeit
	Lebensunterhalt
	Wohnsituation
<i>Katamnese T2</i>	Teilnahme an Katamnese
	Alter
	Familienstand
	Berufsausbildung
	Erwerbstätigkeit
	Lebensunterhalt
	Wohnsituation

Fragebogen zur Krankheitsanamnese, Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsraten

Sowohl zum Erstuntersuchungszeitpunkt als auch zum Zeitpunkt der Katamnese wurden die folgenden krankheits- und krankheitsverlaufsbezogenen Informationen erfasst:

Tab. 9: klinische Variablen der Erst- und Zweituntersuchung

Untersuchungszeitpunkt	Krankheits- und Krankheitsverlaufs- bezogene Daten
<i>Erstuntersuchung T1</i>	Diagnose
	Betreuungsstatus zum Zeitpunkt T1 (stationär oder territorial)
	Zeitpunkt der Ersterkrankung
	Anzahl stationärer Aufenthalte
	Anzahl der Zwangseinweisungen
	Gesamtdauer stationärer Aufenthalte vor T1
<i>Katamnese T2</i>	Betreuungsstatus zum Zeitpunkt T2 (noch in Behandlung oder ohne Behandlung)
	Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum
	Anzahl der Zwangseinweisungen im Katamnesezeitraum
	Gesamtdauer stationärer Aufenthalte im Katamnesezeitraum

Explorationsleitfaden zur Erhebung der Reaktionsformen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung

Der im Rahmen vorliegender Untersuchung zum Einsatz gebrachte Explorationsleitfaden orientiert sich an denen von Schaub (1993) und Stöhr (1986), deren Studien sich ebenso wie die vorliegende mit den Reaktionsformen an Schizophrenie Erkrankter beschäftigen. Zusätzliche Themenbereiche ergaben sich aus dem Anliegen dieser Studie, auch die Reaktionsformen der Betroffenen auf die verschiedenen therapeutischen Rahmenbedingungen (stationär vs. territorial) zu erfassen. Bezüglich ihrer gegenwärtigen Situation wurden die Patienten zudem gebeten, einen typischen Tagesablauf, so wie sie ihn gestalten, zu schildern. Dadurch sollte Äußerungen angemessen Raum gegeben werden, die sich auf im engeren Sinne nicht krankheits- oder psychiatriebezogene Lebensbereiche und –vollzüge beziehen.

Der Explorationsleitfaden diente der Vergleichbarkeit der Explorationen untereinander und ihrer Vollständigkeit. Er wurde nicht starr gehandhabt, sondern als Orientierungshilfe für die Ergänzung der Spontanberichte der Patienten genutzt. Der Explorationsleitfaden war in folgende Bereiche gegliedert:

1. Biografische Anamnese bis zur Ersterkrankung
2. Krankheitsgeschichte und Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Therapieangeboten im engeren Sinne
3. Lebensgeschichte (nach der Ersterkrankung) und Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Therapieangeboten im weiteren Sinne
4. Qualitäten der Gegenwartssituation in einzelnen Lebensbereichen
5. Zukunftsperspektiven

Die einzelnen Unterpunkte sind im Anhang aufgeführt.

Kategoriensystem zur inhaltsanalytischen Bestimmung der in den Interviews benannten Bewältigungsformen.

Wie bereits in Abschnitt A 3.2. ausführlicher dargestellt, lehnt sich das in vorliegender Studie eingesetzte Kategoriensystem eng an das Kategoriensystem von Thomae in seiner revidierten Fassung von 1988 an. Diese Wahl liegt zum einen in seiner Kategorisierung auf deskriptiver und verhaltensnaher Ebene begründet, zum anderen in seiner Orientierung an im psychopathologischen Sinne normalen Personen und seiner damit verbundenen wertungsfreien Annäherungsmöglichkeit an die individuelle Erlebens- und Verhaltensform der befragten Patienten. In diesem Zusammenhang ist auch auf Untersuchungen zu verweisen, die mit diesem Kategoriensystem die Reaktionsformen sowohl von körperlich als auch von psychisch erkrankten Menschen untersuchten (Thomae 1996, Kipnowski et al. 1981, Schaub 1993, Stöhr 1986).

Eine Beschreibung der Kategorien findet sich im Anhang.
Das Kategoriensystem der Reaktionsformen im Überblick:

- (1) Leistung
- (2) Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation (Anpassung1)
- (3) Anpassung an die Eigenheiten und/oder Bedürfnisse anderer (Anpassung 2)
- (4) Aufgreifen von Chancen
- (5) Bitte um Hilfe
- (6) Stiftung und Pflege sozialer Kontakte
- (7) Zurückstellen eigener Bedürfnisse

- (8) Sich auf andere verlassen
- (9) Korrektur von Erwartungen
- (10) Widerstand
- (11) (Selbst-)Behauptung
- (12) Akzeptieren der Situation
- (13) Positive Deutung der Situation
- (14) Situation den Umständen überlassen
- (15) Hoffnung
- (16) Depressive Reaktion
- (17) Identifikation mit anderen
- (18) Evasive Reaktion
- (19) Betonte Realitätsorientierung
- (20) Aggression/Kritik
- (21) Erlebte soziale Isolierung
- (22) Selbstwertproblematik
- (23) Angst

Das Rating-Verfahren

In Anlehnung an Kipnowski 1980 und Schaub 1984 und 1993 wurde für jede im Rahmen einer Exploration aktualisierte Reaktionsform auf einer 5stufigen Skala die Intensität ihres Auftretens eingeschätzt:

- 0 = tritt nicht auf
- 1 = sehr geringe Ausprägung
- 2 = gut erkennbare Ausprägung
- 3 = deutliche Ausprägung
- 4 = sehr starke Ausprägung

Bei der Auswertung wurden die verschiedenen Intensitätsgrade addiert und anschließend durch die Zahl der Nennungen dividiert. In diese Auswertung gehen somit quantitative (absolute Häufigkeiten) wie qualitative (Intensitäten) Aspekte der Reaktionsformen ein (vergl Kipnowski 1981, 1993, Stöhr 1986, von Hagen 1988).

Alle Explorationen wurden auf Tonband aufgenommen. Ein Teil der Explorationen wurde transkribiert und ins Deutsche übersetzt, um im Rahmen eines Conference-Ratings mit Prof. Dr. Thomae und Dr. Schaub, die aufgrund ihrer eigenen Dissertation in das Kategoriensystem eingearbeitet war, die Reliabilität des Verfahrens zu überprüfen. Es konnten weitestgehend Übereinstimmungen verzeichnet werden, die Diskrepanzen ließen sich durchweg aus dem lückenhaften Kontextwissen der Co-Rater erklären.

2.6. Statistische Methoden

Datenverwaltung

Die Daten wurden mit Patientennummern codiert und so anonymisiert direkt in SPSS 14,0® , student version, eingegeben. Dieses Programm wurde für alle statistischen Berechnungen verwendet.

Die überwiegende Zahl der Daten wurde rein deskriptiv ausgewertet, wobei je nach Datenmaterial statistische Kennwerte wie Häufigkeit, Mittelwert,

Standardabweichung, Median, Minimal- oder Maximalwerte berechnet wurden. Für einige Fragen war eine Neugruppierung notwendig, auf die gesondert an der jeweiligen Stelle hingewiesen wird. Standardisierte Erhebungsinstrumente wurden den Angaben der Autoren entsprechend ausgewertet.

Prüfung auf Homogenität

Für die Prüfung auf Homogenität kamen je nach Skalenniveau und Verteilungsform verschiedene Testverfahren für unabhängige und abhängige Stichproben zur Anwendung. Als Nullhypothese wurde angenommen, dass sich stationär versorgte und territorial versorgte sowie Teilnehmer und Nichtteilnehmer der jeweiligen Messzeitpunkte hinsichtlich der untersuchten Variablen nicht unterscheiden.

Für die Analyse nominaler Daten (Häufigkeiten) wurden Chi²-Techniken herangezogen. Je nach Stufung der Variablen wurden 2x2- und kx2-Chi² Verfahren verwendet. Als Kennwert wurde der Pearsons-Chi²-Wert auf Signifikanz überprüft.

Für die Analyse ordinalskalierte Daten kam der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest für zwei unabhängige Stichproben zum Einsatz.

Waren intervallskalierte Daten normalverteilt und zusätzlich in Levenes Test die Varianzhomogenität dieser Daten vorhanden, so wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben die Mittelwerte beider Gruppen verglichen.

Prüfung auf Verlaufsveränderung

Für einige Items wurde der Verlauf untersucht. Dazu gehört die Prüfung auf Unterschiede zwischen den Erhebungszeiträumen. Hierzu wurden Verfahren für abhängige Stichproben angewendet. Die Nullhypothese lautete in diesem Fall, dass sich die Variablenausprägung der Stichproben im Verlauf nicht veränderte. Da SPSS 14,0[®] für nominalskalierte, mehrfachgestufte, abhängige Variablen kein Prüfungsverfahren anbietet, wurde bei solchen Daten der Verlauf lediglich deskriptiv dargestellt.

Daten auf Rangskalenniveau wurden bei zwei abhängigen Stichproben mit dem Wilcoxon-Test verglichen.

Prüfung auf Zusammenhänge

Für nominalskalierte Variablen wurden mittels Chi²-Test signifikante Zusammenhänge errechnet.

Bei ordinalskalierten Variablen wurde der Zusammenhang im Sinne eines signifikanten Mittelwertunterschieds mit Hilfe des T-Tests überprüft.

Auf Signifikanz geprüft wurde immer zweiseitig mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%.

C. Patientenstichproben

1. Patientenstichproben

1.1. Stichproben der Erstuntersuchung

Die Durchführung der Explorationen sowie die Erhebung der soziodemografischen und klinischen Daten erfolgte in den Jahren 1985 und 1986 im Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienst von Martina Franca sowie in der Psychiatrischen Klinik in Lecce, die zum damaligen Zeitpunkt für die stationäre Versorgung der Patienten aus Martina Franca zuständig war (vergl. B 2.1.). Beide Stichproben waren mit jeweils 25 Teilnehmern gleich groß. Die Explorationen in der Psychiatrischen Klinik Lecce wurden auf einer Frauen- und auf einer Männerstation durchgeführt. Zentrale Auswahlkriterien für die Zusammenstellung der Stichproben waren:

- Diagnose einer schizophrenen Erkrankung gemäß der deutschen Version des ICD 9-Schlüssels der WHO;
- Die freiwillige Einwilligung der angesprochenen Patienten sowie ihre hinreichende Belastbarkeit auf dem Hintergrund eines umfassenden Vorbereitungsgespräches mit den Patienten sowie den verantwortlichen Psychiatern
- Das Vorliegen eines postakuten Zustandes, um kaum in das Kategoriensystem der Reaktionsformen einstuftbares Wahnerleben weitestgehend auszuschließen (vergleiche B 2.2.)
- die Patienten der stationär therapierten Teilgruppe waren in den 2 Jahren vor dem Untersuchungszeitpunkt für mindestens 9 Monate, die der territorial versorgten Teilgruppe für höchstens 6 Monate in stationärer Behandlung (vergleiche B 2.2.).

1.1.1. Soziodemografische Variablen der Patientenstichprobe zum Erstuntersuchungszeitpunkt:

Geschlecht

54% der Stichprobe waren Männer, 46% Frauen.

Alter

Das Durchschnittsalter in der Stichprobe betrug 34,5 Jahre bei einer Standardabweichung von 7,46. Der jüngste Patient war 24Jahre, der älteste 54Jahre alt.

Familienstand

42% der Patienten waren ledig, 34% verheiratet, 18% waren geschieden oder lebten von ihrem Partner getrennt und 6% waren verwitwet.

Schulbildung

Hinsichtlich der schulische Ausbildung verfügten 20% über keinen Schulabschluss, 52% hatten einen Hauptschulabschluss, 22% verfügten über einen Realschulabschluss und 6% hatten die Abitursprüfung abgelegt.

Berufsausbildung

54% der untersuchten Patienten hatten keine Berufsausbildung, 42% eine kaufmännische oder technische Lehrzeit absolviert und 4% hatten eine universitäre Ausbildung zu Ende gebracht.

Erwerbstätigkeit

36% der Patienten waren arbeitslos, 42% übten unregelmäßige Aushilfstätigkeiten aus, 4% waren in betreuten Einrichtungen tätig, 2% befanden sich in der Berufsausbildung, 12% waren voll erwerbstätig und 4% berentet.

Lebensunterhalt

Zum Erstuntersuchungszeitpunkt lebten 24% von staatlicher Unterstützung, 20% wurden ausschließlich von ihren Familien unterstützt, 12% wurden von ihren Familien und staatlicher Unterstützung finanziert, 14% lebten ausschließlich vom eigenen Einkommen und 30% lebten sowohl von eigenem Einkommen als auch staatlicher Unterstützung.

Wohnsituation

Die Wohnsituation stellte sich folgendermaßen dar:

Tab. 10: Wohnsituation zu T1

Wohnsituation	Häufigkeit	Prozent
Allein im eigenen Haushalt	10	20,0
Mit der eigenen Familie	13	26,0
Bei den Eltern	19	38,0
In therapeutischer Wohngruppe	4	8,0
> 9Monate in der Klinik	4	8,0
Total	50	100,0

1.1.2. Klinische und psychopathologische Variablen der Patientenstichprobe zum Erstuntersuchungszeitpunkt:

Diagnose

Tab. 11: Diagnosegruppen zu T1

Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Paranoide Form	37	74,0
Schizoaffektive Störung	13	26,0
Total	50	100,0

Zeitpunkt der Ersterkrankung

Tab. 12: Zeitpunkt der Ersterkrankung

Zeitpunkt der Ersterkrankung	Häufigkeit	Prozent
Vor 0 bis 1 Jahr	9	18,0
Vor 1 bis 5 Jahren	25	50,0
Vor 5 bis 10 Jahren	8	16,0
Vor mehr als 10 Jahren	8	16,0
Total	50	100,0

Anzahl der stationären Aufenthalte

Tab. 13: Anzahl der stationären Aufenthalte vor T1

Anzahl stationärer Aufenthalte	Häufigkeit	Prozent
1 Aufenthalt	1	2,0
1-3 Aufenthalte	25	50,0
4-10 Aufenthalte	18	36,0
>10 Aufenthalte	6	12,0
Total	50	100,0

Anzahl Zwangseinweisungen

Tab. 14: Anzahl der Zwangseinweisungen vor T1

Anzahl der Zwangseinweisungen	Häufigkeit	Prozent
Keine Zwangseinweisung	17	34,0
1 Zwangseinweisung	20	40,0
2-5 Zwangseinweisungen	12	24,0
6-10 Zwangseinweisungen	1	2,0
Total	50	100,0

Gesamtdauer stationär

Tab. 15: Gesamtdauer der stationären Aufenthalte vor T1

Gesamtdauer stationärer Behandlung	Häufigkeit	Prozent
<6 Monate	8	16,0
7 bis 12 Monate	21	42,0
13 bis 24 Monate	14	28,0
>24 Monate	7	14,0
Total	50	100,0

GAF 1

Der GAF-Wert hatte in der Gesamtstichprobe einen Durchschnitt von 54,4 (Standardabweichung: 10,21). Der kleinste Wert betrug 28, der größte 68. Zusammengefasst in die 10er Stufen des Fragebogens ergibt sich folgende Verteilung der Werte:

Tab. 16: Verteilung der GAF-Werte zu T1

GAF-Wert in 10er-Stufen	Häufigkeit	Prozent
21 bis 30	2	4,0
31 bis 40	4	8,0
41 bis 50	9	18,0
51 bis 60	14	28,0
61 bis 70	21	42,0
Total	50	100,0

Compliance 1

Tab. 17: Verteilung der Compliance zu T1

Compliance bzgl. Gesamttherapie	Häufigkeit	Prozent
Geringe Compliance (Werte 1-2)	6	12,0
Mittlere Compliance (Wert 3)	12	24,0
Hohe Compliance (Werte 4-5)	32	64,0
Total	50	100,0

1.1.3. Homogenität der stationären und territorialen Teilgruppen

Untersucht wird in diesem Kapitel die Homogenität der Patientenstichprobe zum Erstuntersuchungszeitpunkt hinsichtlich der beiden Teilgruppen stationär und territorial betreute Patienten.

Als Untersuchungsparameter dienen die soziodemographischen und klinischen Daten, die bei der Entlassuntersuchung erhoben wurden.

Anhand dieser Variablen wird überprüft, ob sich stationär und territorial versorgte Patienten in der Stichprobe signifikant voneinander unterscheiden.

In nachfolgender Tabelle sind die einzelnen Items und die entsprechenden Prüfungsergebnisse einsehbar:

Tab. 18: Homogenitätsprüfung stationäre und territoriale Teilgruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Variablen	Testverfahren	Messwert	df	p
Daten der Gesamtstichprobe				
Geschlecht	Pearson Chi-Quadrat	0,081	1	0,78
Alter	t-Test	0,357	88	0,72
Familienstand	Pearson Chi-Quadrat	2,344	3	0,50
Schulbildung	Pearson Chi-Quadrat	3,491	3	0,32
Berufsausbildung	Pearson Chi-Quadrat	2,381	2	0,30
Erwerbstätigkeit	Pearson Chi-Quadrat	5,27	5	0,38
Lebensunterhalt	Pearson Chi-Quadrat	8,01	4	0,09
Wohnsituation	Pearson Chi-Quadrat	8,639	4	0,07
Diagnose T1	Pearson Chi-Quadrat	0,936	1	0,33
Zeitpunkt der Ersterkrankung	Pearson Chi-Quadrat	2,360	3	0,50
Anzahl der stationären Aufenthalte	Pearson Chi-Quadrat	7,582	3	0,06
Anzahl Zwangseinweisungen	Pearson Chi-Quadrat	5,329	3	0,15
Gesamtdauer stationär	Pearson Chi-Quadrat	15,048	3	0,002*
GAF 1	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,707	--	0,699
Compliance 1	Kolmogorov-Smirnov-T.	0,566	--	0,91

Lediglich die stationäre Gesamtbehandlungsdauer mit einem p-Wert von 0,002 zeigt sich signifikant unterschiedlich, was in Anbetracht der Auswahlkriterien für die beiden Teilgruppen erwartungsgemäß ist. In Bezug auf alle anderen Variablen kann die Patientenstichprobe hinsichtlich ihrer beiden Teilgruppen als homogen bezeichnet werden.

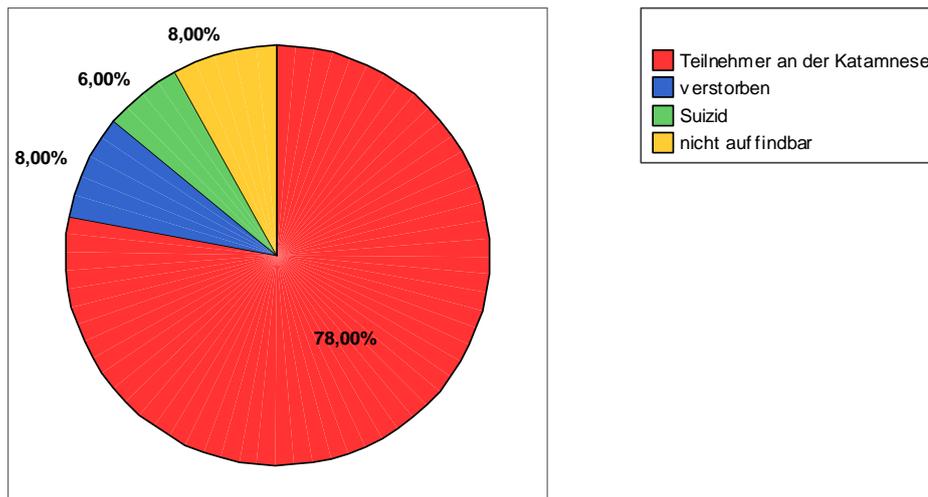
1.2. Verfügbarkeit der Stichprobe bei der katamnestischen Untersuchung

Folgende Grafik zeigt die Teilnahme-situation an der katamnestischen Untersuchung:

Abbildung 3: Teilnahme an der katamnestischen Untersuchung

Teilnahme an der katamnestischen Untersuchung

prozentuale Verteilung



Die Gruppe der 39 Teilnehmer an der Katamnese setzte sich zusammen aus 26 Patienten, die weiterhin in psychiatrischer Behandlung waren und 13 ehemaligen Patienten, die keine psychiatrische Behandlung mehr wahrnahmen. Soweit es dem Untersucher bekannt ist, wurde dieser Personenkreis in keiner Weise mehr psychiatrisch oder psychotherapeutisch weiterbehandelt (dies ergibt sich auch daraus, dass der TPV das alleinige und umfassende Mandat für die psychiatrische Versorgung der auf seinem Territorium lebenden Menschen hat). In Einzelfällen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass es Fälle von privatärztlicher, psychiatrischer Weiterbehandlung gab.

1.2.1. Repräsentativität der Katamnesestichprobe

Zunächst wird in diesem Kapitel die Gruppe der Teilnehmer an der Katamnese auf ihre Repräsentativität für die Gesamtstichprobe zu T1 (N=50) hin untersucht. In einem weiteren Analyseschritt wird geprüft, ob sich die Katamnesestichprobe (N=39) und die Schwundgruppe (N=11) zum Erstuntersuchungszeitpunkt signifikant hinsichtlich ihrer soziodemografischen und klinischen Variablen unterscheiden.

Die Repräsentativitätsprüfung der Katamnese-gruppe erfolgt im Vergleich mit den soziodemografischen und klinischen Variablen, die zu T1 bei der Gesamtstichprobe (N=50) erhoben wurden.

Tab. 19: Vergleich der soziodemografischen und klinischen Variablen zu T1 der Katamnesegruppe (N=39) mit der Gesamtstichprobe (N=50):

Variable	Verfahren	Messwert	df	Signifikanz p
Geschlecht	Pearson Chi-Quadrat	1,89	1	0,17
Alter	t-Test	-0,90	49	0,38
Familienstand	Pearson Chi-Quadrat	5,99	9	0,74
Schulbildung	Pearson Chi-Quadrat	11,69	9	0,23
Berufsbildung	Pearson Chi-Quadrat	3,0	4	0,56
Erwerbstätigkeit	Pearson Chi-Quadrat	26,4	25	0,39
Lebensunterhalt	Pearson Chi-Quadrat	19,95	16	0,22
Wohnsituation	Pearson Chi-Quadrat	13,54	16	0,63
Diagnose	Pearson Chi-Quadrat	0,86	1	0,36
Ersterkrankungszeitpunkt	Pearson Chi-Quadrat	10,68	9	0,30
Zahl stationärer Aufenthalte	Pearson Chi-Quadrat	5,78	9	0,76
Zahl Zwangseinweisungen	Pearson Chi-Quadrat	2,93	6	0,82
Gesamtdauer stationär	Pearson Chi-Quadrat	6,38	9	0,70
GAF	t-Test	1,52	49	0,14
Compliance	Wilcoxon-Test	-1,02	--	0,31

Es zeigt sich, dass keine der untersuchten Variablen signifikante Unterschiede zwischen der Katamnesegruppe und der Erstuntersuchungsgruppe zeigt. Damit kann die Katamnesegruppe als im Verhältnis zur Erstuntersuchungsgruppe repräsentativ gelten.

Der Vergleich der Katamneseteilnehmer (N=36) mit den Nichtteilnehmern (N=11) zeigt dagegen ein anderes Bild:

Tab. 20: Vergleich der Teilnehmer (N=39) und Nichtteilnehmer (Schwundgruppe) (N=11) an der Katamneseuntersuchung: Signifikante Unterschiede in den zu T1 erhobenen Variablen

Variablen zu T1	Testverfahren	Messwert	df	p
Alter	t-Test	-2,5	48	0,016*
Familienstand	Pearson Chi-Quadrat	7,896	3	0,05*
Schulbildung	Pearson Chi-Quadrat	12,48	3	0,006**
Berufsausbildung	Pearson Chi-Quadrat	12,013	2	0,002**
Lebensunterhalt	Pearson Chi-Quadrat	13,578	4	0,009**
Wohnsituation	Pearson Chi-Quadrat	11,922	4	0,02*
Zeitpunkt der Ersterkrankung	Pearson Chi-Quadrat	9,525	3	0,023*
Anzahl Zwangseinweisungen	Pearson Chi-Quadrat	8,116	3	0,044*
Gesamtdauer stationär	Pearson Chi-Quadrat	7,716	3	0,052*
GAF 1	t-Test	2,553	48	0,014*

Die genauere Analyse zeigt folgende Details:

- *Alter*: Die Katamnesestichprobe ist zu T1 jünger als die Schwundgruppe
- *Familienstand*: In der Katamnesestichprobe sind mehr Ledige und Verheiratete, weniger Geschiedene/Getrennte und Verwitwete als in der Schwundgruppe
- *Schulbildung*: In der Katamnesegruppe überwiegen Haupt- und Realschulabschluss, es gibt weniger Patienten ohne Schulabschluss als in der Schwundgruppe
- *Berufsausbildung*: In der Katamnesegruppe überwiegt der Teil mit Lehre, im Vergleich zur Schwundgruppe haben weniger Patienten keine Berufsausbildung
- *Lebensunterhalt*: In der Katamnesestichprobe leben mehr von eigenem Einkommen, z.T. in Kombination mit staatlicher Unterstützung als in der Schwundgruppe
- *Wohnsituation*: Die Katamnesestichprobe lebt mehr bei den eigenen Eltern oder mit der eigenen Familie als die Schwundgruppe
- *Zeitpunkt der Ersterkrankung*: Bei 74,5% der Katamnesestichprobe liegt zum Erstuntersuchungszeitpunkt die Ersterkrankung 1-5Jahre zurück, bei der Schwundgruppe liegt sie zu 61% mehr als 5 Jahre zurück
- *Anzahl der Zwangseinweisungen*: Bei der Katamnesestichprobe haben 82,1% maximal 1 Zwangseinweisung im Vorfeld der Erstuntersuchung, in der Schwundgruppe sind 54,6% mindestens 3 mal zwangseingewiesen worden
- *GAF – Werte*: Die Katamnesestichprobe hat mit einem Durchschnitt von 56,26 (Standardabweichung: 7,91) einen deutlich höheren Wert zur Erstuntersuchung als die Schwundgruppe (Durchschnitt: 47,82; Standardabweichung: 14,56).

1.2.2. Die Gruppe der Nichtteilnehmer

Trotz der absolut sehr geringen Patientenzahlen werden nachfolgend die Teilgruppen der Nicht-Teilnehmer (durch Suizid Verstorbene, an somatischen

Krankheiten Verstorbene, und Nicht-Auffindbare) mit der Gesamtgruppe der Teilnehmern der Katamneseuntersuchung verglichen. Der Vergleich erfolgt wie im vorangehenden Abschnitt an hand der soziodemografischen und klinischen Daten der Erstuntersuchung.

Vergleich der Katamnese-Teilnehmer mit den durch Suizid Vestorbenen Patienten

Insgesamt haben 3 Patienten im Katamnesezeitraum einen Suizid begangen. Das Durchschnittsalter in dieser Teilgruppe betrug zum Erstuntersuchungszeitpunkt 39,7 Jahre und ist nicht signifikant von dem der Teilnehmergruppe (Durchschnittsalter: 33,13 Jahre) verschieden (t-Wert = -1,636; df = 40; p = 0,11).

Wird durch die Anwendung der Bonferoni-Holm-Korrektur das Signifikanzniveau an die gegebene multiple Testsituation angepasst, ergibt sich ein Wert von p= 0,003. Auf diesem Niveau signifikante Ergebnisse zeigen sich in folgenden Variablen:

- GAF-Wert bei Erstuntersuchung: Die durch Suizid verstorbenen Patienten hatten einen signifikant niedrigeren GAF-Wert als die Teilnehmer (t-Wert = 8,67; df = 2,99; p = 0,003).
- Compliance: Die durch Suizid verstorbenen Patienten hatten eine signifikant niedrigere Compliance als die Teilnehmer (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 23,91; df = 4; p = 0,001).

Vergleich der Teilnehmer mit den an somatischen Krankheiten verstorbenen Patienten

Insgesamt sind 4 Patienten im Katamnesezeitraum an somatischen Krankheiten gestorben. Wird durch die Anwendung der Bonferoni-Holm-Korrektur das Signifikanzniveau an die gegebene multiple Testsituation angepasst, ergibt sich ein Wert von p= 0,003. Auf diesem Niveau signifikante Ergebnisse zeigen sich in folgenden Variablen:

- Das Durchschnittsalter in der durch Krankheit Verstorbenen betrug zum Erstuntersuchungszeitpunkt 44,25 Jahre und ist signifikant höher als das der Teilnehmergruppe (Durchschnittsalter: 33,13 Jahre; t-Wert = -3,29; df = 41; p = 0,002).

Vergleich der Teilnehmer mit den nicht auffindbaren Patienten

Insgesamt sind 4 Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese nicht auffindbar gewesen.

Keine der zum Erstuntersuchungszeitpunkt erhobenen Variablen zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

D. Ergebnisse

1. Entwicklung der lokalen Psychiatrischen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Katamnesezeitraum

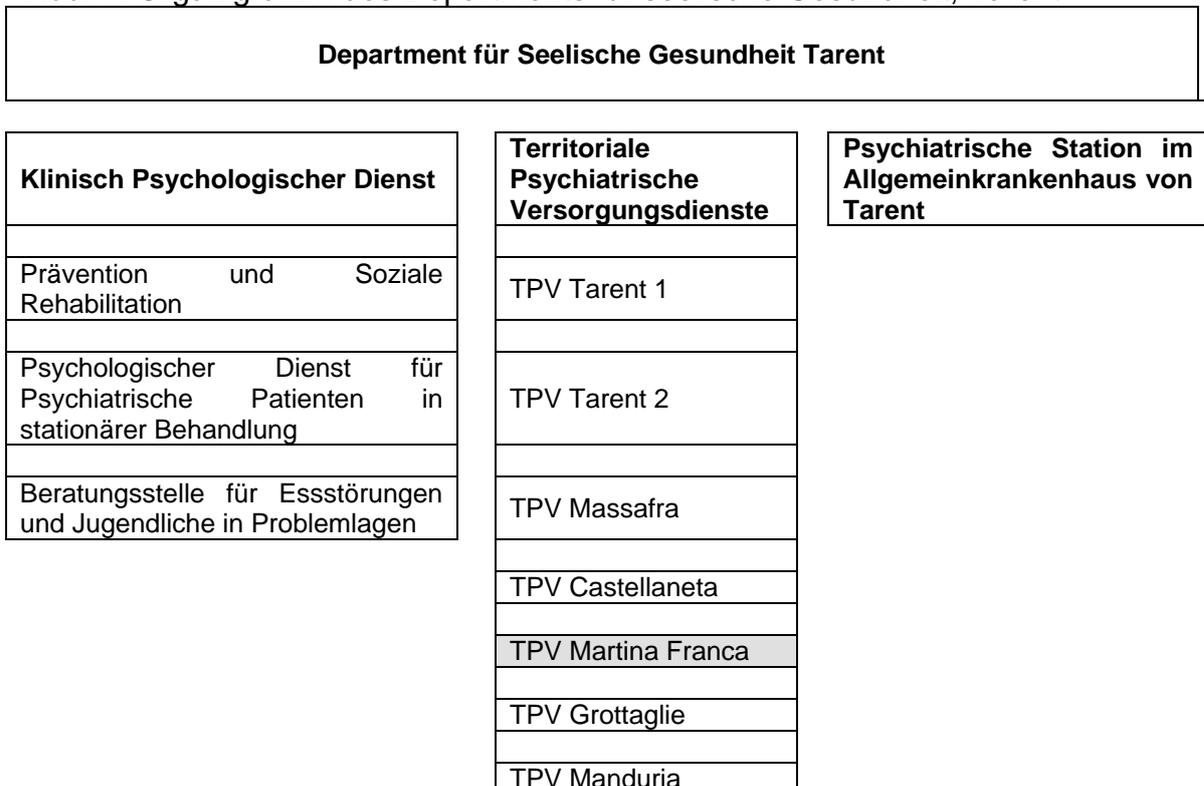
Wie in Abschnitt A 1.2.3. bereits beschrieben, haben sich die Struktur, die Personalausstattung, das therapeutische Angebot sowie die Patientenzahlen im Katamnesezeitraum stark verändert. In folgendem Abschnitt soll die heutige Situation des Territorialen Versorgungsdienstes von Martina Franca hinsichtlich der aktuellen Struktur, der Personalsituation, den Patientenzahlen sowie der Akzeptanz der therapeutischen Leistungen durch die Katamnese-Stichprobe dargestellt werden.

1.1. Die Entwicklung der Strukturen des territorialen psychiatrischen Dienstes in Martina Franca von 1985 bis 2006

Die Psychiatrische Versorgung in der Region Apulien ist derzeit in 5 Departments für Seelische Gesundheit strukturiert, die jeweils eine der 5 Provinzen versorgen. Das für den Territorialen Versorgungsdienst (im weiteren: TPV) von Martina Franca zuständige Department ist in Tarent platziert, der Provinzhauptstadt des Territoriums von Martina Franca.

Das Department gliedert sich aktuell in folgende, sogenannte „operative Einheiten (unità operative)“, die sich in die drei Säulen Klinisch psychologischer Dienst, Territoriale Versorgungsdienste sowie die Stationäre Psychiatrische Versorgung gliedern (internes Organigramm der A.U.S.L. Taranto, 2006):

Abb. 4: Organigramm des Departments für seelische Gesundheit, Tarent



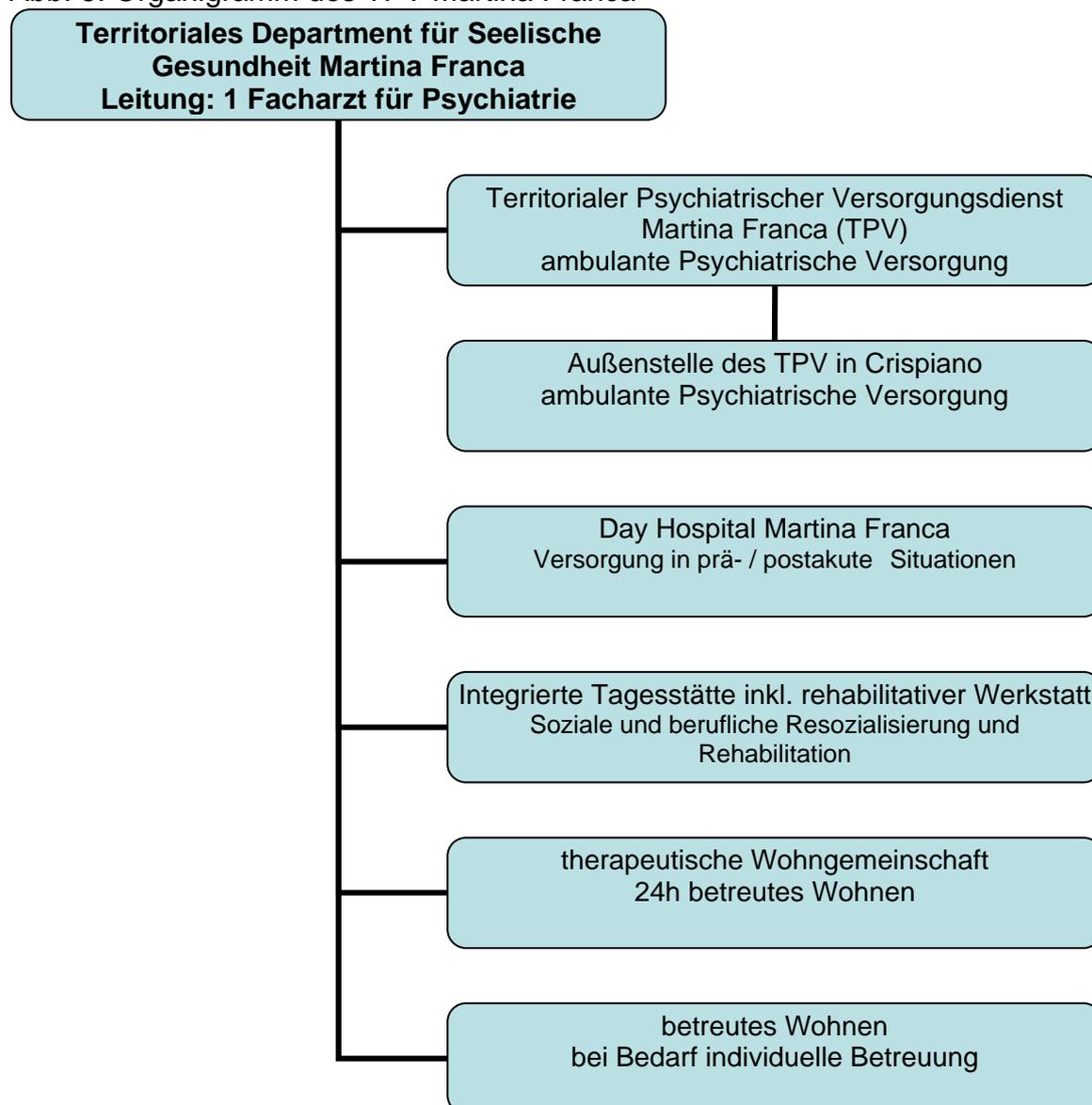
Den Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdiensten (TPV) werden 3 Kernaufgaben zugewiesen (tavolo tecnico, A.U.S.L. Taranto, 2006):

1. Psychiatrische Versorgung und Prävention (inkl. Psychotherapie)
2. Soziale Rehabilitation
3. Rehabilitation im Bereich der Alltagsbewältigung und der Wohnsituation

Zugang zur psychiatrischen Versorgung finden die Patienten auf verschiedenen Wegen: sie können sich direkt im TPV vorstellen, oder sie werden durch ihren Hausarzt überwiesen.

Der TPV von Martina Franca ist aktuell folgendermaßen aufgebaut (internes Organigramm, 2007):

Abb. 5: Organigramm des TPV Martina Franca



Die für Martina Franca zuständige stationäre Einrichtung ist die Psychiatrische Station im Allgemeinen städtischen Krankenhaus von Taranto mit 15 Betten. Das dortige Personal ist direkt dem Department für seelische Gesundheit des gesamten Landkreises von Taranto angegliedert.

Die Personalsituation stellt sich dabei folgendermaßen dar:

Leitung:	1 Oberarzt, 1 Sekretärin
TPV Martina Franca:	2,5 Fachärzte für Psychiatrie, 1 Psychologin, 1 Soziologe 1 Sozialarbeiterin, 6 Krankenschwestern, 3 Aufwärter, 1 Techniker
Außenstelle Crispiano:	0,5 Fachärzte für Psychiatrie, 1 Psychologe, 1 Sozialarbeiterin, 2 Krankenschwestern
Day Hospital:	2 Krankenschwestern
Tagesstätte:	1 Psychologe, 1 Soziologin, 1 Sozialpädagoge (zusätzliches Personal einer Kooperative, eingesetzt im Bereich der berufsbildenden und kreativen Aktivitäten)
Therapeutische Wohngemeinschaft:	Zusätzliches Personal einer Kooperative: 6 Krankenschwestern, 1 Hilfspflegerkraft, 2,5 Reinigungskräfte
Betreutes Wohnen:	wird personenseitig vom TPV Martina Franca mit versorgt

1.2. Die Entwicklung der Patientenzahlen und des therapeutischen Vorgehens im Katamnesezeitraum im territorialen psychiatrischen Dienstes von Martina Franca

Zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung 1986 wird noch keine offizielle Statistik vom territorialen psychiatrischen Dienst geführt; der Untersucher nutzt die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Dokumentationen (Journale, Krankenakten). 2006 können die Daten aus dem 2005 eingeführten, regionalen statistischen Informationssystem (Sistema Informativo Regionale Puglia; SIRP) entnommen werden. Dieses System erfasst in einem weitaus differenzierteren und größeren Umfang therapie- und versorgungsbezogene Daten des territorialen psychiatrischen Dienstes, als dies dem Untersucher 1986 möglich ist. Zudem sind etliche therapeutische Angebote 1986 noch nicht spezifisch ausdifferenziert (z.B. Tagesklinik, Tagesstätte/Mensa, betreute Werkstatt). Deshalb werden zunächst diejenigen Daten dargestellt, die zu beiden Untersuchungszeitpunkten erhoben werden. Im Anschluss daran wird die Gesamtheit der 2006 erhobenen Daten dargestellt.

Tabelle 21: Gegenüberstellung der Versorgungsdaten 1985/86 und 2006

	1985	1986	2006
betreute Patienten	413	434	675
Zahl der direkten therapeutischen Interventionen im Versorgungsdienst	4.012	4.187	13.893
Zahl der therapeutischen Interventionen in der Wohnung des Patienten (Hausbesuche)	2.187	2.203	2.994

Das überproportionale Ansteigen der Zahl therapeutischer Interventionen im psychiatrischen Versorgungsdienst ist dabei eine Folge der neu geschaffenen therapeutischen Angebote: Das in den Versorgungsdienst integrierte Day-Hospital sowie die ebenfalls integrierte Tagesstätte schaffen Raum und Gelegenheit zur intensiveren Versorgung von Patienten sowohl in akuten als auch nicht-akuten Phasen ihrer Erkrankung.

Im folgenden die statistischen Versorgungsdaten des Jahres 2006, entnommen aus dem S.I.R.P. .

Tabelle 22: Versorgungsdaten 2006

2006	
Versorgungsgebiet und Patientenzahl	
Zahl der Einwohner im Versorgungsgebiet	61.729
Anzahl der betreuten Patienten	698
davon Anzahl der Erstkontakte	165
davon Anzahl der in regelmäßige Versorgung aufgenommenen Patienten	83
Durchschnittliche Prävalenz	4,41
Durchschnittliche Inzidenz der Erstkontakte	0,24
Durchschnittliche Inzidenz der in regelmäßige Versorgung aufgenommenen Patienten	0,13
Ambulante Versorgung im TPV	
Krankenpflegerische Interventionen (Blutabnahmen,	7.264

Pharmakaverabreichung, Blutdruck- und Pulsmessung)	
Gespräche zur Situationsklärung und Unterstützung des Patienten (mit dem Patienten und/oder seinen Familienangehörigen; keine Psychotherapie)	3.624
Psychotherapie und psychologische Beratung (Anzahl der Therapien)	647
Anzahl der Psychiatrischen Untersuchungen	2.313
Psychodiagnostische Untersuchung (mit dem Psychologen)	45
Amtsärztliche Untersuchungen (z.B. zur Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit, zur Erneuerung der Fahrerlaubnis, zur Genehmigung eines Waffenscheines)	72
Sozialarbeiterische Interventionen (Information, Beratung, Bearbeitung von behördlichen Angelegenheiten)	663
Resozialisierende Interventionen (Kreativangebote, Sportgruppen, Spielgruppen)	2.462
Erarbeitung und Überprüfung der therapeutischen Programme im Team	384
Halbstationäre Versorgung im TPV	
durchschnittliche Zahl der Patienten pro Monat im Day-Hospital	8
Zahl der Patiententage im Day-Hospital	612
durchschnittliche Zahl der Patienten pro Monat in der integrierten Tagesstätte	33
Zahl der Patiententage in der integrierten Tagesstätte (wenigstens 4 Stunden)	2.982

Versorgung außerhalb des TPV durch das Personal des TPV	
Krankenpflegerische Interventionen (Blutabnahmen, Pharmakaverabreichung, Blutdruck- und Pulsmessung) im Rahmen von Hausbesuchen	1.302
Interventionen im Netzwerk des Patienten (Hausarzt, Arbeitgeber und Kollegen, Behördenvertreter, Familie und Freunde, Organisation von Patientenangehörigengruppen)	444
Sozio-Rehabilitative Interventionen und Maßnahmen (durchgeführt von verschiedenen Mitarbeitergruppen; Hilfe bei Tagesstrukturierung, Haushaltsführung, Einkaufen, Bankgeschäfte, Körperpflege)	1.248
Komplementäre Angebote, durchgeführt von Mitarbeitern des TPV	
Zahl der Patiententage im Rahmen von durch den TPV organisierten Ausflügen und Urlaubsfahrten	468
Betreutes Wohnen und ambulant betreutes Wohnen	
Zahl der Patienten in therapeutischer Wohngruppe (24h Betreuung)	12
Zahl der Patienten in Wohngemeinschaft (anlassbezogene Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen durch TPV, kein eigenes Personal)	2
Stationäre Versorgung in der Psychiatrischen Station des Allgemeinkrankenhauses von Tarent	
Zahl der (freiwilligen) stationären Einweisungen	39
Zahl der Zwangseinweisungen	6
Prozentualer Anteil der Zwangseinweisungen	13,34%
Anzahl der Zwangseinweisungen pro 1.000 Einwohner im Territorium	0,11

Zu den einzelnen Versorgungsleistungen:

Krankenpflegerische Interventionen

In dieser Kategorie werden alle primär somatischen Interventionen des Pflegepersonals erfasst.

Gespräche zur Situationsklärung und Unterstützung des Patienten

In Abgrenzung zur Kategorie „Psychotherapie“ werden hier themen- oder situationsbezogene Einzelgespräche mit einem Patienten und/oder Familienangehörigen erfasst. Diese Gespräche werden überwiegend durch das Pflegepersonal, aber auch durch alle anderen Berufsgruppen des TPV geführt. Diese Gespräche dienen der aktuellen (psychiatrischen, psychologischen, sozialen) Situationsklärung (mit dem Ziel, ggf. zusätzliche therapeutische Maßnahmen einzuleiten) oder der gezielten, unterstützenden Beratung des Patienten und/oder seiner Angehörigen in krankheitsbezogenen, sozialen oder beziehungsorientierten Fragestellungen und Problemlagen.

Psychotherapie

Hier erfasst werden sowohl länger währende durch den Psychologen durchgeführte Psychotherapien (Verhaltens- und Systemische Familientherapien) als auch die Anzahl eher kürzer andauernder psychologischer Beratungssequenzen, häufig auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Bereich der Angehörigenbetreuung.

Psychiatrische Untersuchung

Das S.I.R.P. definiert diese Kategorie als „...Intervention des Psychiaters mit dem Ziel, Informationen über den klinischen, psychopathologischen und verhaltensbezogenen Status des Patienten zu erheben, um daraus diagnostische und therapeutische Schlüsse zu ziehen“.

Psychodiagnostische Untersuchungen

Das S.I.R.P. definiert diese Kategorie als „...Intervention des klinischen Psychologen mit Hilfe von psychodiagnostischen Instrumenten mit dem Ziel, strukturelle Persönlichkeitsmerkmale des Patienten zu erheben, und/oder die Pathologie des Patienten in ein System zur Klassifizierung von psychiatrischen Erkrankungen einzuordnen“.

Amtsärztliche Untersuchungen

In dieser Kategorie werden psychiatrische Untersuchungen erfasst, die auf Anfrage anderer Einrichtungen (Gesundheitsämter, Sozialämter etc.) erfolgen und in deren Folge Gutachten/Bescheinigungen erstellt werden (z.B. zur Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit, zur Erneuerung der Fahrerlaubnis, zur Genehmigung eines Waffenscheines). Diese Untersuchungen werden ausschließlich durch die Psychiater des TPV durchgeführt.

Erarbeitung und Überprüfung der therapeutischen Programme im Team

Als therapeutische Programme werden mittel- und langfristige Konzepte und Pläne verstanden, deren Inhalte die integrierte Versorgung des Patienten definieren und steuern. Integriert in dem Sinne, als dass sowohl Versorgungsleistungen des TPV als auch anderer öffentlicher und privater

Strukturen (Sozialamt, Arbeitgeber, Freizeiteinrichtungen etc.) in einem therapeutischen Programm erfasst werden. Diese Programmgespräche werden in der Regel im gesamten Versorgungsteam durchgeführt und definieren abschließend die Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Mitarbeiter in der Umsetzung des therapeutischen Programms.

Zahl der Patienten und Patiententage im Day-Hospital

Hauptaufgabe des Day-Hospitals ist es, Patienten in akuten Phasen des Krankheitsgeschehens zu versorgen und damit die stationäre Einweisung zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Versorgung im Day-Hospital besteht aus pharmakologischer und psychotherapeutischer Betreuung. Im Fall des TPV von Martina Franca ist das Day-Hospital räumlich in den Versorgungsdienst integriert und 6 Tage pro Woche für 12 Stunden geöffnet.

Zahl der Patienten und Patiententage in der integrierten Tagesstätte

In der Tagesstätte werden den Patienten des TPV rehabilitative Angebote in den Bereichen kreatives Gestalten, handwerkliches Arbeiten (Möbelrestaurierung) und berufliche Weiterbildung (PC-Schulungen) gemacht. Damit dient die Tagesstätte als integraler Bestandteil des therapeutischen Angebotes der Rehabilitation der Patienten im beruflichen und sozialen Bereich. Die Tagesstätte ist räumlich in den Versorgungsdienst integriert und 6 Tage pro Woche für 12 Stunden geöffnet.

Hausbesuche durch das Pflegepersonal

Hausbesuche des Pflegepersonals dienen sowohl zur Überwachung und Erhöhung der Compliance als auch der Verabreichung intravenöser Therapien bei Patienten mit Mobilitätsproblemen.

Interventionen im Netzwerk des Patienten

Das Spektrum dieser Interventionen richtet sich an ein breites Spektrum für die Patienten relevanter Ansprechpartner und Kontaktpersonen (Hausarzt, Arbeitgeber und Kollegen, Behördenvertreter, Familie und Freunde). Ziel dieser Interventionen ist die Förderung und Verbesserung der Zusammenarbeit des TPV und des Patienten mit relevanten Sozialpartnern. Auch die Organisation von Patientenangehörigengruppen wird in dieser Kategorie erfasst.

Sozio-Rehabilitative Interventionen und Maßnahmen

Hier geht es um die Hilfe bei der Tagesstrukturierung, der Haushaltsführung, dem Einkaufen, der Führung der eigenen Finanzen und bei der Körperpflege. Diese Betreuung der Patienten wird von verschiedenen Mitarbeitergruppen des TPV, im Schwerpunkt jedoch vom Pflegepersonal durchgeführt.

Ausflüge und Urlaubsfahrten mit den Patienten

Jedes Jahr (auch bereits im Jahr der Erstuntersuchung 1985) wird für ca. 12 Patienten eine 10tägige Urlaubsfahrt durchgeführt, die von 4 Mitarbeitern des TPV organisiert und durchgeführt wird. Weiterhin werden in den Sommermonaten unregelmäßig Tagesausflüge an das nahegelegene Meer organisiert.

Zahl der Patienten in der therapeutischen Wohngruppe

Der TPV verfügt über eine Therapeutische Wohngruppe mit 15 Plätzen. Die Psychiatrische und Psychologische Versorgung erfolgen durch das Personal des TPV, das ständige Personal im 3-Schicht-Dienst wird von einer sozialen Kooperative gestellt, die im Delegationsverfahren im Auftrag des TPV die Versorgung der Bewohner übernimmt. Die Verweildauer der Patienten in der Therapeutischen Wohngruppe ist sehr unterschiedlich; dabei zielt die Arbeit des Personals auf eine möglichst umfassende Selbstständigkeit der Patienten, die es ihnen ermöglichen soll, eine weniger intensiv betreute oder gar eigenständige Wohnlösung zu finden.

Zahl der Patienten in der Wohngemeinschaft

Der TPV selbst besitzt eine kleinere Wohneinheit mit insgesamt 4 Plätzen für Patienten, die übergangsweise oder für eine längere Zeit dort leben. Anlässe für eine Nutzung dieser Wohngemeinschaft sind aktuelle Wohnungsprobleme der Patienten oder auch familiär angespannte Situationen in der Wohnung der Patienten, die eine zeitweise Trennung des Patienten von seiner Familie therapeutisch ratsam erscheinen lassen. Betreut wird die Wohngruppe anlassbezogen bei Bedarf durch das Personal des TPV im Rahmen von Hausbesuchen. Die Haushaltsführung in der Wohngruppe erfolgt durch die Patienten selbst, die Reinigung wird durch das Personal der Therapeutischen Wohngemeinschaft übernommen.

Zahl der (freiwilligen) stationären Einweisungen

Die stationären Einweisungen erfolgen in die Psychiatrische Station des Allgemeinkrankenhauses von Tarent. Die Dauer der stationären Behandlung lag 2006 zwischen 3 und 8 Wochen mit einem Durchschnitt von 6 Wochen.

Zahl der Zwangseinweisungen

Die Modalitäten der Zwangseinweisung werden auch heute noch durch das in Abschnitt 1.1.1. beschriebene Reformgesetz von 1978 bestimmt. Es bleibt zudem eines der erklärten Ziele der reformierten Psychiatrischen Versorgung, die Zahl der Zwangseinweisungen möglichst gering zu halten. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden die Zwangseinweisungen im Laufe einer Woche durch die Zustimmung der betroffenen Patienten in einen freiwilligen stationären Aufenthalt umgewandelt.

1.3. Nutzungsgrad und Bewertung der Therapeutischen Interventionen aus Sicht der untersuchten Patienten

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung wiedergegeben. Insgesamt: 26 Patienten nehmen zum Zeitpunkt T2 Versorgungsangebote wahr.

Zunächst wird der Nutzungsgrad bezogen auf die erfassten Therapieangebote durch die befragten Patienten wiedergegeben.

Tabelle 23: Prozentualer Nutzungsgrad der Therapieangebote in der Gruppe der befragten Patienten in den 3 Monaten vor Befragung (N=26).

Nutzungsgrad/ Therapieform	täglich	mehrm. wöch.	wöch.	mehrm. monatl.	monatl.	unregel- mäßig	nicht
Stationärer Aufenthalt	in den letzten 3 Monaten JA: 19,5%			in den letzten 3 Monaten NEIN: 80,5%			
Tagesklinik	3,8%	50%					46,2%
Kontakte mit: Psychiater	3,7%		40,7%	14,8%	37%		3,7%
Psychologe			7,1%	7,1%	14,3%	39,3%	28,6%
Sozialarbeiter				3,7%	14,8%	37%	44,4%
Hausbesuche		18,5%	44,4%	14,8%	3,7%	7,4%	11,1%
Tagesstätte	14,8%	33,3%	3,7%	18,5%		18,5%	11,1%
Reha- Werkstatt	19,2%	11,5%				3,8%	65,4%
Medikamenten- einnahme	100%						

Im Folgenden wird der durchschnittliche Wert der Patienteneinschatzungen auf die Frage: „wie hilfreich war das therapeutische Angebot für Sie?“ wiedergegeben. Die Einschätzungen wurden auf einer siebenstufigen Skala von 1=uberhaupt nicht hilfreich bis 7=sehr hilfreich eingestuft.

Tabelle 24: Durchschnittliche Nutzlichkeitseinschatzung der therapeutischen Angebote durch die zum Zweituntersuchungszeitpunkt befragten Patienten

Therapeutische Versorgung/Angebot	Einschätzung der Nützlichkeit	
	Durchschnittswert	Standardabweichung
Stationäre Psychiatrische Behandlung in den letzten 6 Monaten	5,63	0,52
Behandlung in der Tagesklinik in den letzten 3 Monaten	5,71	0,61
Psychiatrische Untersuchungen in den letzten 3 Monaten	6,04	0,45
Psychologische Untersuchungen/Therapie in den 3 Monaten	6,05	0,76
Hausbesuche des TPV in den letzten 3 Monaten	6,17	0,70
Kontakte mit/Beratung durch Sozialarbeiter des TPV in den letzten 3 Monaten	5,93	0,59
Genutzte Angebote der Integrierten Tagesstätte in den letzten 3 Monaten	5,63	0,88
Besuch der Geschützten Werkstatt in den letzten 3 Monaten	5,67	1,00
Therapie durch Psychopharmaka im letzten Monat	4,96	0,82

Der erkennbare Deckeneffekt präsentiert sich bei genauerer statistischer Analyse als eine auf der Bewertungsskala nach oben verschobene Normalverteilung.

Es zeigen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der Höhe der eingeschätzten Behandlungsnützlichkeit und der Höhe des GAF-Wertes zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung.

Ebenso zeigen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den verschiedenen Kategorien der Behandlungszufriedenheit und der Allgemeinen Lebenszufriedenheit.

2. Verlauf der Schizophrenen Erkrankung im Katamnesezeitraum

Von den 39 Teilnehmern der Katamneseuntersuchung sind noch 26 als Patienten in psychiatrischer Behandlung, 13 nicht mehr (Geheilte). Diese 13 Befragten geben an, in unterschiedlicher Intensität von ihren Hausärzten behandelt zu werden, dies aber ausschließlich im Kontext somatischer Erkrankungen. Keiner dieser 13 „Geheilten“ gibt an, psychiatrisch behandelt zu werden.

Wie im Abschnitt B, Kapitel 2.1., 2.3. und 2.5. dargestellt, werden in der vorliegenden Studie nur zum Teil standardisierte und zu beiden Messzeitpunkten gleiche Erhebungsinstrumente eingesetzt. Dies führt in nachstehender Ergebnisdarstellung dazu, dass nicht für alle Variablen der direkte Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten gezogen werden kann. Einige dieser Variablen werden daher in ihren Ausprägungen ausschließlich zum Zeitpunkt der Katamnese ausgewertet.

Wichtige klinische Variablen des Krankheitsverlaufs wurden jedoch zu beiden Messzeitpunkten erhoben.

2.1. Der Krankheitsverlauf

In folgendem Kapitel werden zunächst die klinischen Verlaufsdaten der 39 Teilnehmer der katamnestischen Untersuchung dargestellt.

Daran anschließend wird die Gruppe der Patienten mit der Gruppe der Teilnehmer ohne psychiatrische Behandlung (Geheilte) hinsichtlich der klinischen und sozialen Variablen sowohl zu T2 als auch zu T1 verglichen.

Im weiteren wird der Verlauf der GAF-Werte (zu beiden Messzeitpunkten erhoben) dargestellt.

Abschließend werden Zusammenhänge der Rehospitalisierungsraten sowie der Compliance mit soziodemografischen und klinischen Variablen analysiert.

2.1.1. Klinische Verlaufsdaten im Katamnesezeitraum

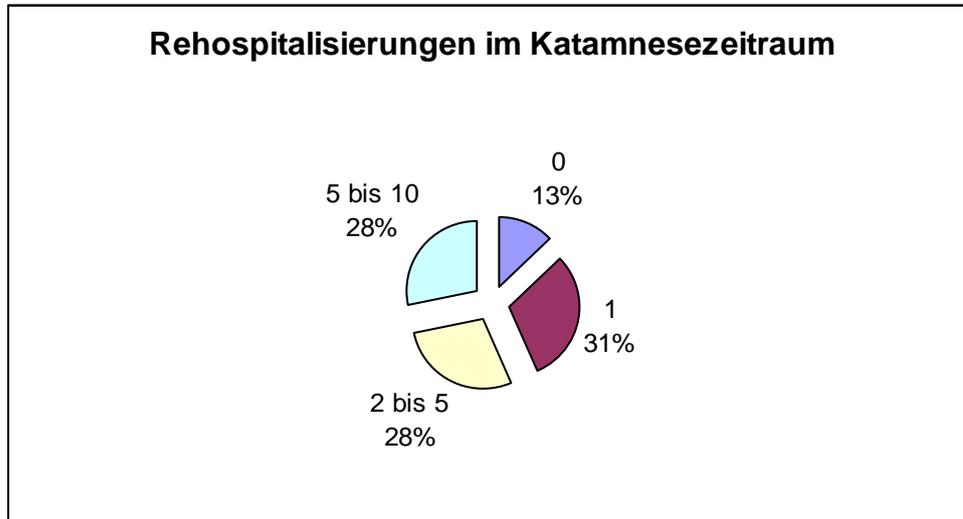
Für die Gesamtgruppe der 39 Personen, die zum Katamnesezeitpunkt untersucht wird, zeigen die klinischen Verlaufsdaten folgendes Bild:

Rehospitalisierungsraten

Die Untersuchten haben im Katamnesezeitraum durchschnittlich 2,9 Rehospitalisierungen (Standardabweichung: 2,58).

Die Rehospitalisierungsraten waren wie folgt verteilt:

Abb. 6: Rehospitalisierungsraten im Katamnesezeitraum; N=39

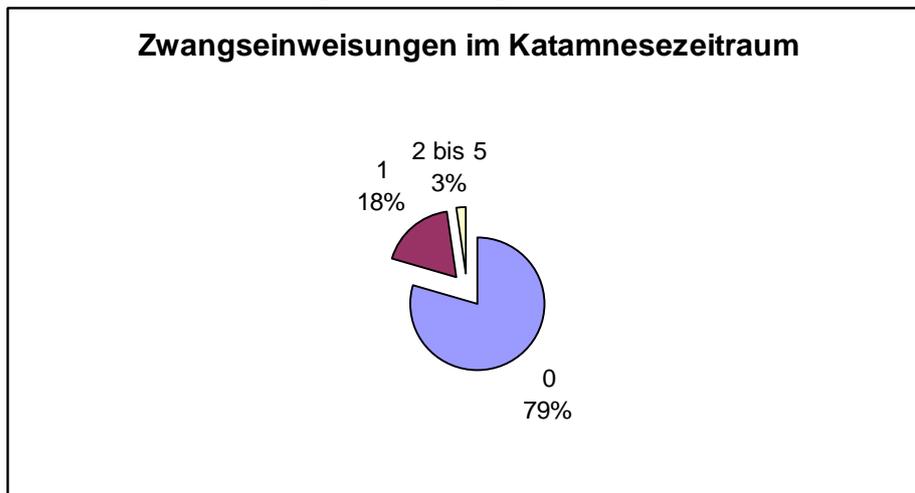


Zwangseinweisungen im Katamnesezeitraum

Die Untersuchten werden im Katamnesezeitraum durchschnittlich 0,25 mal im Rahmen einer Zwangseinweisung stationär behandelt.

Die Zwangseinweisungen im Katamnesezeitraum verteilen sich wie folgt:

Abb. 7: Zahl der Zwangseinweisungen Im Katamnesezeitraum; N=39

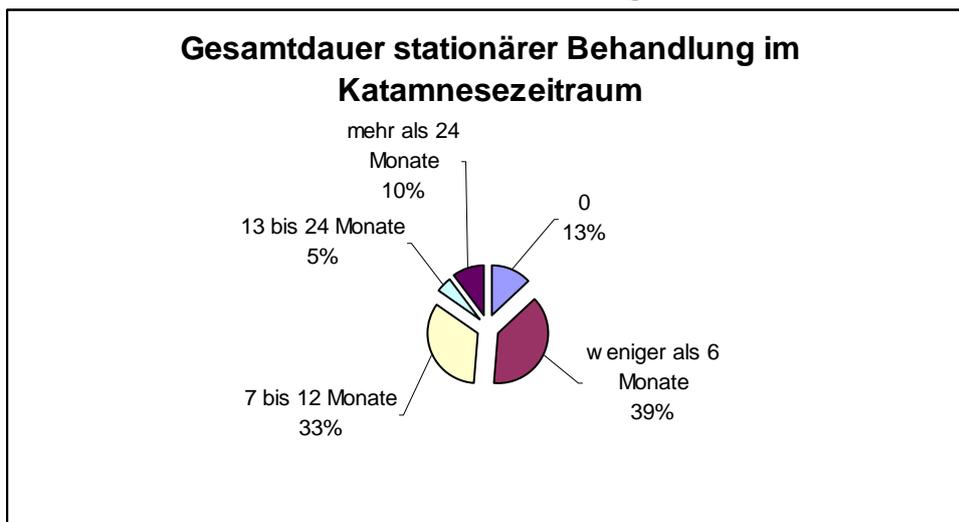


Die Gesamtdauer der stationären Behandlung im Katamnesezeitraum

Die Untersuchten sind im Katamnesezeitraum für durchschnittlich 9,3 Monate in stationärer Behandlung (Standardabweichung: 11,13).

Die Gesamtdauer ist in der Teilnehmergruppe wie folgt verteilt:

Abb. 8: Gesamtdauer stationärer Behandlung im Katamnesezeitraum; N=39

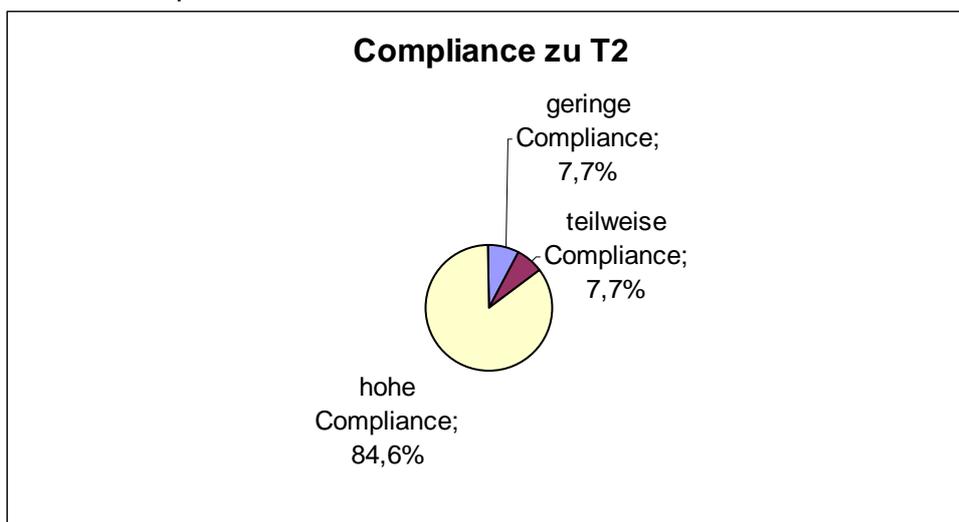


Compliance zum Zeitpunkt der Katamnese

Die Compliance wird bei den 26 Patienten, die noch in psychiatrischer Behandlung waren, bestimmt. Auf der 5-stufigen Skala liegt der Durchschnitt bei 4,03 (Standardabweichung 0,83). Der Wert 4 ist folgendermaßen definiert: "ist ziemlich zuverlässig bei der Befolgung ärztlicher Anweisungen; ist kooperationsbereit; arbeitet gut mit; hält sich an die Hausordnung".

Zusammengefasst in drei Stufen (Werte 1-2 = geringe, Wert 3 = teilweise, Werte 4-5 = hohe Compliance) ist die Compliance wie folgt verteilt:

Abb. 9: Compliance zu T2; N=26



2.1.2. Gruppenvergleich Patienten und Nicht-Patienten (Geheilte)

Der Vergleich der 26 Patienten mit den 13 Geheilten zeigt hinsichtlich der klinischen Verlaufsdaten *zum Katamnesezeitpunkt T2* folgendes Bild:

Vergleich der Rehospitalisierungsraten

Die Patienten haben signifikant höhere Rehospitalisierungsraten (t-Wert: -4,38; df = 12; p = 0,001) als die Geheilten.

Vergleich der Gesamtdauer stationärer Aufenthalte im Katamnesezeitraum

Die Patienten sind im Katamnesezeitraum für durchschnittlich 14,23 Monate (Standardabweichung: 13,51), die Geheilten für 2,85 Monate (Standardabweichung: 2,60) in stationärer Behandlung. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (t-Wert: 2,84; df = 12; p = 0,015).

Vergleich des GAF-Wertes

Mit 56,15 liegt der Durchschnitt der GAF-Werte bei den Patienten signifikant unter dem Durchschnitt von 78,62 der Geheilten (t = -9,13; df = 12; p = 0,000).

Um eventuelle prognostische Kriterien für den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung ableiten zu können, werden im Folgenden die 26 Patienten mit den 13 Geheilten hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Daten *zum Erstuntersuchungszeitpunkt T1* verglichen:

Tab. 25: Signifikante Unterschiede zwischen Patienten (N=26) und Geheilten (N=13) hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Daten zu T1

Parameter	Verfahren	Messwert	df	Signifikanz p
Alter	t-Test	2,93	12	0,013
Schulbildung	Kolmogorov – Smirnov - Test	1,47	--	0,026
Anzahl stationärer Aufenthalte vor T1	Kolmogorov – Smirnov – Test	1,81	--	0,003
Dauer stationärer Aufenthalte vor T1	Kolmogorov – Smirnov – Test	1,47	--	0,026
GAF-Wert	Kolmogorov – Smirnov - Test	1,93	--	0,001

Die nähere Analyse des Datenmaterials zeigt:

- Die Patienten sind zu T1 im Durchschnitt 5 Jahre älter als die Geheilten
- unter den Patienten haben 3 zu T1 keinerlei Schulabschluss, die Geheilten haben alle einen Schulabschluss
- ca. 69%der Patienten sind zu T1 bereits mehr als 3mal stationär behandelt worden, keiner der Geheilten ist vor T1 mehr als 3mal stationär behandelt worden
- ca. 69%der Patienten sind zu T1 bereits länger als 1Jahr stationär behandelt worden, keiner der Geheilten ist vor T1 länger als 1Jahr stationär behandelt worden

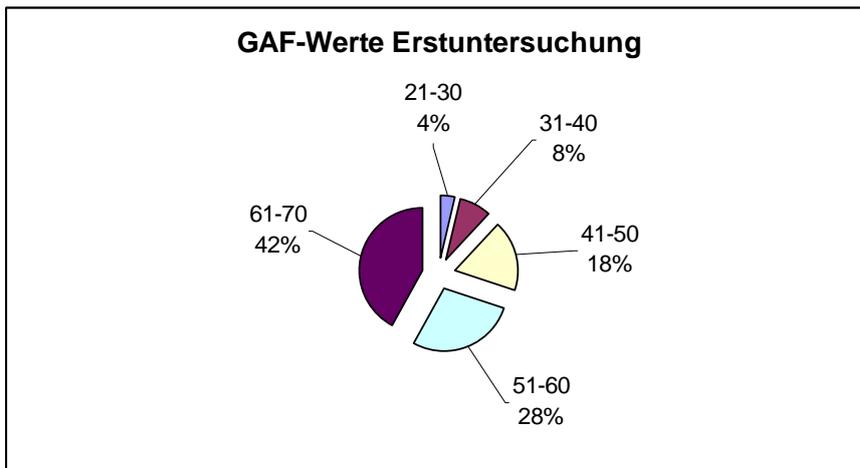
- Der GAF-Wert liegt bei den Patienten zu T1 im Durchschnitt bei 51,2 (Std.abw. 8,3), bei den Geheilten bei 61,5 (Std.abw. 3,2).

2.1.3. Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala) zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung und der Katamnese

Die GAF-Skala befähigt zu einer globalen Einschätzung der Psychopathologie und der sozialen Funktionsfähigkeit.

Zum Erstuntersuchungszeitpunkt liegt der Mittelwert des GAF-Wertes bei 54,4 (N=50; Wertebereich 28-68, Standardabweichung 10). Die Verteilung der 50 Patienten auf der in 10er-Schritten aufgebauten Skala zeigt dabei folgendes Bild:

Abb. 10: GAF-Werte zu T1; N=50

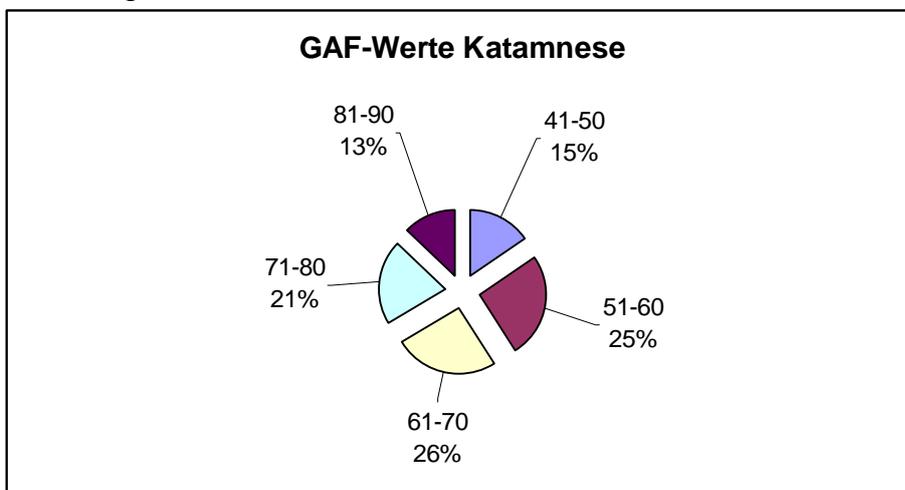


Zum Zeitpunkt der Katamnese liegt der Durchschnitt des GAF-Wertes bei 63,8 (N=39; Wertebereich 45-82, SD 12,1).

Damit zeigt der GAF Wert der Katamnese im Vergleich zur Erstuntersuchung eine signifikante Erhöhung ($t = -4,04$; $df = 38$; $p = .001$).

Die Verteilung der Patienten auf der in 10er-Schritten aufgebauten Skala zeigte dabei folgendes Bild:

Abbildung 11: GAF-Werte zu T2; N=39



Entwicklung des GAF-Wertes: 26 Patienten (66,7% der 39 Katamnese Teilnehmer) haben einen höheren GAF-Wert, 9 (23,1%) einen gleich gebliebenen und 4 Teilnehmer (10,3%) haben zum Zeitpunkt der Katamnese einen niedrigeren GAF-Wert als bei der Erstuntersuchung.

Eine genauere Analyse zeigt, dass einige signifikante Unterschiede zwischen diesen 3 Gruppen bestehen: signifikant mehr Patienten mit einem gestiegenen GAF-Wert sind zum Zeitpunkt der Katamnese seit mehr als 10 Jahren nicht mehr in psychiatrischer Behandlung (value = 12,18; df = 4; p = 0,016), Untersuchte mit gestiegenem GAF-Wert werden im Katamnesezeitraum signifikant seltener zwangseingewiesen als Patienten mit gleichgebliebenem oder gesunkenem GAF-Wert (value: 13,51; df=4; p=0,009).

Bezüglich des Alters, soziodemografischer Variablen, der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie der weiteren erhobenen klinischen Variablen des Krankheitsverlaufs im Katamnesezeitraum zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

2.1.4. Rehospitalisierungsraten, soziodemografische und klinischen Daten

Erfasst werden bei den Teilnehmern der Katamneseuntersuchung Zahl und Dauer der stationären Aufenthalte im Katamnesezeitraum.

In einem ersten Analyseschritt werden aus der Katamnesegruppe (N=39) 2 Untergruppen gebildet: Personen mit 3 oder weniger Rehospitalisierungen und Personen mit 4 oder mehr Rehospitalisierungen. Diese beiden Teilgruppen werden auf signifikante Unterschiede in den soziodemografischen und klinischen Variablen zu T1 untersucht, um mögliche prognostische Kriterien herauszuarbeiten.

In einem zweiten Schritt wird analysiert, inwieweit die Zahl der Rehospitalisierungen einen signifikanten Zusammenhang mit soziodemografischen und klinischen Variablen der Zweituntersuchung T2 zeigt. Es werden auch die allgemeine Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheit mit der Wohnsituation, der Familie insgesamt, den Beziehungen zu anderen Menschen sowie der Gesundheit auf mögliche Zusammenhänge mit der Rehospitalisierungsrate analysiert.

Gruppenvergleich der Personen mit hoher und niedriger Rehospitalisierungsrate im Katamnesezeitraum hinsichtlich der Variablen zu T1.

Analysiert werden die soziodemografischen und klinischen Variablen der 39 Katamnesteilnehmer hinsichtlich ihrer Ausprägung zu T1. Dabei werden die Katamnese Teilnehmer in 2 Gruppen eingeteilt: die Gruppe derjenigen Personen mit 3 oder weniger Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum (N=25) und die Gruppe derjenigen Personen mit 4 oder mehr Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum (N=14).

In folgenden Variablen unterscheiden sich die beiden Gruppen zu T1 signifikant voneinander:

Tab. 26: Gruppenvergleich selten und häufig rehospitalisierte Katamneseteilnehmer bezüglich der Daten zu T1 (N=39)

Parameter zu T1	Messverfahren	Messwert	df	Signifikanz p
Alter	t-Test	-3,04	42	0,004
GAF	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,852	--	0,002
Schulbildung	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,39	--	0,041
Berufsausbildung	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,99	--	0,001
Erwerbstätigkeit	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,42	--	0,035
Lebensunterhalt	Kolmogorov-Smirnov-Test	2,02	--	0,001
Zeitpunkt der Ersterkrankung	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,54	--	0,018
Zahl der stationären Aufenthalte vor T1	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,99	--	0,001
Gesamtdauer der stationären Aufenthalte vor T1	Kolmogorov-Smirnov-Test	2,02	--	0,001
Zahl der Zwangseinweisungen vor T1	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,57	--	0,015

Die genauere Analyse zeigt folgende Zusammenhänge:

Rehospitalisierungsrate und Alter

Die Gruppe der Untersuchten mit niedriger Rehospitalisierungsrate hat zu T1 ein durchschnittliches Alter von 31,9 Jahren (SD: 5,02), die Gruppe mit hoher Rehospitalisierungsrate weist einen Durchschnitt von 38 (SD: 8,42).

Rehospitalisierungsrate und GAF-Werte.

Die Gruppe der Untersuchten mit niedriger Rehospitalisierungsrate hat zu T1 einen durchschnittlichen GAF-Wert von 58,5 (SD: 6,3), die Gruppe mit hoher Rehospitalisierungsrate weist einen Durchschnitt von 46,38 (SD: 10,9) auf

Rehospitalisierungsrate und Schulausbildung.

Die Patienten mit keiner Rehospitalisierung haben zum Erstuntersuchungszeitpunkt überdurchschnittlich häufig einen Realschulabschluss (standardisiertes Residuum = 2,5), Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen keinen Schulabschluss (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 26,21; df = 9; p = 0,002).

Rehospitalisierungsrate und Berufsausbildung.

Die Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen haben zum Erstuntersuchungszeitpunkt überdurchschnittlich häufig keine Berufsausbildung (standardisiertes Residuum = 2,3; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 16,94; df = 6; p = 0,01).

Rehospitalisierungsrate und Erwerbstätigkeit.

Die Patienten mit keiner Rehospitalisierung sind zum Erstuntersuchungszeitpunkt überdurchschnittlich häufig voll erwerbstätig, (standardisiertes Residuum = 4,0), Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen überdurchschnittlich häufig arbeitslos (standardisiertes Residuum = 1,9; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 36,12; df = 15; p = 0,002).

Rehospitalisierungsrate und Lebensunterhalt.

Die Patienten mit keiner Rehospitalisierung lebt zum Erstuntersuchungszeitpunkt überdurchschnittlich häufig von eigenen Einkünften, (standardisiertes Residuum = 3,6), Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen überdurchschnittlich häufig von staatlicher Unterstützung (standardisiertes Residuum = 2,1; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 38,72; df = 12; p = 0,000).

Zeitpunkt der Ersterkrankung

Bei ca. 86% der Untersuchten mit niedriger Rehospitalisierungsrate liegt der Zeitpunkt der Ersterkrankung zu T1 maximal 5 Jahre zurück, bei 30% der Gruppe mit hoher Rehospitalisierungsrate liegt er mehr als 10 Jahre zurück.

Rehospitalisierungsrate und Anzahl der stationären Aufenthalte vor der Erstuntersuchung.

Unter den Patienten ohne Rehospitalisierungen ist die Zahl derjenigen überdurchschnittlich groß, die vor der Erstuntersuchung lediglich einmal stationär behandelt wurden (standardisiertes Residuum = 2,6; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 29,68; df = 9; p = 0,000).

Rehospitalisierungsrate und Gesamtdauer der stationären Behandlung.

Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen waren vor der Erstuntersuchung überdurchschnittlich häufig 13-24 Monate (standardisiertes Residuum = 2,0) in stationärer Behandlung gewesen (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 21,14; df = 9; p = 0,012).

Rehospitalisierungsrate und Anzahl der Zwangseinweisungen vor der Erstuntersuchung.

Unter den Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen ist die Zahl derjenigen überdurchschnittlich groß, die vor der Erstuntersuchung 2-5 im Rahmen von Zwangseinweisungen stationär behandelt worden waren (standardisiertes Residuum = 2,3; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 18,91; df = 9; p = 0,026).

Rehospitalisierungsrate und Betreuungsstatus zum Zeitpunkt der Katamnese.

Der statistisch signifikante Zusammenhang dieser beiden Variablen ist vor allem auf die überdurchschnittlich hohe Zahl an Patienten ohne Rehospitalisierung zurückzuführen, die seit mehr als 10 Jahren nicht mehr in psychiatrischer Behandlung sind (standardisiertes Residuum = 3,4; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 27,72; df = 9; p = 0,001).

Gruppenvergleich der Personen mit hoher und niedriger Rehospitalisierungsrate im Katamnesezeitraum hinsichtlich der Variablen zu T2.

Analysiert werden in diesem Abschnitt die soziodemografischen und klinischen Variablen der 39 Katamnesteilnehmer hinsichtlich ihrer Ausprägung zu T2. Dabei werden die Katamneseeteilnehmer zunächst in 2 Gruppen eingeteilt: die Gruppe derjenigen Personen mit 3 oder weniger Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum (N=25) und die Gruppe derjenigen Personen mit 4 oder mehr Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum (N=14).

In folgenden Variablen unterscheiden sich die beiden Gruppen zu T2 signifikant voneinander:

Tab. 27: Gruppenvergleich häufig und selten rehospitalisierte Katamneseeteilnehmer bezüglich der Daten zu T2 (N=39)

Parameter zu T2	Testverfahren	Messwert	df	Signifikanz p
GAF	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,70	--	0,006
Berufsausbildung	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,60	--	0,012
Wohnsituation	Kolmogorov-Smirnov-Test	1,90	--	0,001
Gesamtdauer der stationären Behandlung	Kolmogorov-Smirnov-Test	2,28	--	0,000

Rehospitalisierungsrate und GAF-Werte.

Auch zum Zeitpunkt der Katamnese (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 33,11; df = 12; p = 0,001) zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Rehospitalisierungsrate und der Höhe des psychopathologischen und sozialen Funktionsniveaus der Patienten. Insbesondere die Gruppe der Patienten ohne Rehospitalisierungen trägt mit GAF-Werten zwischen 80 und 90 zu diesem signifikanten Zusammenhang bei (standardisiertes Residuum = 3,3).

Rehospitalisierungsrate und Berufsausbildung

Auch zum Zeitpunkt der Katamnese haben die Patienten mit 4-10 Rehospitalisierungen überdurchschnittlich häufig keine Berufsausbildung (standardisiertes Residuum = 2,1; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 13,20; df = 6; p = 0,04).

Rehospitalisierungsrate und Wohnsituation.

Zum Zeitpunkt der Katamnese wohnen überdurchschnittlich viele derjenigen Patienten, die 4-10 Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum aufweisen, in therapeutischen Wohngemeinschaften (standardisiertes Residuum = 2,5; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 23,78; df = 12; p = 0,022).

Rehospitalisierungsrate und Gesamtdauer der stationären Behandlung.

Die Zahl der Rehospitalisierungen hing bei der Katamnese unmittelbar mit der Gesamtdauer der stationären Behandlung im Katamnesezeitraum zusammen (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 84,74; df = 12; p = 0,000).

Rehospitalisierungsrate und Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zum Zeitpunkt der Katamnese.

Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Rehospitalisierungsrate und den subjektiven Zufriedenheitsmaßen.

2.1.5. Behandlungscompliance, soziodemografische und klinischen Daten

Erfasst wurde bei den Teilnehmern zu beiden Untersuchungszeitpunkten ihre Compliance bezüglich des ganzheitlichen Therapieangebotes (vergl. Abschnitt B, 2.5.2.).

Im folgenden wird analysiert, inwieweit sich die Compliance von T1 zu T2 verändert hat und ob sich ein signifikanter Zusammenhang mit klinischen Variablen der Erst- und Zweituntersuchung zeigt.

Auf Basis der Trennung der Stichprobe zu T1 in eine territorial und eine stationär versorgte Patientengruppe wird zudem überprüft, ob die Compliance beider Gruppen unterschiedlich ist.

Weiterhin wird die Inanspruchnahme des therapeutischen Angebotes zum Zeitpunkt T2 und die Zufriedenheit mit der Therapie auf Zusammenhänge mit der Compliance zu T2 untersucht.

Darüber hinaus werden Zusammenhänge zwischen der Compliance zu T2 und der Zufriedenheit der Patienten mit verschiedenen Lebensbereichen untersucht.

Compliance zu T1 und T2; Veränderungen.

Zum Zeitpunkt T1 wurde bei allen 50 Untersuchungsteilnehmern, bei der Katamneseuntersuchung bei 26 Patienten die Compliance eingeschätzt. Diese Zahl entspricht der Anzahl von Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt (noch) in psychiatrischer Behandlung sind.

Zu T1 werden 64% der Untersuchten als hoch compliant (Stufen 4 und 5) eingeschätzt, 24% als teilweise compliant (Stufe 3) und 12% als gering (Stufen 1 und 2).

Zum Zeitpunkt der Katamnese sind 84% hoch compliant, 8% teilweise compliant und 8% der untersuchten Patienten gering compliant.

Der Mittelwert des Compliancewertes liegt zu T2 signifikant höher als zu T1 (t-Test für abhängige Stichproben; $t = -2,813$, $df = 25$, $p = 0,009$).

Zusammenhänge zwischen der Compliance zu T1 und klinischen Daten der Erst- und Zweituntersuchung.

Es zeigen sich folgende, signifikante Zusammenhänge:

- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 haben im Vorfeld der Erstuntersuchung überdurchschnittlich häufig 4-10 stationäre Aufenthalte (standardisiertes Residuum = 2,7; Pearson Chi-Quadrat: Wert = 12,99; $df = 6$; $p = 0,043$)

- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 werden im Vorfeld der Erstuntersuchung häufiger im Rahmen von Zwangseinweisungen stationär behandelt als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 23,56; df = 6; p = 0,001)
- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 weisen im Vorfeld der Erstuntersuchung eine höhere Gesamtdauer stationärer Behandlungen auf als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi²: Wert = 12,57; df = 6; p = 0,050)
- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 erzielen im Rahmen der Erstuntersuchung einen niedrigeren GAF-Wert als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi²: Wert = 35,22; df = 8; p = 0,000)

Von prognostischem Interesse sind folgende Ergebnisse:

- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 werden im Katamnesezeitraum häufiger im Rahmen von Zwangseinweisungen stationär behandelt als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 18,03; df = 4; p = 0,001)
- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 weisen im Katamnesezeitraum eine höhere Gesamtdauer stationärer Behandlungen auf als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi²: Wert = 16,52; df = 8; p = 0,036)
- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 erzielen im Rahmen der katamnestischen Untersuchung einen niedrigeren GAF-Wert als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi²: Wert = 17,33; df = 8; p = 0,027)

Zusammenhänge zwischen der Compliance zu T2 und klinischen Daten der Erst- und Zweituntersuchung.

Es zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Compliance zum Zeitpunkt der Katamnese und den klinischen Variablen.

Compliance und Versorgungsstatus zu T1.

Ein Chi²-Test zeigt, dass weder zu T1 noch zu T2 signifikante Unterschiede hinsichtlich der Compliance zwischen den zu T1 Stationär und den Territorial versorgten Patienten vorliegen.

Zusammenhänge zwischen der Compliance zu T2 und der Inanspruchnahme von Therapie und der durch die Patienten subjektiv erlebten Nützlichkeit

Bei den 26 Patienten, die zum Zeitpunkt der Katamnese (noch) in psychiatrischer Behandlung waren, zeigen sich folgende signifikante Zusammenhänge zwischen ihrer Compliance und der Intensität sowie der subjektiven Nützlichkeits-Einschätzung der wahrgenommenen therapeutischen Angebote:

- Patienten mit niedrigerer Compliance zu T2 schätzen die Nützlichkeit von Hausbesuchen geringer ein als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi²: Wert = 12,80; df = 4; p = 0,012)
- Patienten mit niedriger Compliance zu T2 haben häufiger mit Sozialarbeitern Kontakt als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance (Pearson Chi²: Wert = 15,71; df = 6; p = 0,015)

Zusammenhänge zwischen der Compliance zu T2 und der subjektiven Zufriedenheit

Bei den 26 Patienten, die zum Zeitpunkt der Katamnese hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens befragt werden konnten, zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Compliance und der Zufriedenheit mit dem Arbeitslosengeld bzw. der Pension: Patienten mit einer niedrigen Compliance sind überdurchschnittlich unzufrieden ($\text{Chi}^2 = 12,9$; $\text{df} = 6$; $p = 0,044$).

2.3. Die Entwicklung der sozialen Integration

Im Folgenden wird der Verlauf der sozialen Integration im Katamnesezeitraum bei den 39 befragten Personen dargestellt. Bezüglich der Ausgangslage der Gesamtstichprobe wird auf die Darstellung in Abschnitt C 1.1.1. verwiesen.

Familienstand

4 (von 14) der zu T1 ledigen Patienten sind zu T2 verheiratet, 2 (von 15) der zu T1 verheirateten Patienten sind zu T2 geschieden und 3 verwitwet.

Berufsausbildung

2 (von 16) der Patienten ohne Berufsausbildung zu T1 haben zu T2 eine Lehre absolviert.

Erwerbstätigkeit

Die Veränderungen in der Erwerbssituation von T1 zu T2 zeigt folgende Tabelle (in den grau hinterlegten Feldern sind von T1 zu T2 gleichgebliebene Verhältnisse zahlenmäßig erfasst):

Tab. 28: Erwerbstätigkeit der Patienten zu T1 und T2 (N=39)

		Erwerbstätigkeit zu T2						Σ zu T1
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	
Erwerbstätigkeit zu T1	1.arbeitslos	1		2			7	10
	2.Aushilftätigkeit		7	5			7	19
	3.beschützte Werkstatt			2				2
	4.in Berufsausbildung					1		1
	5.voll erwerbstätig			1		5		6
	6.berentet						1	1
Σ zu T2		1	7	10	0	6	15	39

Lebensunterhalt

Die Veränderungen im Lebensunterhalt von T1 zu T2 zeigt folgende Tabelle:

Tab. 29: Lebensunterhalt der Patienten zu T1 und T2 (N=39)

		Lebensunterhalt zu T2					Σ zu T1
		1.	2.	3.	4.	5.	
Lebensunterhalt zu T1	1.staatliche Unterstützung	3		2			5
	2.familiäre Unterstützung	7		1			8
	3.eigenes Einkommen und staatliche Unterstützung	5		8			13
	4.eigenes Einkommen und familiäre Unterstützung	1		5		1	7
	5.eigenes Einkommen			1		5	6
	Σ zu T2	16	0	17	0	6	39

Wohnsituation

Die Veränderungen in der Wohnsituation zeigt folgende Tabelle:

Tab. 30: Wohnsituation der Patienten zu T1 und T2 (N=39)

		Wohnsituation zu T2					Σ zu T1
		1.	2.	3.	4.	5.	
Wohnsituation zu T1	1.allein im eigenen Haushalt	4	2		2		8
	2.mit der eigenen Familie	2	9			2	13
	3.bei den eigenen Eltern	5	2	1	5	1	14
	4.in Wohngruppe		1		3		4
	5.im Altersheim						0
	Σ zu T2	11	14	1	10	3	39

2.4. Die Lebenszufriedenheit zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung (LQoLP)

Im LQoLP wird die Lebenszufriedenheit als Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen erhoben. Die Mittelwertsmaße in den einzelnen Zufriedenheitsbereichen sind in einem relativ engen Bereich zwischen 3,5 und 5,4 angeordnet. Zur besseren Anschaulichkeit der Ergebnisse werden die Einstufungen des LQoLP (von 1-7. 1=völlig unzufrieden bis 7=völlig zufrieden) in 3 Gruppen zusammengefasst (1 und 2 = unzufrieden, 3 bis 5 = mäßig zufrieden, 6 und 7 = zufrieden).

Die Verteilungen der gruppierten Daten sind folgender Tabelle zu entnehmen:

Tab. 31: Verteilung der Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens in der Katamnese-Stichprobe (N=39; im Bereich ‚Arbeit‘ N=23)

Wie zufrieden sind Sie mit ...	zufrieden (Angaben in %)	mäßig zufrieden (Angaben in %)	unzufrieden (Angaben in %)
Leben allgemein	33,3	64,1	2,6
berufliche Tätigkeit (N=23)	2,6	53,8	2,6
Freizeitaktivitäten	12,8	87,2	0
Religion	38,5	61,5	0
Finanzielle Lage	0	89,7	10,3
Wohnsituation	23,1	76,9	0
Sicherheit	15,4	84,6	0
familiäre Beziehungen	30,6	66,7	2,8
Bekannt- und Freundeskreis	5,1	94,9	0
Gesundheit insgesamt	7,7	89,7	2,6
psychische Verfassung	12,8	87,2	0

Die Mehrzahl der Patienten bewertet in allen Lebensbereichen ihre Zufriedenheit als mäßig.

Mit einem guten Drittel der Einschätzungen ist die Zufriedenheit mit dem Leben allgemein und vor allem der Religion am größten, gefolgt (mit einem knappen Drittel) von der Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen.

Die relativ größte Unzufriedenheit besteht bezüglich der finanziellen Lage.

Was die Zusammenhänge der subjektiven Zufriedenheit mit anderen klinischen und soziodemografischen Variablen betrifft, zeigt sich folgendes Bild:

- Der Vergleich der „Geheilten“ mit den Patienten zum Katamnesezeitpunkt zeigt eine signifikant höhere Zufriedenheit der Geheilten ($t = -2.19$; $df = 37$; $p = 0.034$).

- Bei den zum Katamnesezeitpunkt untersuchten Personen mit einem GAF-Wert von über 60 zeigt sich eine signifikant höhere Zufriedenheitsmaße als bei den Untersuchten mit niedrigeren GAF-Werten ($t=-2,45$; $df=37$; $p=0.019$).
- Diejenigen Personen, die im Katamnesezeitraum höchstens einmal rehospitalisiert wurden geben ebenfalls signifikant höhere Lebenszufriedenheit an, als diejenigen mit 2 oder mehr Rehospitalisierungen ($t=3,39$; $df=37$; $p=0.002$).
- Selbstständig (allein oder mit der eigenen Familie) Wohnende sind signifikant zufriedener als unselbstständig Wohnende (in therapeutischen Wohngemeinschaften oder im Altersheim) ($t=3,05$; $df=37$; $p=0.004$).

Weitere Zusammenhänge zwischen einzelnen Zufriedenheitsmaßen und klinischen oder soziodemografischen Variablen zeigten sich nicht.

3. Reaktionsformen der stationären und territorialen

Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (T1)

3.1. Auftretenshäufigkeiten der Reaktionsformen in der stationären und ambulanten Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung

Im Folgenden wird die absolute Auftretenshäufigkeit der Reaktionsformen in der Gesamtgruppe und in den beiden Untersuchungsgruppen ausgewertet. Dabei bleibt noch unberücksichtigt, mit welcher Intensität die jeweilige Reaktionsform aktualisiert wurde.

Tab. 32: Auftretenshäufigkeiten der Reaktionsformen zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Reaktionsform	Auftretenshäufigkeit in Prozent		
	Gesamtgruppe T1	Territoriale Teilgruppe	Stationäre Teilgruppe
Leistung	100	100	100
Anpassung an institutionelle Aspekte	100	100	100
Anpassung an die Bedürfnisse anderer	76	84	68
Aufgreifen von Chancen	82	96	68
Bitte um Hilfe	72	84	60
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	84	96	72
Zurückstellen eigener Bedürfnisse	78	92	64
Sich auf andere verlassen	82	96	68
Korrektur von Erwartungen	98	96	100
Widerstand	64	60	68
(Selbst-)Behauptung	94	88	100
Akzeptieren der Situation	84	96	72
Positive Deutung	54	72	36
Situation den Umständen überlassen	68	40	96
Hoffnung	92	100	84
Depressive Reaktion	90	84	96
Identifikation mit anderen	56	44	68
Evasive Reaktion	94	88	100
Betonte Realitätsorientierung	78	84	72
Aggression / Kritik	72	56	88
Erlebte soziale Isolierung	78	56	100
Selbstwertproblematik	88	76	100
Angst	72	44	100

Werden die aktualisierten Reaktionsformen in den beiden Untersuchungsgruppen nach ihrer Auftretenshäufigkeit geordnet dargestellt, ergibt sich folgende vergleichende Darstellung:

Tab. 33: Vergleich der Reaktionsformen territorialen und stationären Untersuchungsgruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Häufigkeit	Territoriale Gruppe	Stationäre Gruppe
100%	Leistung, Anpassung an die institutionellen Aspekte, Hoffnung	Leistung, Anpassung an die institutionellen Aspekte, Korrektur von Erwartungen, (Selbst-)Behauptung, Evasive Reaktion, Erlebte soziale Isolierung, Selbstwertproblematik, Angst
96%	Aufgreifen von Chancen, Stiftung und Pflege sozialer Kontakte, Sich auf andere verlassen, Korrektur von Erwartungen, Akzeptieren der Situation	Situation den Umständen überlassen, Depressive Reaktion
92%	Zurückstellen eigener Bedürfnisse	
88%	(Selbst-)Behauptung, Evasive Reaktion	Aggression / Kritik
84%	Anpassung an die Bedürfnisse anderer, Bitte um Hilfe, Depressive Reaktion, Betonte Realitätsorientierung	Hoffnung
76%	Selbstwertproblematik	
72%	Positive Deutung	Stiftung und Pflege sozialer Kontakte, Akzeptieren der Situation, Betonte Realitätsorientierung
68%		Anpassung an die Bedürfnisse anderer, Aufgreifen von Chancen, Sich auf andere verlassen, Widerstand, Identifikation mit Anderen
60%	Widerstand	Bitte um Hilfe
56%	Aggression / Kritik, Erlebte soziale Isolierung	
44%	Identifikation mit anderen, Angst	
40%	Situation den Umständen überlassen	
36%		Positive Deutung

3.2. Intensitätsverteilung und Dominante Reaktionsformen in der stationären und ambulanten Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung

In diesem Abschnitt fließen neben den absoluten Häufigkeiten auch die Ratingwerte hinsichtlich der Intensität der Aktualisierung einer Reaktionsform in die Auswertung ein.

Es werden die Rating-Werte je Reaktionsform addiert und aus den erhaltenen Summen das arithmetische Mittel gebildet.

Zusätzlich werden die absoluten und relativen Häufigkeiten von Höchst-Ratings pro Reaktionsform erfasst, die als Dominanz einer jeweiligen Reaktionsform bezeichnet wird (vergl. Schaub 1993). Die Intensitätsverteilung und Dominanz der Reaktionsformen in der territorialen und stationären Untersuchungsgruppe zeigt folgendes Bild:

Tab. 34: Intensitätsverteilung und Dominanz der Reaktionsformen in der territorialen und stationären Untersuchungsgruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Reaktionsformen	Territoriale Gruppe			Stationäre Gruppe		
	Durchschnitt	Stand.abw.	Dominanz Zahl/Prozent	Durchschnitt	Stand.abw.	Dominanz Zahl/ Prozent
Leistung	3,0	0,912	9 / 36	2,04	0,934	0 / 0
Anpassung1	2,56	0,65	0 / 0	1,96	0,789	0 / 0
Anpassung2	1,28	0,737	0 / 0	0,96	0,888	0 / 0
Aufgreifen von Chancen	2,04	0,888	0 / 0	1,36	1,319	2 / 8
Bitte um Hilfe	1,72	1,02	0 / 0	1,00	1,118	1 / 4
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	2,48	0,918	1 / 4	1,44	1,193	1 / 4
Zurückstellen eigener Bedürfnisse	1,24	0,663	0 / 0	0,72	0,613	0 / 0
Sich auf andere verlassen	1,36	0,637	0 / 0	1,00	1,00	1 / 4
Korrektur von Erwartungen	2,12	0,832	0 / 0	1,72	0,458	0 / 0
Widerstand	1,8	0,866	2 / 8	2,16	0,943	1 / 4
(Selbst-)Behauptung	2,56	0,712	0 / 0	1,6	1,00	0 / 0
Akzeptieren der Situation	1,84	0,85	0 / 0	1,16	1,027	0 / 0
Positive Deutung	1,12	0,881	0 / 0	0,52	0,871	0 / 0
Situation den Umständen überlassen	0,64	0,952	0 / 0	2,40	1,040	4 / 16
Hoffnung	2,08	0,909	1 / 4	1,44	1,260	3 / 12
Depressive Reaktion	1,32	0,988	1 / 4	2,56	1,044	5 / 20
Identifikation mit anderen	0,72	0,936	0 / 0	1,00	0,912	2 / 8
Evasive Reaktion	1,28	0,936	1 / 4	2,76	0,778	4 / 16
Betonte Realitätsorientierung	1,48	1,045	0 / 0	0,84	0,687	0 / 0
Aggression / Kritik	0,92	1,037	1 / 4	2,04	1,059	1 / 4

Reaktionsformen	Territoriale Gruppe			Stationäre Gruppe		
Erlebte soziale Isolierung	0,96	1,135	1 / 4	2,48	1,122	5 / 20
Selbstwertproblematik	2,04	0,789	1 / 4	3,08	0,759	8 / 32
Angst	2,48	0,585	1 / 4	3,36	0,489	9 / 36

Betrachtet man die die Höchstratings der Reaktionsformen isoliert und bringt sie in eine Rangordnung der „dominanten“ Reaktionsformen ergibt sich für die beiden Untersuchungsgruppen folgendes Bild:

Tab. 35: Rangordnung der dominanten Reaktionsformen in der territorialen Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Reaktionsform	Rang	Anzahl der Höchstratings
Leistung	1	9
Widerstand	2	2
Aggression / Kritik	3	1
Angst	-	1
Depressive Reaktion	-	1
Erlebte soziale Isolierung	-	1
Evasive Reaktion	-	1
Hoffnung	-	1
Selbstwertproblematik	-	1
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	-	1
(Selbst-)Behauptung	11	0
Akzeptieren der Situation	-	0
Anpassung1	-	0
Anpassung2	-	0
Aufgreifen von Chancen	-	0
Betonte Realitätsorientierung	-	0
Bitte um Hilfe	-	0
Identifikation mit anderen	-	0
Korrektur von Erwartungen	-	0
Positive Deutung	-	0
Sich auf andere verlassen	-	0
Situation den Umständen überlassen	-	0
Zurückstellen eigener Bedürfnisse	-	0

Tab. 36: Rangordnung der dominanten Reaktionsformen in der stationären Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Reaktionsform	Rang	Anzahl der Höchstratings
Angst	1	9
Selbstwertproblematik	2	8
Depressive Reaktion	3	5
Erlebte soziale Isolierung	-	5
Situation den Umständen überlassen	5	4
Evasive Reaktion	-	4
Hoffnung	7	3
Aufgreifen von Chancen	8	2
Identifikation mit anderen	9	2
Bitte um Hilfe	-	1
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	-	1
Sich auf andere verlassen	-	1
Widerstand	-	1
Aggression / Kritik	-	1
Leistung	15	0
Anpassung1	-	0
Anpassung2	-	0
Zurückstellen eigener Bedürfnisse	-	0
Korrektur von Erwartungen	-	0
(Selbst-)Behauptung	-	0
Akzeptieren der Situation	-	0
Positive Deutung	-	0
Betonte Realitätsorientierung	-	0

Betrachtet man die die Aktualisierungs-Intensität der Reaktionsformen und bringt sie in eine Rangordnung ergibt sich für die beiden Untersuchungsgruppen folgendes Bild:

Tab. 37: Rangordnung der durchschnittlichen Intensitäten der Reaktionsformen in der territorialen Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Reaktionsform	Rang	Durchschnittliche Intensität
Leistung	1	3,00
Anpassung1	2	2,56
Anpassung2	-	2,56
Aufgreifen von Chancen	4	2,48
Bitte um Hilfe	-	2,48
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	6	2,12
Zurückstellen eigener Bedürfnisse	7	2,08
Sich auf andere verlassen	8	2,04
Korrektur von Erwartungen	-	2,04
Widerstand	10	1,84
(Selbst-)Behauptung	11	1,8
Akzeptieren der Situation	12	1,72
Positive Deutung	13	1,48
Situation den Umständen überlassen	14	1,36
Hoffnung	15	1,32
Depressive Reaktion	16	1,28
Identifikation mit anderen	-	1,28
Evasive Reaktion	18	1,24
Betonte Realitätsorientierung	19	1,12
Aggression / Kritik	20	0,96
Erlebte soziale Isolierung	21	0,92
Selbstwertproblematik	22	0,72
Angst	23	0,64

Tab. 38: Rangordnung der durchschnittlichen Intensitäten der Reaktionsformen in der stationären Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Reaktionsform	Rang	Durchschnittliche Intensität
Angst	1	3,36
Selbstwertproblematik	2	3,08
Evasive Reaktion	3	2,76
Depressive Reaktion	4	2,56
Erlebte soziale Isolierung	5	2,48
Situation den Umständen überlassen	6	2,4
Widerstand	7	2,16
Leistung	8	2,04
Aggression / Kritik	-	2,04
Anpassung1	10	1,96
Korrektur von Erwartungen	11	1,72
(Selbst-)Behauptung	12	1,6
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	13	1,44
Hoffnung	-	1,44
Aufgreifen von Chancen	15	1,36
Akzeptieren der Situation	16	1,16
Sich auf andere verlassen	17	1
Identifikation mit anderen	-	1
Bitte um Hilfe	-	1
Anpassung2	20	0,96
Betonte Realitätsorientierung	21	0,84
Zurückstellen eigener Bedürfnisse	22	0,72
Positive Deutung	23	0,52

3.3. Zusammenhänge zwischen den zum Erstuntersuchungszeitpunkt aktualisierten Reaktionsformen und der Lebensqualität zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung

Statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Aktualisierung bestimmter Reaktionsformen und der Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen fanden sich in folgenden Fällen:

- „Widerstand“ und Arbeitszufriedenheit: Patienten, die die Reaktionsform „Widerstand“ in hoher Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer Arbeit unzufrieden.
- „Hoffnung“ und Arbeitszufriedenheit: Patienten, die die Reaktionsform „Hoffnung“ in niedriger Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer Arbeit zufrieden.
- „Zurückstellen eigener Bedürfnisse“ und Zufriedenheit mit der finanziellen Situation: Patienten, die die Reaktionsform „Zurückstellen eigener Bedürfnisse“ in hoher Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer finanziellen Situation zufrieden.
- „Die Situation den Umständen überlassen“ und Zufriedenheit mit der finanziellen Situation: Patienten, die die Reaktionsform „Die Situation den Umständen überlassen“ in relativ hoher Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden.
- „Depressive Reaktion“ und Zufriedenheit mit der finanziellen Situation: Patienten, die die Reaktionsform „Depressive Reaktion“ mit mittlerer Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden.
- „Evasive Reaktion“ und Zufriedenheit mit der finanziellen Situation: Patienten, die die Reaktionsform „Evasive Reaktion“ in relativ hoher Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden.
- „Selbstwertproblematik“ und Zufriedenheit mit der finanziellen Situation: Patienten, die die Reaktionsform „Selbstwertproblematik“ in hoher Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden.
- „Korrektur von Erwartungen“ und Zufriedenheit mit der Wohnsituation: Überdurchschnittlich viele Patienten, die die Reaktionsform „Korrektur von Erwartungen“ in mittlerer Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer Wohnsituation zufrieden.
- „Positive Deutung“ und Zufriedenheit mit Beziehungen zu anderen Menschen: Überdurchschnittlich viele Patienten, die die Reaktionsform „Positive Deutung“ in hoher Intensität aktualisierten waren mit ihren Beziehungen zu anderen Menschen sehr zufrieden.
- „Widerstand und Zufriedenheit mit der eigenen Psychischen Situation: Patienten, die die Reaktionsform „Widerstand“ in niedriger Intensität aktualisierten waren eher mit ihrer Psychischen Situation zufrieden.
- „Hoffnung“ und Zufriedenheit mit der eigenen Psychischen Situation: Überdurchschnittlich viele Patienten, die die Reaktionsform „Hoffnung“ in sehr geringer Intensität aktualisierten waren mit ihrer Psychischen Situation sehr unzufrieden.

- „Identifikation mit anderen“ und Zufriedenheit mit der eigenen Psychischen Situation: Überdurchschnittlich viele Patienten, die die Reaktionsform „Identifikation mit anderen“ in mittlerer Intensität aktualisierten waren mit ihrer Psychischen Situation sehr zufrieden.

E. Diskussion

1. Spezifische Charakteristik der Studie und Methodik

Die vorliegende Studie ist retrospektiv, nicht interventionell angelegt und erfasst den naturalistischen Verlauf der schizophrenen Erkrankung bei 50 Patienten. 39 Patienten nahmen an der Katamneseuntersuchung nach 20 Jahren teil. In einem Exkurs werden die Reaktionsformen dieser Patienten bezüglich der Bewältigung ihrer Krankheits- und Lebenssituation zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung erfasst.

1985/86 wurde die Frage untersucht „Wie bewältigen an Schizophrenie erkrankte Menschen die Krankheit und ihre Alltagssituation, gibt es diesbezügliche Unterschiede zwischen stationär und territorial betreuten Patienten?“.

2006/07 wurde die Studie um zwei retrospektive Fragenkomplexe erweitert: „Wie haben sich die Versorgungsstrukturen der italienischen Psychiatrie in den letzten 20 Jahren weiterentwickelt und wie stellt sich der Krankheitsverlauf, die soziale Integration und die Lebenszufriedenheit der befragten Patienten im Längsschnitt dar?“.

Zu keinem der beiden Untersuchungszeitpunkte wurde dabei in den Verlauf der Behandlung oder Betreuung eingegriffen (nicht interventionelle Beobachtungsstudie).

Wie in Abschnitt B2.2. näher dargestellt, wurde die Untersuchungsgruppe nach bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien zusammengestellt, lediglich zwei der angesprochenen Patienten lehnten eine Teilnahme an der Studie ab.

Die Erhebung versorgungsrelevanter Daten zu beiden Untersuchungszeitpunkten ermöglicht die detaillierte Beschreibung der Entwicklungen im psychiatrischen Versorgungssystem im Katamnesezeitraum. Der Einsatz standardisierter Fragebogen im Rahmen der Zweituntersuchung ermöglicht zudem die Analyse der Akzeptanz von Versorgungsleistungen durch die Untersuchten (Fragestellung 1). Ausgewählte Ergebnisse werden in Kapitel E3.1. diskutiert.

Die Erhebung klinisch relevanter Daten zu beiden Untersuchungszeitpunkten ermöglicht die detaillierte Beschreibung des Krankheitsverlaufes im Katamnesezeitraum. Die ergänzend zu beiden Untersuchungszeitpunkten erhobenen sozioökonomischen Daten zeigen den Verlauf der sozialen Integration auf; besondere Berücksichtigung findet zum Katamnesezeitpunkt die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit der Untersuchten (Fragestellung 2). Ausgewählte Ergebnisse werden in Kapitel E3.2. diskutiert.

Zum ersten Untersuchungszeitpunkt wurde auf dem Hintergrund der inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews die individuelle Bewältigung der Krankheit sowie der Lebenssituation erfasst und auf mögliche Unterschiede zwischen stationär und territorial versorgten Patienten hin analysiert (Fragestellung 3; vgl. Diskussion in Kapitel E3.3.).

Die Studie konnte einige der Anregungen in ihrem Design berücksichtigen, die in der Literatur im Umfeld der Fragestellungen ausgesprochen werden. Diese Untersuchungen kommen insbesondere aus dem Bereich der Verlaufs- und Versorgungsstudien bei schizophrenen Patienten:

- die Anregung, verstärkt im außerstationären und ambulanten Behandlungskontext (Ahrens 1997, Linden 1997) unter Berücksichtigung von Übergängen im Versorgungssystem (Bailer 2000) zu forschen
- die Anregung, sogenannte „weiche“ Daten wie die Einschätzung der Patienten bezüglich der Nützlichkeit einzelner Therapiemaßnahmen als Ergänzung zu standardisierten und etablierten Messinstrumenten zu erfassen (Ciompi et al. 1979, Gaebel 1992, Awad et al. 1996, Kampmann/Lethinen 1999)
- die Anregung, die subjektive Behandlungszufriedenheit der Patienten mit den therapeutischen und ergänzenden Maßnahmen als relevante Zielgröße zu erheben, auch im Hinblick auf ihre Aussagekraft bezüglich der Compliance (Pribe/Bröker 1999, Greenwood et al. 1999, Henderson et al. 1999).

Der Längsschnittcharakter der Studie ist mit 20 Jahren sehr ausgeprägt. Dies bietet auf der einen Seite gute Voraussetzungen für eine vieljährige Analyse des naturalistischen Krankheitsverlaufs. Auf der anderen Seite besteht das Risiko von Datenverlusten durch mangelhafte Dokumentation krankheitsrelevanter Daten wie z.B. Rehospitalisierungsraten (vergl. Längle 2001). Die hervorragende Unterstützung der italienischen Kollegen sowie die nahezu lückenlose Dokumentation der Krankengeschichten in den Krankenblättern ermöglichten jedoch die Erhebung der relevanten Variablen ex post in fast allen Fällen.

Zum Erstuntersuchungszeitpunkt war die Belastung der Patienten durch ein durchschnittlich 2stündiges Interview etwas größer als durch die 1,5stündige strukturierte Befragung mit Hilfe standardisierter Fragebogen bei der Katamneseuntersuchung. Einige Patienten äußerten zwar ein Belastungsempfinden während der Befragungen, kein Patient brach aber die Untersuchung im Verlauf ab. Gerade bei der katamnesticen Untersuchung äußerten etliche Patienten ihr großes Interesse an der vieljährigen, retrospektiven Analyse ihrer Lebens- und Krankheitsgeschichte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein Studiendesign erstellt wurde, das der besonderen Herausforderung einer ex-post definierten Längsschnittstudie gerecht wurde und sich insgesamt bewährt hat. Die Datenerhebung mit (vor allem bei der katamnesticen Untersuchung) standardisierten Instrumenten, die Datenverwaltung sowie ihre statistische Auswertung konnten im geplanten Umfang durchgeführt werden.

2. Patientenstichproben

Die vorliegende Studie definiert als Untersuchungsgruppe 50 Patienten des Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienstes von Martina Franca/Italien, von denen 25 zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung in stationärer und 25 in territorialer Behandlung waren.

Zentrale Auswahlkriterien für die Zusammenstellung der Stichproben waren:

- Diagnose einer schizophrenen Erkrankung gemäß der deutschen Version des ICD 9-Schlüssels der WHO;
- Die freiwillige Einwilligung der angesprochenen Patienten sowie ihre hinreichende Belastbarkeit auf dem Hintergrund eines umfassenden Vorbereitungsgespräches mit den Patienten sowie den verantwortlichen Psychiatern
- Das Vorliegen eines postakuten Zustandes
- Die Patienten der stationär therapierten Teilgruppe waren in den 2 Jahren vor dem Untersuchungszeitpunkt für mindestens 9 Monate, die der territorial versorgten Teilgruppe für höchstens 6 Monate in stationärer Behandlung (vergleiche B 2.2.).

Auf dem Hintergrund der aufwendigen Datenerhebung im Rahmen der (im Rahmen der Auswertung transkribierten) Explorationen wurde die Zahl der Studienteilnehmer auf 50 begrenzt. Weitere, klinische und therapeutische Ein- und Ausschlusskriterien wie in anderen Studien wurden nicht definiert (z.B. die Auswahl von Ersterkrankten, Sim et al. 2007 und Bailer 2000; die Auswahl von Patienten mit definiertem Versorgungsbedarf oder einem bestimmten Schweregrad der Symptomatik, Kallert 1998).

Damit kann die Untersuchungsgruppe der vorliegenden Studie als eine durch Diagnose und Explorierbarkeit ausgelesene Kohorte stationär und territorial behandelter Patienten bezeichnet werden.

2.1. Repräsentativität der Gesamtstichprobe

Ein adäquater Vergleich der Stichprobe vorliegender Studie mit in der Literatur beschriebenen Untersuchungspopulationen ist nur bedingt möglich.

Zum einen schränkt die in den einzelnen Untersuchungen jeweils unterschiedliche Auswahl und Operationalisierung der soziodemografischen und klinisch-psychopathologischen Variablen die Vergleichbarkeit ein (Längle 2001). Zum anderen fehlen Untersuchungen, die in einem mit dieser Studie vergleichbaren ländlichen Gebiet Südtaliens durchgeführt wurden.

Vergleicht man die Stichprobe dieser Untersuchung mit der Patientenpopulation (n=324) einer römischen Untersuchung aus den 1980er Jahren (Calvaruso et al. 1982), zeigt sich eine hohe Übereinstimmung in den Variablen Geschlecht, Durchschnittsalter, Familienstand und Schulbildung. Deutliche Unterschiede zeigen sich im Bereich des Lebensunterhaltes: leben in der römischen Untersuchungsgruppe 33,3% von Einkünften aus eigener Arbeit und nur 16,7% werden von ihren Familien unterstützt, so ist das Verhältnis von eigenen

Einkünften (14%) und familiärer (Teil-)Unterstützung (32%) in vorliegender Studie fast umgekehrt. Die strukturellen Probleme des süditalienischen Studiengebietes mit hoher Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Rom treten an dieser Stelle deutlich hervor.

Vergleicht man soziodemografische und klinische Variablen dieser Studie mit Untersuchungen aus anderen Ländern ergibt sich folgendes Bild:

Alter und Geschlecht: Das Verhältnis von 54% männlichen und 46% weiblichen Untersuchten liegt in der Bandbreite der von Janssen et al. 2000 erhobenen Patientendaten.

Das Durchschnittsalter der Studienpopulation liegt mit 34,5 Jahren (SW 7,46) etwas unterhalb vergleichbarer Untersuchungen (Längle 2001: 36Jahre; Janssen et al. 2000: 40-42Jahre). Dies könnte im etwas größeren Interesse der jüngeren Patienten an der Exploration im Vergleich zu den Älteren begründet sein.

Die Erwerbstätigkeitsquote der Studienpopulation fällt mit 12% erwartungsgemäß niedriger als in deutschsprachigen Untersuchungen aus (Längle 2001: 31%; Janssen et al. 2000: 15-21%; Schmid et al. 2006: 18,8%). Die strukturelle Schwäche des Arbeitsmarktes in Süditalien wird damit auch in der Studienpopulation abgebildet. Diese Situation stellt eine große Limitierungen für Re-Integrationsbemühungen dar.

Nicht nur auf ökonomische sondern auch auf kulturelle Unterschiede sind die Differenzen bezüglich der Wohnsituation zurückzuführen. In den deutschsprachigen Untersuchungen lebt der überwiegende Teil der untersuchten Patienten selbstständig (Längle 2001: 69%; W. Kaiser S. Priebe 1996: 61%-75%; Janssen et al. 2000: 65%-91%). In vorliegender Studie lebten nur 20% der Patienten allein im eigenen Haushalt, lediglich weitere 26% lebten mit der eigenen Familie in einer eigenen Wohnung. 38% hingegen lebten noch bei den eigenen Eltern (Längle 2001: 21%). Dieser Unterschied ist zum einen auf die wirtschaftliche Lage zurückzuführen, die es den Patienten schwierig macht, eine eigene Wohnung zu finanzieren. Zum anderen drückt sich hierin das im Vergleich zu Deutschland (noch) unterschiedliche Familienkonzept Süditaliens aus.

Auch in Bezug auf die Schulbildung der Untersuchten zeigt sich eine signifikante Abweichung von deutschen Untersuchungen: hatten in der Untersuchung von Längle (2000) in einer Universitätsstadt nur 4% keinen Schulabschluss, waren es in vorliegender Studie 20%, was hauptsächlich auf die Tatsache zurückzuführen sein dürfte, dass viele der Untersuchten bereits in jungen Jahren als Aushilfskräfte und Hilfsarbeiter in der Landwirtschaft und im Baugewerbe eingesetzt wurden und deshalb die Schule nicht beendeten. Darauf verweist auch der hohe Anteil der Patienten, die noch zum Erstuntersuchungszeitpunkt unregelmäßige Aushilfstätigkeiten ausführten (42%).

Bezogen auf die Klinischen Variablen liegt der erhobene GAF-Wert mit 54,4 (Wertebereich 28 bis 68,SD 10,21) im Rahmen vergleichbarer Untersuchungen (Längle 2001: 63; Schmid et al. 2006: 64,2).

Entsprechend des niedrigeren Durchschnittsalters der Studienpopulation lag der Schwerpunkt der Erkrankungsdauer mit 68% im Bereich von 1 bis 5Jahren (Längle 2001: 43%) und damit im Vergleich ebenfalls niedriger. Die Zahl der stationären Aufenthalte vor Beginn der Studie entspricht weitestgehend der Untersuchung von Längle (2001): 50% der Untersuchten blickten auf 1-3

Klinikaufenthalte zurück (37%), 36% auf 4-10 Aufenthalte (34%) und 12% waren häufiger als zehnmal behandelt worden (12%). Der Anteil von Patienten mit mehr als 10 Hospitalisierungen lag mit 12% ebenfalls im Korridor der Erhebungen in 4 Kliniken von Janssen et al. (2000), der von 5%-30% Patienten mit mehr als 10 Voraufenthalten berichtet.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Stichprobe vorliegender Studie vor allem in den soziodemografischen Variablen Abweichungen zu Untersuchungen von Längle (2001), Janssen et al. (2000) sowie Schmid et al. (2006), zeigt. Größere Übereinstimmungen in diesem Bereich zeigen sich im Vergleich zu einer italienischen Untersuchung (Calvaruso et al. 1982).

In Bezug auf die klinisch-psychopathologischen Variablen zeigen sich hingegen größere Übereinstimmungen mit allen verglichenen Untersuchungen.

Abschließend kann dementsprechend festgestellt werden, dass die Ergebnisse vorliegender Studie sicherlich nicht ohne Weiteres auf in Deutschland betreute schizophrene Patienten übertragen werden können.

2.2. Selektionseffekte im Katamnesezeitraum

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal von Verlaufsstudien ist die adäquate und differenzierte Analyse der Schwundgruppe. Nur auf diesem Hintergrund sind die erhaltenen Daten aussagefähig und über den Studienverlauf interpretierbar (Längle 2001).

Zum Katamnesezeitpunkt nach 20 Jahren konnten noch 78% der Untersuchten erreicht werden. Dieser Wert liegt höher als in den Untersuchungen von Bailer (2000) und Längle (2001), jedoch niedriger als in der Längsschnittstudie von Bottlender und Mitarbeiter (2003), die bei ihrer einzigen Follow-up-Untersuchung 15 Jahre nach Entlassung 83% der ursprünglichen Gruppe erreichen.

Der geringe Schwund liegt vermutlich an der in Süditalien deutlich schwächer ausgeprägten Mobilität der Bürger; konkret zeigt sich dies daran, dass es dem Untersucher nur in 4 Fällen nicht möglich war, den Aufenthaltsort eines Untersuchungsteilnehmers zu erfahren. Ein weiterer, wichtiger Grund liegt ist die tatkräftige Vorbereitung und Unterstützung durch die italienischen Kollegen vor Ort, die für eine gute organisatorische und atmosphärische Vorbereitung der Gespräche Sorge getragen haben. Dies drückt sich auch darin aus, dass keiner der erreichbaren Teilnehmer der Erstuntersuchung die katamnestiche Untersuchung verweigerte.

Die Schwundgruppe mit insgesamt 11 Personen setzt sich aus 3 Untergruppen zusammen:

3 Personen (6%) begingen im Katamnesezeitraum einen Suizid. In der Literatur werden Suizidraten von 10 -13% bei schizophren Erkrankten berichtet (Heilä et al. 1997, Harkavy-Friedman et al. 1999). In einer Untersuchung von Fenton et al. (1997) liegt die Zahl der an Suizid Verstorbenen bei 6%. In einer Meta-Analyse von Inskip et al. (1998) wird das Lebenszeitrisiko für einen Suizid für die Schizophrenie auf 4% geschätzt. Da es sich bei 3 Patienten um eine sehr kleine Zahl von Personen handelt, können zu den einzelnen Parametern lediglich

deskriptive Aussagen gemacht werden. Die in dieser Studie kasuistisch hervortretenden Tendenzen sind allerdings in der aktuellen Forschung wiederzufinden. So bestand die Gruppe der drei Suizidpatienten ausschließlich aus Männern (vgl. Harkavy-Friedman et al. 1999, Heilä et al. 1997). Die Diagnose 'paranoide Schizophrenie' in zwei Fällen überwog die Diagnose 'schizoaffektive Störung' (vgl. Fenton et al. 1997). Zwei der betroffenen Personen waren ledig bzw. verwitwet, nur eine lebte in einer Partnerschaft (Wolfersdorf et al. 2003).

Der statistische Vergleich mit der Gesamtteilnehmergruppe der Erstuntersuchung deutet bereits zum Erstuntersuchungszeitpunkt auf einen schwierigeren Krankheitsverlauf in dieser Teilgruppe hin: So hatten die durch Suizid verstorbenen Patienten zum Erstuntersuchungszeitpunkt einen signifikant niedrigeren GAF-Wert als die Teilnehmer (t -Wert = 8,67; df = 2,99; p = 0,003) und ihre Compliance lag zu diesem Zeitpunkt signifikant unter dem der Katamnesegruppe (Pearson Chi-Quadrat: Wert = 23,91; df = 4; p = 0,001).

4 Personen (8%) starben im Katamnesezeitraum an somatischen Krankheiten. Erwartungsgemäß findet sich in dieser Teilgruppe ein zum Erstuntersuchungszeitpunkt signifikant im Vergleich zur Katamnesegruppe höheres Lebensalter. Damit liegt der Anteil der Verstorbenen in vorliegender Studie im Korridor der Untersuchung von Harrison et al. (2001), die nach 15 bis 25 Jahren von zwischen 3% und 37% verstorbener Patienten berichtet. Rupprecht und Hampel (2006) weisen in diesem Zusammenhang auf das Risiko einer verschleppten somatischen Diagnostik bei schizophrenen Patienten mit der Folge einer möglicherweise erhöhten Sterblichkeitsrate hin.

Die dritte Untergruppe bilden 4 Personen, die zum Katamnesezeitpunkt nicht auffindbar waren. Sie unterscheiden sich in keiner Variablen signifikant von der Gesamtteilnehmergruppe.

Vergleicht man die Gruppe der Teilnehmer an der Katamneuntersuchung (im weiteren: K) mit denen der Erstuntersuchung (im weiteren: E), zeigen sich statistisch relevante Unterschiede in folgenden Variablen:

- Das Alter der Katamneseteilnehmer war zum Erstuntersuchungszeitpunkt hochsignifikant niedriger gegenüber der Gesamtgruppe. Dies erscheint als natürlich und ist logisch nachvollziehbar, sind doch gerade die älteren Teilnehmer der Erstuntersuchung zum Zeitpunkt der Katamnese verstorben.
- Der signifikante Unterschied in der Variablen ‚Zeitpunkt der Ersterkrankung‘ ist damit unmittelbar verbunden: sind die Teilnehmer an der Katamnese (K) zum Erstuntersuchungszeitpunkt (E) jünger gewesen erscheint es plausibel, dass der Zeitpunkt ihrer Ersterkrankung zeitlich nicht so weit zurücklag wie bei der Gesamtgruppe.
- Dass in der Katamnesegruppe weniger Verwitwete sind als in der Gesamtgruppe, erscheint insofern plausibel, als dass einige der zu E verwitweten Patienten zu K verstorben sind. Die weiteren, statistisch signifikanten Unterschiede im Familienstand erscheinen weniger linear, sind zudem lediglich auf einem 5% Niveau signifikant.

- Dass in der Katamnesegruppe weniger Teilnehmer ohne Schulabschluss sind als in der Gesamtgruppe, erscheint insofern plausibel, als dass gerade die älteren Teilnehmer an E, die zum Zeitpunkt K verstorben waren, in Zeiten aufgewachsen waren, in denen weniger stark auf schulische Bildung geachtet wurde und die damit einen größeren Anteil an der Gruppe der Teilnehmer ohne Schulabschluss stellten. Dies wird auch durch die statistische Analyse gestützt, dass Lebensalter und Schulbildung zu E negativ, signifikant korrelieren (Pearson Correlation: -0,338 ; $p = 0,044$).
- Das gleiche Phänomen zeigt sich bezüglich der Berufsausbildung, auch wenn die Korrelation mit dem Lebensalter zum Zeitpunkt E deutlich schwächer und nicht signifikant ist (Pearson Correlation: -0,181 ; $p = 0,207$).
- Für die vorhandenen Unterschiede in den Variablen 'Lebensunterhalt' und 'Wohnsituation' lassen sich keine plausiblen Herleitungen finden, ein durchgängiger Trend beispielsweise in Richtung einer vergleichsweise größeren finanziellen und wohnungsbezogenen Selbstständigkeit der Katamnese-Stichprobe im Vergleich zur Erstuntersuchungsstichprobe zeichnet sich nicht ab.

Zusammenfassend darf davon ausgegangen werden, dass sich zwischen den beiden Stichproben E und K zwar signifikante Unterschiede in mehreren Variablen zeigen, die meisten dieser Unterschiede aber durch den naturalistischen Verlauf der Patientenbiografien zu erklären sind. Dass kein Untersucher seine Mitwirkung an der katamnestic Untersuchung verweigerte, wird als Hinweis auf die hohe Akzeptanz des Studiendesigns durch die Befragten interpretiert.

3. Ergebnisse

3.1. Entwicklung der lokalen Psychiatrischen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse im Katamnesezeitraum

Es erscheint hilfreich, zwei Aspekte der Entwicklung der Psychiatrischen Versorgung und damit verbundener Konsequenzen für die vorliegende Studie der Ergebnisdiskussion voranzustellen:

- Im Katamnesezeitraum von gut 20 Jahren hat sich die psychiatrische Versorgung im Untersuchungsgebiet von einer getrennt ambulant – stationären hin zu einer komplex vernetzten, territorialen Struktur gewandelt (vergl. A 1.1.1., 1.2.). Die vielen, während dieser Jahre erreichten Zwischenstände (vergl.: Viani G. et al. 2002, Mapelli V. 1999) werden in vorliegender Studie nicht wiedergegeben. Der Schwerpunkt liegt auf der Beschreibung des aktuellen Zustandes.
- Wird in vorliegender Studie der Verlauf untersucht, muss einschränkend festgestellt werden, dass das erhobene Datenmaterial (bedingt durch die Veränderungen in den statistischen Erhebungs- und Dokumentationsprozessen der lokalen Verwaltung) keine Einheitlichkeit zu beiden Untersuchungszeitpunkten aufweist.

3.1.1. Die Entwicklung der Strukturen des Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienstes (im weiteren: TPV) in Martina Franca von 1985 bis 2006

Die Entwicklung des TPV von Martina Franca kann über eine rein deskriptive Darstellung hinaus (vergl. D 1.1.) unter drei Fragestellungen analysiert und diskutiert werden:

- In welchem Umfang sind die gesetzlichen, nationalen Vorgaben für die Psychiatrische Versorgung erfüllt worden? und
- Wie stellt sich die aktuelle Situation des TPV im nationalen Vergleich dar?
- Wie stellt sich die Psychiatrische Versorgung in Italien im europäischen Vergleich dar?

Wie in Kapitel A 1. detailliert ausgeführt, untergliedert sich der Katamnesezeitraum hinsichtlich der Umsetzung der Psychiatriereform in Italien grob in zwei Zeiträume:

Phase 1: Vom Zeitpunkt der Erstuntersuchung 1985 bis zum Start des Projektes „Nationale Ziele für die psychiatrische Versorgung (PON)“ 1994 (Decreto Presidente della Repubblica, 1994) wurden die Vorgaben des Reformgesetzes Nr 180 von 1978 kaum umgesetzt, die Psychiatrische Versorgung variierte extrem stark von Region zu Region (vergl.: Perris&Kemali,1985; Becker 1985; Tansella&Williams, 1987; Bollini et al., 1988; Maj et al., 1989; Crepet, 1990; De Salvia & Barbato, 1993; Fioritti et al., 1997). In der Tat waren 1985 viele der Anforderungen an einen TPV auch in Martina Franca noch nicht umgesetzt worden: Tagesklinik, integrierte Tagesstätte und betreutes Wohnen wurden als Strukturen erst im Katamnesezeitraum geschaffen.

Phase 2: Auf Basis der Ergebnisse des Projektes PON und den in der Folge erlassenen Verfügungen zur Umsetzung wurden in der zweiten Phase ab 1995/96 landesweit, wenn auch in regional unterschiedlicher Geschwindigkeit und Ausprägung, Strukturen und Einrichtungen einer territorialen Psychiatrischen Versorgung geschaffen. 2006, zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung, war dementsprechend die Psychiatrische Versorgung auch in Martina Franca im Vergleich zur Erstuntersuchung deutlich weiter ausgebaut. Die ebenfalls nach 1996 deutlich verbesserte und verfeinerte statistische Dokumentation der psychiatrischen Versorgung ermöglicht zudem zum Katamnesezeitpunkt den Abgleich der lokalen Versorgung mit den nationalen Standards (Lasalvia A. et al., 2007) sowie ihren Vergleich mit anderen Regionen Italiens (de Girolamo G., Cozza M., 2000; Bollini et al., 1988).

Zunächst soll dargestellt werden, inwieweit die lokalen Versorgungsstrukturen den nationalen Standards entsprechen. Bezogen auf die Provinz Tarent, in der der TPV von Martina Franca liegt, lassen sich folgende Kennzahlen ermitteln und überprüfen: 7 TPV's sind in der Provinz für die psychiatrische Versorgung von

560.189 Einwohnern zuständig; damit ist im Durchschnitt ein TPV für jeweils 88.884 Einwohner zuständig, der Nationale Standard (1 TPV/150.000 Einwohner) wird um Faktor 1,8 überschritten.

Ein Defizit zeigt sich in der stationären Versorgung: hier schreibt der Standard 1 Bett pro 10.000 Einwohner vor, die Provinz Tarent hält lediglich 1 Bett pro 18.130 Einwohner vor und unterschreitet damit den Standard um Faktor 0,55.

Für die lokale Versorgungssituation in Martina Franca lassen sich folgende Kennzahlen mit dem Nationalen Standard vergleichen:

- Wie in Abschnitt D1.1. dargestellt, ist der TPV von Martina Franca mit einer Außenstelle auch in der angrenzenden Gemeinde Crispiano für die psychiatrische Versorgung zuständig. Bezogen auf die Gesamtheit von 61.729 Einwohnern wird damit der Standard (1 TPV/150.000 Einwohner) um Faktor 2,43 überschritten.
- Die Zahl der Plätze in der Tagesklinik beträgt 8, der Standard schreibt einen Platz pro 10.000 Einwohner vor; damit ergibt sich eine Überschreitung um den Faktor 1,3.
- Der Standard für die Tagesstätten liegt bei 1 Tagesstätte pro 150.000 Einwohner und wird in Martina Franca um Faktor 2,43 überschritten.
- Die Zahl der Plätze in der Therapeutischen Wohngruppe in Martina Franca beträgt 12 und liegt damit um Faktor 1,94 über dem geforderten Standard (1 Platz/10.000 Einwohner).
- Bezogen auf das Personal definiert der Standard 1 Mitarbeiter/1.500; dabei werden die einzelnen Berufsgruppen nicht differenziert erfasst. Mit seinen insgesamt 35 Mitarbeitern unterschreitet der TPV von Martina Franca um Faktor 0,85 diesen Standard. Vergleicht man die Zusammensetzung des Personals bezüglich der verschiedenen Berufsgruppen mit einer Studie aus der Region Veneto (Lasalvia et al., 2007) fällt weiterhin auf, dass die Berufsgruppe der Psychiater mit einem Anteil am Gesamtpersonal von nur 11% im Vergleich zur Region Veneto (26,5%) vergleichsweise unterbesetzt ist; Pflegepersonal (Martina Franca: 46%; Veneto: 41%) und Psychologen (Martina Franca: 8,5%; Veneto: 7,4%) sind in der Relation zu den anderen Berufsgruppen überbesetzt.

Die Tatsache, dass ein großer Teil der Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in Italien bei den Regionen (Bundesländern) und nicht bei der nationalen Regierung liegt (vergl. A 1.1.), hat von Beginn des Reformprozesses 1978 bis zum heutigen Tag dazu geführt, dass große Unterschiede zwischen den Regionen Italiens in der Ausstattung der Psychiatrischen Versorgung bestehen.

Die folgende Tabelle zeigt die Situation der Psychiatrischen Versorgung in der Region Apulien im nationalen Vergleich (Lasalvia A. et al., 2007):

Tab. 39: Erfüllung des Psychiatrischen Versorgungsstandards in Apulien

Strukturelement mit Standard	Italien	Apulien
TPV (1/150.000 Einwohner)	1,83	1,80
Tagesstätte (1Platz/150.000 Einwohner)	1,59	1,40
Psychiatrische Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus (1Bett/10.000 Einwohner)	0,70	0,47
Therapeutische Wohngruppen (1Platz/10.000 Einwohner)	2,98	2,97
Personalstand (1Mitarbeiter/1.500Einwohner)	0,80	0,61

Auch in diesem Vergleich treten die unzureichende Ausstattung mit Psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (die von der Reform vorgesehene Form der Stationären Versorgung) sowie der Mangel an Personal als Defizite hervor, die regional deutlicher ausfallen als auf nationaler Ebene.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass seit dem Reformgesetz Nr 180 bereits 30Jahre vergangen sind, muss der aktuelle Umsetzungsstand gerade mit dem Blick auf die personelle Ausstattung der Psychiatrischen Versorgungsstrukturen und die Einrichtung Psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern als unzureichend bezeichnet werden. Für den stockenden Verlauf des Reformprozesses können folgende Gründe identifiziert werden (Tansella, Williams, 1987; Girolamo, Cozza, 2000):

- Der Reformprozess fokussierte zu ausschließlich die Schließung der Psychiatrischen Großkrankenhäuser. Zu wenig Zeit wurde der Planung und Implementierung der territorialen Strukturen, verbunden mit einem adäquat angepassten therapeutischen Vorgehensmodell, gewidmet.
- In vielen Regionen (vor allem im Süden) fehlte es an politischem Willen und einer dementsprechenden Verbindlichkeit, die neuen Strukturen durch eine entsprechende Finanzierung zu schaffen. Investitionen in Gebäude, Ausstattung Personal und dessen Fortbildung (man muss bedenken, dass der überwiegende Teil des Psychiatrischen Versorgungspersonals bis 1978 in den Psychiatrischen Großkliniken arbeitete und keinerlei territoriale Erfahrung besaß) wurden nur sehr zögerlich und häufig unzureichend getätigt (Piro, Oddati, 1983).
- Es wurde erst sehr spät damit begonnen, den Umsetzungsprozess begleitend zu evaluieren. Dies verhinderte ein zeitnahes und gezieltes Gegensteuern bei Verzögerungen im Umsetzungsprozess und schränkt bis zum heutigen Tag die Möglichkeiten vergleichender (nationaler und internationaler) Analysen ein (Bollini et al., 1988).
- Im Nachhinein erweist sich der Grundcharakter des Reformgesetzes von 1978 als problematisch (de Girolamo, 1989): Das Gesetz formuliert lediglich Leitlinien für eine territoriale Psychiatrische Versorgung, gibt aber keine konkreten Umsetzungsschritte (Zeitplan, Controlling, Qualitätsmerkmale) vor. Ein derartig einschneidender Reformprozess hätte aus heutiger Sicht schneller und qualitativ hochwertiger ablaufen können, wenn das Reformgesetz den notwendigen Umsetzungsprozess detaillierter vorgegeben hätte.

Der vergleichende Blick auf den europäischen Reformprozess der Psychiatrischen Versorgung, speziell der Vergleich zwischen Deutschland und Italien, zeigt, dass die Gemeinsamkeiten überwiegen (Becker, 2001):

- ein gemeinsamer Trend besteht in der Verschiebung des institutionellen Zentrums der Psychiatrischen Versorgung von der Psychiatrischen Klinik hin zu gemeindenaheren Strukturen, mit stationärer Versorgung auch in kleineren Einheiten
- in Deutschland wie in Italien hat der Reform- bzw. Entwicklungsprozess zu regional sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt
- der Reformprozess hat europaweit primär an den Versorgungsstrukturen angesetzt, soziale und gesellschaftliche Aspekte des Prozesses haben sich langsamer entwickelt.

Konkret zeigen sich aber auch z.B. folgende Unterschiede zwischen der deutschen und italienischen Situation (Becker, 2001):

- in Deutschland kommen auf 100.000 Einwohner 12 Psychiater, in Italien 8
- in Deutschland kommen auf 100.000 Einwohner 60 Betten zur stationären Behandlung, in Italien 17
- Die Psychiatrische Reform traf in Italien auf eine weitaus größere öffentliche und politische Resonanz, als dies in Deutschland der Fall war.

Ein detaillierter Vergleich der Psychiatrischen Versorgung in 5 Ländern Europas findet sich auch bei Becker et al. (2002). In dieser Studie wird aber auch auf die beträchtlichen, datenbezogenen Schwierigkeiten hingewiesen, denen eine solche Vergleichsstudie gegenübersteht.

Abschließend kann gesagt werden, dass der Reformprozess im TPV von Martina Franca in der gleichen Langsamkeit wie im Rest Italiens abgelaufen ist. Im Unterschied zur regionalen Situation in Apulien kann jedoch festgestellt werden, dass die strukturelle Ausstattung des TPV deutlich über dem regionalen Niveau, seine Personalausstattung sogar oberhalb des nationalen Vergleichswertes liegt. Dies ist sicherlich ein Verdienst des langjährigen leitenden Psychiaters, der bis zum Jahr 1998 gerade auch im politischen Bereich für die Weiterentwicklung des Dienstes eingetreten ist und dafür politische Mehrheiten gewonnen hat.

3.1.2. Die Entwicklung der Patientenzahlen und des therapeutischen Vorgehens im Katamnesezeitraum im territorialen psychiatrischen Dienstes von Martina Franca

Im Katamnesezeitraum hat sich nicht nur die gesamte Struktur des TPV von Martina Franca radikal verändert. In seinem Umfeld wurden auch die in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts noch bestehenden Psychiatrischen Großkliniken in Lecce und Bisceglie im Jahr 2000 geschlossen; seitdem werden alle notwendigen Formen stationärer Behandlung ebenfalls durch den TPV veranlasst. Der TPV ist zum heutigen Zeitpunkt zuständig für die Planung, Durchführung und Evaluation der gesamten territorialen Psychiatrischen Versorgungsleistungen in den Gemeinden Martina Franca und Crispiano. Dadurch hat sich in den letzten 20 Jahren die Zahl der betreuten Patienten um ca. 55% auf jetzt 675 Personen erhöht. Die in Abschnitt D 1.2. im Detail wiedergegebenen Daten bezüglich der einzelnen Versorgungsleistungen lassen sich zum Großteil nicht direkt über den 20-Jahres-Zeitraum vergleichen, da sie

zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung durch den TPV nicht in dieser differenzierten Form erfasst wurden. Zudem bestanden etliche der heutigen Versorgungsangebote damals noch nicht.

Ein in der italienischen Literatur im Kontext des Reformprozesses häufig diskutiertes Kriterium ist die Zahl der Stationären Einweisungen, speziell das der Zwangseinweisungen (De Salvia, Barbato, 1993; de Girolamo et al. 2000). Diese Kriterien werden als Indikatoren für den erfolgreichen Übergang von einem überwiegend auf stationäre Versorgung basierten System auf ein territoriales Versorgungssystem angesehen. Folgende Tabelle zeigt die Situation in Martina Franca:

Tabelle 40: Zahl der stationäre Einweisungen und Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner in Martina Franca

	Martina Franca 2005
Zahl der Stationären Einweisungen pro 100.000 Einwohner	81
Zahl der Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner	11

Vergleicht man diese Zahlen mit deutschen und europäischen Studien (Spengler, 2007; Dressing und Salize, 2004) zeigt sich, dass die Zahlen des TPV von Martina Franca unterhalb bzw. innerhalb des in diesen Studien berichteten Korridors für Zwangseinweisungen liegen (Deutschland 1992-2003: 92 bis 130 Zwangseinweisungen; EU-Mitgliedsstaaten: von Portugal mit 6 bis Finnland mit 218 Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner) . Ob die Kriterien der Stationären Einweisungen und insbesondere das der Zwangseinweisungen qualitative Aussagen über die Reform ermöglichen bleibt fragwürdig, könnten Veränderungen in diesen Kriterien doch auch Veränderungen in der Psychiatrischen Behandlungspraxis widerspiegeln (Dressing, Salice 2004, Dressing , Salize, Müller 2006).

Bezogen auf die Entwicklung der therapeutischen Interventionen im Katamnesezeitraum sollen folgende Aspekte herausgestellt werden:

- Die Zahl der therapeutischen Interventionen des Klinischen Personals (Psychiater, Psychologen, Fachpflegekräfte) im TPV hat sich im Untersuchungszeitraum mehr als verdreifacht (von 4.012 auf 13.893 in 2006). Bei einer Zunahme der Patienten um 55% zeigt sich in dieser Zahl eine Intensivierung der medizinisch-klinischen Betreuung.
- Wurden 1985 gut die Hälfte der klinisch-therapeutische Interventionen im Rahmen von Hausbesuchen bei den Patienten gemacht (2.187 Hausbesuche gegenüber 4.012 Interventionen im TPV) waren es 2006 nur noch knapp 10% (1.302 Hausbesuche gegenüber 13.893 Interventionen im TPV). Dies zeigt eine Tendenz auf, die in der italienischen Literatur kritisch als „ambulanz-orientiertes Arbeiten“ (im Gegensatz zum territorial-orientierten Arbeiten) bezeichnet wird (Lasalvia, Ruggeri, 2003). Dahinter steht die konkrete Frage, ob der Territoriale Versorgungsdienst die Patienten in der multidimensionalen Bewältigung ihrer Erkrankung

(Psychopathologie, soziales Umfeld, Arbeit und Wohnen) adäquat unterstützt.

- Auf der anderen Seite hat die Zahl der rehabilitativen/unterstützenden Interventionen des nicht-klinischen Personals mit 6.107 im Jahr 2006 eine sehr hohe Zahl erreicht. Zu diesen rehabilitativen Interventionen im TPV kommen noch weitere 1.692 Interventionen mit sozial-unterstützendem Charakter dazu, die bei den Patienten zu Hause oder auf Behörden durchgeführt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Intensität der medizinisch-klinischen Versorgung im Katamnesezeitraum gestiegen ist, eine Tendenz besteht, die medizinisch-klinische Versorgung in der Ambulanz des TPV zu konzentrieren. Die sozio-rehabilitative Betreuung der Patienten innerhalb und außerhalb des TPV nimmt inzwischen einen großen Raum ein (43% aller durch den TPV 2006 durchgeführten Interventionen haben einen nicht-klinischen Charakter).

3.1.3. Nutzungsgrad und Bewertung der Therapeutischen Interventionen aus Sicht der untersuchten Patienten

Das in Abschnitt D 1.3. dargestellte Nutzungsprofil der befragten Patienten spiegelt deutlich die Tatsache wider, dass es sich um diejenigen 26 Personen der Erstuntersuchungsgruppe handelt, die auch zum Katamnesezeitpunkt noch in regelmäßiger Behandlung durch den TPV standen. Dies drückt sich auch in einem im Vergleich zur Gesamtgruppe der Katamneseuntersuchung deutlich niedrigeren GAF-Wert aus: Liegt er bei den befragten Patienten im Durchschnitt bei 56,5 (Standardabweichung: 6,94), so liegt er in der Gesamtgruppe bei 79,14 (Standardabweichung: 3,13). Es kann also bei den befragten Patienten in Anbetracht der Länge des Katamnesezeitraums von Langzeitpatienten gesprochen werden.

Ordnet man die Therapieangebote nach ihrem Nutzungsgrad ergibt sich folgende Reihenfolge (vergl Abschnitt D 1.3.):

Tabelle 41: Therapieangebote, nach Nutzungsgrad geordnet (inkl. der Bewertung des Therapieangebotes durch die Patienten).

Rangreihenplatz der täglich bis wöchentlich genutzten Therapieangebote	kumulierter Prozentsatz der Nutzung	Bewertung durch Patienten 1schlecht – 7sehr gut
1. Kontakte mit Psychiater	96,3%	6,04
2. Hausbesuche	88,9%	6,17
3. Tagesstätte	88,9%	5,63
4. Kontakte mit Psychologe	71,4%	6,05
5. Besuch der Tagesklinik	63,8%	5,71
6. Kontakte mit Sozialarbeiter	55,6%	5,93
7: Besuch der Reha-Werkstatt	34,6%	5,67

Zum einen zeigt sich auch in dieser Studie, dass die kontinuierliche Behandlung durch einen Psychiater eine zentrale Bedeutung für die Behandlung

schizophrener Patienten hat (Längle 2001 S 205, Weber 1998, Lendla 1998, Salize/Rössler 1998, Bailer 2000). Die Bewertung der Nützlichkeit der Kontakte mit dem Psychiater ist mit 6,04 als sehr hoch zu bezeichnen.

Mit 88,9% Nutzungsgrad für die Tagesstätte und 34,6% für die Reha-Werkstatt wird die Wichtigkeit komplementärer Einrichtungen für die territoriale Versorgung der Patienten unterstrichen. Die Bewertungen sind mit 5,63 und 5,67 nicht ganz so hoch, aber deutlich im positiven Bereich.

Die starke Präsenz der Hausbesuche als therapiebegleitende und – unterstützende Maßnahme entspricht der territorialen Orientierung des TPV, die darauf zielt, die Patienten in ihrem Umfeld zu unterstützen. Mit einer Bewertung von 6,17 liegt diese Therapeutische Maßnahme an der ersten Stelle.

Mit einem Nutzungsgrad von 71,4% für Kontakte mit Psychologen und 55,6% für Kontakte mit Sozialarbeitern wird der interdisziplinäre Ansatz des TPV gerade in der Behandlung und Betreuung von Langzeitkranken deutlich. Auch hier liegen die Bewertungen mit 6,05 bzw. 5,93 eindeutig im positiven Bereich.

Der recht hohe Nutzungsgrad der Tagesklinik von 63,8% liegt in der Tatsache begründet, dass viele der befragten Patienten ihre Medikamente über Infusionen verabreicht bekommen. Die Patienten bewerten die Tagesklinik mit einem Wert von 5,71.

Alle Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Katamnese Psychopharmaka. Die Bewertung dieser Therapieform war mit 4,96 (Standardabweichung: 0,82) die relativ niedrigste, liegt aber deutlich im positiven Bereich.

Die subjektive Behandlungszufriedenheit der Patienten wird auf der einen Seite zunehmend in der Literatur als wichtiges Kriterium für die Gesamtbewertung des Behandlungsprozesses hervorgehoben, auch unter dem Aspekt, dass sich die Rolle der Patienten von „passiven Objekten“ hin zu „aktiven Nutzern“ im Versorgungsprozess wandelt (Priebe et al. 1995). Auch Shipley und Mitarbeiter (2000) beurteilten in ihrer Arbeit die Behandlungszufriedenheit als geeigneten Qualitätsindikator gerade für den ambulanten Bereich.

Auf der anderen Seite konnten in der Literatur berichtete Zusammenhänge zwischen Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität (Lasalvia et al. 2003), psychopathologischem und sozialem Funktionsniveau (Gruyters und Priebe 1992, Lasalvia et al. 2003) sowie dem gesamten Behandlungsverlauf (Gruyters und Priebe 1994) in dieser Studie nicht nachgewiesen werden.

Ebenfalls war kein signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Behandlungszufriedenheit der Patienten und ihrer Compliance zum Zeitpunkt der Katamnese nachzuweisen (Pajonk, F. G., 2005a).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Gruppe der Langzeitpatienten sowohl die medizinisch-klinischen Therapieangebote als auch die komplementären, sozio-rehabilitativen Angebote intensiv nutzt. Die Behandlungszufriedenheit ist bezogen auf alle erfassten Therapieangebote hoch bis sehr hoch. Ruggeri et al. (2000) kommen nach Durchsicht der Literatur zudem zu der Einschätzung, dass Behandlungszufriedenheit nicht nur von der Qualität der einzelnen Therapieangebote, sondern in starkem Maß von menschlichen und emotionalen Qualität der Betreuung abhängt.

3.2. Krankheitsverlauf, Soziale Integration und Lebenszufriedenheit im Katamnesezeitraum

3.2.1. Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum

Eine Besonderheit vorliegender Studie liegt in ihrem ausgeprägten Langzeitcharakter, weshalb es in der Diskussion besonders interessant erscheint, den klinischen Verlauf der befragten Patienten in Beziehung zu vergleichbar ausgeprägten Längsschnittuntersuchungen zu stellen. Häfner (1995, 2000) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass erst durch Untersuchungszeiträume >5Jahre bspw. der Schweregrad der persistierenden Alterationen, der Grad dauerhaft erhaltener Selbstständigkeit oder die Größe der dauerhaft hospitalisierten Teilgruppe der Untersuchten aufgezeigt werden kann. Dabei weist jedoch die Operationalisierung des Ausgangs der schizophrenen Erkrankung und vor allem die genauere Definition dessen, was als Remission oder „Heilung“ bezeichnet werden kann, in den vorliegenden Untersuchungen eine große Bandbreite auf (Häfner, 1995; Bland, 1982). Auch in der Literaturübersicht von an der Heiden (1996) überwiegen Bewertungen des Ausgangs der Erkrankung, die eine eher lose Verknüpfung bestimmter Bereiche wie Symptomatik, Behandlung, soziale Beziehungen und Beschäftigung darstellen. Bezogen auf die Ergebnisse vorliegender Studie soll der Ausgang auf den drei Ebenen Klinischer Verlauf, Rehospitalisierungen und Compliance diskutiert werden.

Klinischer Verlauf

Auf einer ersten, hoch aggregierten Ebene, kann der klinische Verlauf der Untersuchungstichprobe bezogen auf drei Gruppen diskutiert werden: Die „Geheilten“, die weiterhin in Behandlung befindlichen „Patienten“ und die „durch Suizid Verstorbenen“.

13 Personen (26% der Erstuntersuchungstichprobe) werden am Ende des Katamnesezeitraums nicht mehr psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt, 26 Personen (52% der Erstuntersuchungstichprobe) sind nach 20 Jahren noch in Behandlung, 3 Personen (6% der Erstuntersuchungstichprobe) begingen einen Suizid. Bei den restlichen Untersuchungsteilnehmern der Erstuntersuchung (16% der Erstuntersuchungstichprobe) ist der klinische Ausgang der schizophrenen Erkrankung nicht nachvollziehbar, da es sich hierbei um die an somatischen Krankheiten Verstorbenen und die Nichtauffindbaren handelt (vergl. Abschnitt C 1.2.).

Die Tatsache, dass Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Katamnese nicht mehr in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung sind, darf sicherlich lediglich als ein Indiz dafür gewertet werden, dass der Verlauf ihrer Erkrankung eher günstig war. Als einschränkend für eine weitergehende Interpretation dieses Tatbestandes ist zu anzuführen, dass bei den nicht mehr in Therapie des TPV befindlichen Personen nicht mit vollkommener Sicherheit eine Weiterbehandlung bei einem privat praktizierenden Therapeuten ausgeschlossen werden kann und dass im Einzelfall der Rückzug aus der Therapie anders als durch eine Heilung begründet sein kann. In der katamnestischen Untersuchung

gewann der Untersucher jedoch durchweg den Eindruck, dass dieser Personenkreis symptomfrei und sozial gut eingebunden war.

Der direkte Vergleich der Gruppe der Patienten zum Katamnesezeitpunkt mit denjenigen Untersuchungsteilnehmern, die keine Therapie durch den TPV zu diesem Zeitpunkt mehr wahrnehmen, lässt jedoch erkennen, dass es substantielle Unterschiede gibt, die auf einen günstigeren Ausgang der nicht mehr in Behandlung befindlichen Personen hindeuten: So ist das Allgemeine Funktionsniveau (gemessen mit Hilfe des GAF) im Durchschnitt bei den „Geheilten“ mit einem Wert von 78,62 auf einer Stufe, die im Manual dieses Instrumentes als weitgehend symptomfrei und sozial wie beruflich leistungsfähig gekennzeichnet wird, in 5 Fällen liegt der GAF-Wert in dieser Gruppe sogar im Bereich von 80-90. Der Anteil der „Geheilten“ an der Gesamtstichprobe der Erstuntersuchung liegt mit 26% in etwa im Bereich der in der Literatur berichteten Ergebnisse: Frank (2007) berichtet von 1/3 schizophrener Patienten, die zur Heilung gelangen, in der Praxisleitlinie der DGPPN (2006) wird die volle Wiederherstellung der Psychischen Gesundheit bei 20% der Patienten angegeben und Huber (1984, 2005) gibt den klinischen Verlauf in 12 Stufen differenziert an, wobei der von ihm angegebene Anteil günstiger Verlaufsformen bei 22,1% liegt. Auch Modestin et al. (2003) geben in ihrer Überarbeitung einer Studie von Bleuler (1973) den Anteil der Patienten mit wechselndem Verlauf mit knapp 50% , den Anteil mit einem schweren Endzustand mit etwa 30% und die Gruppe der Patienten mit einer vollständiger Remission mit 15% an.

Die in anderen Untersuchungen herausgearbeiteten Prognosekriterien für einen günstigen Verlauf der schizophrenen Erkrankung konnten in vorliegender Studie nur zum Teil bestätigt werden. Die in der Literatur (Rupprecht und Hampel 2006, Häfner 2000, Frank 2007) herausgestellte Bedeutung psychopathologischer Prognosekriterien wie Intensität des Krankheitsbeginns, auslösende Faktoren, prämorbid Persönlichkeit, Verhältnis negativer zu positiver Symptomatik, Dauer der unbehandelten Prodromalphase u. a. wird im Rahmen dieser Studie nicht untersucht. Bestätigt werden konnten die Prognosekriterien höheres Ersterkrankungsalter, weniger Episoden in der Vergangenheit (Operationalisierung: Zahl und Dauer stationärer Aufenthalte vor der Erstuntersuchung), und bessere prämorbid Anpassung im Bereich Schulbildung (Operationalisierung: Grad der Schulbildung vor Erstuntersuchung). In diesen Variablen zeigte sich bei den „Geheilten“ zum Erstuntersuchungszeitpunkt eine im Vergleich zu den „Patienten“ signifikant bessere Ausgangslage.

Die als Patienten weiterhin betreuten Untersuchungsteilnehmer liegen mit einem durchschnittlichen GAF-Wert von 56,15 deutlich unter der Gruppe der „Geheilten“. Die Gruppe der Patienten unterteilt sich in 6 Personen (12% der Gesamtstichprobe der Erstuntersuchung) mit ernsten Symptomen oder Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit (GAF-Bereich 40-50), und 20 Patienten (40% der Gesamtstichprobe der Erstuntersuchung) mit GAF-Werten zwischen 51 und 70, was im Manual dieses Instrumentes als mäßig bzw. leicht ausgeprägte Symptomatik oder mäßige bzw. leichte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit operationalisiert ist. Beide Teilgruppen zusammen stellen 52% der Gesamtstichprobe der Erstuntersuchung dar. Die Ergebnisse einer 13jährigen

Längsschnittuntersuchung von Mason et al. (1994) (nach an der Heiden, 1996) ergeben eine ähnliche GAF-Wert-Verteilung am Ende der Untersuchungsperiode mit 49% auf den Skalenwerten zwischen 0-60, was die Autoren als mäßig bis starke Auffälligkeit bezeichnen.

Bei 3 Personen (6% der Gesamtstichprobe der Erstuntersuchung) nahm die schizophrene Erkrankung einen suizidalen Verlauf (Diskussion siehe Abschnitt E 2.2.).

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse dieser Studie mit einem auf das psychische und soziale Anpassungsniveau orientierten Operationalisierungskonzept hinsichtlich des Ausganges der schizophrenen Erkrankung im Korridor vergleichbarer Untersuchungen liegen. Durch das Studiendesign bedingt fehlen Möglichkeiten, psychopathologisch orientierte Outcome-Konzepte mit vorliegender Studie vergleichend zu diskutieren.

Verlaufstypisierung

In Anlehnung an die Untersuchung von Kraemer (2005), soll für die Katamnesegruppe im Weiteren eine Verlaufstypisierung vorgenommen werden. Die Typisierung erfolgt in die drei Kategorien „leichter“, „mittlerer“ und „schwerer“ Verlauf und zieht folgende Kriterien zur Einstufung heran:

- Häufigkeit der Rehospitalisierung
- Rehospitalisationsdauer
- GAF (Global Assessment Functioning)
- Therapiestatus zum Katamnesezeitpunkt
- Erwerbssituation
- Partnerschaft.

Diese verlaufscharakterisierenden Kriterien werden hinsichtlich ihres Beitrages zum Gesamtverlauf mittels Punktvergabe bewertet. Der über alle Kriterien addierte Gesamtscore kann im Bereich von -3 bis +14 liegen. Damit ergeben sich die Wertgrenzen für die oben angegebenen 3 Verlaufskategorien:

- Score -3 bis 2 = Schwerer Verlauf
- Score 3 bis 8 = Mittlerer Verlauf
- Score 9 bis 14 = Leichter Verlauf.

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Katamnesegruppe (N=39) auf die gewichteten Kriterien:

Tab. 42: Kriterien für den Krankheitsverlauf, gruppiert mit Punktebewertung

<u>Verlaufscharakterisierender Parameter,</u> <u>Gruppiert: Punktebewertung</u>	<u>Patienten</u> <u>N (%)</u>
Anzahl der Rehospitalisierung: 0 : 2 Punkte 1: 1 Punkt 2-5 : 0 Punkte 6-10: -1 Punkt	6 (13%) 12 (32%) 11 (29%) 10 (26%)
Rehospitalisationsdauer gesamt: 0 Monate : 2 Punkte 1-6 Monate : 1 Punkte 7-12 Monate : 0 Punkt >12 Monate : -1 Punkt	5 (13%) 15 (39%) 13 (33%) 6 (15%)
Therapiestatus nicht mehr in Therapie: 1 Punkte in Therapie zum Katamnesezeitpunkt: 0 Punkte	13 (34%) 26 (66%)
GAF: Wert liegt über 80: 4 Punkte Wert liegt über 70: 3 Punkte Wert liegt über 60: 2 Punkte Wert liegt über 50: 1 Punkt Wert liegt über 40: 0 Punkte	5 (13%) 8 (21%) 10 (26%) 10 (25%) 6 (15%)
Arbeit/ Tätigkeit: Ja: 2 Punkte beschützte Werkstatt/Aushilfen: 1 Punkt berentet: 0 Punkte ohne feste Arbeit: -1 Punkt	6 (15%) 10 (26%) 15 (38%) 8 (21%)
feste Partnerschaft: Ja : 2 Punkte Nein : 0 Punkte	14 (36%) 25 (64%)

Werden die Untersuchungsteilnehmer der Katamnese gemäß dieser Kriterien nach obiger Punktevergabe bewertet, zeigt sich in der Katamnesegruppe folgende Verteilung in der Katamnese Stichprobe (N=39; 16 Frauen, 23 Männer) hinsichtlich der drei Verlaufskategorien:

Tab.: 43: Verlaufsverteilung in der Katamnesegruppe

Verlaufskategorie	Zahl der Untersuchten	prozentualer Anteil	Verhältnis weiblich:männlich
leicht (-3 bis 2 Punkte)	6	15%	3:3
mittel (3 bis 8 Punkte)	16	41%	11:5
schwer (9 bis 14 Punkte)	17	44%	9:8

Vergleicht man diese Verteilung mit den Ergebnissen der Untersuchung von Huber et al. (2005, 1984), die einen vergleichbar langen Untersuchungszeitraum

aufweist, weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie eine negativere Tendenz auf. Ebenso die an anderer Stelle postulierte „Drittelregel“ guter, mittlerer und schwerer Verläufe (Frank, 2007) zeigt sich in vorliegender Untersuchung nicht.

Um die Ergebnisse vorliegender Studie richtig einordnen zu können, muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Untersuchungsstichprobe der Erstuntersuchung nicht aus Ersthospitalisierten wie in den angegebenen Studien bestand, sondern bis auf einen Untersuchungsteilnehmer aus ein- bis mehrfach hospitalisierten Patienten. Die in der vorliegenden Kohortenstudie untersuchte Patientengruppe gehörte also zum überwiegenden Teil bereits zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung zu einer eher problematischen Verlaufsgruppe und war in diesem Sinne eine Negativauswahl. Auf diesem Hintergrund erscheint der Anteil von 15% leichter Verläufe als eher unerwartet hoch.

Es soll zusätzlich angemerkt werden, dass die Vergleichbarkeit verschiedener Studien hinsichtlich des Krankheitsverlaufs schizophrener Patienten sich insgesamt durch folgende Faktoren problematisch gestalten:

- durch einen enger bzw. weiter gefassten Schizophreniebegriff (Marneros et al., 1991): je weiter der Schizophreniebegriff gefasst wird, desto größer wird der Anteil an Untersuchten mit einem positiven Ausgang. In vorliegender Studie ist der Begriff eher eng gefasst (vergl. Abschnitt C 1.1.2.).
- durch unterschiedliche Kriteriendefinition der Verlaufsbestimmung,
- sowie durch sehr unterschiedlich lange Beobachtungszeitspannen (vergl. Häfner, 1995).

Mit einem Anteil von 15% „leichter“ Verläufe liegt vorliegende Studie im Bereich der von Westermeyer und Harrow (1988) im Rahmen einer Analyse von Langzeitstudien der Schizophrenie angegebenen Bandbreite (10-25% völlig asymptomatischer Patienten).

Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum

Die stationäre Wiederaufnahme der Patienten im Katamnesezeitraum stellt einen wichtigen Parameter dar, um nicht nur den Verlauf der Erkrankung beschreiben, sondern auch deren Schweregrad abschätzen zu können (Doering et al. 1998). Generell zeigen vergleichende Untersuchungen, dass Patienten mit einer schizophrenen Psychose die höchsten Rehospitalisierungsquoten aufweisen (Blumenthal St., Bell V., Neumann N.-U., Schüttler R., Vogel R. , 1988).

Bei der Diskussion der Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum ist zu berücksichtigen, dass sich die Stichprobe der vorliegenden Studie nicht aus ersthospitalisierten Patienten zusammensetzt. Lediglich eine Person (2,5% der Katamnesegruppe) wurde zum Erstuntersuchungszeitpunkt erstmalig stationär behandelt, alle anderen Studienteilnehmer waren bereits mindestens 2mal stationär behandelt worden.

5 Personen (13%) der zum Katamnesezeitpunkt untersuchten Personen, wiesen keine Rehospitalisierung im Katamnesezeitraum auf. Vergleicht man diesen Wert mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen wird deutlich, wie aufmerksam bei einem solchen Vergleich auf die Vergleichbarkeit des Untersuchungsdesigns zu achten ist: So hatten in der Untersuchung von Tsoi und Wong (1991) 34% der 244 untersuchten Patienten nach 15 Jahren keine Rehospitalisierung, ein um mehr als das 2,5fache höherer Wert als in vorliegender Studie. Die Beschränkung der Untersuchungsstichprobe auf Ersthospitalisierte, die Begrenzung des Alters bei der Erstuntersuchung auf 39Jahre sowie der kürzere Katamnesezeitraum setzen jedoch einen anderen Rahmen als den vorliegender Studie. Auch die Ergebnisse der prospektiven Verlaufsstudie über vier Jahre von Kommer (2004) weisen einen mit 26% genau doppelt so hohen Anteil an nicht rehospitalisierten Untersuchungsteilnehmern auf. Die von Kommer analysierten Mehrfachbefragungen, 6Monate, 1Jahr und 4Jahre nach Entlassung zeigen, dass der Anteil erstmaliger Rehospitalisierungen in den jeweils folgenden Beobachtungszeiträumen insgesamt abnimmt, allerdings nicht linear sondern wellenförmig. In der vorliegenden Studie wird nur einmalig nach 20 Jahren die Summe der Rehospitalisierungen pro Untersuchungsteilnehmer erfasst, deshalb kann ein vergleichbarer, wellenförmiger Verlauf nicht nachvollzogen werden; dass nach diesem 5fach längeren Katamnesezeitraum jedoch nur 13% der Untersuchten nicht rehospitalisiert sind, scheint plausibel.

Die durchschnittliche Rehospitalisierungsquote liegt in vorliegender Studie bei 2,9 (SW 2,58) Rehospitalisierungen im 20jährigen Katamnesezeitraum und ist damit mit anderen Längsschnittuntersuchungen vergleichbar (Maurer, 1995: 3,1 Rehospitalisierungen bei den männlichen Untersuchungsteilnehmern, 2,9 bei den Frauen).

Die Wiederaufnahmerate wird in der Literatur u.a. assoziiert mit Variablen wie dem psychosozialen Status und dem Grad der sozialen Einbindung (Doering 1998), der Lebensqualität und des Eingebundenseins in eine Familie (Mercer 1999), Krankheitsdauer und Erkrankungsalter (Olfson 1999), Diagnose (Perlick 1999) und vorangegangenen stationären Aufenthalten (Swett 1995, Klinkenberg 1996, Appleby 1993).

Als statistisch signifikante Prädiktoren für eine höhere Rehospitalisierungsquote im Katamnesezeitraum zeigen sich in vorliegender Studie folgende, zum Erstuntersuchungszeitpunkt erhobene und auch in anderen Untersuchungen bestätigte Variablen:

- Patienten jüngeren Lebensalters zum Erstuntersuchungszeitpunkt haben ein geringeres Wiederaufnahmerisiko im Katamnesezeitraum (vergl. Huttner, 2006).
- eine niedrige psychosoziale Funktionsfähigkeit (GAF) bei der Erstuntersuchung ist mit einer höheren Zahl an Rehospitalisierungen verbunden (vergl. Hendryx et al 2003, Spießl et al 2002, Uçok et al 2006).
- Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung führen zu einer signifikant niedrigeren Rehospitalisierungsquote im Katamnesezeitraum (vergl. Doehring S. et al., 1998,).

- eine höhere Zahl und Dauer stationärer Aufenthalte im Vorfeld der Erstuntersuchung führt zu einer signifikant höheren Rehospitalisierungsquote (vergl. Doehring S. et al., 1998, Thompson 2003, Woogh 1986, Spießl 2002, Diestelhorst 2001).

Die Compliance zum Erstuntersuchungszeitpunkt war im Unterschied zu anderen Untersuchungen (vergl. Uçok et al., 2006) kein Prädiktor für höhere Rehospitalisierungsquoten, die bei der Katamnese erhobene Compliance zeigte allerdings einen solchen Zusammenhang: Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt in ihrer Compliance höher eingestuft wurden, wiesen weniger Rehospitalisierungen im Katamnesezeitraum auf als diejenigen Patienten, deren Compliance zum Zeitpunkt der Katamnese als niedriger bewertet wurde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse vorliegender Studie hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Rehospitalisierungsquote durch etliche Untersuchungen bestätigt werden, einige der Ergebnisse aber abweichen. Längle (2001) weist in diesem Zusammenhang auf die große Ergebnis-Bandbreite vorliegender Untersuchungen (Gilbert et al., 1995) hin. Unterschiedlich zusammengesetzte Stichproben sowie verschiedene Versorgungssysteme und Therapiemodelle relativieren den Status der Rehospitalisierungsquote als einem objektiven Verlaufskriterium.

Compliance

Die Operationalisierung des in vorliegender Studie verwandten Compliance-Begriffs wurde in Abschnitt B, 2.5.2. vorgestellt. Für die Diskussion der vorliegenden Ergebnisse mit anderen Untersuchungen soll dennoch in Erinnerung gebracht werden, dass die verwandte Operationalisierung im Unterschied zu den meisten Untersuchungen nicht nur die Einhaltung der medikamentösen Therapie, sondern die Verlässlichkeit der Teilnahme und die Kooperationsbereitschaft der Patienten an allen therapeutischen Maßnahmen umfasst.

Wird der Verlauf der Compliance über den Katamnesezeitraum für die Gruppe derjenigen Untersuchungsteilnehmer analysiert, die auch zum Katamnesezeitpunkt noch als Patienten behandelt wurden, zeigt sich kein signifikanter Unterschied und ein unheillicher Verlauf: der überwiegende Teil der Patienten (66%) zeigte einen gleichbleibenden Compliance-Wert, bei 20% war er zum Zeitpunkt der Katamnese höher, bei den übrigen 14% niedriger.

Ähnlich wie in der Untersuchung von Längle (2001) zeigt sich ein deutlicher, wenn auch statistisch knapp nicht signifikanter Zusammenhang zwischen dem Krankheitsverlauf und der erhobenen Compliance zu Erstuntersuchungszeitpunkt: Die Gruppe der zum Zeitpunkt der Katamnese „gesunden“ Untersuchungsteilnehmer hatten bei der Erstuntersuchung im Vergleich zu den zum Zeitpunkt der Katamnese noch als Patienten behandelten Untersuchungsteilnehmern eine deutlich höhere Compliance.

Zum Zeitpunkt der Katamnese sind 84% hoch compliant, 8% teilweise compliant und 8% der untersuchten Patienten gering compliant, und weisen damit einen höheren Wert als in anderen Untersuchungen auf. So bewerten Gilmer et al. (2004) 41% der untersuchten Fälle als vollständig compliant, 35% als teilweise compliant und 24% als nicht compliant. Die in diesen Untersuchungen ausschließlich auf die Medikamenteneinnahme ausgerichtete Operationalisierung der Compliance kann sicherlich einen Teil dieser Abweichung erklären. Möller et al. (2007) stellen in ihrem Aufsatz ein Stufenmodell der Compliance vor, das unter anderem eine gute Arzt-Patient Beziehung und gute situative Bedingungen als förderliche Rahmenbedingungen für eine hohe Compliance darstellt. Die langjährige, personenbezogene Kontinuität in der Versorgung und die räumlich wie personell hohe Integration ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Versorgungsangebote im Fall des in vorliegender Studie untersuchten Territorialen Versorgungsdienstes unterstützen sicherlich die relativ hohe, in einem ganzheitlichen Sinne operationalisierte Compliance.

Zur Bedeutung der Compliance für den Krankheitsverlauf, die soziale Integration sowie die Lebenszufriedenheit finden sich in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse (vergl. Längle, 2001). Zwar finden sich in einzelnen Untersuchungen Zusammenhänge zwischen der Compliance und ausgewählten Variablen des klinischen Verlaufes wie der Zahl der Rehospitalisierungen (Verdoux et al. 2000), das Gesamtbild der vorliegenden Untersuchungen legt aber in seiner Uneinheitlichkeit nahe, nicht von einem einfachen, linearen Ursache-Wirkungsverhältnis auszugehen (vergl. Bailer 2000). In vorliegender Studie fanden sich folgende Zusammenhänge zwischen der zum Erstuntersuchungszeitpunkt bewerteten Compliance und dem späteren klinischen Verlauf:

- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 werden im Katamnesezeitraum häufiger im Rahmen von Zwangseinweisungen stationär behandelt als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance. Ein genereller Zusammenhang zwischen der Compliance und den folgenden Rehospitalisierungen konnte jedoch nicht gefunden werden.
- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 weisen im Katamnesezeitraum eine höhere Gesamtdauer stationärer Behandlungen auf als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance.
- Patienten mit niedriger Compliance zu T1 erzielen im Rahmen der katamnestischen Untersuchung einen niedrigeren GAF-Wert als Patienten mit mittlerer oder hoher Compliance.

Diese dargestellten Zusammenhang relativieren sich jedoch hinsichtlich ihrer möglichen prognostischen Aussagekraft dadurch, dass die Patienten mit einer niedrigeren Compliance zum Erstuntersuchungszeitpunkt bereits einen signifikant schlechteren Krankheitsverlauf im Vorfeld der Studie sowie einen bereits zu diesem Zeitpunkt niedrigeren GAF-Wert als die Patienten mit einer höheren Compliance aufwiesen. Dies bestärkt die Aussage von Längle (2001), dass es sich bei dem Phänomen der Compliance weniger um einen isolierten, eindeutig in seiner Wirkungsstärke und -richtung bestimmbar Faktor der schizophrenen

Erkrankung handelt als vielmehr um eine von vielen Variablen in einem komplexen Wirkgefüge.

Mögliche Zusammenhänge zwischen der Compliance und der Lebenszufriedenheit werden in der Literatur ebenfalls sehr kontrovers dargestellt. Insbesondere die Frage, ob eine erhöhte Compliance in der Medikamenteneinnahme einen eher positiven oder negativen Effekt auf die Zufriedenheit hat, wird unter dem Aspekt der damit verbundenen Frage der Nebenwirkungen von Psychopharmaka unterschiedlich berichtet und bewertet (Bobes et al. 1998, Angermeyer 2000).

In vorliegender Studie zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Compliance und der Zufriedenheit mit dem Arbeitslosengeld bzw. der Pension. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage in der Katamnesezeitprobe die geringste von allen Lebensbereichen war. Ein Unterschied in der Erwerbssituation zeigt sich im Hintergrund als moderierende Variable jedenfalls nicht: Patienten mit hoher und geringer Compliance unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Erwerbssituation und einer damit evtl. verbundenen besseren bzw. schlechteren finanziellen Lage.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Niveau sowie der Verlauf der Compliance im Katamnesezeitraum verglichen mit anderen Studien in einem eher oberen Bereich liegt. Dies ist in Zusammenhang mit dem in vorliegender Studie weit gefassten Compliance-Begriff zu sehen, der insbesondere im Langzeitverlauf vermutlich Effekte der langjährigen Patient-Therapeut-Beziehungen sowie die hohe Integration und leichte Verfügbarkeit des therapeutischen Gesamtangebotes für die Patienten in der Bewertung mit erfasst. Eine eindeutig interpretierbare, prognostische Relevanz der bewerteten Compliance zeigt sich –wenn auch statistisch nicht signifikant- bezogen auf den Ausgang der Erkrankung als Patient oder „Gesunder sowie für einzelne Aspekte des späteren Krankheitsverlaufes. Die soziale Integration sowie die Lebenszufriedenheit zeigen in vorliegender Studie diese Zusammenhänge nicht.

3.2.2. Entwicklung der Sozialen Integration im Katamnesezeitraum

Kriterien sozialer Integration wie Wohnen und Arbeit werden zunehmend als Kenngrößen für die Bewertung des Verlaufes der schizophrenen Erkrankung in der Literatur untersucht (Schmiedebach et al. 2002). Harvey CA et al. (2007) betonen die Wichtigkeit der sozialen Einbettung für die Entwicklung und bezeichnen sie als Prädiktor für einen eher günstigen Krankheitsverlaufes. Ähnlich wie im Fall der Compliance ist allerdings weniger von einer kausalen, unidirektionalen Wirkungsrichtung auszugehen. Die Beziehung zwischen Krankheitsverlauf und sozialer Situation scheint gerade im Fall der Schizophrenie eine eher wechselseitige und komplexe zu sein (vergl. Angermeyer M.C. 1995): die Erkrankung hat negative Auswirkungen auf die positive Entwicklung eines sozialen Netzwerkes, das seinerseits durch Isolation zu einem negativen Krankheitsverlauf beitragen kann. An dieser Stelle soll auch auf das generelle Problem gesellschaftlicher Stigmatisierung der Schizophrenen Erkrankung als eine zusätzliche Belastung des Sozialen Lebens der Patienten hingewiesen werden (vergl. Häfner, 2000).

Im Katamnesezeitraum hat sich der Familienstand der Untersuchten nur unwesentlich verändert. Der Anteil der Ledigen und Verheirateten ist annähernd gleich geblieben, lediglich der Anteil der Verwitweten hat deutlich zugenommen, was nach dem 20jährigen Katamnesezeitraum nicht verwundert.

Als wesentlicher Indikator sozialer Integration wird in der Literatur die Arbeits- und Erwerbssituation der Patienten gewertet (vergl. Samele et al. 2001). In vorliegender Studie zeigte sich eine starke Abnahme sowohl der arbeitslosen Untersuchungsteilnehmer als auch der in Aushilfstätigkeiten Beschäftigten. Diese Untersuchungsteilnehmer waren aber zum Katamnesezeitpunkt überwiegend entweder in beschützten Werkstätten beschäftigt oder aber berentet. Der Anteil der Erwerbstätigen ist hingegen auf niedrigem Niveau (15% der Katamnese Stichprobe) gleich geblieben. Dieses Ergebnis zeigt ähnlich wie andere Untersuchungen (Müller et al. 1998) die schwierige Arbeitsmarktsituation für schizophrene Patienten, wobei im Fall der vorliegenden Studie zusätzlich auf die besonders angespannte Situation des süditalienischen Arbeitsmarktes zu verweisen ist (vergl. Abschnitt A 1.2.1.).

Bezüglich der Wohnform hat im Katamnesezeitraum die Zahl derjenigen Untersuchungsteilnehmer zugenommen, die allein, mit der eigenen Familie oder in Wohngruppen leben. Der zahlenmäßige Zuwachs in der letzten Gruppe ist jedoch im Kern auf den Ausbau des komplementären Versorgungsangebotes im Katamnesezeitraum zurückzuführen (vergl. Abschnitt A 1.2.2.). Analysiert man die Verschiebungen für den Einzelfall, zeigt sich ein sehr individuelles Bild, das es unmöglich macht, generelle Trends bezüglich der Sozialen Integration an Hand der Wohnform festzumachen. So leben einige der Patienten, die zum Erstuntersuchungszeitpunkt selbstständig im eigenen Haushalten lebten, zwischenzeitlich in therapeutischen Wohngruppen (ein eher negativer Verlauf), auf der anderen Seite leben 50% der Patienten, die zum Erstuntersuchungszeitpunkt bei den Eltern lebten, zum Katamnesezeitpunkt entweder allein in eigenem Haushalt oder haben eine eigene Familie gegründet, mit der sie selbstständig leben (positiver Verlauf).

Vergleicht man die sozialen Merkmale der Katamnese Stichprobe vorliegender Studie mit den Ergebnissen einer anderen Längsschnittuntersuchung (an der Heiden et al. 1995), zeigen sich in vielen Kriterien hohe Übereinstimmungen (Zahlen in Klammern die jeweiligen Werte der Mannheimer Längsschnittuntersuchung): 40% (39%) der Untersuchten sind zum Zeitpunkt der Katamnese arbeitslos oder berentet, 26% (26%) sind an einer beschützten Arbeitsstelle beschäftigt, 36% (35%) leben mit einem Partner/der eigenen Familie und 25% (22%) in einer therapeutischen Wohngemeinschaft/Heim. Der deutlichste Unterschied zeigt sich in der Zahl der Berufstätigen und in der Entwicklung dieser Zahlen von der erst- zur Katamneseuntersuchung: Sind in der Mannheimer Untersuchung 30% der Untersuchten Berufstätig, sind es in vorliegender Studie lediglich 15%; dies liegt sicherlich zum Teil daran, dass an der Heiden et al. in dieser Kategorie Berufstätige, Studenten und Hausfrauen zusammen erfasst hat; ein weiterer Unterschied ergibt sich vermutlich aus dem in Süditalien deutlich schwierigeren Arbeitsmarkt. Sinkt die Zahl der Berufstätigen in der Untersuchung an Ersthospitalisierten von an der Heiden et al. (1995)

drastisch von 80% bei der Erst- auf 30% bei der Katamneseuntersuchung, bleibt die Zahl an Berufstätigen in vorliegender Studie über den gesamten Untersuchungszeitraum konstant. Hierin spiegelt sich die Tatsache wider, dass die Untersuchungsteilnehmer der vorliegenden Studie bis auf eine Person zum Erstuntersuchungszeitpunkt bereits ein- oder mehrfach hospitalisiert und damit in den meisten Fällen bereits im Vorfeld aus ihren Arbeitsbezügen herausgefallen waren.

Bei einer Zusammenhangsbetrachtung zwischen sozialem und klinischem Verlauf zeigen sich in vorliegender Studie folgende, statistisch signifikante Zusammenhänge (nach der Bonferroni-Holm Korrektur): Patienten mit Berufsausbildung zum Erstuntersuchungszeitpunkt werden im Katamnesezeitraum seltener rehospitalisiert, Patienten mit Einkünften aus eigener Arbeit ebenso. Ebenso wie in der Untersuchung von Samele et al. (2001) finden sich keine Zusammenhänge mit der Lebenszufriedenheit. Diese Ergebnisse können als Hinweis für die zentrale und stabilisierende Funktion einer Berufsausbildung sowie der mit dieser in der Regel verbundenen finanziellen Vorteile gewertet werden; diese Zusammenhänge sollten jedoch nicht überbewertet werden, da die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen zu diesem Thema sehr uneinheitlich sind was Ergebnisse, Methoden und Konzepte der Operationalisierung betrifft (vergl. Längle 2001).

Bezogen auf vorliegende Studie kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der soziale Verlauf in der Untersuchungsgruppe sehr heterogen ist. Das im negativen Sinne heraus stechende Kriterium ist die Beschäftigungssituation, die auf einem über den gesamten Untersuchungszeitraum im Vergleich zu anderen Untersuchungen niedrigen Niveau liegt. Bezogen auf die Zunahme der Beschäftigungsverhältnisse an beschützten Arbeitsplätzen und der stark gestiegenen Zahl von Patienten, die in therapeutischen Wohngemeinschaften leben, zeigt sich zudem die Akzeptanz der Angebote eines territorial orientierten Versorgungssystems. Inwieweit dies zu einer „neuen Chronizität“ führt, wird jedoch bereits intensiv und kontrovers im Rahmen der italienischen Reformpsychiatrie diskutiert (Ruggeri et al. 2000).

3.2.3. Die Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt

Generell kann festgestellt werden, dass die in dieser Studie erhobene Lebenszufriedenheit bei den untersuchten Personen zum Zeitpunkt der Katamnese auffällig hoch war. Dies gilt nicht nur für die Lebenszufriedenheit im allgemeinen, sondern auch für die lebensbereichsbezogenen Zufriedenheitsmaße. Untersuchungen von Kaiser et al. (1996) und Fitzgerald et al. (2001) bestätigen in diesem Zusammenhang eine geringe Korrelation der subjektiven Zufriedenheit mit objektivierenden Einschätzungen der tatsächlichen Lebensqualität. Auch in diesen Untersuchungen war wie in der vorliegenden Studie die subjektive Zufriedenheit deutlich höher als es die Lebenssituation erwarten ließ. Die niedrigsten Zufriedenheitswerte finden sich in der vorliegenden Studie, ebenso wie in einer brasilianischen Untersuchung (de Souza, 2006), für die Bereiche Finanzen und Arbeit.

Sowohl die Beschäftigungssituation als auch die Wohnsituation werden in der Fachliteratur als Einflussfaktoren für die Lebensqualität diskutiert. So ist der

Faktor Arbeit in der Untersuchung von Priebe (1998) stark mit einer besseren Lebensqualität verknüpft, in der Untersuchung von Hansson et al. (2002) wiesen unabhängig (also nicht geschützt) lebende Patienten eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der Wohnsituation auf. In vorliegender Studie wurden mögliche Zusammenhänge in der Form untersucht, dass für die Variablen Wohnsituation und Arbeit jeweils zwei Gruppen gebildet und hinsichtlich ihres Zufriedenheitsmaßes verglichen wurden: Selbstständig (allein oder mit der eigenen Familie) vs. unselbstständig (therapeutische Wohngemeinschaft, Altersheim) Wohnende und Arbeitende (reguläre Arbeitsverhältnisse und geschützte Arbeitsstellen) vs. nicht Arbeitende (Pensionierte und Arbeitslose). Für den Bereich Wohnen bestätigten sich die oben angeführten Ergebnisse anderer Untersuchungen: der Zufriedenheitswert ist bei den selbstständig Lebenden signifikant höher als bei den unselbstständig Lebenden. Hingegen fanden sich keine Unterschiede in der Lebenszufriedenheit, auch nicht der speziellen mit der Finanzsituation, bezüglich der gruppierten Variable Arbeitssituation.

Die Ergebnisse in der Literatur bezüglich möglicher Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und subjektiver Lebensqualität sind sehr heterogen (Kommer 2004, Leißle et al 2000). So beobachten etliche Untersuchungen negative Korrelationen von Lebensqualität mit genereller Psychopathologie, Negativsymptomatik, Positivsymptomatik und Erkrankungsdauer (Lauer und Stegmüller-Koenemund 1994, Gaite et al. 2002), Kemmler et al. (1999) hingegen finden eine unverhältnismäßig hohe Lebensqualitätseinschätzung bei Patienten mit ausgeprägter Psychopathologie. Gerlach und Larsen (1999) folgern aus ihren Untersuchungsergebnissen, dass es keinerlei Zusammenhänge zwischen der Psychopathologie und der Lebenszufriedenheit gibt. In vorliegender Studie zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang der subjektiven Lebenszufriedenheit mit dem GAF-Wert (vergl. Norman RMG et al. 2000) und der Rehospitalisierungsquote. Ein weiterer, statistisch signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Lebenszufriedenheit und dem Behandlungsstatus zum Katamnesezeitpunkt: Die Geheilten sind signifikant zufriedener als die Patienten.

Für die in dieser Studie untersuchte Personengruppe kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die „Geheilten“ und weniger häufig Rehospitalisierten, die selbstständig Wohnenden, die auf einem höheren psychopathologischen und sozialen Funktionsniveau Befindlichen eine höhere Lebenszufriedenheit erreichen als die bezüglich dieser Variablen abweichenden Gruppen. Die Tatsache, dass die absolute Höhe der Lebenszufriedenheit jedoch offensichtlich nicht die in vielen Fällen eher problematische psycho-soziale Situation der Untersuchten abbildet, hängt dabei möglicherweise mit einem an die Gesamtsituation angepassten Erwartungsniveau, in Einzelfällen vielleicht auch mit einer Antworttendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit zusammen.

3.3. Auftretenshäufigkeiten und Dominanz der Reaktionsformen in der stationären und territorialen Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung

Bei der Analyse der Bewältigungsformen steht zunächst der Vergleich der stationär versorgten mit der territorial versorgten Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung im Vordergrund (vergl. Abschnitt B 1.3.). Die italienische Psychiatriereform war zum Erstuntersuchungszeitpunkt gerade in einer ersten Umsetzungsphase begriffen (vergl. Abschnitt A 1.1.1.) und die damaligen, italienischen Untersuchungen interessierten sich insbesondere für die quantitativen und ökonomischen Aspekte des Dehospitalisierungsprozesses sowie für die regionalen Unterschiede des Umsetzungsstandes der Reform (vergl. Gerbaldo C. 1982, Misiti et al. 1981, Piro S. 1983, De Salvia D. 1982). Qualitative und vor allem patientenorientierte Untersuchungen im Kontext der Reform gab es zu diesem Zeitpunkt praktisch nicht. Deshalb traf die damalige Fragestellung der vorliegenden Studie, wie Patienten unterschiedliche therapeutische Rahmenbedingungen (stationär und territorial) erleben und bewältigen, auf ein großes Interesse der italienischen Kollegen.

Wird in einem ersten Schritt die reine Häufigkeit, mit der eine Reaktionsform in den Explorationen genannt wird, zwischen den beiden Gruppen verglichen, finden sich in der stationären Gruppe auf den oberen Plätzen deutlich mehr passive und in ihrer Wirkungsrichtung problemorientierte Verarbeitungsformen wie ‚Evasive Reaktion‘, ‚erlebte soziale Isolierung‘, ‚Selbstwertproblematik‘ und ‚Angst‘ als in der territorialen Gruppe.

Es stellt sich bei gegebener Homogenität der beiden Teilgruppen (vergl. Abschnitt C 1.1.3) die Frage, ob dieser Unterschied in der Verarbeitung als Effekt der unterschiedlichen Betreuungsformen oder aber als individuelles Verarbeitungsmuster zu interpretieren ist, das seinerseits für die Zuordnung der Patienten zu einer der beiden Therapieformen ausschlaggebend war: aktiver und lösungsorientierter verarbeitenden Patienten wird ein größeres Maß an Eigenverantwortlichkeit im Rahmen einer territorialen Therapie zugetraut. Dafür spricht, dass sich in der Tat kein einziger, statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den aktualisierten Reaktionsformen und klinischen Verlaufsdaten im Katamnesezeitraum findet. Damit wird über den Katamnesezeitraum hinweg deutlich, dass die zum Erstuntersuchungszeitpunkt stationär versorgten Patienten mit einem eher passiven und problemorientierten Bewältigungsverhalten keinen schlechteren klinischen Verlauf aufweisen, als die territorial Versorgten.

Auch in der Untersuchung von Klingberg (1993) wird von fehlenden Zusammenhängen zwischen Art und Verfügbarkeit von Bewältigungsformen und dem klinischen Verlauf berichtet. Der von Klingberg (1993) aufgezeigte Zusammenhang zwischen der subjektiv erlebten sozialen Unterstützung und dem klinischen Verlauf wird zwar in dieser Studie nicht explizit untersucht, die relativ häufige Aktualisierung der Reaktionsformen ‚Stiftung und Pflege sozialer Kontakte‘ und ‚sich auf andere verlassen‘ in der Gruppe der territorial Versorgten kann als Hinweis auf die in der territorialen Versorgung zwangsläufig günstigeren Rahmenbedingungen für soziale Unterstützung gewertet werden. Signifikante Unterschiede hinsichtlich des klinischen Verlaufs zwischen zum

Erstuntersuchungszeitpunkt territorial bzw. stationär behandelten Patienten sind jedoch nicht festzustellen.

3.3.1. Aktualisierte Reaktionsformen und Lebenszufriedenheit

In der Literatur wird von der Bedeutung des Coping und der Bewältigungsform der schizophrenen Erkrankung für die subjektive Lebenszufriedenheit der Patienten berichtet (Ritsner et al. 2006, 2003; Rudnik 2001). Auch in dieser Studie konnten einige, statistisch signifikante Zusammenhänge bestätigt werden:

- Patienten, die die Reaktionsform „Positive Deutung“ in höherem Maß aktualisierten, waren mit ihren Beziehungen zu anderen Menschen signifikant zufriedener
- Patienten, die die Reaktionsform „Widerstand“ in höherem Maß aktualisierten, waren mit ihrer Psychischen Situation signifikant unzufriedener
- Patienten, die die Reaktionsform „Hoffnung“ in höherem Maß aktualisierten, waren mit ihrer Psychischen Situation signifikant zufriedener
- Patienten, die die Reaktionsform „Identifikation mit anderen“ in höherem Maß aktualisierten, waren mit ihrer Psychischen Situation signifikant zufriedener.

Gerade die gefunden Zusammenhänge zwischen Reaktionsformen und der spezifischen Zufriedenheit mit der Psychischen Situation unterstreichen die Bedeutung einer bewältigungsorientierten psychotherapeutischen Interventionsstrategie (vergl. Klingberg et al. 2003, Klingberg 2007).

Zusammenfassend kann für die vorliegende Studie ein deutlicher Unterschied der aktualisierten Reaktionsformen zwischen den zum Erstuntersuchungszeitpunkt stationär bzw. territorial versorgten Patienten festgestellt werden. Da sich die Erhebung der Reaktionsformen jedoch punktuell auf lediglich einen Zeitpunkt beschränkt (also keine Erhebung vor der Zuordnung zu einer der beiden Therapieformen erfolgte), kann aus den Daten nicht interpretiert werden, ob diese Unterschiede Folge der oder Veranlassung für die jeweils gewählte Therapieform durch die verantwortlichen Psychiater ist. Die Bedeutung der Reaktions- und Copingformen konnten für ausgewählte Bereiche der Lebenszufriedenheit, nicht jedoch für den klinischen Verlauf statistisch nachgewiesen werden. In diesem Zusammenhang erscheint der 20jährige Katamnesezeitraum mit einmaliger Messung als zu lang, eine Verlaufsmessung wie in anderen Untersuchungen (vergl. Ritsner 2007) als angemessener.

4. Ausblick

In Bezug auf die Methodik vorliegender Studie kann festgehalten werden, dass sich ihr nicht interventionelles, retrospektiv angelegtes Design gut bewährt hat, um einen differenzierten Einblick in die langjährige Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer Erkrankung, den ihrerseits im Wandel befindlichen therapeutischen Versorgungsstrukturen sowie ihrem sozialen Umfeld zu erhalten.

Durch den Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente mit der Möglichkeit zur Erfassung objektiver wie auch subjektiver Einschätzungen, wird eine umfassende Datengewinnung möglich, die die parallele Bearbeitung verschiedener Fragestellungen zulässt.

Grenzen zeigen sich durch die nicht in allen Variablen zu beiden Untersuchungszeitpunkten vergleichbaren Daten, bedingt durch die erst nachträglich angefügte Katamneseuntersuchung. Der sehr lange Katamnesezeitraum ermöglicht zudem einerseits einen sehr langen Beobachtungszeitraum, andererseits jedoch lassen sich keine Aussagen zu spezifischen Verlaufsformen innerhalb des Katamnesezeitraums treffen, da lediglich zu zwei Zeitpunkten die Daten erhoben wurden.

Gerade der im Fall der schizophrenen Erkrankung häufig nicht geradlinige, auf den verschiedenen Ebenen (klinisch, sozial, ökonomisch etc.) nur lose verknüpfte Verlauf (vergl. Längle 2001, Längle et al. 1997) lässt weitere Untersuchungen mit einem langen Beobachtungszeitraum, jedoch regelmäßiger Datenerhebung in kleineren Zeitabständen, als sinnvoll erscheinen.

F Zusammenfassung

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie waren Fragestellungen zum Langzeitverlauf schizophreniekranker italienischer Patienten, die bisher kaum wissenschaftlich untersucht wurden: „Wie entwickeln sich über einen Katamnesezeitraum von 20 Jahren schizophrene Patienten bezüglich ihres psychosozialen Status sowie ihrer Behandlungs- und Betreuungssituation und gibt es einzelne Wirkfaktoren im Krankheits- und Betreuungsprozess, die darauf Einfluss nehmen?“ Die Untersuchung wurde zu zwei Messzeitpunkten (1996/97 und 2006/07) in Süditalien an einer Stichprobe von 50 Patienten durchgeführt.

In der vorgelegten Dissertationsschrift wird zunächst dargestellt, wie sich die medizinische und speziell die psychiatrische Versorgung in Italien während der letzten 20 Jahre entwickelt hat. Daraus wird deutlich, dass der in den 70-er Jahren angestoßene Reformprozess nur sehr schleppend und mit z.T. großer Verzögerung abgelaufen ist. Bis zum heutigen Tag finden sich große regionale Unterschiede sowohl in der Personalausstattung der ambulanten Versorgung als auch in der Verfügbarkeit stationärer Behandlungsmöglichkeiten. Immerhin kann festgehalten werden, dass seit Beginn der Untersuchung vor 20 Jahren der Übergang von einem überwiegend stationär orientierten auf ein heute territorial breit verankertes ambulantes Versorgungssystem vollzogen ist.

In der für das Verständnis notwendigen Ausführlichkeit werden die aktuellen Forschungsergebnisse bezüglich des Krankheitsbildes und der Ätiologie der Schizophrenie aus der Literatur referiert, die verschiedenen Therapieoptionen dargestellt sowie, im Rahmen eines Exkurses, die Thematik der Bewältigungsformen an Schizophrenie erkrankter Menschen erörtert.

Aus methodischer Sicht handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine retrospektiv angelegte, nicht interventionelle Längsschnittstudie mit einem Katamnesezeitraum von 20 Jahren. 50 Patienten mit nach ICD9 diagnostizierter schizophrener Erkrankung wurden im Rahmen der Erstuntersuchung erfasst, wobei die eine Hälfte von ihnen zu diesem Zeitpunkt stationär, die andere Hälfte territorial versorgt wurde. Diese Einteilung ergab sich aus der initialen Fragestellung der Erstuntersuchung, ob sich stationär versorgte Patienten in ihrem Coping von territorial versorgten Patienten unterscheiden. Bezüglich der sonstigen, soziodemographischen und krankheitsbezogenen Parameter unterschieden sich die beiden Teilgruppen nicht voneinander. In den Jahren 2006/2007 wurde die Studie um eine Katamneseuntersuchung ergänzt, bei der aktuelle, standardisierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz kamen, die dem aktuellen Forschungsinteresse folgend (vergl. Priebe et al. 1996, Längle 2001) auch „Weiche Daten“ wie Lebensqualität, Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen und die Behandlungszufriedenheit erfassten.

Bei der katamnestischen Untersuchung konnte ein sehr hoher Anteil von 78% der Erstuntersuchungsstichprobe erneut untersucht werden (39 Personen). Drei der Patienten hatten im Katamnesezeitraum einen Suizid begangen, vier Patienten waren an somatischen Krankheiten verstorben. Nur vier Patienten waren zum Katamnesezeitpunkt unauffindbar. Kein Patient verweigerte die Teilnahme an der Befragung. Von der Gesamtstichprobe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

unterschied sich die Katamnesegruppe in keiner der erhobenen Variablen; damit kann die Katamnesegruppe als repräsentativ für die Gesamtstichprobe gelten.

Drei Fragenkomplexe wurden im Rahmen der Studie parallel untersucht:

1. Wie hat sich die Psychiatrische Versorgung sowie ihre Nutzung und Akzeptanz durch die befragten Patienten entwickelt?
2. Wie ist der klinische Verlauf der schizophrenen Erkrankung und die Entwicklung der sozialen Situation und Integration bei den Patienten im Katamnesezeitraum?
3. Welche Reaktionsformen (Copingmuster) zeigen die Patienten zum Erstuntersuchungszeitpunkt und welche Auswirkungen haben diese auf den klinischen Verlauf und die subjektive Lebensqualität zum Katamnesezeitpunkt?

Zu Fragenkomplex 1:

Die Patientenzahl in der untersuchten Versorgungsregion ist von 413 im Jahr der Erstuntersuchung 1985 auf 675 im Jahr 2006 gestiegen. Im Vergleich zu 1985 sind vor allem teilstationäre und sozio-rehabilitative Versorgungsangebote sowie neue Formen des betreuten Wohnens dazugekommen. Es besteht 2006/7 eine dramatische Unterdeckung im Personalstand (61% des als nationaler Standard gesetzten Personals) und bei den stationären Betten (47% des nationalen Standards). Die befragten Patienten schätzen die therapeutischen Angebote in der Befragung jedoch als durchweg nützlich ein, die höchsten Bewertungen erhalten die Psychologische und Psychiatrische Untersuchung/Therapie.

Zu Fragenkomplex 2:

Von katamnestisch untersuchten 39 Personen sind noch 26 Patienten in Psychiatrischer Behandlung, 13 nehmen keine Therapie in Anspruch. Zwischen diesen beiden Gruppen zeigt die statistische Analyse der zum Erstuntersuchungszeitpunkt erhobenen Variablen die folgenden, signifikanten und im prognostischen Sinne interessanten Unterschiede: die nicht mehr in Behandlung befindlichen Untersuchungsteilnehmer waren zum Erstuntersuchungszeitpunkt jünger, sie hatten einen höheren GAF-Wert, sie waren zu einem höheren Anteil voll erwerbstätig; ihre Compliance ist zum Erstuntersuchungszeitpunkt deutlich, aber knapp nicht-signifikant höher als die der Patienten.

Teilnehmer der katamnestischen Untersuchung mit einer hohen Rehospitalisierungsrate im Katamnesezeitraum waren zum Erstuntersuchungszeitpunkt älter und schon länger erkrankt, hatten einen niedrigeren GAF-Wert, eine geringere Schul- und Berufsausbildung, waren häufiger arbeitslos und lebten von staatlicher Unterstützung, waren im Vorfeld häufiger und länger in stationärer (Zwangs-)Behandlung gewesen als Patienten mit niedriger Rehospitalisierungsrate. Keinen Zusammenhang zeigt die Rehospitalisierungsrate mit der Lebenszufriedenheit der Befragten.

Die Compliance der Patienten zum Erstuntersuchungszeitpunkt zeigt signifikante Zusammenhänge mit der Entwicklung folgender klinischer Variablen im Katamnesezeitraum: größere Zahl der Zwangseinweisungen, höhere

Gesamtdauer stationärer Behandlung bei niedrigerer Compliance, höherer GAF-Wert zum Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung bei höherer Compliance zum Erstuntersuchungszeitpunkt.

Die Mehrzahl der Patienten bewertete in allen Lebensbereichen ihre Zufriedenheit als eher positiv. Mit einem guten Drittel der Einschätzungen war die Zufriedenheit mit dem Leben allgemein sowie die Zufriedenheit im religiösen Bereich am größten, gefolgt (mit einem knappen Drittel) von der Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen. Die relativ größte Unzufriedenheit bestand bezüglich der finanziellen Lage. Weiterhin ergab die Untersuchung der Stichprobe u.a. folgende Ergebnisse: die nicht mehr in Behandlung befindlichen Untersuchungsteilnehmer, die seltener Rehospitalisierten, die selbstständig Wohnenden und die Patienten mit einem höheren psychopathologischen und sozialen Funktionsniveau (GAF-Wert) erreichen zum Katamnesezeitpunkt eine höhere Lebenszufriedenheit als die bezüglich dieser Variablen abweichenden Gruppen.

Der soziale Verlauf in der Untersuchungsgruppe ist sehr heterogen. Das im negativen Sinne heraus stechende Kriterium ist die Beschäftigungssituation, die auf einem über den gesamten Untersuchungszeitraum im Vergleich zu anderen Untersuchungen niedrigen Niveau liegt und in den besonders ungünstigen Verhältnissen auf dem süditalienischen Arbeitsmarkt begründet sein dürfte. Auch die Tatsache, dass sich die vorliegende Studie in der Stichprobenzusammensetzung nicht auf Ersthospitalisierte beschränkt, trägt zu diesem Tatbestand bei. Einen anderen Aspekt des sozialen Verlaufs im Katamnesezeitraum spiegelt die Tatsache wider, dass die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse an geschützten Arbeitsplätzen und die Zahl von Patienten, die in therapeutischen Wohngemeinschaften leben, stark zugenommen hat. Dies zeigt zum einen die hohe Akzeptanz der Angebote eines territorial orientierten Versorgungssystems, auf der anderen Seite wirft es neue Fragen im Zusammenhang mit dem therapeutischen Umgang in der territorial orientierten psychiatrischen Versorgung mit chronischen Krankheitsverläufen auf. Es zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen der sozialen Integration und der subjektiven Lebenszufriedenheit.

Zu Fragenkomplex 3:

Es konnte in vorliegender Studie ein deutlicher Unterschied der aktualisierten Reaktionsformen zwischen den zum Erstuntersuchungszeitpunkt stationär bzw. territorial versorgten Patienten festgestellt werden: es werden in der stationären Gruppe deutlich mehr passive und in ihrer Wirkungsrichtung problemorientierte Verarbeitungsformen wie ‚Evasive Reaktion‘, ‚erlebte soziale Isolierung‘, ‚Selbstwertproblematik‘ und ‚Angst‘ aktualisiert als in der territorialen Gruppe. Das gegebene Studiendesign gebietet jedoch Zurückhaltung hinsichtlich einer unidirektionalen, kausalen Interpretation dieses Tatbestandes. Die Bedeutung der Reaktions- und Copingformen konnten für ausgewählte Bereiche der Lebenszufriedenheit, nicht jedoch für den klinischen Verlauf statistisch nachgewiesen werden.

Die vorliegende Studie zeigt in ihrer langjährigen und multidimensionalen Ausrichtung nicht nur den klinischen und sozialen Langzeitverlauf einer Gruppe an Schizophrenie erkrankter Patienten auf, sondern analysiert auch die sich zunehmend territorial orientierende psychiatrische Versorgung in Süditalien. Dabei werden objektive Daten ebenso wie subjektive Einschätzungen und Reaktionsformen der Betroffenen erhoben und in ihren Verläufen und Zusammenhängen dargestellt. Die Zahl der zum Zeitpunkt der Katamnese noch in Therapie befindlichen Patienten ist mit einem Anteil von über 50% als groß zu bezeichnen. Weitere Studien könnten aufzeigen, wie in der territorial orientierten italienischen Versorgungsstruktur mit diesem Thema der „Neuen Chronizität“ (vergl Serrano, 2006) umgegangen werden kann um zu verhindern, dass aus der „Gemeindepsychiatrie“ die „Psychiatriegemeinde“ (Rössler 2003) wird.

G. Literaturverzeichnis

- 1) Angermeyer MC. Soziales Netzwerk schizophrener Kranker unter den Bedingungen gemeindepsychiatrischer Versorgung. In: Häfner H, Hrsg. Was ist Schizophrenie? Stuttgart: Fischer, 1995:213-228.
- 2) Angermeyer MC. Schizophrenie und Lebensqualität. Fortschr Neurol Psychiatr 2000;68 Sonderheft 1:S2-S6.
- 3) Appleby L, Luchins DJ.(1996). Length of stay and recidivism among patient with schizophrenia. Psychiatr Services 47 985-990.
- 4) Bailer J. Prognose und Verlauf der schizophrenen Psychosen: Ergebnisse einer fünfjährigen prospektiven Verlaufsstudie. Peter Lang: Frankfurt 2000
- 5) Becker T. (1985). Psychiatric reform in Italy: how does it work in Piemont? British Journal of Psychiatry 147, 254-260.
- 6) Becker, T., Vázquez-Barquero, J.L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104 (Suppl. 410), 8-14.
- 7) Becker, T., Hülsmann, S., Knudsen, H.C., Mariny, K., Amaddeo, F., Herran, A., Knapp, M., Schene, A.H., Tansella, M., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, EPSILON Study Group (2002). Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37, 465-474.
- 8) Benkert O., Hippus H. (2003). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 4. nAuflage. Springer Verlag. Berlin-Heidelberg-Ney York.
- 9) Bland, R. C. (1979). Schizophrenia: Diagnostic criteria and outcome. Br. J. Psychiatry 134: 34-38.
- 10) Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G. (Hrsg.) Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke, 1911.
- 11) Bleuler M. Die Schizophrenien: die langen Verläufe und ihre Formbarkeit. In: Huber G (Hrsg.). Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 1973: 51-66
- 12) Bobes J, Gutiérrez M, Gibert J, Gonzáles MP, Herraiz L, Fernández A. Quality of life in schizophrenia: long-term follow-up in 362 chronic Spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment. Eur Psychiatry 1998;13:158-163.
- 13) Böker W., Brenner HD. (1984). Über Selbstheilungsversuche Schizophrener. Schweiz Archiv Neurol Neurochir Psychiatr 135: 123-133.

- 14) Böker W., Brenner HD. (1986). Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigen Arbeit und autoprotektive Anstrengungen. Verlag Huber, Bern.
- 15) Böker W. (2001). Psychotherapy for schizophrenia. Fortschr Neurol Psychiatr. 2001 Sep;69 Suppl 2:S138-40.
- 16) Bollettino ufficiale della regione Puglia 29.10.1991 (1991). Poligrafica Ruggiero S.r.l., Avellino, 1991.
- 17) Bollettino ufficiale della Regione Puglia 13.06.2005 (2005). Poligrafica Ruggiero S.r.l., Avellino, 2005.
- 18) Bollini P., Reich M.&Muscettola G. (1988). Revision of the italian psychiatric reform: North/south differences and future strategies. Social Science and Medicine 27, 1327-1335.
- 19) Bortz J. (2004). Statistik. Springer, Berlin.
- 20) Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J, Strauß A, Möller HJ. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. Schizophr Res 2003; 62: 37-44.
- 21) Brenner HD., Böker W., Müller J., Spichtig L., Würigler S. (1987). On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. Acta Psychiatr Scand 75: 405-414.
- 22) Buchkremer G. Prävention bei schizophrenen Patienten: Konzepte und Ergebnisse. In: Rudolf, Gae, Tölle R. (Hrsg.) Prävention in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1984.
- 23) Buchkremer G., Böser H. Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf und Möglichkeiten therapeutischer Intervention. In: Häfner H. (Hrsg.) Was ist Schizophrenie? Stuttgart: Fischer, 1995:213-228.
- 24) Buchkremer G., Klingberg S., Holle R., Schulze Mönking H., Hornung WP (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care givers: results of a 2-year-follow-up. Acta Psych Scand 1997; 96:483-491.
- 25) C Calvaruso, R Frisanco, S Izzo, Indagine Censis-Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica. Roma, Centro stampa fatebenefratelli, 1982.
- 26) Carpenter W. The treatment of negative symptoms: pharmacological and methodical issues. Br J Psychiatry 1996; 168(Suppl 29):17-22.
- 27) Carr V., Katsikis M. (1987). Illness behavior and schizophrenia. Psychiatr Med 5:163-170.

- 28) Chrisholm D., Knapp M. R., Knudsen H. C., Amaddeo F., Gaité L., van Wijngaarden B. (2000). Client Socio-Demographic and service Receipt Inventory - European Version : Development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. British journal of psychiatry. 2000, vol. 177, no 39 (55 p.) (21 ref.), pp. s28-s33.
- 29) Ciompi L, Müller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen, eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin: Springer, 1976.
- 30) Cohen C.J., Berk LA. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. Hosp Commun Psychiatry 36: 407-410.
- 31) Crepet P. (1990). A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform. British Journal of Psychiatry 156, 27-36.
- 32) Decreto Presidente della Repubblica, Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute mentale 1994-1996"; DPR 07.04.94 Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- 33) de Girolamo G. (1989). Italian Psychiatry and Reform Law: A review of the international literature. International Journal of social psychiatry, 35, 21-37.
- 34) de Girolamo G., Cozza M. (2000). The Italian Psychiatric Reform. A 20-Year Perspective. International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 23, No. 3-4, 197-214.
- 35) De Martis D., Pavan F., Vender S. (1982). Problemi di valutazione dell'intervento psichiatrico. Il pensiero scientifico editore, Roma.
- 36) De Salvia D., Crepet P. (1982). Psichiatria senza manicomio. Feltrinelli Editore, Milano.
- 37) de Salvia D., Barbato A. (1993). Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. Canadian Journal of Psychiatry, 38, 195-202.
- 38) de Souza et al. (2006). The Quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. Social Psychiatry and psychiatric epidemiology, Vol. 41(5) May 2006, 347-356.
- 39) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2006). Behandlungsleitlinie Schizophrenie, S3 in Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- 40) Diestelhorst S, Koller M, Müller P. (2001) Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungszeiten schizophrener Kranker über zwei Jahrzehnte in zwei psychiatrischen Krankenhäusern Krankenhauspsychiatrie 12 99-104.

- 41) Dilling H., Schulte-Markwort E., Freyberger H.J. (1994). Von der ICD-9 zur ICD-10. Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen. Hogrefe Verlag, Göttingen, 1994.
- 42) Doering S., Müller E., Köpcke W., Pietzcker A., Gaebel W., Linden M., Müller P., Müller-Spahn F., Tegeler J., Schüssler G. (1998). Predictors of Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia and Schizoaffektive Disorder. Schizophr. Bull.; 1998;24(1):87-98.
- 43) Dörner K., Plog U., Teller C. (2007) Irren ist menschlich Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie , 3. überarb. Aufl. d. Neuauflage 2002, Bonn 2007.
- 44) Dreßing H., Salize H. J. (2004). Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in den Ländern der Europäischen Union zu? Gesundheitswesen 2004, 66, 240-245.
- 45) Dreßing H., Müller P., Salize H.J. (2006). Pro und Kontra: Zunahme von Zwangseinweisungen psychisch Kranker. Psychiat Prax 2006; 33: 157-159.
- 46) Esposito G. (2005). Il Sole 24 Ore Sanità, Psychiatry online 2006.
- 47) Eurostat, Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (2006). Pressemitteilung 71/2006 vom 01.06.2006.
- 48) Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252(3):115-9.
- 49) Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ et al. Symptoms, Subtype, and Suicidality in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. Am J Psychiatry 1997; 154:199-204.
- 50) Fiedler PA., Buchkremer G. (1981). Psychotherapie bei schizophrenen Störungen. In: Bastine R., Fiedler PA., Grawe W., Schmidtchen G., Sommer G.: Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie.
- 51) Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Folia SL, Brewer K, Adams A, de Castella RA; Rolfe T, Davey P, Kulkarni J. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2001; 103: 387-392.
- 52) Flick U. (1995). Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie – Methoden und Anwendungen. Psychiatr Prax 1995; 22:91-96.
- 53) Frank W. (2007). Psychiatrie. Urban & Fischer, München.
- 54) Frieboes R-M. Soziotherapie gemäß §37a SGB V. Psychiatrische Indikation, Leistungsbeschreibung und sozialrechtlicher Hintergrund. Nervenarzt 2003; 74:596- 600.
- 55) Gaebel W. (1992). Verlaufsausgang und Verlaufsprädiktoren schizophrener

Erkrankungen unter neuroleptischer Behandlung. In: Rifkin A, Osterheider M. (Hrsg.) Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien. Berlin, Heidelberg: Springer, 1992:125-135.

- 56) Gaebel W., Riesbeck M., Janssen B., Schneider F, Held T., Mecklenburg H., Saß H. (2003). Atypical and typical neuroleptics in acute schizophrenia and related delusional disorders Drug choice, switching and outcome under naturalistic treatment conditions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2003) 253 : 175–184.
- 57) Gazzetta Ufficiale Nr. 133, 16.05.1978, legge 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1978.
- 58) Gazzetta Ufficiale Nr. 60, 23.12.1978, legge 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1978.
- 59) Gazzetta Ufficiale Nr 158, 01.02.1992, legge 502/92. Programmazione Sanitaria Nazionale e Definizione Dei Livelli uniformi di Assistenza. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1992.
- 60) Gazzetta Ufficiale Nr 248, 07.12.1993, legge 517/1993. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1993.
- 61) Gazzetta Ufficiale Nr 93, 22.04.1994, Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del progetto-obiettivo Tutela della salute mentale 1994-1996. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1993.
- 62) Gazzetta Ufficiale Nr 286, 07.12.1998, legge 419. Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1998.
- 63) Gazzetta Ufficiale Nr 313, 17.05.1999, Gesetz 133. Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1999.
- 64) Gazzetta Ufficiale Nr 274, 22.11.1999, Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999. Approvazione del progetto obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000. Istituto poligrafico e zecca dello stato SpA, Rom 1999.
- 65) Gerbaldo C. (1982). L'ospedalizzazione psichiatrica e le alternative al ricovero. Il pensiero scientifico editore, Roma.

- 66) Gerlach J, Larsen EB. Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99 (Suppl 395): 113-117.
- 67) Gilbert PL, Harris J, McAdams LA, Jeste DV. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:173-188.
- 68) Gilmer TP., Dolder CR., Lacro J., Folsom DP. et al. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 692-699.
- 69) Goldman M, DeQuardo JR, Tandon R, Taylor SF, Jibson M. (1999). Symptoms Correlates of Global Measures of Severity in Schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1999;40:458-461.
- 70) Greenwood N, Key A, Burns T, Bristow M, Sedgwick P. Satisfaction with in-patient psychiatric services. *Brit J Psychiatry* 1999;174:159-163.
- 71) Gross G. (1986). Basissymptome und Coping Behavior bei Schizophrenen. In Böker W und Brenner HD: *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber Verlag, Berlin.
- 72) Groß A, Bottlender R, Hoff A, Wegner U, Wittmann J, Möller HJ. Müncher 15-Jahres-Katamnese: Erste Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung an ersthospitalisierten Patienten mit schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen aus den Jahren 1980 bis 1982. In: Möller HJ, Müller N, Hrsg. *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien New York: Springer, 1998.
- 73) Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschr Neurol Psychiat* 1992; 60: 140-145.
- 74) Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatr Prax* 1994; 21: 88-95.
- 75) Häfner, H. (1995). *Was ist Schizophrenie?* Fischer Verlag, Stuttgart.
- 76) Häfner H. (2000). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. Beck, München.
- 77) Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, Gorman JM. Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1276-1278

- 78) Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness : a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 506-517.
- 79) Harvey CA, Jeffreys SE, McNaught AS, Blizard RA, King MB. (2007) The Camden Schizophrenia Surveys. III: Five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships. *Int J Soc Psychiatry*. 2007 Jul;53(4):340-56.
- 80) Heiden an der W, Krumm B, Müller S, Weber I, Biehl H, Schäfer M. (1995). Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie. *Nervenarzt* 1995;66:820-827.
- 81) Heiden an der W. (1996). Der Langzeitverlauf schizophrener Psychosen – Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 1-2, 8-21
- 82) Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnquist JK. Suicide and Schizophrenia : A Nationwide Psychological Autopsy Study on Age- and Sex-Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims with Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1235-1242.
- 83) Heim E. (1979). Coping oder Anpassungsvorgänge in der psychosomatischen Medizin. *Z Psychosom Med Psy* 25: 251-262.
- 84) Henderson C, Phelan M, Loftus L, Dall'Ágnola R, Ruggeri M. Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:188-195.
- 85) Hendryx M, Russo J, Stegner B, Dyck D, Ries R, Roy-Byrne P. (2003). Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. *The Journal of behavioral health Services and research* 30(3):342-351.
- 86) Herz MI., Glazer W., Mirza M., Mostert ., Hafez H., Smith P., Trigoboff E., Miles D., Simon J., Finn J., Schohn M. (1989). Die Behandlung prodromaler Episoden zur Prävention von Rückfällen in der Schizophrenie. In: W Böker, HD Brenner: Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie. verlag Huber, Bern.
- 87) Hornung WP. Psychoedukation und Psychopharmakotherapie. Stuttgart: Schattauer, 1998.
- 88) Huber G., Gross G., Schüttler R. (1984). Schizophrenie. Verlauf- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 bis 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrener Kranken. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 21. Reprint Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

- 89) Huttner D. M. (2006). Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten Analyse über einen Zeitraum von 9 Jahren. Dissertation, München.
- 90) Huber G. (2005). Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Schattauer, Stuttgart.
- 91) Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 172:185.
- 92) ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2001). Indagine trimestrale sulla forza di lavoro, Roma 2001.
- 93) ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2005). Dati socioeconomici regionali, Puglia. Roma 2005.
- 94) ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2006). Disoccupazione giovanile. Roma 2006.
- 95) ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2008). [Conti economici nazionali](#) (Anni 2001-2007) del 28 marzo 2008, Roma.
- 96) Janssen B, Burgmann C, Habel U et al. Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten. Nervenarzt 2000;71:364-372.
- 97) Jolley AG., Hirsch SR. (1990). Intermittierende und niedrig dosierte Neuroleptika-Therapie: Prophylaktische Strategien bei der Schizophrenie. In: R Olbich: Therapie der Schizophrenie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- 98) Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Nervenarzt 1996; 67: 572-582.
- 99) Kallert TW, Leiß M, Kreiner B, Bach O. Versorgungserwartungen an die im Freistaat Sachsen neu etablierten Sozialpsychiatrischen Dienste. Rehabilitation 1998;37:181-191.
- 100) Kampmann O., Lethinen K. (1999). Compliance in Psychoses. Acta Psychiatr Scand 1999; 100:167-175.
- 101) Kemmler G, Meise U, Tasser A et al. Subjektive Lebensqualität schizophren Erkrankter. Psychiat Prax 1999;26:9-15.
- 102) Kipnowski A., Kipnowski J. (1981). Zum Problem der Krankheitsverarbeitung. Die medizinische Welt 25: 1023-1026.
- 103) Kleinke CL. (1984). Comparing depression-coping strategies of schizophrenic men and depressed and nondepressed college students. J Clin Psychol 40: 420-426.

- 104) Klingberg S, Schaub A, Conradt B (2003) Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm, Weinheim: Beltz, PVU.
- 105) Klingberg S. (2007). Psychotherapie schizophrener Störungen. Evidenzbasierte Therapiestrategien; Psychiatrie und Psychotherapie up2date 1/3,161-176.
- 106) Klingberg S. (2007b). Therapiekonzeption. Was ist Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen? www.psychose-psychotherapie.de, 2008.
- 107) Klinkenberg M, Calsyn R.(1996). Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review *Psychiatric Services* 47:487-496.
- 108) Koivumaa-Honkanen HT., Honkanen R., Antikainen R., Hintikka J., Viinamäki H. (1999). Selfreported Life-Satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 377-384.
- 109) Kraemer R. (2005). Entwicklung schizophrener Patienten und die Nutzung verschiedener Therapieangebote vier Jahre nach Entlassung aus der Klinik. Dissertation Medizinische Fakultät, Tübingen.
- 110) Längle G., Welte W., Niedermeier-Bleier M. (1997). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 1997;2:479-490.
- 111) Längle G., Köster M., Mayenberg M., Günthner A. (2000). Der Therapeutische Arbeitsversuch: eine Annäherung an die Arbeitswelt für Psychiatriepatienten. *Psychiatr Prax* 2000; 27:176-182.
- 112) Längle G. (2001). Behandlungcompliance schizophrener Patienten nach Entlassung aus der Klinik. *Habilitationsschrift für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Eberhards-Karls-Universität zu Tübingen.*
- 113) Längle G., Renner G., Günthner A., Stuhlinger M., Eschweiler G., U'Ren R., Foerster K. (2003). Psychiatric commitment: patients' perspectives. *Med Law*. 2003;22(1):39-53.
- 114) Lally SJ. (1989). „Does being in here mean there is something wrong with me?“ *Schizophr Bull* 2: 253-265.
- 115) Lambert M., Perro C., Naber D. (2000). Pharmakotherapie als integrativer Bestandteil in der Behandlung schizophrener Patienten. In: Krausz M., Naber D. (Hrsg.). *Integrative Schizophrenietherapie: Behandlungsphilosophie und Interventionen.* Basel: Karger, 2000, 36-85.

- 116) Larsen TK., McGlashan TH., Moe LC. (1996). First-episode schizophrenia: I. early schizophrenia course parameters. *Schizophr Bull* 1996; 22: 241-256.
- 117) Lasalvia A., Ruggeri M. (2003). L'esito della schizofrenia. Gli studi internazionali e i dati italiani. Centro scientifico editore, Torino, 2003.
- 118) Lasalvia A. (2007). Eterogenità dei DSM veneti a dieci anni dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996". Quali implicazioni per la pratica clinica? Indagine sui Servizi partecipanti al Progetto PICOS-Veneto. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 1, 2007, 59-70.
- 119) Leißle M., Kallert T.W. (2000). Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 450-460.
- 120) Linden M, Baier D, Gothe H, Kohlen R. What Happens to Patients After the End of a Clinical Trial? Systematic Follow-up Observational Study of an Open Moclobemide Trial in Major Depression. *Pharmacopsychiat* 1997;30 (Suppl.):35-121) Link BG. (1985). The labeling perspective and its critics: A reformulation in the area of mental disorder. Vortrag beim Eastern Sociological Association Meeting, Philadelphia.
- 122) Longobardi N (1994) La nuova organizzazione delle unità sanitarie locali. *Sanità Pubblica*, Anno XIV – n. 12/12, S 124-136
- 123) Maj M., Starace F. & Kemali D. (1989). Implementing psychiatric reform in southern Italy: the case of Campania. *International Journal of Social Psychiatry* 35:46-53.
- 124) Mapelli V. (1999). Il sistema sanitario italiano. Società editrice il Mulino, Bologna 1999.
- 125) Marneros A., Dreister A., Rohde A. (1991). Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- 126) Maurer K. (1995). Der geschlechtsspezifische Verlauf der Schizophrenie über 10 Jahre. Hamburg, Dr. Kovac.
- 127) Mason P., Harrison G., Glazebrook C., Medley I., Docherty S., Croudace T. (1994). Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years. A report from the Nottingham field research centre of the WHO International Study on Schizophrenia. (Unpublished).
- 128) Mc Candless-Glimscher L., McKnight S., Hamera E., Smith BL., Peterson KA., Plumlee AA. (1986). Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hosp Commun Psychiatry* 37: 929-933.

- 129) Mercer GT, Molinari V, Kunik ME. (1999). Rehospitalization of older psychiatric inpatients: an investigation of predictors Gerontologist 39 591-598.
- 130) Misiti R., Debernardi A., Gerbaldo C., Guarnirei M. (1981). La Riforma psichiatrica. Prima fase di attuazione. Il pensiero scientifico editore, Roma.
- 131) Modestin J, Huber A, Satirli E. Long-Term Course of Schizophrenic Illness: Bleuler`s Study Reconsidered. Am J Psychiatry 2003; 160: 2202-2208.
- 132) [Mörchen G, Pieters V, Weickert A, Niederle C, Fähndrich E, Voigtländer W.](#) (2002). Poverty and deficits in basis social supplies among inpatient psychiatric patients. Psychiatr Prax. 2002 Sep;29(6):295-300.
- 133) Möller HJ, Laux G, Deister A. Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates, 1996.
- 134) Möller H.-J., Angermeyer M. C., Bandelow B., Deuschle M., Kissling W., Linden M., Naber D., Schmauß M., Voderholzer U. (2007). Compliance bei Schizophrenie und vergleichbaren psychotischen Störungen. Basis für ein erfolgreiches Therapiekonzept. Psychopharmakotherapie, 14. Jahrgang; Heft 1, 14-22.
- 135) Müller P, Gaebel W, Bandelow B et al. (1998). Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. Nervenarzt 1998;69:204-209.
- 136) Naber D., Lambert M., Krausz M. (1999). Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten. Bremen: UNI-MED, 1999.
- 137) Norman RMG, Malla AK, Cortese et al. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 303-309.
- 138) Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability / stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull 1984; 2:300-312
- 139) Olfson M, Mechanic D, Boyer CA. (1999). Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. Journal of nervous and mental disease 187:721-729.
- 140) Oliver JPJ. (1991). The social care directive: development of an quality of life profile for use in community services for the mentally ill. Social Work and Social Sciences Review (1):5-45.
- 141) Pajonk, F. G., Wobrock, T. & Falkai, P. (2005a). Langzeittherapie der Schizophrenie. Teil I: Hintergrund, Behandlungsziele, Pharmakotherapie. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 73, 161-177.
- 142) Pearlin LT., Schooler C. (1978). The structure of coping. J Health Soc Behav 19: 2-21.

- 143) Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF. (1999). Symptoms Predicting inpatient service use among patients with bipolar affective disorder *Psychiatric services* 50:806-812.
- 144) Perris C. & Kemali D. (1985) Focus on the Italian psychiatric reform: an introduction. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 316*, 9-25.
- 145) Piro S., Oddati A. (1983). *La riforma psichiatrica del 1978 e il meridione d'Italia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- 146) Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M., Hoffmann, C. & Jäkel, A. (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 22, 140-144.
- 147) Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal Behavior in Patients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:1590-1595.
- 148) Ritsner M., Ben-Avi I., Ponizovsky A., Timinsky I., Modai I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Qual Life Res.* 12:1-9.
- 149) Ritsner M., Ratner Y. (2006). The long-term changes in coping strategies in schizophrenia. Temporal coping types. *The journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 194, No 4, 261-267.
- 150) Rudnick A. (2001). The impact of coping on the relation between and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry.* 64:304-308.
- 151) Ruggeri M., Dall'Agnola R. (2000). *Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Il Pensiero scientifico editore, Roma.
- 152) Rupperecht R., Hampel H. (2006). *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Wissenschaftliche Verlagsgruppe, Stuttgart.
- 153) Samele C., van Os J., McKenzie K., Wright A., Gilvarry C., Manley C., Tattan T., Murray M. (2001). Does socioeconomic status predict course and outcome in patients with psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2001) 36: 573-581.
- 154) Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe, 1996.
- 155) Saupe R., Englert JS., Gebhardt R., Stieglitz RD. (1991). Schizophrenie und Coping: bisherige Befunde und verhaltenstherapeutische Überlegungen. *Verhaltenstherapie* 1:130-138.

- 156) Schaub A. (1993). Formen der Auseinandersetzung bei schizophrener Erkrankung. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main, 1993.
- 157) Schmid R, Neuner T, Cording C, Spiessl H. (2006). Schizophrenic patients' quality of life--association with coping, locus of control, subjective well-being, satisfaction and patient-judged caregiver burden. Psychiatr Prax. 2006 Oct;33(7):337-43.
- 158) Schmiedebach H.P., Beddies T., Schulz J., Priebe S. (2002). Wohnen und Arbeit als Kriterien einer „sozialen Integration“ psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000. Psychiatr Prax 2002; 29: 285-294.
- 159) Schüttler R. (Hrsg.) (1988) Wege psychiatrischer Patienten fünf Jahre nach der ersten stationären Behandlung. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung. Zuckschwerdt Verlag GmbH, München, Bern, Wien, San Francisco.
- 160) Serrano M. (1983). L'assistenza psichiatrica a Martina Franca. Tesi di specializzazione in Psichiatria, Università di Bari, 1983.
- 161) Servizio Dipartimentale di Salute Mentale, USL RM 12 (1992). Versione Italiana del Lancashire Quality of Life Profile. Istituto Superiore di Sanità, Roma 1992.
- 162) Shipley K, Hilborn B, Hansell A, Tyrer J, Tyrer P. Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 330-333.
- 163) Sim K, Chan YH, Chong SA, Siris SG. A 24-month prospective outcome study of first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder within an early psychosis intervention program. J Clin Psychiatry. 2007 Sep;68(9):1368-76.
- 164) Spengler A. (2007). Zwangseinweisungen in Deutschland – Basisdaten und Trends. Psychiatrische Praxis 2007, 34, 191-195.
- 166) Spießl H., Hübner-Liebermann B., Binder H., Cording C. (2002). „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik – eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über 5 Jahre. Psychiatrische Praxis 2002; 29: 350-354. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
- 167) Stöhr R. (1986). Bewältigungsstrategien bei schizophrenen Patienten. Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- 168) Süllwold L. (1986). Basisstörungen: Instabilität von Hirnfunktionen In: W. Böker, HD. Brenner: Bewältigung der Schizophrenie. Verlag Huber, Bern 1986.

- 169) Swett C. (1995). Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission. *Psychiatric Services* 46 482-485.
- 170) Tansella M, Williams P (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-289).
- 171) Thompson E, Neighbors H, Munday C, Trierweiler S. (2003) Length of Stay Referral to aftercare and rehospitalisation among psychiatric inpatients *Psychiatric Services* 54 1271-1276.
- 172) Thomae H. (1968). *Das Individuum und seine Welt*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- 173) Thomae H. (1985). *Dynamik des menschlichen Handelns. Ausgewählte Schriften zur Psychologie 1944-1984*. Bouvier Verlag Bonn, 1985.
- 174) Thomae H. (1988). *Das Individuum und seine Welt. 2. völlig neu bearbeitete Auflage*. Hogrefe Verlag Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1988.
- 175) Thomae H. (1996). *Das Individuum und seine Welt. 3., erweiterte und verbesserte Auflage*. Hogrefe Verlag Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1996.
- 176) Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001; 178:2-4.
- 177) Thurm-Mussgay I., Häfner H. (1990). Bewältigung der Krankheit Schizophrenie und ihrer Folgen. In: R Olbrich: *Therapie der Schizophrenie*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- 178) Tsoi W.F., Wong K. E. (1991). A 15-year follow-up study of Chinese schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 217-220
- 179) Uçok A., Polat A., Cakir S., Genc A. (2006). One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. *EUR Arch Psychiatry Clin Neurosci*.2006, Febr; 256 (1): 37-43;
- 180) Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J.. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 203-210.
- 181) Viani G., Tiberio A. (2002). *Manuale di legislazione sanitaria*. Franco Angeli, Milano.
- 182) Vineis P., Dirindin N. (2004). *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*. Einaudi editore, Torino.
- 183) Weber F. *Änderung der Lebenssituation und der Symptomatik im Langzeitverlauf schizophrener Patienten*. Tübingen: Diplomarbeit, Psychologisches Institut Eberhard-Karls-Universität Tübingen, 1998.

- 184) Wiedemann G, Klingberg S. Psychotherapie produktiver Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Psychose. *Nervenarzt* 2003; 74:76-84.
- 185) Wiedl KH., Schöttner B. (1989a). Die Bewältigung von Schizophrenie (I):Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. *Zschr Klein Psych Psychopath* 2: 176-194.
- 186) Wiedl KH., Schöttner B. (1989b). Die Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung (II):Weiterführende Forschungsansätze. *Zschr Klein Psych Psychopath* 3: 317-341.
- 187) Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J. & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.
- 188) Wolfersdorf M, Neher F und Arbeitsgemeinschaft (2003). Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus. Schizophrenie und Suizid – Ergebnisse eines Kontrollgruppenvergleiches bei durch Suizid während stationärer psychiatrischer Behandlung verstorbenen schizophrenen Patienten. *Psychiat Prax* 2003; 30:272-278.
- 189) Woogh CM. (1986). A cohort through the revolving door. *Can J Psychiatry* 31:214-220.
- 190) World Health Organization (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, 1980.
- 191) Wright RG, Heimann JR, Shupe J, Olvera G. (1989). Defining and measuring stabilisation of patients during 4 years of intensive community support. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1293-1298.

H. Anhang

1. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Strukturdarstellung eines Departments für seelische Gesundheit
- Abb. 2: Organigramm des Territorialen Psychiatrischen Versorgungsdienstes Martina Franca
- Abb. 3: Teilnahme an der katamnesticen Untersuchung
- Abb. 4: Organigramm des Departments für seelische Gesundheit, Tarent
- Abb. 5: Organigramm des TPV Martina Franca
- Abb. 6: Rehospitalisierungsraten im Katamnesezeitraum; N=39
- Abb. 7: Zahl der Zwangseinweisungen Im Katamnesezeitraum; N=39
- Abb. 8: Gesamtdauer stationärer Behandlung im Katamnesezeitraum;N=39
- Abb. 9: Compliance zu T2; N=26
- Abb. 10: GAF-Werte zu T1; N=50
- Abb. 11: GAF-Werte zu T2; N=39

Tabellenverzeichnis

- Tab.1: Psychiatrische Versorgungsstrukturen in Apulien 1991
- Tab.2: Psychiatrische Versorgungsstrukturen in Apulien 2005
- Tab.3: Personalzahlen Psychiatrische Versorgung Apulien; Soll-Ist-Vergleich
- Tab. 4: Soziales und wirtschaftliches Profil von Martina Franca 1961-2005
- Tab. 5: Kriterien der Untersuchungsstichprobe
- Tab. 6: Erhebungsinstrumente nach Untersuchungszeitpunkten
E (Erstuntersuchung) und K (Katamnese)
- Tab. 7: Bereiche und Kriterien der Bewertung der Versorgungssituation
- Tab. 8: Soziodemografische Variablen der Erstuntersuchung
- Tab. 9: klinische Variablen der Erst- und Zweituntersuchung

- Tab. 10: Wohnsituation zu T1
- Tab. 11: Diagnosegruppen zu T1
- Tab. 12: Zeitpunkt der Ersterkrankung
- Tab. 13: Anzahl der stationären Aufenthalte vor T1
- Tab. 14: Anzahl der Zwangseinweisungen vor T1
- Tab. 15: Gesamtdauer der stationären Aufenthalte vor T1
- Tab. 16: Verteilung der GAF-Werte zu T1
- Tab. 17: Verteilung der Compliance zu T1
- Tab. 18: Homogenitätsprüfung stationäre und territoriale Teilgruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt
- Tab. 19: Vergleich der soziodemografischen und klinischen Variablen zu T1 der Katamnesegruppe (N=39) mit der Gesamtstichprobe (N=50).
- Tab. 20: Vergleich der Teilnehmer (N=39) und Nichtteilnehmer (Schwundgruppe) (N=11) an der Katamneseuntersuchung: Signifikante Unterschiede in den zu T1 erhobenen Variablen.
- Tabelle 21: Gegenüberstellung der Versorgungsdaten 1985/86 und 2006
- Tabelle 22: Versorgungsdaten 2006
- Tabelle 23: Prozentualer Nutzungsgrad der Therapieangebote in der Gruppe der befragten Patienten in den 3 Monaten vor Befragung (N=26).
- Tabelle 24: Durchschnittliche Nützlichkeitseinschätzung der therapeutischen Angebote durch die zum Zweituntersuchungszeitpunkt befragten Patienten
- Tab. 25: Signifikante Unterschiede zwischen Patienten (N=26) und Geheilten (N=13) hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Daten zu T1
- Tab. 26: Gruppenvergleich selten und häufig rehospitalisierte Katamnese Teilnehmer bezüglich der Daten zu T1 (N=39)
- Tab. 27: Gruppenvergleich häufig und selten rehospitalisierte Katamnese Teilnehmer bezüglich der Daten zu T2 (N=39)
- Tab. 28: Erwerbstätigkeit der Patienten zu T1 und T2 (N=39)

Tab. 29: Lebensunterhalt der Patienten zu T1 und T2 (N=39)

Tab. 30: Wohnsituation der Patienten zu T1 und T2 (N=39)

Tab. 31: Verteilung der Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens in der Katamnese Stichprobe (N=39; im Bereich ‚Arbeit‘ N=23)

Tab. 32: Auftretenshäufigkeiten der Reaktionsformen zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 33: Vergleich der Reaktionsformen territorialen und stationären Untersuchungsgruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 34: Intensitätsverteilung und Dominanz der Reaktionsformen in der territorialen und stationären Untersuchungsgruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 35: Rangordnung der dominanten Reaktionsformen in der territorialen Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 36: Rangordnung der dominanten Reaktionsformen in der stationären Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 37: Rangordnung der durchschnittlichen Intensitäten der Reaktionsformen in der territorialen Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 38: Rangordnung der durchschnittlichen Intensitäten der Reaktionsformen in der stationären Gruppe zum Erstuntersuchungszeitpunkt

Tab. 39: Erfüllung des Psychiatrischen Versorgungsstandards in Apulien

Tabelle 40: Zahl der stationäre Einweisungen und Zwangseinweisungen pro 100.000 Einwohner in Martina Franca

Tabelle 41: Therapieangebote, nach Nutzungsgrad geordnet (inkl. der Bewertung des Therapieangebotes durch die Patienten).

Tab. 42: Kriterien für den Krankheitsverlauf, gruppiert mit Punktebewertung

Tab.: 43: Verlaufsverteilung in der Katamnesegruppe

2. Erhebungsinstrumente

Fragebogen zur Einschätzung der Patienten –Compliance

Bitte schätzen Sie aus Ihrer Sicht ein, inwieweit die unten aufgeführten Patienten die medizinisch -therapeutischen Anweisungen (z. B.: Instruktionsgerechte Medikamenteneinnahme) befolgen, sich an die Richtlinien der Hausordnung halten und bei präventiven oder rehabilitativen Maßnahmen mitarbeiten.

Skalenwert -Schlüssel:

- 1 = hält sich nur selten an die Vorschriften; tut so gut wie nichts, um den Anweisungen der Ärzte oder des Pflegepersonals nachzukommen; gibt sich unwillig und ist nicht kooperationsbereit
- 2 = ist ziemlich nachlässig bei der Befolgung von Anweisungen; kommt den ärztlichen Verordnungen nur gelegentlich nach; muss häufig ermahnt oder ermuntert werden
- 3 = hält sich meistens an die Vorschriften und befolgt die medizinisch – therapeutischen Maßnahmen im großen und ganzen recht zufriedenstellend; muss gelegentlich ermahnt werden
- 4 = ist ziemlich zuverlässig bei der Befolgung ärztlicher Anweisungen; ist kooperationsbereit; arbeitet gut mit; hält sich an die Hausordnung
- 5 = ist ausgesprochen korrekt bei der Befolgung medizinisch -therapeutischer Anweisungen; bemüht sich intensiv und kontinuierlich um eine Verbesserung des klinischen Zustandsbildes; ist äußerst kooperativ; ist sehr korrekt in der Einhaltung der Hausordnung

Patient/-in	Einschätzung	Bemerkungen

Der Explorationsleitfaden

1. Biographische Anamnese bis zur Ersterkrankung

- o Kindheit und Jugend
- o frühes Erwachsenenalter und evtl. Familiengründung
- o schulische und berufliche Aspekte

2. Krankheitsgeschichte und Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Therapieangeboten im engeren Sinne

- o Zeitpunkt der Ersterkrankung
- o Wahrnehmung und Reaktion auf erlebte Veränderung
- o Situation vor der Erstbehandlung (territorial/stationär)
- o Beschreibung der Erstbehandlung (territorial/stationär)
- o Reaktion auf die Diagnose(stellung) und spontane Einstellung zur Krankheit
- o Erarbeitung des individuellen Krankheitsmodells und Anpassung an die neue Situation
- o Einstellung und Beziehungsaufbau zur psychiatrischen Versorgung und zu den Mitarbeitern der Versorgungseinrichtung (Klinik/territorialer Dienst)
- o Erlebnisse mit der weiteren psychiatrischen Versorgung und mit dem Verlauf der schizophrenen Erkrankung
- o Erlebnisse mit der momentanen psychiatrischen Versorgung und mit dem aktuellen Verlauf der schizophrenen Erkrankung
- o Erlebte/erlernte Beeinflussungsmöglichkeiten bezüglich des Krankheitsverlaufes
- o Erlebte/erlernte Veränderung oder Stabilität bezüglich des individuellen Krankheitsmodells

3. Lebensgeschichte (nach der Ersterkrankung) und Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Therapieangeboten im weiteren Sinne

- o Soziales Umfeld im Moment der Ersterkrankung (unter sozialem Umfeld werden hier verstanden: Familie/Partnerschaft, weitere Bezugspersonen, Arbeitsumfeld)
- o Reaktionen und spontane Einstellungsbildungen des sozialen Umfeldes im Zusammenhang mit der Ersterkrankung
- o Reaktionen und spontane Einstellungsbildungen des sozialen Umfeldes im Zusammenhang mit der Erstbehandlung (stationär/territorial)
- o Einstellung und (wechselseitiger) Beziehungsaufbau des sozialen Umfeldes zur psychiatrischen Versorgung und zu den Mitarbeitern der Versorgungseinrichtung (Klinik/territorialer Dienst)
- o Auf das soziale Umfeld bezogene erlebte Veränderungen im weiteren Krankheitsverlauf

4. Qualitäten der Gegenwartssituation in einzelnen Lebensbereichen

- o Das psychiatrische Versorgungsangebot (Klinik/territorialer Dienst)
- o Die Familie und Partnerschaft
- o Das soziale Umfeld
- o Die Ausbildungs-IBerufssituation
- o Die finanzielle und wohnungsmäßige Situation
- o Spezielle Interessen
- o Der 'typische' Tagesablauf

5. Zukunftsperspektiven

6. Abschließende Fragen

3. Kategoriensystem der Daseinstechniken

Die Reaktionsformen

- (1) Leistung
 - (2) Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation (Anpassung I)
 - (3) Anpassung an die Eigenheiten und/oder Bedürfnisse anderer (Anpassung II)
 - (4) Aufgreifen von Chancen
 - (5) Bitte um Hilfe
 - (6) Stiftung und Pflege sozialer Kontakte
 - (7) Zurückstellen eigener Bedürfnisse
 - (8) Sich auf andere verlassen
 - (9) Korrektur von Erwartungen
 - (10) Widerstand
 - (11) (Selbst)-Behauptung
 - (12) Akzeptieren der Situation
 - (13) Positive Deutung der Situation
 - (14) Situation den Umständen überlassen
 - (15) Hoffnung
 - (16) Depressive Reaktion
 - (17) Identifikation
 - (18) Evasive Reaktion
 - (19) Betonte Realitätsorientierung
 - (20) Aggression/Kritik
- Zusatzkategorien:
- (21) Erlebte soziale Isolierung
 - (22) Selbstwertproblematik
 - (23) Angst

(1) Leistung

Thomae (1988) definiert in Anlehnung an H.A. Murray (1938) diese Kategorie als Zusammenfassung aller Reaktionsformen, "die mit Anstrengung, Mühewaltung, also mit Energieeinsatz verbunden sind. Darüber hinaus werden hier auch Äußerungen zugeordnet, in denen von dem Einsatz von Ressourcen (z.B. Geld) die Rede ist, die mit Mühewaltung erworben worden waren (a.a.O., 86)". Entscheidend für die Einordnung entsprechender Äußerungen in diese Kategorie ist weniger ein objektiver Schwierigkeits-oder Gütemaßstab, sondern vielmehr die "Betonung eigenen Bemühens (Thomae 1968, 366)".

Angaben über erbrachte Leistungen fanden sich in der vorliegenden Untersuchung in einem breiten Spektrum von Zielbereichen, sowie in sehr unterschiedlichen instrumentellen Zusammenhängen.

Beispiel 1

"Hier im CIM fällt es mir nicht immer leicht, den laufenden Gesprächen zu folgen. Es sind ja auch immer so viele Leute hier im Raum. Trotzdem versuche ich immer wenn ich herkomme, wenigstens mit einer Person ein etwas intensiveres Gespräch zu führen. Das strengt mich zwar an, gibt mir aber auch das Gefühl, etwas Sinnvolles getan zu haben, meine Gesprächsbereitschaft geübt zu haben. (mit wem?) Bei den Krankenschwestern fällt es mir leichter. aber ich strengte mich auch an, mit den anderen Patienten ins Gespräch zu kommen, das ist allerdings etwas schwieriger für mich, klappt aber manchmal ganz gut.'

Ein besonderer Fall von Leistungsreaktionen muss zudem in der Suche nach Informationen gesehen werden, insoweit sie mit beträchtlichem Energieaufwand seitens des Suchenden einhergehen. Dies trifft bezüglich der in dieser Studie explorierten Personen insbesondere im Zusammenhang mit der Suche nach Informationen über Ätiologie, Verlauf oder Therapie der bei ihnen diagnostizierten Krankheit zu. Es wurde jedoch in vorliegender Arbeit bewusst darauf verzichtet, diesen "Spezialfall" der Leistungsreaktion in einer eigenständigen Kategorie zu erfassen (wie z.B. Schaub 1993), da auch hier das zentrale Zuordnungskriterium der Betonung der eigenen Anstrengung beibehalten werden sollte.

Beispiel 2

"In den ersten Tagen in der Klinik habe ich mich unheimlich alleine gefühlt. Auch deshalb, weil keiner mir sagen wollte, warum ich da eigentlich war, was das für einen Sinn haben sollte. Ich habe dann angefangen, alle die mir über den Weg liefen zu fragen, was ich denn da eigentlich sollte. (wen haben Sie gefragt?) Na, erst die Schwestern und Pfleger. Aber die haben mir nur so allgemeines Zeug erzählt. Da wurde ich dann erst richtig wütend, hab mir dann aber gesagt, wenn du etwas vernünftiges erfahren willst, musst du hartnackig weiterfragen. Das hab ich dann auch gemacht, obwohl es nicht nur die anderen sondern auch mich immer mehr angestrengt hat. Das ist blöd. wenn dir keiner eine vernünftige Antwort geben will, du gerätst zunehmend unter Druck, du fixierst dich, das musst du doch schaffen und so. Die nannten mich dann auf der Station den 'Bohrer. Aber ich hab weitergebohrt, und nach ein paar Tagen hat mir Dr. C. dann auch endlich eine 'Audienz' gegeben und mir gesagt, warum es wohl in den Tagen für mich besser war, dort in der Klinik zu sein.'

In vorliegender Arbeit tritt Leistung vor allem auch in Zusammenhang mit dem Bemühen um Kontrolle und Steuerung des psychotischen Prozesses auf. Dabei muss aber grundsätzlich die Frage nach dem Grad des Zeit-bzw. Zukunftsbezuges

von Leistung gestellt werden. Entgegen der Einschränkung des Leistungsbegriffes durch Stöhr (1986) bei einer Untersuchungsgruppe an Schizophrenie erkrankter Menschen hinsichtlich des Bemühens um Kontrolle und Steuerung des psychotischen Prozesses auf den "Erhalt eines gegebenen Status Quo (a.a.O., 86)" wird von vielen Explorierten der vorliegenden Untersuchung der Aspekt der Investition für die Zukunft als der für die Auswahl und Realisierung einer Leistungsreaktion letztlich Entscheidende herausgestellt. Aus dieser Gruppe von Leistungsreaktionen, die speziell durch starke willentliche Anstrengungen sowie einen planerischen Zukunftsbezug gekennzeichnet sind, eine eigenständige Kategorie zu bilden (vergl. "eigendirektive Leistung"; Kipnowski 1980, Schaub 1984 und 1993) wurde aus den bereits oben für den Bereich der Informationssuche herausgestellten Gründen auch hier abgelehnt. Zu groß erscheint auch hier der Überschneidungsbereich zweier Kategorien mit dem Risiko einer eher zufälligen Zuordnung als Folge.

Beispiel 3

(Jetzt, wo es Dir wieder gut geht, hast Du da bestimmte Pläne?) "Ja schon, ich habe beschlossen, mehr mit meinen Freunden zu unternehmen, mich mehr zu zerstreuen. Das wird mich viel Anstrengung kosten, aber ich möchte auf alle Fälle zu verhindern suchen, dass sich sowas noch einmal wiederholt. Ich möchte mein alltägliches Leben abwechslungsreicher gestalten. Mehr Pflichten übernehmen, denn je mehr ich zu tun habe und je mehr ich mich anstrengende, desto weniger Zeit habe ich, über bestimmte Dinge nachzutrübeln".

(2) Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation (Anpassung 1)

In der Copingforschung -speziell auch in den Studien, die sich mit den Reaktionen Betroffener auf eine schizophrene Erkrankung beschäftigen-wird ein recht breites Spektrum an Operationalisierungen angeboten bezüglich dessen, worin und wie sich Anpassung ausdrücke. In vorliegender Studie wird dabei in einem ersten Schritt die grundsätzliche Unterscheidung von Thomae (1988) bezüglich des Anpassungsobjektes übernommen.

Im weiteren wirft die Beschäftigung mit dem Begriff der Anpassung die Frage auf, ob unter ihr lediglich eine passive Reaktionsform i.S. einer Reduzierung und/oder Umstrukturierung eigener Bedürfnisse oder aber auch eine aktivere Nutzung institutionell gegebener Rahmenbedingungen zu verstehen ist (vergl. hierzu auch Lazarus&Launier 1979). Thomae (1988) definiert in seiner neuesten Überarbeitung diese Reaktionsform eindeutig i.S. der Integration beider Aspekte, als den "Versuch zur Problemlösung bzw. Beantwortung von Belastung unter Beschaffung und/oder Verwertung aller sachlich erforderlichen Informationen und Fertigkeiten - insbesondere auch hinsichtlich der sozialen Bedingungen (Chancen oder Hindernisse) für die Problemlösung (a.a.O., 87)". Diese Definition wird auch für vorliegende Arbeit übernommen.

Solchermaßen operationalisierte Reaktionsformen umfassen also ein breites Spektrum von notwendigen Kenntnissen und Fertigkeiten seitens des Betroffenen, dessen Pole als akkomodatorische respektive assimilatorische Kompetenzen bezeichnet werden können (in Anlehnung an Piaget). Es handelt sich also bei den

hier einzuordnenden Reaktionen nicht nur um ein "passives Sich-Anpassen", sondern häufig auch um ein "aktiveres Passend-Machen" von Situationen auf dem Hintergrund einer individuellen Erlebens- und Bedürfnisstruktur.

Beispiel 4

(während der Schulzeit, hattest Du da einen speziellen Berufswunsch ?)

•...dann habe ich meine Leidenschaft für die Elektrotechnik entdeckt. Später habe ich dann entgegen all meinen Vorstellungen meinen heutigen Beruf (Maurer) ergriffen, auch wenn es der einzige Beruf ist, den ich nie leiden konnte. Aber das war natürlich keine freie Entscheidung von mir, ich kann sagen, dass der Beruf eher zu mir gekommen ist, als dass ich mich auf die Suche nach ihm begeben hätte. Aber in meiner Gegend war das der einzige Beruf, in dem ich Arbeit finden konnte und arbeiten musste ich ja schließlich. So habe auch ich leider diesen Beruf ergreifen müssen, wie auch immer, heute bin ich damit zufrieden."

Der oben beschriebene Aspekt der Nutzung institutioneller Rahmenbedingungen zur die Verwirklichung eigener Bedürfnisse und Vorstellungen kommt in folgenden Beispielen zum Tragen:

Beispiel 5

(was bedeutet es für Dich, Priester zu werden?) 'Meine ganz persönliche Meinung ist es, dass mein Wunsch weniger auf eine Berufung als auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass es für mich der einfachste Weg wäre.... Denk mal drüber nach, wenn ich nicht Priester werden würde, müsste ich mich um einen anderen Arbeitsplatz bewerben, mir ein Mädchen suchen, eine Wohnung usw.. Das alles wäre für mich unheimlich schwierig.'

Beispiel 6

(haben sie Dir in der Klinik Deine Diagnose mitgeteilt?) "Ja, warte mal. Sie hatten auf mein Krankenblatt geschrieben 'deliranter Zustand im Rahmen einer sensitiven Persönlichkeit'. Dieses Krankenblatt habe ich noch heute zu Hause. Ich habe mir dieses Krankenblatt aus der Klinik geholt, weil ich den Militärdienst nicht machen wollte.'

Nicht in jedem Fall ging bei den Betroffenen eine Anpassungsreaktion *mit* einer inneren und/oder dauerhaften Einstellungs- oder Bedürfnisstrukturänderung einher; gerade im Umgang *mit* den teilweise recht rigiden institutionellen Rahmenbedingungen einer psychiatrischen Klinik berichteten die Befragten häufig auch von "vorgespielten" Anpassungsreaktionen, die bei Wegfall dieser einschränkend erlebten institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. im Fall einer Entlassung) auch sofort aufgegeben wurden:

Beispiel 7

"Am Anfang war für mich die ganze Situation in der Klinik sehr schwer: die festen Essenszeiten, das ruhige Herumsitzen und vor allem die vielen Medikamente. Am Anfang habe ich das alles abgelehnt, auch die Tabletten. Dann habe ich aber gesehen, dass die anderen Patienten schneller entlassen wurden, wenn sie alle Anweisungen und Regeln befolgten. Da hab ich mir gesagt, hier herauskommen ist das wichtigste, also nimm die Tabletten und so. Dann dauerte das zum Glück auch nicht so lange und dann war ich wieder zu Hause, wo ich alles so machen konnte, wie ich das für richtig halte."

(3) Anpassung an die Eigenheiten und/oder Bedürfnisse anderer (Anpassung II)

Die von den Betroffenen erlebte und berichtete subjektive Sinnhaftigkeit, dass echte oder vermutete Qualitäten Einzelner oder auch von Gruppen zum Maßstab werden, dem sich das eigene Verhalten fügt (Thomae 1988, 88)" ist die Grundlage für die Zuordnung entsprechender Reaktionen zu dieser Kategorie.

Die Aktualisierung dieser Reaktionsform kann sowohl in eine instrumentelle wie auch eine prosoziale Motivlage eingebunden sein.

Beispiel 8

(hast du dann versucht, Deiner Mutter zu helfen?) "Natürlich, nur war das auch nicht ganz leicht. (inwiefern?) Sieh mal, wenn ich meiner Mutter helfen wollte, musste ich ja irgendwie ihre Position in der Familie verbessern, auch ich musste dann mehr auf sie hören, damit die anderen merkten, aha, da hört jemand auf die Mutter. Dann habe ich sie auch mehr gefragt, was sie von irgendwelchen Sachen denkt oder was ich ihrer Meinung nach machen sollte und hab das dann auch getan; irgendwie bin ich selbst dann auch dabei gut gefahren, na ja, meine Mutter hat ja auch mehr Lebenserfahrung als ich; und die anderen haben sie dann auch tatsächlich mehr respektiert.'

Überschneidungen mit der oben dargestellten Kategorie "Anpassung I" zeigen sich im Rahmen dieser Studie in einigen Fällen, in denen es sich um berichtete Anpassungsleistungen bezogen auf psychiatrisches Personal (zumeist in den Kliniken) handelte; als diskriminatives Zuordnungskriterium zur Kategorie "Anpassung „ wurde deshalb der Tatbestand definiert, dass die Anpassungsreaktion aus der direkten Interaktion mit einer bestimmten Person heraus resultierte, auch wenn diese ein typischer institutioneller Rollenträger ist, wie im folgenden Beispiel:

Beispiel 9

(wie haben Sie sich auf der Station einleben können?) -Zuerst hatte ich mit eigentlich allen Schwestern und Pflégern Probleme, wir haben uns häufig gestritten und so. Die wollten nicht, dass ich tagsüber auf der Station spazieren ging und sagten, ich würde sie bei ihrer Arbeit stören und ich solle mich in den Aufenthaltsraum setzen, wie die anderen Patienten. Das sei auch für mich besser, ich solle mich mehr ausruhen und so. Ich persönlich glaube aber, dass mir Bewegung gut tut. Ich hab dann aber so getan, als ob ich das Argument einsehe und hab mir ein Buch genommen und mich zu den anderen in den Aufenthaltsraum gesetzt. Nachdem ich dann wieder draußen war konnte ich dann endlich wieder soviel rumlaufen, wie ich wollte, aber in so einer Klinik läuft eben alles anders, da musst du dich an die Regeln anpassen, sonst hast du nur Probleme."

Viele der Befragten ließen in ihren Aussagen aber auch eine von ihnen als positiv erlebte Orientierung an den betreuenden psychiatrischen Mitarbeitern oder auch an ihren Eltern deutlich werden.

Beispiel 10

(wie verbringen Sie im Moment Ihre Freizeit?) "Dr. C. gab mir nach meiner letzten Entlassung aus der Klinik den Rat, häufiger hier im CIM vorbeizukommen und auch das Freizeitangebot hier mehr zu nutzen; also, inzwischen spiele ich hier sehr gern Tischtennis, hab auch schon dabei einige Freundschaften angeknüpft. Ja, das war wohl gut, dass ich dem Rat von Dr. C. gefolgt bin, sonst hätte ich wieder allein zu Hause herumgehungen.

Beispiel 11

"Wenn meine Mutter mir damals nicht gesagt hätte 'geh lieber zum CIM, dir geht es nicht gut und bevor es schlimmer wird, geh lieber zu Dr. S.', dann hätte ich vielleicht noch eine Menge Dummheiten gemacht, die mir später leid getan hätten. Na ja, meine Mutter hat ja schon ein paar meiner Krisen erlebt und sieht, wenn es mir schlecht geht; deshalb bin ich damals auch zu Dr. S. gegangen, so wie es meine Mutter wollte."

(4) Das Aufgreifen von Chancen

Thomae (1988, 89) betont, dass "das Aufgreifen von Chancen "... eine Form aktiver Auseinandersetzung mit Belastung (ist), die einmal den Eintritt bestimmter Ereignisse in der Umwelt, zum anderen die Fähigkeit des Individuums, diese als Chance zu erkennen und zu nutzen, voraussetzt."

Diese Reaktionsform setzt also in zweifacher Hinsicht Aktivitäten seitens des Betroffenen voraus: im kognitiven Sinne bezüglich des Erkennens subjektiv geeignet scheinender Chancen im Umfeld und im verhaltensmäßigen Sinne bezüglich ihrer effektiven Wahrnehmung. Bezogen auf diese verhaltensmäßige Realisierung, die auch den "...Verzicht auf bestimmte günstige Aspekte der bisherigen Lebenssituation (a.a.O., 89)" bedeuten kann, betont Thomae die Notwendigkeit einer gewissen Flexibilität seitens des Betroffenen.

Undiskutiert blieb bislang im Zusammenhang mit der Definition dieser Reaktionsform die Frage, inwieweit die Eigenständigkeit und Eigeninitiative des Betroffenen' sowohl bezüglich der Wahrnehmung als auch bezüglich der verhaltensmäßigen Realisierung einer Chance gegeben sein muss, um eine bestimmte Reaktion dieser Kategorie zuordnen zu können. In vorliegender Studie sollen jedoch auch die Reaktionen der Betroffenen in diese Kategorie eingeordnet werden, die aufgrund eines initialen Anstoßes durch andere zu einem Aufgreifen von Chancen führten. Dieser initiale Anstoß kam im Fall der in dieser Arbeit befragten Personen größtenteils durch das betreuende Personal der jeweiligen psychiatrischen Versorgungseinrichtung.

Beispiel 12

(wie kam es, dass Sie sich von diesem CIM betreuen ließen?) "Als ich das letzte Mal in der Klinik war, habe ich dort Dr. C. und eine Sozialarbeiterin kennengelernt. Sie kamen zu mir in die Klinik, um mich kennenzulernen und mir vorzuschlagen, dass ich nach meiner Entlassung von ihnen weiterbetreut werden sollte. Nach meiner Entlassung bin ich dann auch hierhergekommen, um den Kontakt aufrechtzuerhalten und um das Angebot zu nutzen. Am Anfang musste ich mich schon etwas dazu überwinden.... Als meine Mutter dann aber sah, dass sich die Ärzte für mich interessierten, hat auch sie sich etwas mehr um mich gekümmert. Für mich hat es sich also gelohnt, hierher zu kommen."

Im Rahmen dieser Arbeit kam es bei den Befragten vor allem im sozial-rehabilitativen Bereich, in dem vor allem die territoriale Versorgung einen starken Akzent setzt, zu einem "Aufgreifen von Chancen",

Beispiel 13

"Als ich dann von K (Krankenschwester) erfuhr, dass der CIM gemeinsam mit der Gemeinde eine Urlaubsfahrt organisiert, hab ich gleich gesagt, da mach ich mit. Ich war zwar vorher ganz schön aufgeregt, es war ja das erste Mal, dass ich so weit wegfahren wollte. Es war aber dann sehr schön, wissen Sie, von dieser Fahrt zehre ich noch heute, die Erinnerung macht mir immer noch Spaß und einige Kontakte zu anderen von der Reise habe ich sogar auch noch."

In einigen Fällen ging von Anfang an jedoch die Initiative von den Betroffenen aus.

Beispiel 14

(wie bist Du an diese günstige Wohnung gekommen?) "Erst hatte ich ja lange eine Wohnung so gesucht, aber ohne Erfolg. Da habe ich mir gesagt, irgendwie scheint das so nicht zu gehen. Da habe ich dann die Idee gehabt, hier im Supermarkt einen Zettel an die Pinnwand zu heften und darauf anzubieten, dass ich demjenigen, der mir eine anständige Wohnung vermietet beim Weinanbau helfe, denn das kann ich ja sehr gut. Und tatsächlich hat es dann geklappt, dass mit der Pinnwand ist schon eine gute Idee, man muss sie nur nutzen und keine Hemmungen haben."

(5) Bitte um Hilfe

Allgemein kann sich die "Bitte um Hilfe", verstanden als Inanspruchnahme von externen Kräften, an natürliche Personen, Institutionen oder übernatürliche Wesen richten (Thomae 1988, 89).

Diese Reaktionsform hat zumeist ein aktives Zugehen auf die Umwelt durch den Betroffenen zur Voraussetzung. Zusätzlich zeigt sie jedoch auch ein bestimmtes Vertrauen seitens des Betroffenen in die angesprochene Person oder Institution an. Die Wahrscheinlichkeit der Aktualisierung dieser Reaktionsform sollte dementsprechend nicht nur als Funktion der Stärke einer bestimmten Belastung, sondern auch unter dem Aspekt der Vertrauenswürdigkeit des Ansprechpartners in den Augen der Betroffenen interpretiert werden. Dieser Aspekt gewinnt in vorliegender Untersuchung, die verschiedene Formen der psychiatrischen Versorgung vergleicht, besondere Bedeutung (hierbei vor allem das von den Betroffenen der psychiatrischen Versorgungseinrichtung -Klinik oder CIM:-entgegengebrachte Vertrauen).

Beispiel 15

(vor einem Monat sind Sie das erste Mal hier in den CIM gekommen. Haben Sie bestimmte Erwartungen an uns?) "ich bin zu diesem Zeitpunkt hierher gekommen, weil ich möchte, dass mir jemand hilft. Ich möchte, dass mir jemand in dieser Situation hilft, weil es mir sehr schlecht geht. Ja, und jetzt bin ich hierher gekommen mit der Hoffnung auf Hilfe. So ein Gespräch, wie wir es heute führen, habe ich auch vor ein paar Jahren schon mit Frau Dr. S. geführt und insgesamt ging es mir danach besser."

Bei den hier Befragten waren auch die Familienangehörigen für die Betroffenen von besonderer Wichtigkeit, wenn es für sie darum ging, Hilfe von anderen zu erbitten. Dies verwundert nicht, führt man sich vor Augen, dass die Familienangehörigen manchmal die einzigen Bezugspersonen für die ansonsten recht isoliert lebenden Betroffenen sind. Andere wichtige Bezugspersonen, an die sich Betroffene mit der Bitte um Hilfe wandten, waren in vorliegender Studie im kirchlichen Bereich (vorwiegend Priester) angesiedelt; hierbei darf nicht vergessen werden, dass im Süden Italiens die soziale Präsenz der katholischen Kirche noch ungleich stärker als in Deutschland ist.

Beispiel 16

"Wenn ich wieder die Stimmen höre, dann spreche ich mit keinem darüber, schon gar nicht mit meinen Arbeitskollegen. Die verstehen das sowieso nicht oder sagen 'ach, der Verrückte schon wieder'. Nur mit meinem Bruder kann ich darüber sprechen, das tu ich dann auch immer, weil es mir hilft, mit jemandem darüber zu sprechen. Er beruhigt mich dann auch immer und er erinnert mich dann daran, dass die Stimmen doch bis jetzt immer recht schnell auch wieder weg gewesen sind. Das hilft mir dann in solchen Situationen."

Beispiel 17

(was haben Sie gemacht, als Sie arbeitslos wurden?) "Ich bin gleich zu Don F. (Priester) gegangen und hab ihm gesagt, 'Don F. , die haben mich von der Arbeit rausgeschmissen, was kann ich jetzt tun, können Sie mir helfen?'. Don F. hat mir dann auch tatsächlich geholfen, er hat mir kleinere Gärtnerarbeiten in der Gemeinde vermittelt, ja, er ist ein angesehener Mann, auf ihn hören viele und von ihm kann man schon Hilfe erwarten."

(6) Stiftung und Pflege sozialer Kontakte

Nach Thomae gründet diese Reaktionsform auf der "Angelegtheit des Menschen auf das Zusammensein mit Wesen gleicher Art (Lersch zit. nach Thomae 1988, 90)". Hierbei kann die Aktualisierung dieser Reaktionsform durch den Betroffenen schwerpunktmäßig instrumentelle Ziele verfolgen (in vorliegender Arbeit sind dies vor allem Ziele der besseren Bewältigung der schizophrenen Erkrankung an sich oder der mit ihr verbundenen sekundären, vor allem sozialen Beeinträchtigungen), oder aber in einem persönlichen Interesse des Betroffenen an sozialen Kontakten an und für sich begründet und damit von sozial-kommunikativem Charakter sein.

Bezogen auf die Personengruppe der in dieser Studie Befragten, erscheint es wichtig hervorzuheben, dass die Aktualisierung dieser Reaktionsform -gleichgültig in welchem funktionalen Kontext sie erfolgt-in zweifacher Hinsicht besondere Anstrengungen seitens der Betroffenen verlangt: Zum einen sind die Betroffenen durch die schizophrene Erkrankung an und für sich im Aufbau und der Pflege sozialer Kontakte gehandikapt (durch Wahnerleben, Autismus, Sprachstörungen etc.), zum anderen und zusätzlich müssen sie mit Rückzugsverhalten oder zumindest Vorbehalten ihres bisherigen sozialen Netzes als stigmatisierende Reaktion auf ihre Erkrankung rechnen (vergl. die "sekundäre Behinderung" nach Wing 1976). In Bezug auf eine Bewältigung der schizophrenen Erkrankung und vor allem auch ihrer sozialen Folgen wurde dieser Reaktionsform in vorliegender Untersuchung durch die Befragten häufig ein hoher Stellenwert beigemessen.

Grundsätzlich werden in dieser Kategorie sowohl Reaktionsformen erfasst, die sich auf den Aufbau neuer sozialer Kontakte beziehen, als auch solche, die die Aufrechterhaltung ('Pflege') bereits bestehender Sozialkontakte zum Ziel haben.

Beispiel 18

"Wenn ich zu Hause sitze und merke, dass es wieder schlechter geht, z.B. mit den Stimmen oder so, dann komme ich meistens hier in den CIM; hier kenne ich inzwischen eine ganze Reihe von Leuten, und wenn ich mit denen dann spreche, geht es mir meistens besser; auf jeden Fall besser, als wenn ich zu Hause alleine bleibe."

Häufig sind die sozialen Kontakte an Schizophrenie Erkrankter von entscheidender Bedeutung für die gesamte Lebenssituation der Betroffenen:

Beispiel 19

'Also, ich bin ja schon sehr froh, dass ich nicht mehr in der Klinik bin; aber, ganz ehrlich: wenn nicht die Frau C. (Nachbarin) immer wieder zu mir kommen würde, mir auch mal das eine oder andere erledigen würde, dann könnte ich, glaube ich, nicht so alleine leben. Für sie ist es aber glaube ich auch ganz schön, dass ich ihr bei ihren Geschichten zuhöre oder auch mal selbst eine erzähle. Ganz alleine, ohne jemanden der mal reinguckt, wäre das kein schönes Leben; vielleicht würde ich dann auch wieder in die Klinik zurück.'

Einige Befragte beklagten auf der einen Seite das Schrumpfen ihres früheren Freundeskreises, betonten auf der anderen Seite aber die Wichtigkeit bestimmter Sozialkontakte für ihr Wohlergehen:

Beispiel 20

(Hat sich etwas bezüglich Deines Freundeskreises verändert, seitdem Du erkrankt bist?) "Oh, ja, sehr vieles sogar; na ja, wie sagt man so schön, 'lieber allein als in schlechter Gesellschaft' (ital. Sprichwort). aber das war schon hart für mich, als mir nach meiner Zwangseinweisung alle ehemaligen Freunde aus

dem Weg gingen, mich nicht mehr grüßten und so. Für mich war das ein schrecklicher Zustand. Ich bin dann auf viele zu gegangen, hab denen versucht zu erklären, was passiert war; viele wollten davon nichts wissen, einige haben mir aber zugehört. Das war schon wichtig für mich, und jetzt, nach einem halben Jahr habe ich mit drei, vier von ihnen wieder einen richtig guten Kontakt. Das hilft mir schon sehr, über die ganzen Schwierigkeiten hinwegzukommen."

(7) Zurückstellen der Befriedigung eigener Bedürfnisse

Die in dieser Kategorie zusammengefassten Reaktionsformen sind gekennzeichnet durch Aufschub oder Verzicht auf eigene Bedürfnisbefriedigung entweder zum Wohle einer oder mehrerer anderer Personen oder aber zum Erreichen bestimmter eigener Ziele (im Fall der vorliegenden Studie bspw. dem eigenen Wohlergehen).

Anders als im Fall der Reaktionsformen "Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation" und "Anpassung an die Eigenheiten und/oder Bedürfnisse anderer" ist der in diese Kategorie einzuordnende Aufschub der Bedürfnisbefriedigung längerfristig vom Betroffenen angelegt, wenn es nicht gar als ein dauerhafter Verzicht erlebt und geplant wird.

Die folgenden Beispiele sind als "altruistische" Formen der Zurückstellung eigener Bedürfnisse zu verstehen.

Beispiel 22

(Wie ging es dann mit Deiner Beziehung zu C. weiter?) 'Schlecht, weil meine Eltern nicht wollten, dass wir uns weiter trafen; ich habe ihn zuerst trotzdem weiter getroffen, aber meine Mutter hat darauf sehr stark reagiert, sie war richtig unglücklich und krank, als sie erfuhr, dass wir uns trotz ihres Verbotes noch trafen. Na ja, als ich das so sah, habe ich dann beschlossen, auf meine Beziehung zu C. zu verzichten; schließlich wollte ich ja meiner Mutter keinen solch großen Schmerz zufügen; aber leid tat es mir dann sehr um die verlorengegangene Beziehung.'

Beispiel 23

(Deine Probleme in bezug auf Deine Homosexualität sind im Moment nicht so groß?) ... zum Glück habe ich ja bis jetzt auch noch nichts mit M. gemacht. Ich leide nur innerlich sehr stark. Auch der Priester sagte einmal, dass wir gut daran tun, unser inneres Leiden nicht auf andere zu übertragen, sondern selbst mit ihm fertigzuwerden. Also, ich spüre mein inneres Bedürfnis, aber ich verwirkliche es nicht; meines Erachtens nach ist das keine Sünde. Wichtig ist es nur, dieses Bedürfnis nicht zu befriedigen.“

Von gewisser Wichtigkeit war diese Reaktionsform für die Befragten dieser Untersuchung auch im Zusammenhang mit einer dauerhaften Zurückstellung bestimmter (häufig auch liebgewordener) Bedürfnisbefriedigungen mit dem Ziel, das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden trotz der schizophrenen Erkrankung möglichst zu erhalten oder wieder herzustellen. So geartete Beispiele sind im Folgenden wiedergegeben.

Beispiel 24

(Jetzt, wo es Dir wieder gut geht, hast Du da bestimmte Pläne?) „.... und dann ist da mein großer Defekt, immer andere Frauen zu begehren. Das war auch schon früher vor meiner ersten Krise so. Aber leider muss ich mich darauf beschränken, mir diese Frauen nur anzuschauen. Wenn es mir dann gut geht, schaffe ich es einigermaßen gut, diese Gedanken zu beherrschen. Das ist wichtig für meine Gesundheit. Auch jetzt versuche ich, einfach nicht an Frauen zu denken, mich nicht zu fixieren, damit es mir gut geht.“

Beispiel 25

(Wie verbringen Sie heute Ihre Freizeit?) "Häufig bleibe ich auch am Sonntag zu Hause, unterhalte mich mit meiner Frau, manchmal kommt Besuch, oder ich sehe fern; ja, früher war ich am Wochenende immer unterwegs, morgens gleich auf die Piazza und dann mit den Freunden in die Bar oder mit dem Wagen etwas herumgefahren. Das wäre wohl schön, wenn ich das mal wieder machen könnte, aber ich merke, dass ich dafür noch zu nervös bin; das täte mir jetzt gar nicht gut; so ist es für mich zu Hause zwar manchmal langweilig, aber momentan ist es für mich besser, auf etwas Unterhaltung und Spaß mit den Freunden zu verzichten.“

(8) Sich auf andere verlassen

Thomae (1988, 91) betont, dass diese Reaktionsform "keineswegs immer eine passive Antwort auf Alltagsprobleme oder größere Belastungen" darstellt. Dies vor allem auch deshalb nicht, weil diese Reaktionsform häufig als "flankierende Maßnahme" mit anderen Reaktionsformen zusammen gezeigt wird (z.B. zusammen mit 'Leistung'). Sie schafft in dieser Verbindung mit anderen Reaktionsformen einen entlastenden Kontext, in dessen Rahmen der Umgang mit den jeweiligen Belastungen leichter fällt und zum Teil auch größeren Erfolg hat.

Thomae (1988, 91) betont ferner, dass diese Reaktion "implizit oder explizit ... auf dem Gefühl (beruht), sich auf eine andere Person, auf eine Gruppe, auf eine Institution oder auf eine übernatürliche Wesenheit (Geister, Heilige Gottheiten) verlassen zu können, dass ein bestimmtes Problem gelöst, eine Aufgabe durchgeführt oder eine Not gelindert wird."

Im Rahmen dieser Arbeit hervorzuheben ist die Aktualisierung dieser Reaktionsform durch die Befragten gegenüber dem ärztlichen und gegenüber dem Pflegepersonal.

Es wird deutlich, dass ein solches Vertrauensverhältnis zwischen "Patient" und "Therapeut" nur über die Zeit und bei Einhaltung bestimmter Regeln (Transparenz) und Regelmäßigkeiten (Kontinuität) aufzubauen ist.

Beispiel 26

(Wie geht es Dir in Deiner neuen Wohnung?) "Am Anfang hatte ich schon davor Angst, ganz alleine zu wohnen, alle Sachen im Haushalt erledigen zu müssen und so. Aber die Krankenschwestern vom CIM, vor allem Katia, sie hat mir von Anfang an schon bei der Einrichtung geholfen; wenn irgendwas ist weiß ich, ich bin dann nicht allein, da hilft sie mir immer; das ist ein gutes Gefühl."

Beispiel 27

(Was tust Du, wenn Du merkst, dass es Dir wieder schlechter geht?) "Früher wollte ich das nie wahrhaben, dass es wieder anfang mit der Unruhe und so; da habe ich dann so getan, als ob nichts wäre und bin ganz normal arbeiten gegangen, hab vielleicht eher noch mehr gemacht, um mich zu zerstreuen; das hat aber nie geklappt. Heute gehe ich sofort zu Dr. S. im CIM und sage ihm, dass es mir wieder schlechter geht. Er weiß inzwischen genau, wie es dann um mich steht und ich kann sicher sein, dass er mir zuhört und mir dann auch mit Medikamenten hilft; so wird es dann häufig gar nicht mehr so schlimm mit der Krise wie früher."

Andere Befragte erlebten eine verlässliche Unterstützung auch im Rahmen ihrer Familie oder auch durch ihren christlichen Glauben:

Beispiel 28

(Wie verbringst Du Deine Wochenenden?) "Da gehe ich immer zu meinem Bruder, häufig esse ich auch am Sonntag bei ihm. Er hat mich noch nie enttäuscht, wie viele andere Freunde, ich kann immer zu ihm gehen, wenn ich mich alleine fühle."

Beispiel 29

(Was erwarten Sie sich von der Zukunft?) "Das ist eine schwere Frage. Bis jetzt hat mir Gott bei meinem schwierigen Weg geholfen; auch meiner Familie hat er geholfen, denn auch für sie ist es nicht leicht mit mir. Ich vertraue darauf, dass mir Gott auch in der Zukunft beisteht."

(9) Korrektur von Erwartungen

Aufgrund der Analyse umfangreichen biografischen Materials wurde diese Kategorie von Thomae eingeführt, auch wenn "sich die psychologische Literatur nur mit der Bildung von Erwartungen und deren Konstanz beschäftigt (verg1. Rotter 1966, Phares 1977, zit. nach Thomae 1988,92)." Erwartungen können dabei definiert werden als in der Erfahrung begründete, subjektive 'Wahrscheinlichkeitsstatistiken' über die Auswirkungen eigenen Verhaltens und/oder über die weitere Entwicklung eines momentanen Zustandes.

Korrekturen so definierter Erwartungen können durch das Eintreten von bisher nicht oder anders erwarteten Auswirkungen (eigenen Verhaltens) oder Entwicklungen (momentaner Zustände, z.B. des Krankheitsverlaufes) erfolgen und wirken sich dann entweder auf die Motivation zu gleichartigem Verhalten in der Zukunft oder allgemein auf die Erwartungshaltung positiv oder negativ aus.

Insbesondere Enttäuschungen und Frustrationen (Thomae 1988, 92)" sind als häufige und massive negative Korrekturen von Erwartungen zu nennen, seltener

überraschend positive Auswirkungen eigenen Verhaltens als positive Korrektoren (z.B. Rehabilitationserfolge).

Unter den negativen Korrektoren sind in vorliegender Arbeit vor allem Erlebnisse mit den sozialen -personalen und ökonomischen-Auswirkungen der Erkrankung zu nennen.

Beispiel 30

(Was haben Sie beruflich getan, als Sie aus der Klinik wieder entlassen waren?) 'Erst dachte ich ja, ich könnte ganz einfach zu meinem ehemaligen Chef gehen und sagen: 'so, jetzt bin ich wieder gesund, Du kannst mich wieder auf der Baustelle einsetzen'; der hat dann aber ganz anders reagiert und gesagt, jemand der so eine Krankheit hat wie Du, der wird nie wieder ganz gesund. Da habe ich erst begriffen, dass das mit der Arbeit in Zukunft nicht so leicht sein würde, wenn mich schon mein Chef, der mich ja seit zehn Jahren kennt, nicht mehr haben wollte. Und jetzt sind es, ja auch schon drei Jahre, dass ich keine Arbeit mehr habe; das hätte ich vorher nie geglaubt, dass ich jemals so lange arbeitslos sein könnte. Aber jetzt wäre ich schon mit einer kleinen Aushilfstätigkeit zufrieden, damit es finanziell wenigstens einigermaßen weitergeht.'

Beispiel 31

(Mit wem haben Sie jetzt Kontakt?) "Hier in der Gegend kenne ich eigentlich jeden. Mit den meisten habe ich schon als Kind zusammengespielt. mit vielen war ich dann auch in der Schule zusammen. Und die anderen kennt man wenigstens so vom Sehen. Dann kam aber die Zeit" wo ich das erste Mal nach Lecce {in die Klinik} geschickt wurde und nachdem ich von da zurück war; waren alle meine ehemaligen, angeblichen Freunde ganz anders zu mir. Irgendwie schien ich für die meisten von ihnen Luft zu sein; kaum einer grüßte mich noch, immer wenn ich mit jemandem ein Gespräch beginnen wollte sagten sie, ich kann jetzt nicht oder sowas. Nur ganz wenige waren so wie früher zu mir, haben sich erkundigt, wie es mir geht oder sogar gefragt, ob sie mir helfen können. Aber ich hätte vorher nie gedacht, dass von den vielen, die ich kenne, so wenige nur echte Freunde sind. Das hat mich am Anfang schon ganz schön belastet. Jetzt habe ich mich daran gewöhnt, es ist eben so, dass man nur wenige echte Freunde hat. Viel weniger, als ich früher dachte."

Vielfach berichteten die Befragten auch von einer Korrektur ihrer krankheitsverlaufsbezogenen Erwartungen. Dies vor allem im Sinne enttäuschter, ehemaliger Erwartungen bezüglich eines zügigen Genesungsprozesses.

Beispiel 32

(Wie denken Sie heute über Ihre Krankheit?) "Als ich das erste Mal in der Klinik war, weil ich so nervös war , dachte ich, na ja, dass geht schon wieder vorbei, wenn ich erstmal aus der Klinik raus bin, dann ist alles wieder so wie früher. Das ist jetzt etwa fünf Jahre her, aber es ist immer noch nicht so wie früher. Jetzt denke ich auch nicht mehr, dass es so schnell und einfach wieder ganz normal wird, es wird wohl noch länger schwierig für mich sein."

Obwohl seltener, so kam es in einigen Fällen jedoch auch zu Erwartungskorrekturen in positiver Richtung, meistens in Verbindung mit der Wirksamkeit therapeutischer Programme:

Beispiel 33

(Wie kam es dazu, dass Du Dir eine eigene Wohnung gemietet hast?) "Ja, das war eigentlich gar nicht meine Idee, sondern eure, vom CIM, vor allem Kund Dr. S. haben mir immer wieder vorgeschlagen, ich solle doch lieber eine eigene Wohnung nur für mich alleine mieten, da hätte ich mehr Ruhe. Erstmal habe ich mich lange dagegen gesträubt, ich dachte immer, na, was soll da schon besser sein, im Gegenteil, so ganz allein; also, ehrlich gesagt dachte ich damals, das würde mir eher schaden als nützen. Dann habe ich mich aber doch überreden lassen, und jetzt bin ich eigentlich sehr froh darüber; es stimmt schon, jetzt habe ich viel mehr Ruhe, vor allem auch nicht mehr diesen ständigen Streit mit

meinen Eltern. Deshalb geht es mir heute schon besser als vorher; damals wollte ich das aber nicht glauben.“

(10) Widerstand

Mit Thomaе sollen in diese Kategorie Reaktionen auf Belastungen abgetragen werden, die "in der impliziten und/oder expliziten Weigerung, Zwang oder Druck nachzugeben oder einem Befehl, Hinweis oder Rat bzw. einem durch Tradition oder Situation aufgedrängten Weg zu folgen (Thomaе 1988,93)" bestehen.

Wichtiger Aspekt dieser Reaktionsform ist die vom Individuum mit ihrer Aktualisierung vollzogene Grenzziehung gegenüber Eingriffen der personalen oder institutionalen Umwelt in seine Handlungs- und Entscheidungsfreiräume. Bezüglich ihrer Auslösung sowie ihrer Zielrichtung ist diese Reaktionsform demgemäß schwerpunktmäßig reaktiv, hinsichtlich der in ihr zum Ausdruck kommenden Konfliktbereitschaft aber auch aktiv (in Abgrenzung zur 'Depressiven Reaktion').

Gegen die Kategorie "Selbstbehauptung" ist diese Reaktionsform durch die subjektiv erlebte größere Stärke des Außendruckes sowie den eingeschränkteren Freiheitsgrad bei der Entscheidungsfindung abzugrenzen. So könnte man 'Widerstand' auch als extreme Variante der Reaktionsform 'Selbstbehauptung' diskutieren, aufgrund der oben dargestellten deutlich fassbaren Unterschiede zwischen beiden Reaktionsformen soll dies aber in der vorliegenden Arbeit nicht geschehen.

Speziell im Rahmen dieser Arbeit hervorzuheben ist der Widerstand, den die Diagnose(-eröffnung) sowie im weiteren das Krankheits- und Behandlungsmodell der Schizophrenie sowie die damit verbundenen gesellschaftlichen Benachteiligungen bei einigen Betroffenen hervorriefen. Diese Tatsache sollte dabei nicht allzu vorschnell als "mangelnde Krankheitseinsicht" klinisch interpretiert werden. Bedenkenswert erscheint es vielmehr, ob es nicht den Betroffenen momentan (d.h. zum Explorationszeitpunkt) als die einzig mögliche und akzeptable Reaktion erschien, die immense Differenz zwischen Eigen- und Fremdbild auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.

Auch gilt es in diesem Zusammenhang, die Art, in der die Diagnose sowie das Krankheits- und Behandlungsmodell den Betroffenen (zumeist ärztlicherseits) nahegebracht wurde, mit zu berücksichtigen und mit einem interaktiven Verständnis zu hinterfragen (was in dieser Studie, die verschiedene Behandlungskonzepte miteinander vergleicht, in der Ergebnisauswertung und -diskussion geschehen soll). So muss also Widerstand gegen eine Diagnosestellung "Schizophrenie" keinesfalls immer mit einer dem klinischen Bild immanenten, dauerhaft fehlenden Krankheitseinsicht einhergehen.

Beispiel 34

(Hat Dir in der Klinik jemand die Diagnose gesagt?) -Schon am ersten Tag kam ein Arzt und sagte mir, ich sei an Schizophrenie erkrankt und das sei sehr ernst zu nehmen, das sei für mich gefährlich, wenn ich zu früh nach Hause zurückkehren würde und ich solle mich mal auf einen längeren Aufenthalt einstellen. Na, dem habe ich dann aber meine Meinung gesagt, ich und Schizophrenie, ich war ja nur ein bisschen nervös zu Hause, hab nicht geschlafen, aber ich war doch nicht von hellte auf morgen verrückt geworden. Der wollte mich aber in die Ecke drängen. Der wollte dann auch wie Du heute meine Geschichte hören, ihm gegenüber habe ich mich aber geweigert, sie zu erzählen, weil der ja sowieso dachte, dass ich verrückt bin.“

Widerstände wurden auch gegenüber der Unterbringung in (geschlossenen) psychiatrischen Kliniken und gegenüber pflegerischen und ärztlichen Anweisungen berichtet.

Beispiel 35

(Was tun Sie den Tag über hier in der Klinik?) "Wenig, ein bisschen Lesen, mich etwas mit den anderen unterhalten. Die Schwestern wollten am Anfang, dass ich ihnen bei ihrer Arbeit mithelfe, Saubermachen, Essenausteilen und so. Die sagten, dass sei auch gut für mich, wenn ich etwas Nützliches täte. Aber da waren sie an den Falschen geraten; ich hab denen gesagt 'erstmal steckt ihr mich hier in die Klinik, ohne mich zu fragen und dann erwartet ihr noch, dass ich hier für euch arbeite, so geht das aber nicht, da mache ich nicht mit'. Sie haben dann einen anderen Dummen gefunden und mich in Ruhe gelassen.“

Beispiel 36

(Wie haben Sie die Zeit in der Klinik erlebt?) "Also, was mich vor allem gestört hat, das waren die vielen Medikamente, die sie mir dort gaben. So schlecht ging es mir doch gar nicht, und die Medikamente machten mich nur müde. Das habe ich den Schwestern auch gesagt, dass ich die nicht mehr nehmen wollte, aber sie bestanden darauf, dass ich sie weiter nehmen sollte; erst wollte ich mich einfach weigern, dann habe ich es aber anders gemacht und so getan, als ob ich die Medikamente nehme, sie in Wahrheit aber aus dem Fenster geworfen.“

Auch gegen erfahrene Benachteiligungen aufgrund der Erkrankung ¹¹¹¹ sozialen Bereich richtete sich der Widerstand einiger Betroffener.

Beispiel 37

(Wie ist Ihre momentane Wohnsituation?) "Ich habe eine sehr schöne Wohnung. So schön, dass meine Nachbarn vor zwei Jahren, als ich in der Klinik war, versucht haben, in meine Wohnung einzuziehen. Als meine Frau mir davon in der Klinik erzählte wurde ich richtig wütend. Zwei Tage später bin ich dann auch entlassen worden und gleich zum Wohnungsbesitzer und hab dem gesagt, aus meiner Wohnung da kriegt mich keiner raus, da muss ich erst sterben. Später hat auch nie jemand mehr versucht, mir meine Wohnung wegzunehmen.“

(11) (Selbst-) Behauptung

Auf Lersch (1962, 147, zitiert nach Thomae 1988,94) zurückgehend werden in dieser Kategorie Reaktionen auf Alltagsprobleme und Belastungen erfasst, "die geeignet sind, das eigene individuelle Dasein gegen alle Widerstände, Anfeindungen und Gefährdungen durch Um-und Mitwelt zu sichern."

Nach Thomae (1988) sollen aber nicht nur Thematiken der physischen Existenzhaltung sondern auch die Wahrung und Festigung des Selbstwertgefühls und des inneren Gleichgewichtes, soweit sie ebenso gegenüber feindlichen Außeneinflüssen behauptet werden, erfasst werden."In diesem Sinn haben Reaktionen der (Selbst-)Behauptung große Bedeutung bei der Auseinandersetzung mit Angst (Thomae 1988).

Zu betonen ist auch der enge Zusammenhang zwischen (Selbst-)Behauptung und Selbstsicherheit, handelt es sich doch bei den in dieser Kategorie erfassten Reaktionen inhaltlich häufig um eine Zieldurchsetzung gegenüber hindernden personalen oder institutionalen Einflüssen und Beeinflussungen. Speziell in vorliegender Untersuchung können unter diesem Aspekt (Selbst-)Behauptungsreaktionen beobachtet werden, die die Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Interessen der Betroffenen gegen die ihnen durch die Umwelt entgegengebrachten, etikettierend-stigmatisierenden Rollenzuweisungen als 'psychisch Krankem' zum Gegenstand haben.

In diesem Sinn werden in dieser Kategorie Äußerungen erfasst, die die eigene Unabhängigkeit betonen, die die eigene Problemlösefähigkeit sowie das Streben nach Autonomie hervorheben und solche, die persönliche Ansichten und Interessen der Betroffenen in besonderem Maße unterstreichen. Mit Schaub (1993, 137) soll ebenfalls "die aktive Lebensgestaltung, wobei sich der Betroffene als aktives, seine Realität und Umwelt gestaltendes Subjekt begreift" der Reaktionsform '(Selbst-)Behauptung' zugeordnet werden.

Mit Blick auf die oben beschriebene hohe Korrelation der (Selbst-)Behauptung mit der Selbstsicherheit der Betroffenen, aber auch im Hinblick auf die von den Betroffenen selbst gesetzten inhaltlichen Zielsetzungen, in deren Rahmen sie (Selbst-)Behauptungsreaktionen aktualisieren, ist es leicht nachvollziehbar, dass der Einsatz dieser Reaktionsform mit einem hohen Energieeinsatz gerade für den in dieser Untersuchung explorierten Personenkreis verbunden ist. In Abgrenzung zu den Leistungsreaktionen steht bei der Aktualisierung der (Selbst-)Behauptungsreaktionen jedoch das Selbst der Betroffenen stärker im Zentrum des Reaktionskonzeptes als es bei der Reaktionsform 'Leistung' der Fall ist.

Im Rahmen dieser Untersuchung zeigten sich Reaktionen der (Selbst-)Behauptung besonders häufig bezogen auf den Umgang der Betroffenen mit -häufig abwertenden-Fremdbeurteilungen ihrer Person und anderen sozial diskriminierenden Handlungen ihres Umfeldes.

Beispiel 38

(Wie war die erste Zeit nach Ihrer Entlassung aus der Klinik?) "Da gab es für mich vor allem ein Problem, das waren einige ehemalige Bekannte, die mich auf der Straße ansprachen und versuchten, mich wegen meiner Krankheit zu ärgern. (Wie geschah das?) Sie riefen mir bspw. über die Straße zu, 'na, hast Du heute Deine Medizin auch schon genommen?' oder: welche neuen Nachrichten hast Du denn heute vom Papst für uns?'. Einmal bin ich dann auf sie zugegangen und hab ihnen gesagt 'macht

euch nur über mich lustig, wenn ihr mal krank werdet, werde ich darüber lachen und mich desto mehr freuen, je schlechter es euch geht. Aus eurem dummen Gerede mach ich mir jedenfalls nichts.“

Beispiel 40

(Wie haben Deine Arbeitskollegen reagiert, als Du wieder zu arbeiten angefangen hast?) "Am Anfang hatte ich den Eindruck, dass sie hintenrum über mich sprachen, so 'na, mal sehen wie lange er durchhält' und so. Sie wollten mir dann am Anfang auch nur die einfachen und auch weniger anspruchsvollen Arbeiten auf der Baustelle geben. Dagegen habe ich mich aber gewehrt, ich bin schließlich gelernter Maurer und kein Hilfsarbeiter und ich war mir sicher, dass ich meine Arbeit als Maurer auch wieder schatten würde. Ich hab denen also gesagt, 'es läuft so weiter wie vorher, keine Extradinge für mich, nur weil ich in der Klinik war, jetzt bin ich wieder gesund und voll da'. Das haben sie auch nach ein paar Tagen akzeptiert und ich fühlte mich wieder für voll genommen.“

Andere Reaktionen der (Selbst-)Behauptung bezogen sich auf die eigeninitiative, aktive Gestaltung des Tagesablaufes der Betroffenen.

Beispiel 41

(Wie sieht ein üblicher Tagesablauf bei Ihnen aus?) "Wenn ich aufgestanden bin und der Tag so richtig anfängt, dann denke ich häufig daran, was Dr. S. zu mir gesagt hat, dass er mich zwar so weit es ihm möglich ist medizinisch unterstützt, dass ich aber auch meinen Beitrag leisten muss. Und dann versuche ich eben so gut es geht etwas im Haushalt zu machen, einzukaufen und andere Besorgungen am Vormittag zu machen. Denn ich muss schon etwas machen, selbstständig, sonst kommt es vielleicht wieder so weit, dass ich gar nichts mehr mache und wieder in die Klinik muss.“

Im Kontext der Bewältigung der Kliniksituation dienten die Reaktionen der (Selbst-)Behauptung auch der Wahrung einer gewissen Individualität und subjektiv erlebten Würde, z.T. auch in Opposition zum personalen und/oder institutionalen Umfeld. In Abgrenzung zur Reaktionsform "Widerstand" erfolgten diese Reaktionen jedoch in einer weniger drangvollen und in einer dialogbereiteren Form.

Beispiel 42

(Wie hast Du die ersten Tage in der Klinik erlebt?) "Der erste Tag war sehr schwer für mich. Da haben sie von mir verlangt, ich solle meine Kleider ausziehen und mir so eine Art Nachthemd anziehen. Aber das wollte ich nicht, ich lag ja nicht immer im Bett und da wollte ich als ganz normaler Mensch mit meinen ganz normalen Sachen herumlaufen. Erst als ich den Pflegern ganz klar sagte, ihr könnt machen was ihr wollt, aber ich ziehe mir das Nachthemd nicht an, da haben sie mich in Ruhe gelassen und ich konnte meine Kleider den Tag über anlassen.“

(12) Akzeptieren der Situation

Thomae definiert diese Reaktionsform als "Hinnahme der Lage, wie sie nun einmal ist, ohne stärkeren resignativen Beiton (1988, 94)". Dabei betont Thomae (a.a.O.), dass "Akzeptieren nicht notwendigerweise passiv sein muss".

Damit gemeint sind Aktualisierungen dieser Reaktionsform, denen ein mehr oder weniger explizites Bejahen der jeweiligen Situation durch den Betroffenen vorausgeht.

Beispiel 43

(Wie haben Sie Ihre Frühpensionierung erlebt?) "Am Anfang war es recht schwer für mich, keine Verantwortung mehr zu tragen, immer zu Hause zu sein. Jetzt komme ich eigentlich mit der Situation gut zurecht. Irgendwie war es auch gut, zu gehen, bevor mir jemand sagen konnte 'Sie machen Ihre Arbeit aber nicht mehr so gut wie früher.“

Einen überwiegend passiven Charakter erhält diese Reaktionsform nur in denjenigen Fällen, in denen situative oder andere -im Fall der hier explorierten Betroffenen vor allem im Krankheitsverlauf liegende-Aspekte dem Betroffenen in eindeutiger Weise diese Reaktionsform nahelegen und er sie dementsprechend -jedoch ohne dominant resignativen Anteil-im Sinne einer Schicksalsergebenheit akzeptiert.

Beispiel 44

(Haben Sie noch Kontakte zu Ihren ehemaligen Kollegen?) "Leider nicht mehr. Dabei waren wir fünf Kollegen, die wir unheimlich viel zusammen gemacht haben, auch in der Freizeit und so. Die haben sich aber alle von mir zurückgezogen, ich glaube, ihre Frauen wollten das auch so. Mir tut das sehr leid, ich fühle mich schon alleingelassen. Aber irgendwie muss ich das so hinnehmen, die haben schließlich ihr eigenes Leben und ich hab mit der Krankheit eben großes Pech gehabt."

Weitaus seltener äußerten sich Betroffene im Rahmen dieser Reaktionsform in einer positiv getönten Form zu ihrer durch *die* schizophrene Erkrankung beeinflussten Lebenssituation.

Beispiel 45

(Was erwarten Sie von der Zukunft?) "Erstmal, dass es nicht schlechter wird. Sehen Sie, ich habe auf Vieles verzichten müssen, weil ich krank geworden bin, das war nicht leicht, aber ich habe so eine Art Gleichgewicht gefunden, mit dem ich leben kann. Es ist zwar nicht optimal, aber, wenn es so bleibt wie es ist, will ich mich gar nicht beschweren."

(13) Positive Deutung

In dieser Kategorie sollen erfasst werden: Das "Hervorheben positiver Aspekte in der Situation, auch wenn diese einige negative oder belastende Seiten hat. Entdeckung eines tieferen Sinns in einer u.U. stark belastenden Situation: Bewertung der eigenen Situation als positiv z.B. im Vergleich *mit* der eigenen zu einem früheren Zeitpunkt oder der Situation anderer (Thomae 1988, 95)."

Diese Reaktionsform kann vom betroffenen Individuum in den Dienst der Reduzierung von Differenzen zwischen den Erwartungen an und dem Erleben von bestimmten Situationen gestellt werden. Neubewertungen von Situationen durch positive Akzentverschiebungen ermöglichen so eine Integration auch von negativeren Erlebnissen in den zeitlich meistens früher gebildeten, positiveren Erwartungshorizont der Betroffenen. Eine solche Aktualisierung dieser Reaktionsform zeigte Thomae (1976, 445) vor allem bei älteren Menschen auf.

Auch im Rahmen vorliegender Untersuchung gewann *diese* Reaktionsform in einem durchaus vergleichbaren Sinne für die Betroffenen an Wichtigkeit, wenn es für sie darum ging, die durch den Krankheitsverlauf (und seine sekundären, vor allem sozialen Folgen) nicht mehr realisierbaren Erwartungen an sich und/oder andere sowie an (Lebens-)Situationen schlechthin nicht nur zu reduzieren, sondern in einer für sie sinnfälligen und damit positiven Form zu modifizieren und in ihr momentanes und/oder zukünftiges Situationserleben zu integrieren. So wurde in etlichen Äußerungen der Befragten deutlich, dass sie den Krankheitsverlauf und seine sozialen Auswirkungen in ihre Lebensgeschichte integrierten.

Beispiel 46

(Wie sieht Deine momentane berufliche Situation aus?)

"Von außen betrachtet sicherlich nicht so rosig. Ich wollte ja früher einmal Elektriker werden und dann kam aber meine erste Krise und ich hab's nicht mehr geschafft. Aber ich sag Dir ganz ehrlich, ich denk häufig, es könnte noch viel schlimmer gekommen sein, ich seh es ja bei vielen anderen Patienten hier im CIM. Jetzt sieht es bei mir so aus, dass ich ab und an, wenn es mir gut geht, meinem Nachbarn in der Autowerkstatt helfe. Das macht mir recht viel Spaß. Und wenn es mir nicht so gut geht, oder ich keine Lust habe, dann bleibe ich eben zu Hause. Wer kann das schon, ich finde das richtig gut, dass ich frei entscheiden kann."

Beispiel 47

(Wie haben Sie die Scheidung von Ihrer Frau erlebt?)

„Viele meiner Bekannten haben so zu mir gesagt, dass tut uns aber leid, erst hast Du die Krankheit bekommen und jetzt läuft Dir Deine Frau weg. Denen habe ich immer geantwortet, es ist besser so, mir ist es lieber wenn meine Frau weggeht, als wenn sie ständig so klagt, was das für ein Unglück mit meiner Krankheit ist und so. Ich finde das gar kein Unglück, ich lebe ganz normal und seitdem meine Frau ausgezogen ist noch ruhiger und zufriedener. Also ehrlich, so alleine Leben hat doch auch Vorteile, Ihre Frau sagt ihnen nicht mehr, dies und das musst Du jetzt tun, sondern Sie sind Ihr eigener Herr.“

Auch wenn eine als belastend erlebte Lebenssituation oder die Krankheit vom Betroffenen als Voraussetzung für seine persönliche Reifung erlebt und interpretiert wird, sollen solche Äußerungen in dieser Kategorie erfasst werden.

Beispiel 48

(Wie war der erste Aufenthalt in der Klinik für Sie?)

"Ich habe das als eine sehr notwendige, hilfreiche Zeit erlebt. Sicher, es war am Anfang schon sehr fremd für mich, man durfte nicht rausgehen, der ganze Tagesablauf. Aber nach ein paar Tagen habe ich gemerkt, dass mir die Ruhe gut tat, ich bin viel zum Nachdenken gekommen, viel mehr, als in den Jahren zuvor. Ich glaube im Nachhinein, dass das ein sehr wichtiger Moment in meinem Leben war, ich habe über vieles nachgedacht, was für mich vorher selbstverständlich war in meinem Leben. Auch wenn es vielleicht etwas komisch klingt, aber als ich aus der Klinik rauskam habe ich vieles mit anderen Augen gesehen, tiefgehender, es war so eine Art seelisches Wachstum für mich, diese Zeit."

Beispiel 49

(Wie war die erste Zeit in Deutschland für Dich?)

"Das war schon hart. Ich konnte ja kein Wort Deutsch und kannte auch niemanden. Ich hab mir dann aber gesagt, hier musst Du durch und auch, dass es allemal besser war in Deutschland in der Fremde zu arbeiten, als in Bari auf der Straße zu sitzen und mich mit meinem Vater zu streiten. Ich glaub, in der Situation habe ich dann das Beste draus gemacht und bin dabei auch selbstständiger und erwachsener geworden."

(14) Die Situation den Umständen überlassen

Reaktionsformen, die dieser Kategorie zugeordnet werden, sind durch den Verzicht der Betroffenen auf eine momentane Einflussnahme auf die aktuelle Situation gekennzeichnet. Thomae (1988, 96) betont, dass "diese Reaktionsart ... nicht einfach mit Passivität gleichzusetzen (sei), wenn das Verhaltensmuster - von außen gesehen- auch durch einen Verzicht auf aktive Auseinandersetzung gekennzeichnet ist."

Mangelnde Möglichkeiten der Abschätzung zukünftiger Entwicklungen oder die subjektive Einschätzung, dass "man die Dinge reifen oder an sich heran kommen lassen müsse, um sie dann in adäquater Weise beantworten zu können (Thomae 1988, 96)" liegen dabei der Wahl dieser Reaktionsform zugrunde.

Es handelt sich also bei dieser Reaktionsform nicht um einen explizit und für immer gedachten Reaktionsverzicht, sondern häufig um einen Reaktionsaufschub mit der - zumeist impliziten-Option für die Zukunft, auf die Anforderungen zu einem späteren Zeitpunkt angemessener reagieren zu können.

Reaktionsaufschub anstelle von Reaktionsverzicht, sowie das in nicht starker Ausprägung gegebene Gefühl der Hilflosigkeit grenzen diese Reaktionsform gegenüber depressiven/resignativen Reaktionen ab. Viele der in diese Kategorie fallenden Äußerungen der Betroffenen beziehen sich auf die momentane Situation bezüglich des Krankheitsverlaufes, der für sie aktuell nicht zu beeinflussen schien, dessen weitere Entwicklung sie zunächst abwarten wollten, bevor sie selbst aktiver in das Geschehen eingreifen wollten. Im folgenden Gesprächsauszug wird auch die thematische Nähe der Kategorie 'Die Situation den Umständen überlassen' zu der der 'Korrektur von Erwartungen' dokumentiert; es wird in diesem Beispiel aber deutlich, daß der Betroffene in fernerer Zukunft durchaus eine eigeninititative Beeinflussung der Situation in seinem Sinne für zumindest möglich hält.

Beispiel 50

(Was erwarten Sie von der Zukunft?)

"Früher hätte ich auf diese Frage klar geantwortet, dass ich vor allem zusehen möchte, dass es mir gesundheitlich wieder gut geht. Heute sehe ich die Sache wesentlich ruhiger, vielleicht auch philosophischer. Es ist ja eine Krankheit, bei der ich nie wissen kann, wie sie sich weiterentwickelt, was ich in Zukunft machen kann und was nicht. Zumindest muss ich wohl noch ein paar Jahre warten, sehen, ob ich nochmal Krisen bekomme, bevor ich wieder so richtig mein Leben in die Hand nehmen kann."

Auch befürchtete Enttäuschungen wurden von Betroffenen als Grund für ihre Entscheidung genannt, den Dingen zumindest für die nächste Zeit ihren Lauf zu lassen, auf eigene Steuerung zu verzichten.

Beispiel 51

(Welche Pläne hast Du jetzt für die Zeit nach Deiner Entlassung?)

"Also, ehrlich gesagt, im Moment will ich erstmal gar keine Pläne machen. Erstmal will ich sehen, wie sich das alles entwickelt, mit meiner Familie, ob ich wieder arbeiten kann und so. Wenn ich jetzt schon Pläne machen würde, wäre ich nachher vielleicht nur enttäuscht, meine Familie vielleicht auch. Wie gesagt, erstmal lasse ich die Sachen auf mich zukommen, später kann ich dann immer noch Pläne machen, was meinst Du?"

Auch im Fall eines seit 2 Jahren arbeitslosen Betroffenen ist dieser Aspekt der versuchten Vermeidung möglicher, späterer Enttäuschungen zu beobachten, ohne dass diese Haltung jedoch ausgeprägte resignative Züge trägt.

Beispiel 52:

(Wie kann es bei Ihnen beruflich weitergehen?)

"Da mache ich mir keine allzu große Hoffnungen. Ich mein, es wäre sicherlich falsch zu sagen, das wird nie wieder was. Aber ebenso falsch wäre es, wenn ich jetzt sagen würde, dies oder das das muss ich unbedingt 1990 erreichen, sonst bin ich unzufrieden. Ich habe mich damit abgefunden, dass ich im Moment nur sagen kann, die Zukunft wird zeigen, zu was ich beruflich fähig sein werde und was nicht mehr geht. Alles andere würde nur zu Enttäuschungen führen."

(15) Hoffnung

Lazarus (1980,210) stellt fest, dass sich Hoffnung einstellen kann, "auch wenn die eigenen Möglichkeiten des Individuums nicht zur Änderung oder Beibehaltung der Situation ausreichen. Sie kann sich auch angesichts sehr ernster Bedrohungen einstellen."

Es ist jedoch mit Thomae (1988, 97) zu betonen, dass „Hoffnung“ als Reaktionsform nicht nur gegenüber extremen Bedrohungen von den Betroffenen aktualisiert wird. Häufig konnte in vorliegender Untersuchung vielmehr beobachtet werden, dass erst durch das Zulassen und Zeigen von Hoffnung für den Einzelnen ein Erwartungsrahmen geschaffen wurde, innerhalb dessen andere Reaktionsformen subjektiv sinnhaft aktualisierbar waren. Nach Scharnweber (1983, 279) kann eine "Hoffnung auf Wende" auch eine emotional-affektive Anpassung an eine belastende Situation begünstigen.

Thomae (a.a.O.) streicht zudem heraus, dass sich Hoffnung „auf eine Wende in einer ungünstigen bzw. gefährlichen Lebenslage, andererseits auf die Beibehaltung einer befriedigenden Gegenwart beziehen kann." Die Hoffnung kann dabei durch Attribution auf externe Kräfte (z.B. die Kompetenz der Ärzte) oder durch Ausblenden der Höhe der Bedrohung gebildet werden.

In Anlehnung an Stöhr (1986, 132) soll auch in dieser Untersuchung das Kriterium, ob die von den Betroffenen in der Exploration geäußerten Hoffnungen vermutlich realistisch oder eher unrealistisch (i.S. von reinem Wunschenken) sind, keine Berücksichtigung finden, da es an dieser Stelle nur auf den Bewältigungseffekt der Reaktionsform ankommt.

Hoffnung auf bessere Zeiten (häufig verbunden mit Erinnerungen an frühere, als glücklicher empfundene Lebensphasen), sowie auf eine baldige Heilung von der schizophrenen Erkrankung (dies vor allem bei denjenigen Betroffenen, die während oder kurz nach ihrer Ersterkrankung exploriert wurden) waren thematische Schwerpunkte bei den dieser Kategorie zuzuordnenden Äußerungen der Betroffenen.

Beispiel 53

(Wie sehen Sie heute Ihre Zukunft?)

"Im Moment ist es ja nicht so leicht, weder für mich, noch für meine Familie. Aber ich hoffe, dass es schon wieder einmal so werden wird, wie früher. Dass ich wieder als Mechaniker arbeiten kann, dass meine Familie und ich wieder in einer größeren Wohnung leben können. Es braucht ja

gar nichts so besonderes zu sein, früher lebten wir ja auch nicht im Paradies. Aber dass es besser wird als es heute ist, dass hoffe ich schon.“

Vom zeitlichen Bezug her wurde von Betroffenen häufiger berichtet, dass sie in vergangenen Lebenslagen diese Reaktionsform angewandt hätten, wobei sie dies heute z.T. als ungerechtfertigt ansahen; wenn dies der Fall war, so ging die Reaktionsform "Hoffnung" im weiteren biografischen Verlauf häufig in die der 'Korrektur von Erwartungen' über.

Beispiel 54

(Wie hast Du Deinen ersten Klinikaufenthalt erlebt?)

'Also, zuerst war es ein ziemlicher Schock für mich. Aber dann habe ich gedacht, hier komme ich schon wieder raus. Ja, ich habe damals gehofft, das ist so eine Sache wie ein Beinbruch, Dir geht es einen Moment sehr schlecht, aber schnell ist es wieder so wie früher und Du kannst normal weiterleben wie vorher. Erst nach meiner zweiten Krise ist mir klar geworden, dass es nicht so wie mit anderen Krankheiten ist, dass ich nicht davon ausgehen kann, gleich nach einem Klinikaufenthalt wieder alles so machen zu können wie früher.'

In einigen Äußerungen wurde die Hoffnung von den Betroffenen -wie im folgenden Beispiel einer langjährig in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelten Frau- auch mit Äußerungen ihrer behandelnden Ärzte begründet.

Beispiel 55

(Wie war die erste Zeit in der therapeutischen Wohngemeinschaft für Sie?)

"Die Umstellung von der Klinik war sehr schwer. Mir war am Anfang gar nicht klar, was ich jetzt eigentlich machen sollte, ich dachte auch, was soll das, jetzt war ich so lange in der Klinik, ich kann sowieso nicht mehr ein normales Leben führen. Das war vielleicht einen Monat so. Dann hat mir Dr. C. eines Tags gesagt, dass ist ja toll ,Carla, jetzt isst Du wieder so wie früher mit Messer und Gabel und ziehst Dich auch wieder richtig flott an. Da habe ich gedacht, vielleicht klappt es ja doch wieder, so wie früher alles zu machen, wenn der Doktor schon die ersten Erfolge sieht. Ja, heute ist es noch nicht so wie vor der Klinik, aber ich hoffe, dass wird auch noch gehen. Jedenfalls habe ich gelernt, wie wichtig es ist, den Kopf nicht hängen zu lassen. Ohne ein bisschen Hoffnung, dass es doch wieder gut geht, würde mir das alles noch viel schwerer fallen.“

VII.2.16 Depressive Reaktion / Resignation

Die in dieser Kategorie zu erfassenden Äußerungen der Betroffenen sind als emotionale Reaktionen zu qualifizieren, deren große Bedeutung im Auseinandersetzung- und Bewältigungsprozess von Lazarus et al. (1981), Haan (1977) und Thomae (1988) hervorgehoben wird.

In dieser Kategorie sollen Reaktionen der "Gedrückttheit, traurigen Verstimmung, schwermütigen Stimmungslage, Niedergeschlagenheit (Dorsch 1976, 117, zit. nach Thomae 1988, 97)" erfasst werden, sofern sie auf entsprechende äußere Umstände rückführbar sind.

Es sollen hier also nicht Depressionen oder depressive Reaktionen psychopathologischen Charakters eingefangen werden, sondern Reaktionen der Trauer etc. von Betroffenen auf bestimmte Ereignisse oder Zustände in ihrem

individuellen Lebensraum. Die zeitliche Dauer einer solchen Reaktion sollte dabei nicht als Unterscheidungskriterium zwischen "normaler" (oder: reaktiver) und "psychopathologischer" depressiver Reaktion gewählt werden, da ihre Andauer primär durch die zeitliche Perseveranz der sie generierenden externen Faktoren bestimmt wird (in Abgrenzung zu Stöhr 1986, 135).

In Anlehnung an die durch Thomae erfolgte Integration des Konzeptes der 'erlernten Hilflosigkeit' von Seligman sollen in dieser Kategorie zudem Reaktionen erfaßt werden, "welche auf Resignation, Ohnmacht und Aufgabe weiterer Bemühungen verweisen (Thomae 1988, 97)".

In der vorliegenden Untersuchung berichteten Betroffene vor allem im Zusammenhang mit ihrer ersten bewussten Auseinandersetzung mit der schizophrenen Erkrankung (Diagnoseeröffnung und/oder erste therapeutische Gespräche), mit beruflichen Misserfolgen (Entlassungen oder Abstufungen in der Verantwortlichkeit) oder auch mit Erlebnissen der sozialen Ausgliederung und Isolation, zumal im Anschluss an Klinikaufenthalte, von depressiven und resignativen Reaktionen.

Beispiel 56

(Wie war es für Dich, als Du vom Arzt die Diagnose erfahren hast?)

"Das war für mich wie ein Schlag vor den Kopf. Darauf war ich seelisch nicht vorbereitet, man hatte ja schon etwas von Schizophrenie gehört, wie schwer die Krankheit ist. Nach dem Gespräch mit dem Arzt bin ich dann wieder auf mein Zimmer gegangen, hab mich in eine Ecke gesetzt und wollte von allem nichts mehr wissen. Ich erinnere mich noch, wie nachmittags ein Pfleger zu mir kam und sagte, jetzt sitzt Du schon seit heute morgen hier, lass den Kopf nicht so hängen, geh zu den anderen in den Aufenthaltsraum. Aber ich hatte keine Kraft, es schien mir in dem Moment alles so trostlos. Ich konnte nur dasitzen und manchmal weinen."

Im folgenden Beispiel klingt deutlich die Resignation des Betroffenen bezüglich seiner beruflichen Wiedereingliederungschance an.

Beispiel 57

(Wie sieht heute Ihre berufliche Situation aus?)

"Ich würde sagen, schlimmer kann es nicht mehr kommen. Gleich nach meinem ersten Klinikaufenthalt habe ich die Arbeit verloren. Ja, hier fehlen ja sowieso Arbeitsplätze, hier kommen auf einen der arbeitet drei, die darauf warten, dass der eine nicht mehr arbeitet. Nein, hier habe ich keine Chance mehr, es hat gar keinen Sinn, darauf zu hoffen, dass mich irgendjemand wieder nimmt. Ich kann jedenfalls nichts tun, es hat keinen Sinn."

Der folgende Gesprächsauszug macht deutlich, wie wichtig ein intaktes Sozialnetz für viele von einer schizophrenen Erkrankung Betroffene ist und wie sehr sie durch Ausgrenzungen ihres sozialen Umfeldes aufgrund ihrer Erkrankung emotional belastet werden.

Beispiel 58

(Was hat sich heute im Vergleich zur Zeit vor Ihrer Erkrankung in Ihrem Alltag verändert?)

„Sehr vieles, alles Erfreuliche, was mir Spaß gemacht hat, gibt es nicht mehr, das, was geblieben ist, ist das Hoffnungslose, Traurige. (Was meinen Sie damit im einzelnen?) Na, früher sah doch ein Tag für mich so aus, dass ich aufgestanden bin, meinen Kaffee getrunken habe und dann

rausgegangen bin, um meine Freunde zu sehen, auf der Piazza oder auch in der Bar. So habe ich die Tage zugebracht, indem ich mich mit meinen Freunden unterhalten habe, mit ihnen Karten gespielt habe, manchmal auch mit ihnen ins Kino gegangen bin. Und heute? Heute will mich keiner mehr kennen, keiner grüßt mich mehr, mit keinem kann ich mehr so wie früher die Tage verbringen. Das tut mir jedesmal weh, wenn mich einer meiner früheren Freunde nicht mehr grüßt, es macht mich alles sehr traurig, es macht mich richtig niedergeschlagen. Und das Schlimmste ist, es wird wohl nie wieder so wie früher, es ist wirklich zum Verzweifeln.“

(17) Identifikation mit den Schicksalen und/oder Zielen anderer

"Identifikation mit den Schicksalen und/oder Zielen anderer bedeutet ein stärkeres Beteiligtsein an dem Wohlergehen bzw. den Fortschritten einer oder mehrerer anderer Personen, die zumeist der eigenen Familie, aber auch dem Kreis der Freunde oder Bekannten angehören (Thomae 1988, 98)".

In allererster Linie setzt diese Reaktionsform ein soziales Interesse an den Schicksalen anderer Menschen voraus, das für die hier befragte Personengruppe sicherlich nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann und von ihr auch nicht leicht zu erbringen ist.

Diese "symbolische Erweiterung des eigenen Selbst auf die Person, mit der man sich identifiziert (Thomae 1988, 98) kann bestimmte Auseinandersetzungs- und Bewältigungsprozesse günstig beeinflussen: manchmal lässt sich mit Hilfe dieser "Erweiterung" die Realisierung eigener, unerreicht gebliebener Ziele und Wünsche an jemand anderen 'delegieren' und an seinen Erfolgen partizipieren, in anderen Fällen kann sie der Anreicherung des eigenen, reizärmeren Lebensraumes durch die miterlebten Ereignisse und Erlebnisse aus dem Lebensraum des 'Identifikationspartners' dienen. In jedem Fall ist mit Thomae (a.a.O.) zu betonen, dass der hier gebrauchte Identifikationsbegriff als Bezeichnung einer Reaktionsform nicht synonym mit dem psychoanalytischen Begriff gebraucht wird: Dort ist er für die Identifikation der Kinder mit den Zielen und Wünschen der Eltern im Dienste der Angstreduktion reserviert, hier ist er als Beschreibung für prinzipiell zwischen Personen jedweder Art und in jedweder Richtung stattfindende Prozesse der oben definierten Art eingeführt.

Im Rahmen vorliegender Untersuchung aktualisierten die Befragten diese Reaktionsform nicht nur in bezug auf Familienangehörige, sondern auch gegenüber anderen Personen, die sich in einer ihnen vergleichbaren Lage befanden. Insgesamt war aber auch in dieser Arbeit diese Reaktionsform eher selten anzutreffen (vergl. Stöhr 1986 und Schaub 1993).

Beispiel 59

(Wie war das Leben in Ihrer Familie vor Ihrer ersten Krise?)

"Die Atmosphäre war recht gespannt, vor allem zwischen meinem Vater und meiner Mutter. Nachdem mein Vater arbeitslos geworden war, saß er den ganzen Tag zu Hause und hat meine Mutter herumkommandiert. Das war für meine Mutter eine sehr schwierige Zeit, ich spürte ganz genau, wie sie unter dem ständigen Schimpfen meines Vaters litt, und dann wurde sie ja auch

krank. Als mein Vater sie dann immer noch herumkommandieren wollte habe ich ihn zur Rede gestellt und ihm gesagt, er solle meine Mutter jetzt endlich respektvoller behandeln, er habe gar keine so gute Frau verdient und wenn er sie weiter quälen würde, dann würde er großen Ärger mit mir bekommen. Das hat wohl einen gewissen Eindruck auf meinen Vater gemacht, jedenfalls war er danach bis zum Tod meiner Mutter tatsächlich etwas höflicher zu ihr. Das zu sehen, tat mir dann auch gut.“

Beispiel 60

(Haben Sie zu anderen Patienten in der Klinik Kontakt gehabt?)

„Zunächst gar nicht. Nach etwa 3 Wochen kam dann ein anderer, Giuseppe, der war im gleichen On in Kalabrien geboren wie ich. Ihm war es sehr schlecht ergangen, vielleicht schlechter als mir. Er hatte vorher ein Lebensmittelgeschäft gehabt, das hatten ihm dann aber seine Brüder weggenommen, als es ihm schlechter ging. Danach war es dann bei ihm gesundheitlich ganz schnell bergab gegangen, und dann musste er eben in die Klinik. Ja, ihm habe ich viel zugehört, mit ihm nachgedacht, was er wohl tun könnte, wenn er wieder entlassen wird. Dann wurde er auch ein paar Wochen vor mir entlassen, kehrte aber nach ein paar Tagen bereits wieder zurück, weil er zu Hause die Situation nicht aushielt. Das tat mir sehr leid für ihn. Er ist jetzt immer noch in der Klinik. Wenn die Familie gegen einen ist, wie in seinem Fall, ist es sehr schwierig, wieder gesund zu werden.“

Das folgende Beispiel zeigt, als wie bereichernd die 'Identifikation' empfunden werden kann, gerade von der hier befragten Personengruppe, deren soziale Kontakte häufig auf ein Minimum reduziert sind. Zudem wird in diesem Gesprächsauszug deutlich, dass die Anregung zu einem engen sozialen Kontakt, innerhalb dessen es auch zu 'Identifikation' kommen kann, sinnvollerweise auch von Mitarbeitern der psychiatrischen Versorgungseinrichtung erfolgen kann, vorausgesetzt, dass diese es auch als ihre Aufgabe ansehen, das soziale Netz der Betroffenen zu pflegen.

Beispiel 61

(Wie war es, als Sie aus der Klinik entlassen wurden?)

"Es war für mich ganz wichtig, dass ich von Anfang an zweimal die Woche nachmittags zum Kartenspielen hier in den CIM gekommen bin. Erst fiel mir das zwar schwer, aber jetzt möchte ich das nicht mehr missen. Ich glaube, da war es auch ganz wichtig, dass immer einer von Euch beim Kartenspielen dabei war, dass ein Gespräch in Gang kam, sonst hätten wir vielleicht nur ganz stumm dagesessen. Aber durch die Gespräche, wo jeder einmal etwas von sich erzählt, ist es für mich so interessant geworden. Da hört man doch auch mal, wie es den anderen ergeht, mit der Arbeit, der Familie oder sonst etwas. Dann habe ich ja auch an diesen Nachmittagen Paolo kennengelernt. Bei ihm habe ich von Anfang an gemerkt, das ist jemand, der viel zu erzählen hat, der viel erlebt hat. Sowas fasziniert mich. Wenn er erzählt, was er schon alles gemacht hat, kommt es mir manchmal vor, als ob ich das alles selbst erleben würde.“

(18) Evasive Reaktion

Allen in dieser Kategorie zusammenfassenden Reaktionsformen gemeinsam ist die Vermeidung einer direkten, ursachenorientierten Bewältigung von Belastungen zugunsten eines verhaltensmäßigen oder intrapsychisch-kognitiven ("faktischen oder symbolischen". Thomae 1988, 99) "Aus-dem-Felde-Gehens" (Dembo 1931; zit. nach Thomae a.a.O.).

Auf der Verhaltensebene zählen vor allem Ausweich- und Fluchtreaktionen zu den evasiven Reaktionen. Die in diese Kategorie fallenden intrapsychischen Mechanismen sind "unter dem Oberbegriff der 'Abwehrmechanismen' (A Freud 1936)" (Thomae a.a.O.) zusammenzufassen. Dabei betont Thomae (a.a.O.) jedoch, dass es "gemäß der Art der Erhebung der Daten und ihrer Auswertung durch Nicht-Analytiker ... zweckmäßig (sei), von wertenden Kennzeichnungen wie 'Verdrängung' oder 'Rationalisierung' Abstand zu nehmen und an der Aussage nur die Grundfigur des 'Aus-dem-Felde-Gehens' zu erlassen". Stöhr (1986, 142) spricht in diesem Zusammenhang von einem "bewussten Vergessen", das sich thematisch vor allem auf ein "absichtliches Zurückdrängen von Erinnerung und Reflexion in Bezug auf das aktuelle oder vergangene Krankheitsgeschehen" bezieht. Für die Betroffenen erscheint dabei die Aktualisierung dieser Reaktionsform die einzige Möglichkeit, sich gegenüber stark belastenden Situationen zu schützen, ihr emotional-affektives Gleichgewicht aufrechtzuerhalten.

In ihrer zeitlichen Bezugnahme auf die zu bewältigenden Ereignisse und Situationen kann diese Reaktionsform ebenso eine Antwort auf erlebte oder bestehende Belastungen sein, wie eine "vorbeugende Maßnahme" für antizipierte Belastungen. Vor allem letztgenannter präventiv-protektiver Einsatz dieser Reaktionsform zeigt sich in vorliegender Untersuchung im Rahmen des Umganges der Betroffenen mit den sozial stigmatisierenden Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung i.S. eines systematischen 'Aus-dem-Felde-Gehens' der Betroffenen, wann und wo immer sie Konfrontationen mit den schizophrenie- und allgemein psychiatriebezogenen Einstellungen und Vorurteilen befürchten.

Beispiel 62

(Was vermissen Sie heute am meisten?)

"Am Abend, den Spaziergang auf der Piazza, oder das ich in die Bar gegangen bin. Heute sehe ich abends nur Fernsehen, raus gehe ich nicht mehr. (warum?) Die anderen Leute kennen mich ja alle von früher. Wenn die mich nun so sehen und wissen, dass ich in der Klinik war und nicht mehr arbeite, ja dann denken die wohl, dass ich arm dran bin, eben geisteskrank, nicht mehr zu den Sachen fähig bin, die ich früher gemacht habe. Und ich will nicht, dass die Leute so über mich denken. Deshalb bleibe ich abends lieber zu Hause, da kann keiner kommen und mich kränken."

Auch der Umgang mit der schizophrenen Erkrankung und deren Symptomen war bei einigen Befragten von der ausdrücklichen Absicht bestimmt, sich nicht damit auseinanderzusetzen. Dabei äußerten sich einige Befragte dahingehend, dass ihnen dies als die einzig mögliche Form der Bewältigung bspw. bestimmter psychotischer Symptome zu einem bestimmten Zeitpunkt erschien. Schaub (1992, 147) interpretiert dies auch als „einzig möglich erscheinender Strategie, um ein emotional-affektives Gleichgewicht aufrechterhalten zu können“.

Beispiel 63:

(Haben sie Dir in der Klinik die Diagnose mitgeteilt?)

"Ja, schon. Aber ich wollte es gar nicht hören. Dr. S. hatte es mir ja auch schon gesagt. Das ist eine schlimme Krankheit, ich wollte das gar nicht nochmal hören, dass ich gerade diese Krankheit habe, das macht mich nur noch kränker, verzweifelter. Besser gar nicht dran denken."

Beispiel 64:

(Was empfindest Du heute, wenn Du an Deine letzte Krise denkst?)

"Es war eine sehr schlimme Zeit, vor allem die Stimmen haben mir viel Angst gemacht. Aber jetzt ist es wieder gut, deshalb versuche ich, gar nicht mehr daran zu denken. Was nützt es schon, wenn ich immer wieder denke, was war das doch für eine schlimme Zeit, mir macht das nur Angst, dass es vielleicht nochmal passieren kann."

(19) Betonte Realitätsorientierung

"Betonte Realitätsorientierung ist eine Reaktionsform, die nur in bezug auf bestimmte Grenzsituationen zur Anwendung gelangt (Thomae 1988, 100)". Ihr thematischer Kern ist die "betonte Vergegenwärtigung der Unvermeidlichkeit (Thomae 1986, 19)" einer bestimmten Gegebenheit, einer Entwicklung oder eines zukünftigen Ereignisses.

Die 'betonte Realitätsorientierung' kann dazu verhelfen, den Prozess der Auseinandersetzung mit bestimmten Belastungen zu versachlichen, oder aber im zeitlichen Vorgriff Erwartungen, Hoffnungen und Wünsche bezüglich bestimmter Entwicklungen so unter Kontrolle zu halten, dass der erwarteten Belastung angemessen gegenübergetreten werden kann.

Im Rahmen dieser Untersuchung konnten dieser Kategorie Äußerungen der Befragten zugeordnet werden, die den von ihnen erkannten Schweregrad ihrer Erkrankung und/oder ihrer Lebenssituation betonten, wobei sie sich damit von unrealistischem Wunschdenken zu distanzieren suchten.

Beispiel 65:

(Wie sehen Sie die Zukunft?)

"Alle meine Zukunftspläne müssen realistischerweise von dem Fakt ausgehen, dass ich an Schizophrenie leide und dass ich bei dieser speziellen Krankheit nie sagen können werde: so, jetzt bin ich geheilt und kann so weitermachen wie vor meiner Erkrankung. Es gibt immer wieder Phasen in denen es mir gut geht, in denen ich alles machen kann. Aber dann kommt wieder ein Rückfall und ich kann gar nichts machen. Also kann ich nicht für die Zukunft planen wie ein normaler Mensch, der sagen kann, so, jetzt fange ich hier oder dort mit einer Arbeitsstelle an und arbeite dann hier für 10 Jahre. Ich kann das nicht, weil ich bei dieser Krankheit immer damit rechnen muss, dass ich von einem auf den anderen Tag wieder völlig unfähig bin, etwas zu arbeiten."

Ebenso wie bei Schaub (1993, 149) konnten auch in dieser Untersuchung Äußerungen von Befragten dieser Kategorie zugeordnet werden, die Hinweise auf eine gut entwickelte Gabe zur Selbstbeobachtung bezüglich des Krankheitsverlaufes seitens der Betroffenen enthielten. In Übereinstimmung mit Schaub (a.a.O.) wird dies auch in vorliegender Arbeit als eine wichtige Unterstützung der therapeutischen Arbeit gewertet, wobei in der territorialen psychiatrischen Versorgung weniger dem ärztlichen als vielmehr dem pflegerischen Personal diese Selbstbeobachtungen mitgeteilt wurden, um dann gemeinsam ein therapeutisches Programm zu entwerfen.

Beispiel 66:

(Wie gehst Du heute mit der schizophrenen Erkrankung um?)

"Mit meiner Krankheit ist es ja so: eine ganze Zeit lang geht es mir gut, ich kann alles machen, was ich will; dann passieren wieder Dinge, an denen ich merke, dass wieder meine nächste Krise kommt; z.B., dass ich nicht mehr schlafen kann, dass meine Gedanken sich wieder auf bestimmte Sachen fixieren und so. Ich habe inzwischen gelernt, diese Dinge ernst zu nehmen, sozusagen als Zeichen und Hinweis, dass ich etwas unternehmen muss, damit die kommende Krise nicht zu schlimm wird. (Nun unternimmst Du dann?) Ich gehe gleich zum CIM, zu Enza (eine der Krankenschwestern), die kennt mich ja nun schon seit 5 Jahren, mit ihr habe ich immer gute Erfahrungen gemacht. Wichtig ist es, mit ihr gemeinsam ganz offen über meine Krankheit zu sprechen, nicht so zu tun, als ob gar nichts wäre. Wenn ich ihr dann ganz offen erzähle, wie es mir geht, und sie mir ganz offen sagt, dass es wahrscheinlich wieder eine Krise geben wird, dann ist es mir möglich, mich darauf einzustellen, vielleicht ein Medikament zu nehmen, oder mit Enza zu vereinbaren, wann ich zum CIM oder sie zu mir kommen soll, um mit der Krise fertig zu werden. Wichtig ist es immer, nichts zu verniedlichen, sondern den Tatsachen klar entgegenzusehen, dann komme ich schon klar."

(20) Aggression/Kritik

Die Definition Baron's (zit. nach Mummendey 1983, 328f.) von Aggression als "jede(r) Form des Verhaltens, welches das Ziel hat, ein anderes Lebewesen zu verletzen oder ihm Kummer zu bereiten" legt Thomae (1988, 100) dieser Kategorie zu Grunde. In Erweiterung dieses Aggressionsbegriffes, der primär physische Aggressionen einfängt, bezieht Thomae (a.a.O.) "Kritik an anderen oder an Zuständen oder Institutionen" in diese Reaktionsform mit ein.

Ebenso wie in dem von Thomae gesammelten, umfangreichen biografischen Material besteht auch im Rahmen dieser Untersuchung nur der kleinste Teil der in dieser Kategorie abzutragenden Reaktionen aus physischen Aggressionshandlungen. Die wenigen Ausnahmen sollen in Anlehnung an Schaub (1984, 104) nicht in dieser Kategorie erfasst und bewertet werden, da sie in allen Fällen als verhaltensmäßige Manifestationen eines akuten psychotischen Zustandes zu interpretieren waren. Die verbalen Aggressionen -also Kritik oder die Abwertung anderer Personen- richtete sich im Rahmen dieser Untersuchung vor allem gegen die stationären Institutionen der Psychiatrie und gegen deren Vertreter.

Beispiel 67:

(Wie verbringen Sie hier in der Klinik die Tage?)

„Was soll ich hier schon machen. Hier geben ja die Pfleger und Ärzte den Ton an, schreiben vor, was man machen darf und was nicht. Das ist hier kein freies Leben, ständig wird einem gesagt 'tu dies, tu jenes'. man kommt nicht dazu, etwas eigenes zu tun. Oder auch das mit dem Duzen: hier wird jeder geduzt, als ob ich jemals Freund mit denen wäre, nicht einmal die grundlegenden Höflichkeitsformen beherrschen die. Je eher ich wieder hier weg bin, desto besser ist es.“

Beispiel 68:

(Haben Sie mit dem Stationsarzt über die Diagnose gesprochen?)

"Mit dem? Nie! Der hätte mir doch sowieso nicht zu. Wenn der in's Zimmer kam -wenn er überhaupt kam-dann sagte der doch nur 'Guten Tag' und war schon wieder aus der Tür. Ich wollte schon Näheres zur Diagnose wissen, aber für das Gespräch braucht man Zeit. Und deshalb habe ich gewartet, bis ich aus der Klinik raus war und ich Dr. S. im CIM fragen konnte. Wenn ich jetzt so an die Klinik zurückdenke bin ich richtig froh, dass ich da raus bin, da hat sich ja keiner richtig

um mich gekümmert, nur Medikamente haben sie mir gegeben, aber keine vernünftigen Gespräche über das, was mir wirklich fehlte oder darüber, wie ich mich fühlte.“

Seltener richtete sich die Kritik. auch gegen ein diskriminierendes soziales Umfeld (z.B. Arbeitgeber).

Beispiel 69:

(Was tun Sie im Moment beruflich?)

"Nichts. Ich habe ja versucht, wieder an meinem alten Arbeitsplatz anzufangen. Aber Sie wissen ja, es gibt so Leute die sagen, wer einmal in der Klappsmühle war bleibt immer verrückt, und so einer war mein Chef. Der hat sich gar nicht anhören wollen, was ich zu ihm über meine Krankheit und die Klinik sagen wollte. Dem reichte es zu wissen, dass ich eine Zeit in der Klinik war, er wollte mit mir nichts mehr zu tun haben. Ich finde ein solches Verhalten unmöglich, beleidigend. Das habe ich ihm auch gesagt, bevor ich aus seinem Büro gegangen bin.“

(21) Erlebte soziale Isolierung (Zusatzkategorie)

In dieser Kategorie sollen diejenigen Äußerungen der Befragten erfasst werden, die Erlebnisse der sozialen Isolierung und/oder sozialen Ausgrenzung durch ihr gesellschaftliches Umfeld beschreiben. Im Gegensatz zu der Kategorie der evasiven Reaktion sollen hier also nicht die von den Betroffenen selbst ausgehenden, z.T. präventiv-protektiven Rückzüge aus bestimmten sozialen Bezugssystemen erfasst werden, sondern diejenigen gegen ihren Willen geschehenden, ausgrenzenden und isolierenden Aktionen des sozialen Umfeldes, die die Betroffenen bewusst erleben und in der Exploration benennen.

Im Rahmen dieser Arbeit, die gerade auch an den sozialen Auswirkungen auf die Betroffenen nicht nur der schizophrenen Erkrankung, sondern auch verschiedener therapeutischer Konzepte interessiert ist, erscheint diese zusätzliche Herausarbeitung erlebter -und damit subjektiv häufig erlittener sozialer Isolierung und Ausgrenzung im Sinne einer getrennt auswertbaren Zusatzkategorie als sinnvoll und notwendig.

Beispiel 70:

(Wie haben Ihre Freunde auf Ihre Erkrankung reagiert?)

"Das mit meinen Freunden war für mich eine sehr schlechte, traurige Erfahrung. In der ersten Zert, als ich wieder aus der Klinik entlassen war, kam noch der eine oder andere und fragte, wie es mir geht. Als sie dann aber merkten, dass ich nicht mehr alles wie früher machen konnte, da haben sie sich immer mehr von mir zurückgezogen, haben sich immer weniger sehen lassen. Ich hätte mir damals mehr Unterstützung von ihnen erhofft, stattdessen haben sie mich allein gelassen."

Die beiden folgenden Explorationsauszüge zeigen die Wichtigkeit auf, die die jeweiligen therapeutischen Rahmenbedingungen gerade für das von den Betroffenen erlebte Ausmaß an sozialer Isolierung haben.

Beispiel 71:

(Wie haben Sie die Zeit in der Klinik erlebt?)

"Das Schlimmste war, von der Familie, von Freunden, von allen, die ich kannte getrennt zu sein. Das ist eine sehr einsame Situation, gerade wenn es Dir schlecht geht, wirst Du von Deinen Freunden allein gelassen, bist auf Dich allein gestellt. In der Klinik sind ja alles nur Fremde."

Beispiel 72:

(Was hat sich an Deinem Freundeskreis verändert?)

„Bevor ich das erste Mal in die Klinik musste, hatte ich einen großen Freundeskreis. Als ich dann in der Klinik war, ist keiner von denen zu Besuch gekommen. Auch nach meiner Entlassung ist keiner von denen zu mir nach Hause gekommen. Es ist eben so, dass jemand wie ich, der in der Klappsmühle war, von seinen Freunden gemieden wird. Jetzt mit dem CIM ist das etwas anderes, ich bleibe zu Hause und muss nicht in die Klinik. Das akzeptieren die anderen viel eher, als wenn jemand in die Klappsmühle muss. Ich habe z.B. jetzt wieder etliche Freunde.“

(22) Selbstwertproblematik (Zusatzkategorie)

In Anlehnung an Schaub (1993, 158) sollen in dieser Kategorie Äußerungen erlaßt werden, die "das Selbstkonzept des Patienten (Betroffenen) durch die Erkrankung oder durch die Reaktionen der Umwelt" in Frage stellen.

Beispiel 73:

(Wie gingst Du mit der Krankheit um, als Du aus der Klinik kamst?)

"Die Angst, die Nervosität und Anspannung waren viel besser geworden. Was mich bedrückte und was ich auch nicht akzeptieren wollte war, dass ich in der Schule nicht mehr die gute Schülerin sein konnte, die ich vorher war. Ich konnte mich einfach nicht mehr richtig konzentrieren, schon Einfaches zu lernen fiel mir schwer. Das war hart für mich, ich dachte häufig, na, jetzt werden die anderen sagen 'die ist nicht mehr so intelligent wie früher, die ist in der Klinik verblödet'. Dabei war ich früher in der Schule wirklich eine der Besten. Die Position habe ich dann natürlich verloren und ich kann Dir sagen, dass hat mit richtig wehgetan, das war eine harte Krise für mich, ich hatte ja das verloren, was mir bis dahin die meiste Bestätigung gegeben hatte."

Beispiel 74:

(Wie ging es auf der Arbeitsstelle weiter, als Du wieder aus der Klinik warst?)

"Es war für mich eine richtige Erniedrigung. Die Kollegen nahmen mich überhaupt nicht mehr für voll, ließen mich häufig auch alleine irgendwo stehen und sagten mir Überhaupt nicht, was zu tun war. Da habe ich mich schon die erste Zeit völlig nutzlos, wertlos gefühlt. Die haben mir eben gar nichts mehr zugetraut, mir zu verstehen gegeben, daß ich nach meiner Erkrankung zu nichts mehr bei der Arbeit taugte.“

In dieser Arbeit sollen dieser Kategorie auch diejenigen Erschütterungen des Selbstwertgefühls der Betroffenen zugeordnet werden, die von dem spezifisch psychiatrisch-therapeutischen Umfeld ausgehen; häufige Erlebnisse dieser Art waren Zwangseinweisungen und/oder herablassende und bevormundende Umgangsweisen des Pflegepersonals der Kliniken mit den Betroffenen.

Beispiel 75:

(Wie haben Sie Ihre Zwangseinweisung erlebt?)

"Irgendwie ging es mir ja wirklich schlecht, deshalb musste schon etwas passieren. Wie dann aber die Carabinieri kamen, wie die mich behandelten und dann auch die Pfleger in der Klinik, das war für mich wie eine Niederlage, wenn Sie wissen, was ich meine. (Was genau?) Na, eine Niederlage als Mensch, als jemand, der noch etwas wert ist, auf den man hört. Wie die mit mir umgegangen sind, habe ich mich nur noch als eine Sache gefühlt, irgendwie schien das allen auch noch unangenehm zu sein, sich überhaupt mit mir beschäftigen zu müssen. Da können Sie sich ja denken, wie ich mich gefühlt habe, eben auch wie eine wertlose Sache.“

Im folgenden Explorationsauszug schildert ein Betroffener, wie er im Laufe einer langjährigen stationären Behandlung nach anfänglichen Bemühungen seine persönliche Integrität zu bewahren (siehe '(Selbst)Behauptung') zunehmend in eine Selbstwertkrise gekommen ist.

Beispiel 76:

(Wie haben Sie die Zeit in der Klinik erlebt?)

"Ich war ja sehr lange dort, fast ein halbes Leben lang. Am Anfang habe ich noch versucht, meine Eigenständigkeit zu bewahren, ich selbst zu bleiben, mit mir nicht einfach so umspringen zu lassen, wie es gerade den Pflegern gefiel. Aber lange habe ich das auch nicht durchgehalten. Irgendwie ist es so, dass man nach einer gewissen Zeit nicht mehr an sich selbst und seine Fähigkeiten glaubt, wenn man ständig von den Ärzten und Pflegern wie jemand behandelt wird, der zu überhaupt nichts mehr fähig ist, eben wie ein total Verrückter von denen gesehen wird."

(23) Angst (Zusatzkategorie)

Wie in den Arbeiten von Stöhr (1986) und Schaub (1993) soll auch in dieser Arbeit die Zusatzkategorie 'Angst' aus zwei Gründen eingeführt werden: Zum einen ist 'Angst' ein emotionaler Zustand, der ablaufende und/oder zukünftige Bewältigungsprozesse stark beeinflussen kann und der damit im Rahmen des für diese Untersuchung formulierten Erkenntnisinteresses Wichtigkeit gewinnt, zum anderen waren die Äußerungen der Betroffenen zahlreich, die dieser Kategorie zuzuordnen sind.

Thematisch bezogen sich die von den Betroffenen geäußerten Ängste auf ihre schizophrene Erkrankung im engeren Sinne (weiterer Verlauf, Entwicklung bestimmter Symptomatiken), auf Auswirkungen der Erkrankung auf ihr soziales Umfeld (Verlust von Ansehen, weitergehende soziale Ausgrenzungen) sowie auf das berufliche Umfeld (Nichterfüllung von Leistungsansprüchen, sozial-ökonomischer Abstieg).

Beispiel 77:

(Welche Pläne haben Sie für die Zukunft?)

"Also, vor der Zukunft da habe ich schon Angst. Alle sagen mir ja, dass die Krankheit, an der ich leide, nicht heilbar ist. Da macht es mir dann schon Angst, an die Zukunft zu denken, was da alles noch auf mich zukommt."

Wie auch in der Untersuchung von Schaub (1993, 155) bezogen sich auch in der vorliegenden Arbeit die von den Befragten geäußerten, krankheitsbezogenen Ängste vielfach auf ein befürchtetes Rezidiv.

Beispiel 78:

(Wie empfindest Du Deine heutige Situation?)

"Im Prinzip ist für mich alles in Ordnung. Wovor ich allerdings sehr viel Angst habe ist, dass es mir vielleicht wieder so schlecht wie vor drei Monaten geht, dass ich wieder total nervös bin, Stimmen höre und mich wieder total von meiner Umgebung zurückziehe. Das war für mich eine schlimme Erfahrung und wenn ich denke, dass mir sowas nochmal passieren kann, dann kriege ich eine ziemlich panische Angst. Wer kann mir denn auch schon sagen, ob so etwas nochmal passiert, keiner, und das macht mich zusätzlich unsicher, weil ich auch nicht recht weiß, wie ich sowas vermeiden kann. Da bleibt eben immer dieses ungute Gefühl, so eine Art Grundangst vor der nächsten Krise."

Auch bezogen auf ihr Bewältigungsverhalten gegenüber den sozial-diskriminierenden Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung äußerten etliche der Befragten Gefühle der Angst.

Beispiel 79:

(Nehmen Sie heute weiterhin so rege am Gemeindeleben teil?)

"Nein, schon seit ein paar Jahren nicht mehr. (Warum?) Nach meiner ersten Krise haben mir doch einige zu verstehen gegeben, dass es ihrer Meinung nach nicht angeht, dass jemand wie ich, der in einem Irrenhaus war, Aufgaben wie Feste zu organisieren oder auch mal einen Ausflug zu organisieren übernimmt. Ich finde, das stimmt nicht, ich kann das ebenso gut wie früher. Aber ich habe mich dann zurückgezogen weil ich Angst hatte, dass jemand nur darauf wartet, dass ich einen Fehler mache, um dann zu sagen, das habe ich ja gleich gesagt, dass ein Verrückter nicht machen darf. Und das wäre dann schlimm für mich, dann würden sich vielleicht auch die Bekannten von mir abwenden, die mir geblieben sind. Und davor habe ich Angst."

Auch bezogen auf den beruflichen Bereich berichteten die Betroffenen von angstbesetzten Erlebnissen.

Beispiel 80:

(Welche beruflichen Pläne hast Du?)

"Früher hatte ich ja vor, eine eigene Werkstatt aufzumachen. Die Idee habe ich schon längst aufgegeben. Das würde ich heute gar nicht mehr schaffen. Heute habe ich vielmehr die Befürchtung, dass ich vielleicht meinen jetzigen Arbeitsplatz verliere, weil ich die Arbeit nicht mehr so schaffe wie früher. Wenn ich dann so denke, wie das wäre, wenn ich meine Arbeit verliere, dann wird mir richtig schlecht vor Angst. Ich habe doch dann überhaupt keine Chance, wieder etwas zu finden. Ich könnte dann den Rest meines Lebens von der Sozialhilfe leben, und was das für ein Leben ist, wissen wir doch."

Danksagung

An dieser Stelle geht mein Dank an die Menschen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit zum Teil über viele Jahre hin unterstützt haben:

An Herrn Prof. Dr. Längle für seine exzellente Betreuung und seine hilfreichen Anregungen.

An Dr. Mario Serrano für seine Offenheit gegenüber neuen Fragestellungen und das mir entgegengebrachte Vertrauen in der Arbeit mit den Patienten.

An das gesamte Personal des territorialen psychiatrischen Versorgungsdienstes von Martina Franca für seine hervorragende praktische und organisatorische Unterstützung bei der Durchführung der Befragungen.

An Frau Dr. Wiltrud Bayer für ihre große Geduld und Hilfe bei der Strukturierung des Manuskripts und der Literaturrecherche für diese Arbeit.

An meine Frau für ihre unermüdliche Unterstützung und Begleitung bei der Fertigstellung dieser Arbeit trotz vieler, konkurrierender Prioritäten im Familienleben.

Allen Patienten gilt mein Dank für ihr Vertrauen und an sie gehen meine besten Wünsche für ihr weiteres Leben.