

Bei der Entlassung in eine komplementäre Einrichtung gibt es oft konkurrierende Ziele: Einerseits soll der Platz in der Einrichtung so beschaffen sein, daß die wichtigsten Bedürfnisse des Patienten gedeckt sind, andererseits ist Heimatnähe anzustreben, um den Patienten nicht sozial zu entwurzeln. Unter Mangelbedingungen sind diese beiden Ziele oft nicht gleichzeitig erreichbar.

Welches der beiden Ziele steht effektiv bei der Entlassung im Vordergrund? Bei unserer Zusatzerhebung erhielten wir nur in wenigen Fällen die Meldung, eine bestimmte Versorgungskomponente sei notwendig gewesen, habe mit der Entlassung aber nicht realisiert werden können. Dies mag zusammen mit der insgesamt hohen Zahl an Ortswechseln darauf hinweisen, daß für die Entlassenden die Vollständigkeit der Versorgung Priorität hat und das Ziel Heimatnähe demgegenüber zurücksteht.

Ein weiterer wesentlicher Punkt für die Güte der Versorgung ist, wie lange Patienten auf einen Platz im komplementären Wohnen oder Arbeiten warten müssen. Im Rahmen einer Defizitanalyse wäre es sicher lohnend, die Wartezeit bis zum Eintritt in die komplementäre Betreuung in Abhängigkeit vom Hilfebedarf und weiteren Personmerkmalen (Alter, Erkrankungsart, Herkunft) näher darzustellen.

Schließlich lassen sich aus dem Muster der erhobenen Zusatzdaten auch Hinweise auf die Art der Kooperation intra- und extramuraler Dienste entnehmen. Für eine gute Kooperation spricht zunächst einmal ein hoher Anteil von Rückverlegungen gegenüber Einrichtungswechseln. Daneben kann die Verweildauer als Indikator dienen. Wenn die Klinik bevorzugt als Ort der Krisenintervention genutzt wird, dann dürfte das mit einer hohen Zahl von Aufnahmen aus dem komplementären Sektor, mit relativ kurzer Ver-

weildauer dieser Patienten und einer hohen Rückverlegungsquote verbunden sein. Dient die Klinik hingegen vorwiegend als Abschiebeinstitution, dann wäre das Verhältnis zu den komplementären Einrichtungen gekennzeichnet durch hinausgezögerte und damit seltene Aufnahmen, relativ lange Verweildauer jener Patienten und einer hohen Rate an Einrichtungswechseln bzw. einer niedrigen Rückverlegungsquote.

Zahlen wie die hier für den komplementären wie für den klinisch-stationären Bereich vorgelegten bilden eine unverzichtbare Grundlage für die Arbeit in den Gremien der regionalen Psychiatrie-Planung (z.B. Regionalkonferenz, kommunaler Psychiatrie-Plan). Da es sich bezogen auf den komplementären Bereich nur um Bewegungsdaten, nicht aber um Bestandsdaten handelt, können sie keinen Anspruch erheben, die Versorgungssituation auch nur annähernd vollständig abzubilden. Leider ist es bisher noch nicht gelungen, von den Leistungsträgern, insbesondere den Sozialhilfeträgern, Zahlen zu erhalten, aus denen hervorgeht, für wieviele Personen aus welchem Wohnort mit welcher Art von Erkrankung oder Behinderung welche Hilfen an welchem Ort bezahlt werden. Bisherige Statistiken berücksichtigen nur den Einrichtungsort, nicht aber den ursprünglichen Wohnort der Betroffenen.

#### **Anschrift der Verfasser**

**Reiner Kristen** (Dipl.-Psych.), **Jörg Imbeck** (Dipl. Soz.-Päd.) & **Heinrich Kunze** (Prof. Dr. med., Ärztl. Leiter)  
Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen  
D-34306 Bad Emstal/Kassel

## **Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten**

**Stefan Gunkel, Matthias Bröker & Stefan Priebe**

### **Einführung**

Sachverständige aus der psychiatrischen Praxis können sich vielleicht auf einige objektive Gütekriterien zur Beurteilung eines psychiatrischen Versorgungssystems verständigen und z.B. allgemein akzeptierte Minimalstandards der Strukturqualität psychiatrischer Behandlung definieren. Ob sich jedoch unter Experten hinsichtlich der Prozeß- und Ergebnisqualität ein Konsens herstellen läßt, darf schon deshalb bezweifelt werden, weil die Vorstellungen einzelner Berufsgruppen über effektive und humane Behandlungsformen bzw. über die optimale Gestaltung von psychiatrischen Institutionen stark differieren. Praktiker, Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker und Krankenkassenvertreter haben in der Regel unterschiedliche Interessen und rücken bei ihrer Bewertung jeweils andere Aspekte in den Vordergrund als etwa Patienten oder Angehörige<sup>1</sup>. Daß die Bewertungsmaßstäbe dabei nicht unabhängig von der subjektiven Betroffenheit sind, wird deutlich, wenn man die von Psychiatriceferenzen oder Angehörigenverbänden

vorgetragene Kritik an der Psychiatrie vergleicht mit Bewertungen von ärztlichen Gesellschaften.

Die traditionelle Psychiatrie hat sich seit den 70er Jahren entsprechend den Reformvorgaben der Enquetekommission durchaus stark verändert in Richtung auf eine gemeindenähe Sozialpsychiatrie mit einem differenzierten Angebot von stationären, teilstationären, komplementären und ambulanten Versorgungseinrichtungen. Dennoch ist festzustellen, daß der Dialog zwischen „Anbietern“ und „Nutzern“ psychiatrischer Behandlung noch immer schwierig ist, so daß häufig der Eindruck entsteht, daß sich hier verschiedene Kontrahenten in einer eher ideologischen als sachlichen Auseinandersetzung befinden.

### **Einbeziehung der Nutzerperspektive bei Überlegungen zur Verbesserung**

In privaten Dienstleistungsunternehmen und der Industrie ist schon lange erkannt worden, daß es allein aus wirtschaftlichen Gründen, etwa in Anbetracht der Konkurrenz auf dem freien Markt der Anbieter, letztlich überlebens-

wichtig ist, Kunden bzw. Konsumenten zufriedenzustellen und es für die Betriebe deshalb sinnvoll ist, systematische Verbraucherbefragungen durchzuführen. Obwohl inzwischen wissenschaftlich belegt ist, daß der Therapieerfolg mit der Patientenzufriedenheit in Zusammenhang steht, sind derartige Überlegungen der psychiatrischen Medizin traditionell fremd, zumal im Bereich der Gesundheitsversorgung bisher kein regelrechter Wettbewerb bestand. Inzwischen hat sich diese Situation jedoch geändert. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen in Verbindung mit einer Verknappung der Geldmittel hat zu einer strukturellen Krise des Krankenhauswesens geführt. Die jüngste Gesundheitsreform beinhaltet deshalb in verstärktem Maße Kosten-Nutzen-Abwägungen und hat dazu geführt, daß neben inhaltlichen („Qualitätsstandards“) jetzt ökonomische Gesichtspunkte („Kostendämpfung“) in den Vordergrund kommen. Nur wenn kommunale und private Kliniken Effektivität und modernes Management bieten, können sie ihre Existenz auf dem Markt sichern. Hier spielt z.B. nicht nur das öffentliche Image einer psychiatrischen Einrichtung eine Rolle, sondern auch, wie Patienten die Behandlungsangebote empfinden und bewerten.

Etwa die von Patienten geäußerte Unzufriedenheit mit der Behandlung wird von den Einrichtungen und den therapeutischen Mitarbeitern zu wenig ernst genommen, teilweise sogar als unbegründet abgetan. Sicherlich sind manche psychiatrischen Patienten klagsam und neigen auch krankheitsbedingt zu extrem negativen Bewertungen hinsichtlich der Behandlung. Dies trifft jedoch keineswegs für psychiatrische Patienten insgesamt zu. So können kritische bzw. abwertende Sichtweisen der Betroffenen das Resultat tatsächlich defizitärer Therapiebedingungen sein und damit Anlaß geben, Mißstände zu beseitigen. Subjektives Erleben der Therapie und Bewertung einzelner Behandlungsmaßnahmen sollten allerdings auch deshalb beachtet werden, weil das Ernstnehmen die Therapiemotivation der Patienten erhöht.

Patienten sind keineswegs passive Behandlungsobjekte, sondern sollten als aktive Nutzer therapeutischer Angebote betrachtet werden, die auf der Basis intensiver eigener Erfahrung, also aus „Sach-Kenntnis“ heraus („Psychiatrie-Erfahrene“), durchaus in der Lage sind, relevante Angaben über einzelne Strukturmerkmale psychiatrischer Institutionen zu machen. Es kommt doch letztlich darauf an, wie die Patienten selbst das Behandlungsklima und therapeutische Maßnahmen empfinden. Ihre Aussagen enthalten ausgesprochen wichtige Hinweise auf mögliche und notwendige Verbesserungen der Psychiatrie.

### **Behandlungserfahrung schizophrener Patienten**

Patienten, die aufgrund einer chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankung mehrfach bzw. längerfristig psychiatrisch behandelt wurden, berichten im Gespräch nicht nur über verschiedene leidvolle Zustände, welche direkt mit der Symptomatik verbunden waren und sind (*Herold-Weiss* 1974 spricht hier auch von der „inneren Hölle“ der Psychose), sondern erwähnen vielfach auch ausgesprochen negative Erfahrungen in Kliniken und anderen psychiatrischen Institutionen. Hierbei spielen dramatische Situationen im Zusammenhang mit der Unterbringung ebenso eine Rolle wie extrem unangenehme Bedingungen stationärer Behandlung, insbesondere

auch restriktive Therapiemaßnahmen wie Fixierung, Isolierung und Zwangsmedizierung.

Wie psychiatrische Patienten die Umstände einer klinischen Unterbringung und einzelne Komponenten der Behandlung subjektiv erleben, konnte in der Vergangenheit durch eine Reihe von empirischen Studien ermittelt werden, in denen es um die retrospektive oder aktuelle Beurteilung psychiatrischer Behandlungselemente ging. Patienten erleben Schutz- und Ruhigstellungsmaßnahmen offenbar überwiegend als qualvoll und halten sie für inakzeptabel<sup>2</sup>, während das Pflegepersonal eher geneigt ist, diese als hilfreiche Behandlungselemente zu betrachten oder als Interventionen, welche dazu beitragen, die persönliche Sicherheit zu gewährleisten<sup>3</sup>. Es gibt allerdings empirische Hinweise, daß Patienten in zeitlicher Distanz bzw. nach erfolgter Remission auch restriktive Behandlungskomponenten positiver bewerten als unmittelbar nach deren Einsatz<sup>4</sup>. Im allgemeinen gaben psychiatrische Patienten zumindest in älteren Untersuchungen<sup>5</sup> gehäuft an, daß der Lebensraum Klinik durch Monotonie, Einschränkung autonomer Selbstbestimmung oder gar Entmündigung gekennzeichnet sei. Nur wenige Patienten empfinden offenbar einen Krankenhausaufenthalt als Entlastung von Alltagsorgen, genießen die hiermit verbundene Reduktion von Eigenverantwortlichkeit<sup>6</sup> und erleben das reizarme Klima sowie die vereinfachte Struktur einer psychiatrischen Institution als förderlich. Insgesamt zeigen die genannten Studien vielmehr, daß die Behandelten nur selten mit der psychiatrischen Behandlung zufrieden sind, wobei eine kritisch-ablehnende Bewertung insbesondere dann festzustellen ist, wenn die Betroffenen unter Anwendung von Zwang in die Klinik gelangten, in geschlossenen Bereichen untergebracht oder gegen ihren Willen fixiert bzw. psychopharmakologisch behandelt worden sind. Restriktive Maßnahmen werden überwiegend als erniedrigend und unbegründet, d.h. als deutliche psychische Belastung oder gar traumatisierende Erfahrung beschrieben.

Erfahrungsgemäß sind Menschen, die an einer schizophrenen Psychose leiden, ausgesprochen empfindliche Persönlichkeiten, die schon auf normale äußere Belastungen ungewöhnlich heftig reagieren. Allein aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, daß die genannten Eingriffe, selbst wenn sie aus ärztlich-therapeutischer Sicht – etwa zur Abwendung von unmittelbaren Gefahren bzw. zur Beruhigung – unvermeidlich sind, oftmals von diesen als einschneidend negativ erlebt werden und deshalb prägnant im Gedächtnis bleiben.

Daß Patienten sich in einer freundlichen und möglichst offen gestalteten Behandlungsatmosphäre wohler fühlen, bedarf eigentlich keiner Erwähnung. Ebenso ist klar, daß der Erfolg einer psychiatrischen Therapie in hohem Grad von strukturellen, materiellen, konzeptuellen und anderen äußeren Rahmenbedingungen abhängt. Dennoch darf mit Blick auf die psychiatrische Therapie im engeren Sinne nicht übersehen werden, daß für Menschen mit schwerwiegenden und akuten psychischen Störungen bislang keine probaten Behandlungsmethoden verfügbar sind, die ganz ohne die Anwendung von Zwang auskommen. Insofern entsteht häufig für therapeutische Mitarbeiter das folgende psychologische Dilemma. Einem hilflosen Patienten, der sich z.B. durch bedrohliche Stimmen oder Wahnvorstellungen gepeinigt fühlt, steht ein möglicherweise selbst rat-

loser Psychiater gegenüber, dem in Anbetracht der existenziellen Not des Patienten praktisch nichts anderes übrig bleibt, als zu vergleichsweise drastischen Mitteln zu greifen, um dessen psychischen Zustand positiv zu verändern.

Grundsätzlich sind Psychiater und andere Therapeuten stets bemüht, „gewaltsame Eingriffe“ zu vermeiden, d.h. mit allen psychisch gestörten Menschen, besonders aber Psychosekranken, so umzugehen bzw. therapeutische Maßnahmen bei ihnen so einzusetzen, daß zusätzliche psychische Belastungen verhindert bzw. möglichst gering gehalten werden. Selbst wenn dieser Anspruch besteht, ist jedoch nicht auszuschließen, daß behandlungsbedingte Einflüsse zu kurz- oder langfristigen Beeinträchtigungen bei Patienten führen. Mit anderen Worten, auch wenn Ärzte und das Pflegepersonal in bester Absicht handeln, entstehen möglicherweise für manche Patienten im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung subjektiv unerträgliche Belastungen, welche unter Umständen dazu führen, daß diese künftig nicht nur einzelnen therapeutischen Interventionen ablehnend gegenüberstehen, sondern sich aufgrund negativer Erfahrungen der psychiatrischen Behandlung künftig entziehen.

Die bisherigen Ausführungen sollten zeigen, daß bei Überlegungen zur Optimierung psychiatrischer Behandlung die Patientenperspektive in jedem Fall einbezogen werden sollte. Nur wenn bei denjenigen, die eine medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische oder sonstige Behandlung in Anspruch nehmen (sollen), positive gegenüber negativen Aspekten deutlich überwiegen, sind die Voraussetzungen zum Erfolg solcher Maßnahmen günstig. Die enorme prognostische Bedeutung behandlungsbezogener Kognitionen von Patienten, insbesondere subjektiver Sichtweisen zur Angemessenheit und zum vermutlichen Erfolg einer Behandlung, belegen empirische Studien<sup>7</sup>. Bei diesen Untersuchungen zeigte sich z.B., daß der Behandlungserfolg (Anzahl von Wiederaufnahmen sowie Hospitalisierungsdauer im Referenzintervall) von positiv eingestellten Patienten regelmäßig besser war als bei kritisch-unzufriedenen Patienten.

Gerade in einer Zeit, wo sich Krankenhäuser zunehmend als Anbieter von Leistungen verstehen und Patienten als aktive Nutzer oder Kunden betrachtet werden, sollte es selbstverständlich sein, die subjektive Bewertungsstruktur, d.h. Sichtweisen und Erfahrungen, genauer zu untersuchen, damit einzelne therapeutische Angebote, aber auch das Gesamtkonzept psychiatrischer Behandlung entsprechend ausgerichtet werden können. Insofern stellt die systematische Befragung der Behandelten eine wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung in psychiatrischen Institutionen dar. In den meisten Allgemeinkrankenhäusern und somatisch ausgerichteten Fachkliniken ist es inzwischen Usus, „Kummerkästen“ aufzustellen und dem Patienten Fragebögen zur Beurteilung stattgefundener Behandlungen anzubieten und die Rückmeldungen bei Verbesserungsüberlegungen zu berücksichtigen. In der Psychiatrie könnten solche Möglichkeiten noch stärker genutzt werden.

Um dem Anspruch gerecht zu werden, negative und positive Therapieerfahrungen bzw. Behandlungsbewertungen psychiatrischer Patienten systematisch zu erkunden, entschlossen wir uns, eine Studie durchzuführen, bei der Patienten im persönlichen Gespräch die Möglichkeit erhalten sollten, einerseits unangenehme Erfahrungen und Kritik

zum Ausdruck zu bringen und andererseits über positive Aspekte der psychiatrischen Institutionen zu sprechen. Ein wesentliches Ziel dieser Befragung sollte sein, Wünsche und konkrete Forderungen an die psychiatrische Betreuung herauszufinden. Im folgenden werden Ergebnisse einer empirischen Studie<sup>8</sup> vorgestellt, bei der insgesamt 110 längerfristig schizophrene erkrankte Patienten in ausführlichen Interviews über positive und negative Erfahrungen in der Psychiatrie befragt wurden. Eine Kernfrage in den Einzelgesprächen war, welche Ereignisse, Situationen, therapeutischen Maßnahmen und Angebote die Patienten jeweils angenehm, förderlich oder unterstützend empfanden und welche Dinge retrospektiv betrachtet eher belastend oder sonstwie einschneidend negativ erlebt wurden.

### **Befragung von 110 schizophrenen Patienten**

Bei der Einrichtung, deren Patienten interviewt wurden, handelte es sich um eine gemeindepsychiatrisch ausgerichtete Institution (Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin), welche über verschiedene teilstationäre (Tagesklinik, therapeutische Werkstatt, Nachtklinik), ambulante (Institutsambulanz) und komplementäre Behandlungsangebote (Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle, betreutes Wohnen, Notdienst) verfügt.

Vorgesehen war, alle (n=145) Patienten, deren Krankheitsbild unter klassifikatorischen Gesichtspunkten (ICD-9) einer schizophrenen Psychose entsprach, einzeln zu befragen. 110 (76 %) des Ausgangssamples waren mit einem Interview einverstanden und nahmen an der Untersuchung teil, während 25 Patienten eine Befragung explizit ablehnten; die übrigen 10 Patienten wurden aus therapeutischen Gründen ausgeschlossen.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe (63 Männer und 47 Frauen) betrug zum Untersuchungszeitpunkt 38 Jahre, wobei der jüngste Patient 21 und der älteste 58 Jahre alt waren. Der Ausländeranteil betrug 10 %. Etwa zwei Drittel der Patienten waren bei der Aufnahme in die Abteilung alleinstehend bzw. lebten ohne Partner. Da der Behandlungsbeginn jedoch im Mittel 6,2 Jahre zurücklag und keine zutreffenden Angaben zur aktuellen Lebenssituation zur Verfügung standen, blieb unklar, wie viele Patienten zwischenzeitlich eine neue Partnerschaft eingegangen waren bzw. eine bestehende Zweierbeziehung verloren hatten. Auch bezüglich der beruflichen Situation der Befragten standen lediglich die bei der Aufnahme dokumentierten Basisdaten zur Verfügung. Hier ergab sich, daß zu Beginn der Behandlung der Anteil von Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigten bei 23 % lag, während 41 % der Patienten damals ohne Beschäftigung waren. Definitiv festzustellen war jedoch ein vergleichsweise hoher schulischer und beruflicher Bildungsstand der Patienten. So hatten fast 62 % mittlere Reife oder Abitur, während 10 % keinen Schulabschluß erreicht hatten. Eine Lehre hatten 37 % erfolgreich beendet und über einen Universitätsabschluß verfügten 19 %; hingegen waren insgesamt 44 % ohne abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium.

Daß sich die meisten Patienten wegen einer chronisch verlaufenden Psychose in Behandlung befanden, zeigte sich daran, daß bei mehr als der Hälfte vorher mindestens drei

teil- oder vollstationäre Aufenthalte stattgefunden hatten. 70 % hatten sich in der Vorgeschichte auch in ambulanter Vorbehandlung befunden, überwiegend beim niedergelassenen Nervenarzt (55 %). Zum Zeitpunkt der Befragung lag die erste psychiatrische Behandlung im Durchschnitt 11,2 Jahre zurück; 30 % der Patienten waren seit mindestens 15 Jahren (bis maximal 40 J.) erkrankt, während bei 14 % die erste Behandlung innerhalb der vergangenen drei Jahre erfolgt war. Nur bei sechs Patienten lag der Ausbruch der Psychose weniger als ein Jahr zurück.

Fremdeinschätzungen der aktuellen psychopathologischen Symptomatik mittels BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ergaben, daß die meisten Patienten zum Zeitpunkt der Befragung gering bis mittelgradig psychisch auffällig waren; der Durchschnittswert im BPRS betrug 32,3 (8,7) Punkte. Leicht erhöht waren die Scores für die Minussymptomatik (Affektverflachung, motorische Verlangsamung, emotionale Zurückgezogenheit und depressive Verstimmung), während produktive Krankheitszeichen nur bei wenigen Patienten festzustellen waren. Ausgeprägtere psychische Störungen (BPRS = 40 Pkt.) wiesen 24 % der Patienten auf.

Die semistrukturierten Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend qualitativ ausgewertet. Relevant für die Inhaltsanalyse (Kategorisierung) waren u.a. alle negativen und positiven Äußerungen des Patienten über die bisherige psychiatrische Behandlung. Abgesehen davon wurden in gleicher Weise auch sämtliche subjektiven Bewertungen erkrankungsspezifischer Gesichtspunkte untersucht, worauf in dieser Arbeit allerdings nicht eingegangen wird.

Zusätzlich wurden mehrere modifizierte visuelle Analogskalen eingesetzt. Dabei handelte es sich um global formulierte Fragen zur Positivität bzw. zur Negativität der bisherigen sowie derzeitigen psychiatrischen Behandlung. Zu beantworten waren die entsprechenden Fragen unter Verwendung einer gestuften Skala von 0 bis 100, deren Endpunkte verbal umschrieben waren. Bei einer der Fragen im Anschluß an das Gespräch über konkrete Belastungen und positiv zu bewertende Behandlungsaspekte wurden die Patienten gebeten, sämtliche negativen und positiven Gesichtspunkte, die für sie mit dem Erfahrungskomplex Psychiatrie/Psychose verbunden sind, gegeneinander „aufzurechnen“ und zu einem Gesamturteil auf der o.g. Skala zusammenzuführen. Auf diese Weise sollte ein quantitativer Indikator gewonnen werden, der den subjektiven „Traumatizitätsgehalt“ des durch psychiatrische Behandlung und psychische Erkrankung geprägten Patientendaseins näherungsweise widerspiegelt.

Die erwähnte Fremdbeurteilung des aktuellen psychopathologischen Zustandes sollte u.a. auch dazu dienen, mögliche Zusammenhänge zwischen der Behandlungsbewertung und der augenblicklichen psychischen Verfassung zu überprüfen.

## Ergebnisse

Vom Auswerter wurden in den transskribierten Interviewprotokollen solche Äußerungen identifiziert und inhaltlich kategorisiert, bei denen Einzelpunkte angesprochen oder generelle Einschätzungen abgegeben wurden, die mit der psychiatrischen Behandlung in Verbindung stehen. Bei

den als positiv bzw. negativ geschilderten Gesichtspunkten ergaben sich jeweils etwa 30 unterscheidbare Einzelkomplexe, die insgesamt 5 Inhaltsbereichen zugeordnet werden konnten. Das verwendete Zuordnungsschema sah vor, einzelne Äußerungen dann mehrfach zu klassifizieren, wenn der betreffende Behandlungsaspekt (z.B. Medikamenteneinnahme) positiv und auch negativ beschrieben wurde, oder wenn in einer Beschreibung gleichzeitig mehrere Inhaltsaspekte angesprochen wurden.

Für eine zusätzliche Analyse wurde die Nachhaltigkeit des Erlebens beim Codieren gesondert vermerkt. Wenn auffallend drastische Darstellungen eines Sachverhaltes oder Mehrfachnennungen vorkamen, wurden diese – dem jeweils zum Ausdruck kommenden Intensitätsgrad entsprechend – mit einem Gewichtungsfaktor versehen, d.h. mit zwei- bzw. dreifacher Stärke gezählt. Auf diese Weise konnte nicht nur eine summarische Gesamtschau der am häufigsten als positiv bzw. als belastend geschilderten Gesichtspunkte psychiatrischer Erfahrung erstellt, sondern auch pro Patient die Anzahl sowie das intensitätsgewichtete relative Überwiegen positiver bzw. negativer Behandlungserfahrungen ermittelt werden.

Im folgenden werden Häufigkeiten von subjektiv relevanten Behandlungsaspekten berichtet. Die Prozentanteile von Nennungen sind bezogen auf 65 bisher ausgewertete Interviews und ergeben ein Bild der in der Untersuchungsgruppe vorherrschenden Negativ- bzw. Positiv-Bewertungen und damit der allgemeinen Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit psychiatrischer Therapie.

## Qualitative Auswertung

### 1. Negative Aspekte der Behandlung

Die Auszählung aller wertenden Einzelschilderungen ergab, daß sich die Patienten im Durchschnitt zu 21,3 verschiedenen Aspekten der Behandlung äußerten, wobei auf Gruppenebene ebenso viel positive ( $M=10,6$ ) wie negative Statements ( $M=10,7$ ) zu verzeichnen waren.

Im nächsten Schritt ermittelten wir pro Patienteninterview das Verhältnis von negativen zu positiven Einzelschilderungen. Nur ein Patient erwähnte ausschließlich negative Behandlungsaspekte, während vier Patienten nur positive Gesichtspunkte nannten. 15 Patienten gaben annähernd gleich viele positive wie negative Einzelbewertungen ab, während bei den übrigen Patienten entweder negative ( $n=23$ ) oder positive Aspekte ( $n=22$ ) im Vordergrund ihrer Beschreibungen standen. Die Zuordnung zu einer der beiden zuvor erwähnten „Extremgruppen“ erfolgte, wenn in einer Wertungsrichtung mindestens drei Einzelschilderungen mehr gezählt wurden als in der entgegengesetzten. Insgesamt zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl positiver und negativer Feststellungen, d.h. wer dazu tendierte, viele Kritikpunkte zu schildern, gab auf der anderen Seite auch vermehrt positive Bewertungen ab<sup>9</sup>.

Wenn die „Intensität“, also die Vehemenz beim Vorbringen von Inhalten im Interview einbezogen wurde, ergab sich ebenfalls, daß bei etwa gleich vielen Patienten Unangenehmes ( $n=33$ ) bzw. Angenehmes ( $n=30$ ) überwog. Der Stärkegrad war erwartungsgemäß bei den Negativschilderungen insgesamt etwas höher ( $I=16,9$ ) als bei Darstellungen positiver Gesichtspunkte ( $I=15,3$ ). Insgesamt war fest-

zustellen, daß die Schilderungen durchweg keinen pauschalisierenden Charakter hatten, also weder „frustriertes Schimpfen über die Psychiatrie“ noch „euphorisches Loben der bisherigen Behandlung“ vorherrschte. Vielmehr dominierte in den Gesprächen eine differenzierende und häufig ausgewogene Einschätzung der Behandlung durch die Patienten. Die Tab. 1 enthält solche im Interview kritisierten Gesichtspunkte, die sich auf die psychiatrische Behandlung insgesamt bezogen. Hierunter sind global gehaltene Negativschilderungen zu verstehen, insbesondere Erwähnungen von unangenehmen atmosphärischen Bedingungen und beeinträchtigenden Umständen innerhalb der Psychiatrie.

Für eine adäquate Interpretation der im weiteren berichteten Häufigkeiten von Negativaspekten bzw. Belastungen ist zu beachten, daß eine ganze Reihe von Patienten einzelne Punkte zwar als deutlich unangenehm darstellte, darüber hinaus aber zu dem selben Thema auch positive Bewertungen abgab (siehe Abschnitt über positive Behandlungsaspekte). Schwankende Bewertungen ergaben sich vor allem dann, wenn Erfahrungen mit unterschiedlichen therapeutischen Bezugspersonen oder psychiatrischen Behandlungssettings bzw. in verschiedenen Institutionen vorlagen. Viele Patienten machten in solchen Fällen qualitative Unterschiede, einige bevorzugten aber auch zusammenfassende Beurteilungen.

Negative Aspekte und Belastungen	% (N=65)
● psychiatrische Klinik ist/war negativ (nicht näher bezeichnet)	43
● Belastung durch Mitpatienten	40
● Monotonie des Tagesablaufs (Leerlauf, Langeweile)	26
● in die Psychiatrie abgeschoben (von der Gesellschaft)	18
● entwürdigende/menschenunwürdige Situationen (z.B. ausgezogen werden, keine Privatsachen mitnehmen)	18
● anstrengende Atmosphäre (räumliche Bedingungen, Lautstärke, Unruhe)	17
● nicht besucht/unterstützt von Verwandten/Freunden	14
● schlechte Unterbringung	11
● von der Außenwelt abgeschnitten	6
● Tragen von Anstaltskleidung	5
● wenig/keine Aussicht auf Entlassung	5
● unhaltbare Zustände bzw. schlechte Infrastruktur (Essen, Eßsitten)	5
● keine bzw. zu wenig Privatsphäre	3
● Anonymität, zwischenmenschliche Kälte in der Klinik	3

**Tab. 1: Generelle Kritik an psychiatrischen Institutionen (Interview-Äußerungen von N=65 Patienten)**

Nahezu die Hälfte der befragten Patienten (43 %) brachte im Interview zum Ausdruck, daß sie die bislang stattgefundenen Klinikaufenthalte insgesamt als Belastung erlebt hatten bzw. dabei ausgesprochen negative Erfahrungen gemacht hatten. Hervorgehoben wurde das Zusammensein mit anderen Kranken; diesen Umstand empfanden offenbar viele Patienten als erhebliche Belastung. Genannt wurde unsoziales, ungehemmt lautstarkes oder aggressives Verhalten von Mitpatienten; aber auch durch ungeniertes Auf-

treten oder „verrückte“ Reaktionen fühlten sich manche Patienten stark verunsichert. Rund ein Viertel übte Kritik an der wenig förderlichen Gesamtatmosphäre und dem Programmablauf klinischer Einrichtungen, welche insgesamt zu wenig Abwechslung bieten würden. Beachtlich hoch ist auch der Anteil derjenigen, die sich als in die Klinik abgeschoben erlebten, dort verschiedenen „menschenunwürdigen Situationen“ ausgesetzt waren oder meinten, daß es an notwendigem Respekt gemangelt habe. Mehrere Patienten hatten es als entwürdigend erlebt, bei länger zurückliegenden Aufenthalten noch Anstaltskleidung getragen haben zu müssen. Konkrete räumliche und sonstige äußere Bedingungen der Unterbringung (z.B. Platzierung im Mehrbettzimmer) wurden verhältnismäßig selten beanstandet.

Negative Aspekte und Belastungen	% (N=65)
● vollstationäre Behandlung (Klinik)	42
● Behandlung insgesamt/allgemein	34
● Unfreundlichkeit/Desinteresse von Therapeuten	31
● zu wenig / wenig effektive therap. Einzelgespräche	28
● Tagesklinik	20
● wenig Verständnis, Mitgefühl, Vertrauen, emotionaler Beistand, keine gute therapeutische Beziehung	20
● Länge der Behandlung (Klinikaufenthalt)	18
● zu wenig Information/Aufklärung	14
● unzureichende Betreuung durch den niedergelassenen Nervenarzt/Psychotherapeut	12
● fachliche Inkompetenz etc.	11
● kreative Therapie, bildnerisches Gestalten	11
● Arbeits- und Beschäftigungstherapie	9
● zu wenig/inadäquate (konkrete) Hilfe/Unterstützung durch Therapeuten	8
● häufiger Betreuerwechsel (Diskontinuität)	6
● arbeitstherapeutische Werkstatt	6
● Nachtklinik	6
● Gruppenangebote (Musik-, Rollenspiel-, Tanz-, Bewegung-, Sport-, Kochgruppe etc.)	6
● Gesprächsgruppe(n)	5
● einzelne therap. Angebote (nicht näher bezeichnet)	3
● Institutsambulanz	2
● teilstationäre Behandlung (nicht näher bezeichnet)	2
● aktivierende Angebote (Ausflüge, Kinobesuche, Spazierengehen, Patienten-Club)	2

**Tab. 2: Kritik an der psychiatrischen Behandlung (Interview-Äußerungen von N=65 Patienten)**

Weiterhin wurden von Patienten auch kritische Äußerungen zur psychiatrischen Behandlung im engeren Sinne abgegeben, die in der Tab. 2 aufgeführt sind. Ernüchternd ist zunächst das Ergebnis, daß nicht weniger als ein Drittel der Patienten psychiatrische Behandlung insgesamt als negativ betrachteten, diese also eher als Belastungsfaktor denn als Form effektiver Hilfe erlebten, selbst wenn diese Urteile pauschal gehalten waren, d.h. zunächst keine näheren Begründungen beinhalteten. An der Spitze der als negativ genannten spezifischen Behandlungsformen lag mit 42 % die vollstationäre Unterbringung in einer Klinik, vor allem wenn sie eine geschlossene Unterbringung bedeutete und/oder von langer Dauer war. Recht häufig erlebten die Patienten vollstationäre Klinikaufenthalte als übermäßig lang, viele waren der Meinung, eine Entlassung hätte schon wesentlich eher erfolgen können.

Hingegen wurden teilstationäre Behandlungen (z.B. in einer Tagesklinik) deutlich seltener negativ bewertet, meist mit der Begründung, daß dort wesentlich mehr Freiheiten als unter vollstationären Bedingungen bestanden hätten und ein reichhaltigeres therapeutisches Angebot vorhanden war. Wenn teilstationäre Behandlungsformen negativ geschildert wurden, lag dies meist daran, daß die Betroffenen sich den dortigen Anforderungen (noch) nicht gewachsen fühlten oder einzelne Aktivitäten als Überforderung empfanden. Die Tatsache, daß sowohl Arbeits- und Beschäftigungstherapie als auch „kreative“ Gruppen als Belastung beschrieben wurden (9 % bzw. 11 %) mag verwundern, könnte aber daran liegen, daß beide Behandlungsformen spezifische Stressfaktoren beinhalten. Gruppen für bildnerisches Gestalten könnten aufgrund hoher struktureller Offenheit und kreativitätsfördernder Stimulierung die Patienten leicht überreizen und verunsichern, während Arbeits- und beschäftigungstherapeutische Gruppen zwar durch Materialvorgaben und Handlungsanweisungen einen engen und klaren Orientierungsrahmen setzen, aber auch Leistungsanforderungen stellen, die als Belastung erlebt werden können.

Interessant ist, daß mehr als ein Viertel der Patienten sich hinsichtlich einzelner therapeutischer Kontakte kritisch äußerte. Beklagt wurde zum einen, daß zu wenig Einzelgespräche stattgefunden hätten, andererseits aber auch, daß die Gespräche extrem belastend gewesen seien bzw. nur wenig gebracht hätten. Zwischen 20 und 31 % der Befragten gaben an, daß sie darunter gelitten hätten, daß ihnen ärztliche und andere Therapeuten aber auch das Pflegepersonal häufig mit Unfreundlichkeit, Ignoranz und in autoritärer Weise begegnet wären. Erwartet hätten sie wesentlich mehr Mitgefühl, Verständnis und emotionalen Beistand. Ein weiterer wichtiger Negativfaktor, den immerhin 14 % erwähnten, war ein Mangel an Information und Aufklärung, sowohl bezogen auf die Erkrankung als auch auf die Behandlung, insbesondere hinsichtlich der Haupt- und Nebenwirkungen verabreichter Medikamente. Daß ihnen zu wenig oder auch inadäquate konkrete Hilfe und Unterstützung zuteil geworden wäre, meinten lediglich 8 %. Immerhin 11 % der Befragten waren verärgert über fachliche Inkompetenz der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals. Hingegen fanden es nur 8 % besonders unangenehm, daß immer wieder andere Ärzte für sie zuständig waren. Erstaunlich ist diese geringe Quote deshalb, weil ein Betreuungswechsel, selbst wenn ein „Bezugstherapeutesystem“ besteht, in den meisten Einrichtungen keine Seltenheit ist.

Bezogen auf ambulante Behandlungsphasen wurde von 12 % der Patienten bemängelt, daß frei praktizierende Nervenärzte sich durchweg zu wenig Zeit für Gespräche genommen und sich fast ausschließlich auf die Verabreichung von Medikamenten beschränkt hätten.

Da der Themenkomplex der pharmakologischen Behandlung in den Interviews meist ausführlicher zur Sprache kam als andere Behandlungsformen, sollen die in diesem Zusammenhang geäußerten Negativbewertungen differenzierter angeführt werden (vergl. Tab. 3).

Retrospektiv schilderten nahezu die Hälfte aller Befragten, daß bei ihnen die medikamentöse Behandlung abgesehen von beabsichtigten positiven psychischen Zustandsveränderungen auch zu deutlichen emotionalen und

Negative Aspekte und Belastungen	% (N=65)
<b>medikamentöse Behandlung:</b>	
● Psychopharmaka sind (allgemein) negativ	42
● inadäquate Präparate, Dosierung etc.	29
● Leiden unter Nebenwirkungen (nicht näher bezeichnet)	22
<b>einzelne Beschwerden infolge psychopharmakologischer Behandlung (Medikamenten-Nebenwirkungen):</b>	
● psychische und emotionale Störungen (eingeschränkte Empfindungsfähigkeit, Depressivität)	32
● Antriebslosigkeit, starke Müdigkeit	26
● kognitive Beeinträchtigungen (Denken, Gedächtnis, Konzentration)	22
● Krämpfe, Blickstarre	18
● motorische Unruhe oder Schlafstörungen	15
● innere Unruhe	12
● Bewegungsstörungen, Steifheit, „Robotergang“	12
● massiver Speichelfluß	11
● Gewichtszunahme	8
● verschiedene somatische Beeinträchtigungen (Schmerzen, Brechreiz, Schwindel, Sehstörungen, Herzstiche, Blutbild- und Hautveränderungen)	8
● sexuelle Funktionsstörungen (Impotenz, beeinträchtigtes Empfinden)	6
● belastende Träume	3
● Durchfälle, Verdauungsprobleme	3
● Aggressivität	2
● Angst vor Abhängigkeit von den Medikamenten	2
● mögl. schädigende Auswirkungen auf bestehende Schwangerschaft	2

Tab. 3: Kritik an der medikamentösen Behandlung (Interview-Äußerungen von N=65 Patienten)

physischen Problemen geführt habe, welche mitunter ausgesprochen belastend gewesen seien, teilweise sogar noch immer eine Beeinträchtigung darstellen würden. Die Ursachen für die nachteiligen Wirkungen sahen die Patienten in falscher Präparatwahl oder inadäquater Dosierung. Am häufigsten wurden unangenehme psychische Nebeneffekte erwähnt, z.B. Antriebslosigkeit, depressive Verstimmung und Unruhezustände, aber auch somatische Beschwerden, wie Krämpfe, Bewegungseinschränkungen, Speichelfluß, Gewichtszunahme und Impotenz, wurden genannt.

Viele Patienten berichteten, daß im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung – teilweise auch mehrfach – repressive Maßnahmen zum Einsatz gekommen wären (vergl. Tab. 4, S. 24). Wenn in den Gesprächen über Erfahrungen, die mit der Anwendung von Gewalt oder Zwang verbunden waren, berichtet wurde, war die Betroffenheit auf Seiten des Patienten meist deutlich spürbar. Viele Patienten, die in der Interview-Situation nicht in der Lage waren, die emotionalen Auswirkungen solcher Erfahrungen verbal zu umschreiben, vermittelten den Eindruck, als bemühten sie sich, die damaligen Empfindungen und Erinnerungen daran zu überspielen. Nur wenige Patienten äußerten sich überzeugend dahingehend, daß invasive Behandlungsformen spurlos an ihnen vorübergegangen wären.

Als vorrangige Belastung beschrieben 51 % den Aufenthalt auf einer geschlossenen Station. Auf solche Phasen entfielen die dramatischsten Ereignisschilderungen bzw. die schlimmsten Empfindungen, teilweise unter Beteiligung von heftigen Gefühlsreaktionen. Als einschneidend negativ bzw. traumatisch stellten sich die Erfahrungen sta-

Negative Aspekte und Belastungen	% (N=65)
● Aufenthalt auf geschlossener Station	51
● Reglementierung (Ohnmacht, Fremdbestimmung etc.)	40
● Zwangseinweisung	26
● Fixierung	23
● Gewalt-/Zwangsformen (nicht näher bezeichnet)	23
● Unterbringung per Polizei/Firewehr	22
● eigene aggressive Reaktionen auf Zwangs-/Gewaltmaßnahmen	20
● Zwangsmedikation	15
● Zurechtweisungen	11
● körperliche Gewalt	11
● Isolierung	5
● Elektrokrampfbehandlung	3

**Tab. 4: Repressive Behandlungsformen bzw. Zwangsmaßnahmen (Interview-Äußerungen von N=65 Patienten)**

tionärer Unterbringung meist deshalb dar, weil die Patienten zu dieser Zeit ihr Kranksein selbst nicht wahrzunehmen in der Lage waren und deshalb Freiheitsbeschränkungen und einzelne Zwangsmaßnahmen nicht als unabdingbare Nothilfe empfanden, sondern alle Prozeduren als unrechtmäßig bzw. als Bestrafung erlebten. Dies traf vor allem für erstmalige Unterbringungen zu.

Im einzelnen ergaben sich folgende Schwerpunkte psychischer Belastung durch Maßnahmen, die gegen den Willen des Patienten erfolgten: Jeweils rund ein Viertel aller Befragten hatten Zwangseinweisungen bzw. Fixierungen als sehr schlimm erlebt, während deutlich mehr (40 %) unter verschiedenen speziellen Reglementierungen in der Klinik gelitten hatten. Als nachhaltig negatives Erlebnis stufen jeweils mindestens 20 % der Patienten die Beteiligung von Ordnungsbehörden bei der Unterbringung und auch in diesem Zusammenhang vorgekommene aggressive Auseinandersetzungen ein. Jeweils zwischen 11 % und 15 % schilderten Zwangsmedikation bzw. den Einsatz körperlicher oder verbaler Gewalt seitens des Pflegepersonals als schreckliche Erfahrung. Hingegen waren Isolierung sowie Elektrokrampfbehandlung kaum vorgekommen und wurden deshalb nur von wenigen als Trauma erwähnt.

Erwähnenswert ist, daß die Patienten nicht nur unangenehme starke und leidvoll empfundene Zwangsmaßnahmen schilderten, welche von Ordnungskräften und/oder Mitarbeitern psychiatrischer Akutbereiche ausgingen. Traumatisierende Vorfälle waren aus der Sicht von fast ebenso vielen Patienten (immerhin 20 %) offenbar auch solche, bei denen eher das eigene aggressive Handeln im Vordergrund stand. So berichteten einige Patienten über erschreckend heftige eigene Verhaltensweisen und Gefühlsreaktionen im Zusammenhang mit der zwangsweisen Unterbringung oder bei Fixierungsmaßnahmen, die oft erst im Nachhinein Entsetzen, Schamgefühle oder Depressionen auslösten.

Schließlich sei auch erwähnt, daß etwa 5 % der Patienten sich zu der teilweise bereits viele Jahre dauernden psychiatrischen Behandlung skeptisch bis ablehnend äußerten, da diese bislang nur sehr wenig oder gar nichts gebracht hätte. Insbesondere wurde darüber geklagt, daß Kontaktschwierigkeiten nicht hätten behoben werden kön-

nen, daß nach wie vor Schwierigkeiten hinsichtlich der Bewältigung von Problemen bestehen würden, oder daß die Symptomatik nahezu unverändert geblieben wäre.

## 2. Positive Aspekte der Behandlung

Wie bereits eingangs erwähnt, wurden von den meisten Patienten sowohl positive als auch negative Gesichtspunkte der Behandlung genannt. Relativ differenziert waren die Aussagen nicht nur hinsichtlich der Behandlung insgesamt, sondern auch in bezug auf Einzelaspekte der Therapie. Zuweilen ergab sich auch erst im Verlauf des Gesprächs, daß einzelne Behandlungskomponenten offenbar weder ausschließlich positiv noch total negativ erlebt wurden, so daß manche Bewertungen revidiert oder relativiert wurden („eigentlich war es gar nicht so schlecht in der Tagesklinik“, „andererseits hat mich die stationäre Unterbringung vor dem Suizid bewahrt“, etc.). Teilweise wurden auch ambivalente Einschätzungen zum Ausdruck gebracht, die weder eindeutig positiv noch klar negativ waren.

Im folgenden wird dargestellt, welche Gesichtspunkte die Befragten am häufigsten als positiv schilderten. Bei den ermittelten Häufigkeiten von Positiva der Behandlung ist – wie auch bei den zuvor aufgeführten Negativa – zu bedenken, daß es sich nicht immer um homogene Bewertungen handelte. Das heißt, wer sich etwa zur medikamentösen Behandlung oder zur stationären Unterbringung positiv äußerte, hatte in diesem Zusammenhang u.U. auch (eindeutig) negative Erfahrungen berichtet.

Positive Aspekte	% (N=65)
● Mitpatienten als Hilfe/Unterstützung	48
● Gemeinschaftsgefühl, Solidarität	37
● Besuche/Unterstützung von Verwandten/Freunden	28
● Klinik etc. positiv (nicht näher bezeichnet)	22
● menschenwürdige Bedingungen (Freiheit)	20
● Schonung, schützender Rahmen, Erholung	18
● familiäres Klima	9
● Verpflegung/Versorgung	8
● gute Unterbringung	6
● Entlastung gewährleistet	5
● Anregung, aktivierende Atmosphäre	3
● Privatsphäre vorhanden	2

**Tab. 5: Positive Aspekte psychiatrischer Behandlungseinrichtungen (Interview-Äußerungen von N=65 Patienten)**

Wie Tab. 5 zeigt, beschrieb fast die Hälfte der Patienten den Kontakt mit anderen psychisch Kranken (auch) als wichtige Stütze. Förderlich empfanden viele das Gemeinschafts- oder Zusammengehörigkeitsgefühl der Betroffenen. Daß psychiatrische Institutionen insgesamt betrachtet positiv gewesen seien bzw. daß Kliniken einen gewissen Schutz geboten und die Genesung begünstigt hätten, meinte immerhin (jeweils) ein Fünftel der Befragten.

Die Behandlung selbst (vergl. Tab. 6) bewerteten mehr als die Hälfte (60 %) pauschal als positiv. Einen hohen Stellenwert haben dabei offenbar therapeutische Einzelgespräche, die von fast ebenso vielen Patienten als positiv hervorgehoben wurden. Daß vollstationäre Aufenthalte insgesamt angenehm gewesen seien bzw. Behandlungen in bestimmten Kliniken gut geholfen hätten, meinten gleich-

falls über 50 %. Kaum weniger viele Patienten betonten, daß einzelne Therapeuten sich sehr nett und bemüht gezeigt hätten. Auch wiesen viele darauf hin, daß die Beziehungen zu Ärzten und zum Pflegepersonal positiv gewesen seien, sie sich gut verstanden gefühlt hätten und auch konkrete Unterstützungsangebote bestanden hätten. Spezielle Behandlungsformen, die recht häufig positiv erwähnt wurden, waren vor allem Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Tagesklinik, Werkstatt und die Institutsambulanz. Aktivierende Gruppenangebote aber auch Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten nannten hingegen nur wenige Patienten als besonders hilfreich.

Positive Aspekte	% (N=65)
● Behandlung insgesamt/allgemein	60
● (ausreichende, hilfreiche) therapeutische Einzelgespräche	54
● vollstationäre Behandlung (Klinik)	51
● Freundlichkeit, Interesse, Bemühen, Engagement von Therapeuten	48
● teilstationäre Behandlung	43
● Verständnis, Mitgefühl, Vertrauen, emotionaler Beistand, gute therapeutische Beziehung	42
● (konkrete) Hilfe/Unterstützung durch Therapeuten	40
● Arbeits- und Beschäftigungstherapie	32
● Tagesklinik	29
● arbeitstherapeutische Werkstatt	25
● Institutsambulanz	20
● Gesprächsgruppe(n)	15
● aktivierende Angebote (Ausflüge, Kinobesuche, Spaziergehen, Patienten-Club)	14
● Nachtklinik	14
● komplementäre Angebote (Wohnbetreuung)	11
● kreative Therapie, bildnerisches Gestalten	11
● therapeutische Gruppenangebote (Musik, Rollenspiel, Tanz, Bewegung, Sport, Kochen etc.)	9
● fachliche Kompetenz	8
● niedergelassener Nervenarzt/Psychotherapeut	8
● einzelne therapeutische Angebote (nicht näher bezeichnet)	6
● Physiotherapie	2
● Psychopharmaka (allgemein) als positiv bezeichnet	51
● Psychopharmaka verbessern den Allgemeinzustand	43
● durch Medikamente spezielle günstige Effekte erzielt	31
● Psychopharmaka für Rezidivprophylaxe gut geeignet	18
● bestimmtes Präparat war hilfreich, Dosierung angemessen, u.ä.	5
● Unterbringung per Polizei/Feuerwehr war notwendig	6
● Aufenthalt auf geschlossener Station hilfreich (Schutz)	5
● Zwangseinweisung unvermeidlich	2
● Fixierung war indiziert	2

Tab. 6: Positive Aspekte psychiatrischer Behandlungsformen/Interventionen (Interview-Äußerungen von N=65 Patienten)

Die medikamentöse Behandlung bewertete etwa die Hälfte aller Patienten insgesamt positiv. Die meisten von ihnen meinten, daß Psychopharmaka bei ihnen zu einer allgemeinen Zustandsverbesserung beigetragen hätten. Viele berichteten auch über spezifische positive Effekte der Medikamente oder beschrieben sie als eine gute Form der Rückfallvorbeugung.

Einige Patienten berichteten, daß ihre Einlieferung durch die Polizei notwendig und belastungsfrei war und

mehrere Befragte fanden auch den Aufenthalt auf einer geschlossenen Station ausgesprochen positiv, weil sie sich dort sicher und geborgen gefühlt hätten. Ein Patient bewertete sogar Fixierungsmaßnahmen, die bei ihm stattgefunden hatten, als keineswegs unangenehme Erfahrung („war ganz witzig“).

Eine beachtliche Zahl von Patienten stellte die bisherige Behandlung als etwas dar, das sie als Bereicherung empfanden. So meinten immerhin 40 % im Laufe der Jahre einen Selbsterfahrungsprozeß durchgemacht zu haben, durch den sie etwas erkannt bzw. gelernt hätten. Zum Beispiel sei das Verständnis für die psychotische Erkrankung gewachsen, aber auch die Fähigkeit, eine sich abzeichnende Zustandsverschlechterung, d.h. einen Rückfall, selbst zu erkennen und dann Hilfe zu suchen. Etwa ein Drittel der Patienten zeigte sich sehr zufrieden darüber, daß es infolge der Behandlung zu einer partiellen oder vollständigen Remission gekommen sei (32 %). Ebenfalls häufig (23 %) geäußert wurde die befriedigende Einschätzung, daß eine Verminderung von Kontaktschwierigkeiten auf die Behandlung zurückzuführen sei. Seltener, immerhin jedoch von 17 %, wurde positiv erwähnt, daß die berufliche Wiedereingliederung durch therapeutische Unterstützung wenigstens ansatzweise gelungen sei. Jeweils zwischen 5 % und 11 % der Befragten sprachen von Erfolgen in folgenden Bereichen: Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Steigerung der Problembewältigungskompetenz, Verbesserung der Wohnsituation und der finanziellen Situation (z.B. Berentung), Zunahme von Freizeitaktivitäten und Selbständigkeit.

### Quantitative Auswertung<sup>10</sup>

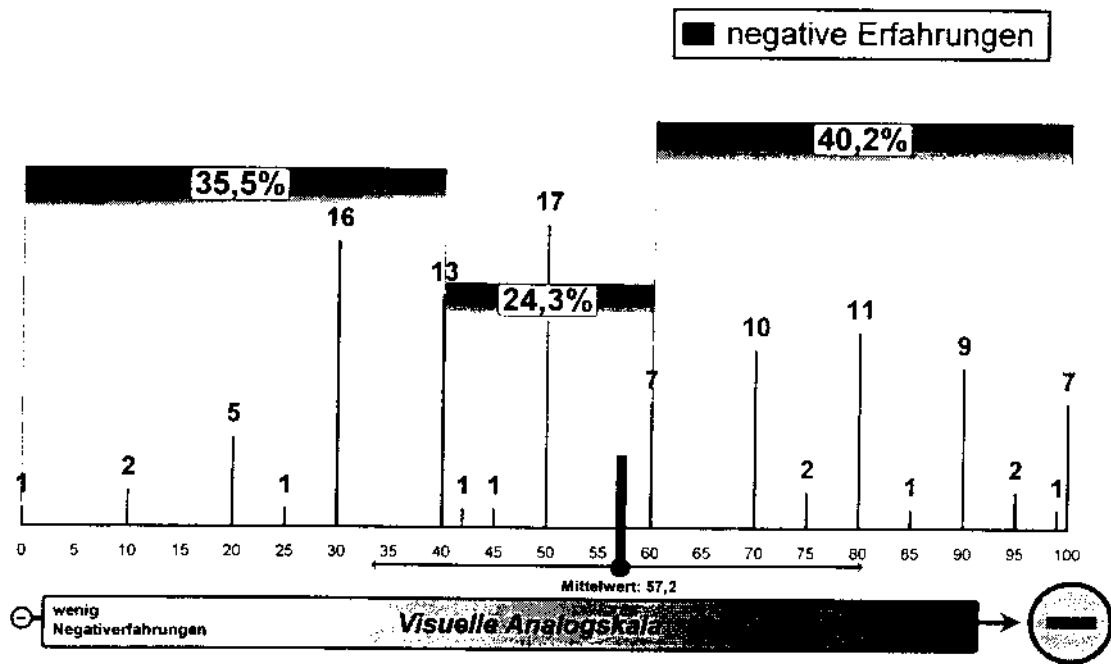
Am Schluß des Interviews wurden den Patienten einige Fragen vorgelegt, die jeweils durch Ankreuzen einer zur Erleichterung 10-fach unterteilten Skala (Wertebereich 0-100 Punkte) zu beantworten waren. Gefragt wurde z.B., ob negative Ereignisse bzw. Belastungen seit Ausbruch der Psychose bzw. im Verlaufe der zurückliegenden Behandlung eher häufig oder eher selten aufgetreten waren. Komplementär wurde auch die Frage nach der Häufigkeit positiver Erfahrungen gestellt.

Die globale Formulierung beider Fragen wurde deshalb gewählt, weil der Zeitraum, auf den sie gerichtet waren, mitunter viele Jahre umfaßte und vielschichtige Erfahrungen beinhaltete. Da es in diesem Auswertungsteil um die Gewinnung von Gesamtbewertungen ging, sollten die zwei im vorausgegangenen Interview thematisierten Komplexe „psychiatrische Behandlung“ und „psychische Erkrankung“ hier als Erlebniseinheit aufgefaßt und nicht getrennt bewertet werden.

Die Antworten auf die Frage, in welchem Ausmaß die heterogene Erfahrung, an einer Psychose erkrankt und infolgedessen in psychiatrische Behandlung gekommen zu sein, zurückschauend betrachtet mit Belastungen bzw. traumatischen Erfahrungen verbunden war, streuten ausgesprochen stark (vergl. Abb. 1, S. 26), doch legten sich immerhin 37 von 110 Patienten auf einen Wert von mindestens 61 Skaleneinheiten fest. Demnach waren 40 % der Befragten der Ansicht, daß negative Erfahrungen häufig bis sehr oft vorgekommen wären. Der entsprechende Gruppenmittelwert betrug 57,2 ( $\pm 25,4$ ) Skaleneinheiten.



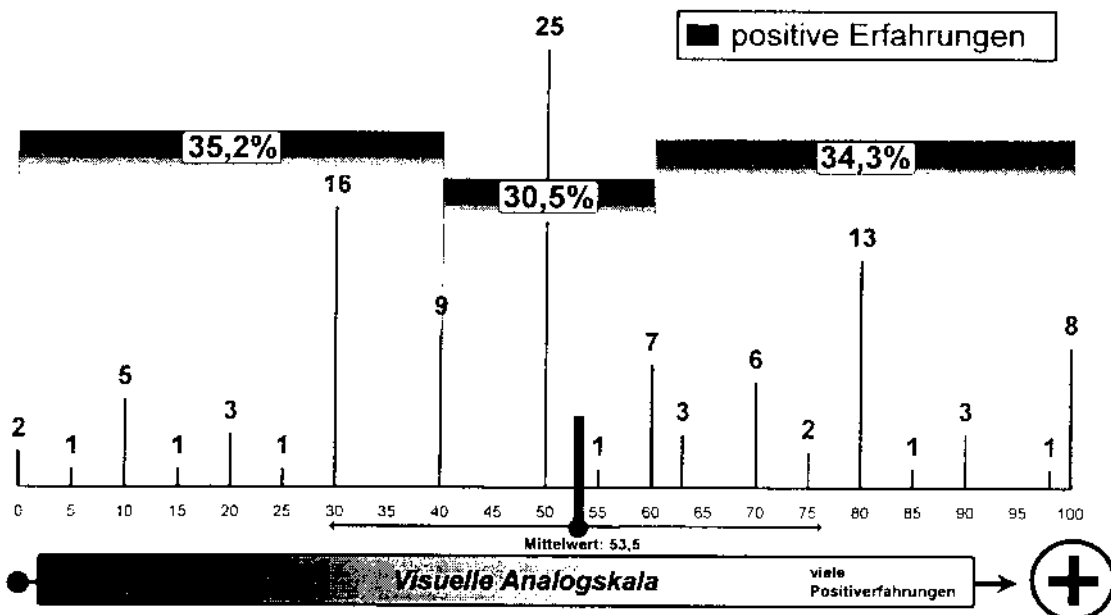
Abb. 1: Verteilung der Ratings auf der Antwortskala zur Frage nach der Häufigkeit zurückliegender „traumatischer“ Erfahrungen



Bezogen auf positiv-unterstützende Erfahrungen während der durch die Psychose bzw. durch psychiatrische Behandlungen geprägten Lebensperiode variierten die quantifizierenden Bewertungen (Häufigkeitsratings) im Gesamtsample ebenfalls beträchtlich ( $\pm 25,7$ ) und ergaben ei-

nen mittleren Skalenwert von 53,5 Punkten (vergl. Abb. 2). Hier lagen die Ratings von 34 % der Befragten im oberen Teil der Skala (=61 Punkte), d.h. diese Patienten waren der Meinung, daß positive Erfahrungen oft bis sehr oft vorgekommen seien.

Abb. 2: Verteilung der Ratings auf der Antwortskala zur Frage nach der Häufigkeit zurückliegender positiver Erfahrungen



Zwischen den Einschätzungen zur Häufigkeit negativer und positiver Erfahrungen wurde folgender statistisch bedeutsamer Zusammenhang gefunden: die Meinung, daß belastende Erfahrungen häufig vorgekommen wären, korrelierte<sup>11</sup> mit der Einschätzung, daß Positives eher selten ein Rolle gespielt habe. Im Gegensatz zur qualitativen Analyse, die ergeben hatte, daß dort „sowohl-als-auch“- bzw. „einerseits-andererseits“-Bewertungen überwiegen und vermehrtes Schildern negativer und positiver Teilaspekte sich wechselseitig bedingen, zeigte sich hier, daß globale Bewertungen eine höhere Urteilskonsistenz aufweisen.

Weiterhin sollten die Patienten unter Einbeziehung sämtlicher positiver und negativer Gesichtspunkte beurteilen, inwieweit der Erlebniskomplex „Erkrankung/Behandlung“ – also die multiplen Erfahrungen der Existenz als psychisch kranker Mensch sowie als mehr oder weniger erfolgreich behandelter psychiatrischer Patient – ganz subjektiv etwas unangenehmes oder eher etwas Angenehmes darstellt. Mit dieser Frage sollte das globale Lebensgefühl bzw. die generelle Zufriedenheit ebenso erfaßt werden wie die Grundeinstellung zur Psychiatrie als Quelle von Hilfe oder auch als Ort der Traumatisierung. Erstaunlicherweise empfanden nur sehr wenige Patienten diese Frage als ausgesprochen komplex und schwer zu beurteilen; nach kurzer Überlegung gaben alle Befragten eine Bewertung ab.

Die Antworten der Patienten hierzu weisen eine beachtliche Streuung auf ( $\pm 27,5$  Pkt.). Überwiegend wurde der Umstand, psychisch krank zu sein sowie die vielfältige Behandlungserfahrung als Belastung oder Trauma bewertet. Die Ratingverteilung ist deutlich linksschief und hat einen Mittelwert von 39 Punkten. Rund 54 % der Patienten kreuzten einen Wert zwischen 0 und 40 Punkten an, meinten also, daß die belastenden Momente – insgesamt betrachtet – im Vordergrund gestanden hätten. 26 % äußerten sich unentschieden (Werte zwischen 41 und 60 Punkten), d.h. betrachteten ihre Erfahrungen im Bereich Erkrankung und Behandlung weder als klar angenehm noch als eindeutig belastend, während 20 % alles zusammengenommen ausgesprochen positiv bewerteten (=61 Skalenpunkte). Einige sprachen sogar von einer bereichernden Erfahrung.

Auch zur Zufriedenheit mit der derzeitigen Behandlung in der Abteilung für Sozialpsychiatrie wurde eine Frage gestellt. Überwiegend äußerten sich die Patienten zufrieden; der Mittelwert betrug 72,8 Punkte bei einer Streuung von 24,5. Entsprechend zeigte die Verteilung der Ratings über die drei von uns gewählten Skalenintervalle, daß 13 % deutlich unzufrieden waren (Werte zwischen 0 und 40 Punkten) waren, während sich exakt zwei Drittel ausgesprochen zufrieden fühlten (=61 Punkte). Die übrigen 21 % lagen im Mittelbereich der Skala, gaben also keine eindeutige Meinung dazu ab, ob sie die augenblickliche Behandlung als „richtig“ empfinden würden.

Schließlich wurde die Richtung und das Ausmaß eines möglichen Zusammenhangs zwischen behandlungsbezogenen Bewertungen und dem Grad aktueller psychopathologischer Beeinträchtigung ermittelt. Korrelationsberechnungen ergaben einerseits, daß Patienten, die aktuell stärkere psychopathologische Auffälligkeiten zeigen, dazu neigen, die Häufigkeit negativer Erfahrungen in der Vergangenheit höher einzustufen<sup>12</sup> und entsprechend positive Erlebnisse als selten vorgekommen<sup>13</sup> zu bewerten. Andererseits

wird von Patienten mit ausgeprägteren Symptomen die gegenwärtige Behandlung als eher wenig zufriedenstellend eingestuft<sup>14</sup>.

Behandlungsbewertung Skaleninhalt (Skalenbereich)	psychopathol. Symptomatik (BPRS) (Mittelwert)	p <sup>(1)</sup>
<b>① negative Erfahrungen (Häufigkeit/Intensität)</b>		
„eher selten“ (0-40 Pkt.)	29,9 (n=38)	p < .001
„unentschieden“ (41-60 Pkt.)	32,3 (n=26)	
„eher oft“ (61-100 Pkt.)	34,4 (n=43)	
<b>② positive Erfahrungen (Häufigkeit/Intensität)</b>		
„eher selten“ (0-40 Pkt.)	35,5 (n=38)	p < .01
„unentschieden“ (41-60 Pkt.)	32,7 (n=33)	
„eher oft“ (61-100 Pkt.)	28,9 (n=37)	
<b>③ Zufriedenheit mit der derzeitigen Behandlung (Intensität)</b>		
„eher unzufrieden“ (0-40 Pkt.)	33,9 (n=14)	p = 15 (NS)
„unentschieden“ (41-60 Pkt.)	35,0 (n=23)	
„eher zufrieden“ (61-100 Pkt.)	31,1 (n=72)	

(1) statistische Signifikanz des BPRS-Mittelwertunterschiedes der jeweiligen „Teilgruppen“ (+) von Patienten mit niedrigen (0-40 Pkt.) bzw. hohen (61-100 Pkt.) Skalenwerten.

Tab. 7: Zusammenhänge zwischen fremdeingeschätzter psychopathologischer Symptomatik (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) und subjektiven Sichtweisen (visuelle Analogskalen) zur bisherigen und derzeitigen Behandlung bei 110 schizophrenen Patienten

Zur Verdeutlichung der geschilderten Zusammenhänge sind in der Tab. 7 die BPRS-Mittelwerte auf drei Ratingskalen für Teilgruppen mit geringen, mittleren und hohen Antwortausprägungen dargestellt. Vergleicht man die Symptomkennwerte der „Extremgruppen“ (geringe vS. hohe Skalenwerte), wird deutlich, daß bei allen drei Fragen die „negativer“ urteilenden Patienten jeweils stärkere psychopathologische Auffälligkeiten zeigten. Die Unterschiedsbeträge der ersten beiden Skalen (Häufigkeit/Intensität negativer bzw. positiver Erfahrungen im Verlauf der bisherigen Behandlung) erwiesen sich als statistisch bedeutsam. Hingegen war die Anzahl und das Ausmaß aktuell vorhandener psychopathologischer Symptome bei Patienten, die mit der derzeitigen Behandlung eher unzufrieden waren, nur unwesentlich höher als bei Patienten, welche mit der Behandlung augenblicklich eher zufrieden waren.

## Diskussion

Die systematische Befragung von 110 dauerhaft schizophren erkrankten Patienten einer sozialpsychiatrischen Universitätsabteilung ergab, daß die meisten von ihnen nicht nur Positives über die Behandlung berichten, sondern gleichzeitig auch generelle Kritik sowie spezielle Negativerfahrungen zur Sprache bringen.

Gelitten haben die meisten Patienten unter unangenehmen körperlichen und psychischen Zuständen, welche durch psychotrope Medikamente hervorgerufen zu sein scheinen. Klagen über zu hohe Dosierungen und „falsche“ Präparatwahl nahmen in den Gesprächen breiten Raum ein. Die Äußerungen der Patienten zum Thema Medikamente waren nicht selten schwankend, in der Regel jedoch sehr differenziert. Insgesamt kann angenommen werden, daß aus Patientensicht eine medikamentöse Therapie keineswegs als grundsätzlich schlechter Weg betrachtet wird. Eine durch Arzneimitteleinnahme erreichte Symptomverminderung bzw. Zustandsverbesserung wird von vielen Betroffenen durchaus anerkannt. Auch wenn von kaum einem Patienten Psychopharmaka als überflüssig oder unnütz dargestellt werden, fühlen sich viele durch ihre Nebenwirkungen beeinträchtigt. Trotz geäußerter Kritik an den Modalitäten medikamentöser Behandlung und geschilderter körperlicher und psychischer Nebenwirkungen wird pharmakologische Einflußnahme in Anbetracht ihrer vorteilhaften Funktionen (Krisenüberbrückung, Rückfall-schutz) von den Patienten vielfach als notwendiges Übel betrachtet und deshalb insgesamt für akzeptabel gehalten.

Als geradezu „traumatische Erfahrung“ wurden vorwiegend solche Behandlungsmaßnahmen genannt, die mit der Anwendung von Zwang (gerichtlich angeordnete Unterbringung, Medikamenteneinnahme gegen den eigenen Willen) bzw. körperlicher Gewalt (Fixierung) verbunden sind. Über uneinfühlsame und restriktive Umgangsweisen bei der erstmaligen Aufnahme und der anschließenden Behandlung in stationären Versorgungseinrichtungen (vor allem auf geschlossenen Stationen psychiatrischer Kliniken) sprachen die Befragten vielfach mit spürbarer persönlicher Betroffenheit. Abgesehen von der vielfach als wenig hilfreich und belastend eingeschätzten Atmosphäre in stationären Behandlungsbereichen wurde nicht selten auch das über ärztliche Gespräche hinausgehende therapeutische Angebot in der Klinik als negativ bewertet.

Besser beurteilt wurden demgegenüber teilstationäre Behandlungseinrichtungen sowie komplementäre Betreuungsformen. Die dort gewährten Freiheitsgrade, die größere Offenheit im zwischenmenschlichen Umgang und die Möglichkeit zur kreativen Betätigung im Rahmen solcher Hilfsangebote wurden häufig positiv hervorgehoben. Die nervenärztliche Versorgung in außerstationären Praxen niedergelassener Psychiater beschrieben viele Patienten allerdings als ausgesprochen unbefriedigend. Die Beschränkung auf kurze Arztgespräche in Verbindung mit Psychopharmakaverordnung wurde beklagt. Überhaupt scheint von schizophrenen Patienten das therapeutische Einzelgespräch innerhalb einer durch Kontinuität und wechselseitiges Vertrauen geprägten Beziehung als ausgesprochen große Hilfe bei der Alltagsbewältigung bzw. dem Leben mit einer chronischen psychischen Erkrankung gesehen zu werden.

Das Gefühl, als Patient – besser gesagt: als Mensch mit einer Erkrankung – akzeptiert zu sein ist dabei offenbar ebenso wichtig wie eine kontinuierliche Unterstützung bei konkreten Problemen. Psychosoziale Hilfen im Wohnbereich, bei der Freizeitgestaltung, der Tagesstrukturierung und vor allem bei der beruflichen Rehabilitation erleben die Patienten ausschließlich positiv. Die Konzentration therapeutischer Bemühungen auf die Behebung psychopa-

thologischer Probleme (Defizitorientierung) geht an den Bedürfnissen der Kranken manchmal vorbei, da bei vielen Patienten gewichtige soziale Schwierigkeiten bestehen, die mitunter als gravierender erlebt werden als eine psychosebedingte Restsymptomatik.

Daß das Anknüpfen an vorhandenen Fähigkeiten und der sukzessive Aufbau einer neuen Lebensperspektive (Erhöhung der „Lebensqualität“) im Rahmen eines ganzheitlichen Therapieansatzes bei den meisten Patienten gut ankommt, ist auch daran zu erkennen, daß alle vom Angebot her einseitig ausgerichteten und krankenhausähnlich konzipierten Institutionen eher abgelehnt wurden als realitätsnahe offene therapeutische Arrangements, welche vielfältige Förderungsmöglichkeiten bieten. Hierbei scheinen therapeutische Werkstätten, die tagesklinischen Charakter haben und eng mit einer ärztlich-psychiatrischen sowie sozialarbeiterischen Betreuung (z.B. Institutsambulanz) gekoppelt sind, favorisiert zu werden. Wenn weiterhin die Möglichkeit besteht, daß bei Rückfällen zügig mit Umplazierung in einen teilstationären Behandlungskontext (Tagesklinik, Nachtklinik) oder stationärer Unterbringung reagiert werden kann, und der Patient die Sicherheit hat, nach einer Besserung dorthin zurückzukehren, würde dem Bedürfnis der Patienten nach personaler und institutioneller Kontinuität einer Langzeitbehandlung entsprochen. Stationäre Aufenthalte, die sich in Ermangelung angemessener Weiterbetreuungsmöglichkeiten endlos hinziehen und beim Patienten das Gefühl der Perspektivlosigkeit erzeugen, fördern eher Resignation als daß sie eine Stabilisierung voranbringen.

Insgesamt ist festzuhalten, daß Psychosekranken, die – mehr als viele andere Psychiatriepatienten – die „Kehrseite“ der klinischen Behandlung erfahren, der bestehenden psychiatrischen Versorgung gegenüber nur selten pauschal ablehnend eingestellt sind. Die vielfältigen negativen und positiven Erfahrungen scheinen sich bei retrospektiver Betrachtung entweder auszugleichen zu Gunsten eines eher günstigen Bildes der psychiatrischen Behandlung oder werden im Sinne einer differenzierten Betrachtung nebeneinandergestellt. Extreme Ansichten und Überzeichnungen der Situation in psychiatrischen Einrichtungen waren so gut wie gar nicht feststellbar; denkbar ist jedoch, daß einzelne Patienten dem Untersucher gegenüber doch ein gewisses Mißtrauen hegten oder aus anderen Gründen mit manchen unangenehmen Erfahrungen bzw. ihrer wahren Meinung hinter dem Berg hielten. Direkte Hinweise auf opportunistische Haltungen enthielten die Schilderungen zwar nicht, dennoch besteht konsistenztheoretisch betrachtet prinzipiell bei jedem Patienten die Neigung, kongruente, also widerspruchsfreie Beschreibungen zu liefern. Demnach ist jeder Patient bestrebt, eine Therapie, zumindest, wenn er sich ihr freiwillig unterzogen hat, erst einmal als positiv und effektiv zu betrachten und dissonante Aspekte abzuwerten oder auszublenden.

Betrachtet man die Ergebnisse unserer Befragung, insbesondere das eher moderate Gesamturteil zur subjektiven Dominanz negativer/traumatisierender Erfahrungen in Verbindung mit psychiatrischer Therapie, so korrespondieren die Befunde durchaus mit anderen Untersuchungen zur Behandlungszufriedenheit. Diese Studien zeigten übereinstimmend, daß – bei aller Kritik im Detail – Therapie insgesamt als zufriedenstellend bewertet wird und zumindest

dann vom Patienten als Hilfe aufgefaßt wird, wenn die Inanspruchnahme freiwillig erfolgt und sie nicht mit einschneidenden körperlichen und/oder psychischen Belastungen verbunden ist. Da solche Beeinträchtigungen unter stationär psychiatrischer Behandlung häufiger vorkommen als etwa im Rahmen psychotherapeutischer Kontakte, werden klinisch psychiatrische Interventionen dementsprechend auch schlechter beurteilt als z.B. teilstationäre Behandlungsformen<sup>15</sup>.

Auch in dieser Untersuchung war festzustellen, daß eine Allgemeinzufriedenheit durchaus besteht, von Patienten aber die Mängel und Leid induzierenden Momente psychiatrischer Behandlung sehr prägnant benannt werden. Einerseits nehmen die befragten Patienten das Bemühen von Psychiatern, Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen innerhalb psychiatrischer Einrichtungen wahr und verbuchen dies auf der positiven Seite, andererseits artikulieren sie auch ernsthafte Kritik an einzelnen Personen und bestehenden institutionellen Strukturen.

Nicht unerwähnt bleiben sollte, daß es nicht wenige Patienten spontan begrüßten, zu ihrer subjektiven Erfahrung ausführlich befragt zu werden. Für einige war es eine neue (positive) Erfahrung, daß die Bewertung therapeutischer Maßnahmen, insbesondere das individuelle Erleben psychiatrischer Behandlung nicht nur Gesprächsgegenstand sondern auch Thema einer wissenschaftlichen Untersuchung ist. Daß die Ergebnisse einer solchen Befragung tatsächlich in absehbarer Zeit zu konkreten Verbesserungen führen werden, wurde aber von manchen Patienten (realistischerweise) bezweifelt.

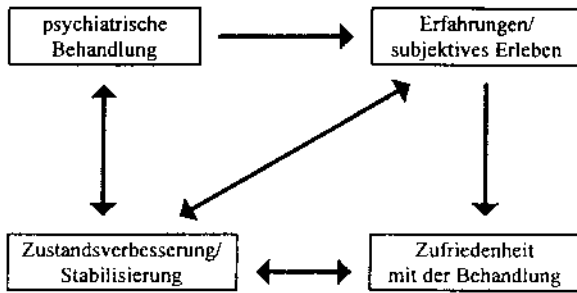
- Die Tatsache, daß zwischen dem Grad aktueller psychopathologischer Beeinträchtigung und eher negativen Einstellungen zur bisherigen bzw. aktuellen Behandlung ein Zusammenhang gefunden wurde, korrespondiert mit Ergebnissen anderer Studien zur Behandlungszufriedenheit psychiatrischer Patienten<sup>16</sup>. Korrelative Zusammenhänge kausal zu interpretieren wäre methodisch gesehen aber voreilig, weil eine Abhängigkeit theoretisch in beiden Richtungen bestehen kann. Möglich ist auch, daß sowohl Behandlungsbewertungen als auch psychopathologische Symptome Epiphänomene ganz anderer Faktoren sind, welche nicht Gegenstand der vorliegenden Studie waren. So spielen vermutlich auch kognitive Prozesse bei der Vermittlung eine wesentliche Rolle. Einige sozialpsychologische Theorien wie der Symbolische Interaktionismus gehen z.B. davon aus, daß das Handeln und situative Erleben des Individuums von verhaltenssteuernden Kognitionen (Wahrnehmungsurteile, Bewertungen, Einstellungen) begleitet ist, die sogar Realitäten stiften<sup>17</sup>. Insofern ist bezogen auf den Zusammenhang zwischen Erkrankungssymptomen und Behandlungsbewertungen denkbar, daß der Patient die aus seinem trotz Behandlung nach wie vor schlechten psychischen Zustand abgeleitete Auffassung, die Behandlung sei eine schlechte (=externale Attribution), dazu führt, daß er sich auf die Therapie künftig nur widerwillig einläßt oder auf andere Weise opponiert und damit genau das eintritt, was seiner Erwartung entspricht, nämlich ein unverändertes Fortbestehen oder gar eine Verschlechterung der Erkrankung.

Eine gewisse Plausibilität hat auch der folgende Erklärungsansatz. Geht man davon aus, daß sich psychisch auffällige von aktuell symptomfreien Patienten u.a. dadurch

unterscheiden, daß sich die erstgenannten stärker durch die Erkrankung selbst sowie durch medikamentös bedingte Symptome beeinträchtigt fühlen und auch höhergradige psychosoziale Schwierigkeiten aufweisen, kann vermutet werden, daß solche Patienten eine bislang ausgebliebene Zustandsverbesserung als (negatives) Ergebnis einer „unwirksamen“ und damit „defizitären“ psychiatrischen Behandlung auffassen, was möglicherweise einem „Attributionsfehler“ entspricht. Wenn vom Patienten trotz umfangreicher Behandlung ein Fortbestehen von Symptomen registriert wird oder für ihn gar eine Zustandsverschlechterung sichtbar wird, so dürfte dies kognitiv vereinbar sein mit Sichtweisen, welche die Behandlung in ein negatives Licht stellen („nutzlose und furchtbare Tortur“). Umgekehrt erscheinen möglicherweise einem psychopathologisch unauffälligen (und damit vermutlich zufriedeneren) Patienten in relativ ausgeglichener Verfassung therapiebedingte Einschränkungen der Selbstbestimmung oder einzelne psychisch belastende Erfahrungen gewissermaßen als notwendiges Übel auf dem schwierigen Weg zur psychischen Stabilisierung.

Konsistenztheoretisch betrachtet neigen Patienten mit fortbestehenden Symptomen, manifesten Medikamentennebenwirkungen und unübersehbaren sozialen Defiziten möglicherweise dazu, negative Gesichtspunkte der Behandlung hervorzuheben, weil sie ihre Situation wenigstens teilweise als Ergebnis einer nicht sonderlich guten Therapie betrachten, während „gesündere“ Patienten zufriedener mit dem Ergebnis der Behandlung sind und dementsprechend die Psychiatrie weniger negativ sehen. Für diese Hypothese sprechen auch die Ergebnisse mehrerer wissenschaftlicher Studien, bei denen sich zeigte, daß Patienten, die den bisherigen Erfolg der Behandlung selbst positiv einschätzen<sup>18</sup> oder von Behandlern aus gebessert beurteilt werden<sup>19</sup>, die gegenwärtige Therapie günstiger bewerten. Die vorgetragenen Befunde geben nicht nur Anlaß zur Spekulation über die Vermittlungsprozesse zwischen Störungsgrad und behandlungsbezogenen Einstellungen psychiatrischer Patienten, sondern legen auch die Vermutung nahe, daß schon das Eingehen auf Sichtweisen der Patienten, z.B. Fragen nach ihrer Zufriedenheit mit der Therapie und ihrem subjektiven Erleben psychiatrischer Behandlung, eine psychologisch bedeutsame Annäherung zwischen Therapeut und Patient mit sich bringen kann, welche die Arbeitsbeziehung in der Therapie vertieft. Ehrliches Interesse des Behandlers an Therapiebewertungen des Patienten, vor allem an seinen Schilderungen bedcut-samer Behandlungserfahrungen negativer und positiver Art kann dazu beitragen, daß sich vorhandenes Mißtrauen sowie Veränderungswiderstand beim Patienten verringern. Wenn auf Wünsche des Patienten eingegangen und der Behandlungsplan daraufhin geändert wird, erhöht sich vermutlich nicht nur die Zufriedenheit des Patienten sondern auch die des Therapeuten, insbesondere dann, wenn daraufhin eine Zustandsverbesserung eintritt. Möglicherweise kann durch Anknüpfen an Kritik und vermehrte Einbeziehung von Patientenwünschen an die Gestaltung der Therapie ein fruchtbarer Veränderungsprozeß in Gang gesetzt werden, von dem nicht allein der Patient profitieren kann, sondern der auch eine Verbesserung der Behandlungsqualität zur Folge haben kann.

**Abb. 3: Dargestellt sind verschiedene Einflüsse und Wechselwirkungen, die sich ergeben, wenn Patienten sich in psychiatrischer Behandlung befinden**



Erläuterung zu Abb. 3: Therapie bringt Erfahrungen mit sich, die vom Patienten als positiv und/oder negativ erlebt werden können und sich in einer mehr oder weniger großen Behandlungszufriedenheit niederschlagen. Andererseits induziert die Behandlung einen therapeutischen Effekt im Sinne einer Zustandsveränderung, welcher in interaktiver Beziehung steht zum subjektiven Erleben und zur Veränderung der Gesamtzufriedenheit des Patienten. Rückwirkungen auf die Behandlung bestehen insofern, als die Behandlung Bezug nimmt auf den psychischen Gesundheitszustand des Patienten.

Zu bedenken ist dabei jedoch, daß sich eine dauerhaft positive Einstellung zur psychiatrischen Behandlung, die als prognostisch günstiger Faktor zu betrachten ist, bei chronisch kranken Patienten nur dann herausbildet, wenn diesem eine solche Sichtweise unter Bezugnahme auf konkrete Umstände der Therapie und seine bisherigen Erfahrungen auch begründet erscheint. Erfahrungsgemäß ist aber die psychosoziale Lage chronifizierter und hospitalisierter schizophrener Patienten oft desolat, so daß die Herstellung einer kooperativen Einstellung kaum zu erreichen ist und es seitens der Therapeuten viel Einfallsreichtum und Anstrengung erfordert, um aufkommender Resignation entgegenzuwirken und gemeinsam mit dem Patienten Perspektiven für seine Stabilisierung und Wiedereingliederung zu erarbeiten.

Aus einer einzelnen Untersuchung ergeben sich natürlich keine gesicherten Erkenntnisse. Vorausgesetzt, andere Befragungen führen zu ähnlichen Ergebnissen, stellt sich die Frage, welche Schlußfolgerungen für die Qualitätsoptimierung aus den Befunden zu ziehen sind. Im Grunde decken sich die in den Interviews geäußerten Vorstellungen der Patienten über eine gute psychiatrische Versorgung mit denen fortschrittlich orientierter Sozialpsychiater. Auch sie plädieren für mehr Offenheit und weniger Zwang, für mehr Betreuungskontinuität, größere Gemeindennähe, stärkere Vernetzung psychosozialer Dienste sowie für einen Abbau stationärer Betten in Verbindung mit einer Erweiterung des Angebotes im teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich sowie für den Ausbau von sog. „Enthospitalisierungsprogrammen“. All dies entspricht den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten und sollte deshalb flächendeckend in Angriff genommen werden. In vielen Regionen der Bundesrepublik besteht noch erheblicher Modernisierungsbedarf.

Bei der praktischen Umsetzung solcher Konzepte sind sicher noch einige ideologische und finanzielle Hürden zu überwinden, dennoch dürften zumindest folgende Aussagen Konsens finden: Psychiatrische Behandlung darf von den Patienten keinesfalls als Tortur erlebt werden. Traumatische Erfahrungen sollten grundsätzlich vermieden und Behandlungszufriedenheit sollte hergestellt werden. Zum Einsatz kommen sollten deshalb schonende und gleichzeitig wirksame Interventionen. Unbestreitbar sind wir inzwischen vom strikten Biologismus und von der traditionellen „Verwahrpsychiatrie“ abgekommen. Trotzdem muß man selbstkritisch eingestehen, daß auch die moderne „Sozialpsychiatrie“ noch immer nicht in der Lage ist, ganz ohne Zwang auszukommen, selbst wenn z.B. durch den Einsatz neuer Medikamente und die Einbeziehung nicht-ärztlicher Therapieformen eine deutlicher Gewinn an Humanität bzw. Qualität erreicht worden ist. Die oft propagierte „gewaltfreie Psychiatrie“ ist eher ein ethisch-moralisches Postulat als ein bereits entwickeltes Konzept, so daß der von Finzen et al. (1993) geäußerten Meinung, daß sich die Psychiatrie „nach wie vor im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Gewalt“ befindet, zuzustimmen ist.

#### Anmerkungen:

- 1) vergl. Haug (1995).
- 2) vergl. Wadeson & Carpenter (1976), Binder & McCoy (1983), Soliday (1985), Hammill et al. (1989) und Finzen et al. (1993).
- 3) vergl. Mattson & Sacks (1978), Plutchik et al. (1978), Wells (1973) und Soliday (1985).
- 4) vergl. Schmied & Klaus (1983).
- 5) vergl. Meyer (1958), Kuiner (1958) und Brown (1965).
- 6) Johns et al. (1973).
- 7) vergl. Priebe (1987, 1992), Priebe & Gruyters (1992, 1993, 1994a,b), Priebe & Gunkel (im Druck).
- 8) vergl. Gunkel (1992a,b, 1993; 1994a,b, im Druck).
- 9)  $r = .50, p < .001$ .
- 10) In die quantitative Auswertung gingen Daten von allen 110 untersuchten Patienten ein, während die qualitative (Interview-)Analyse auf 65 Patienten beschränkt war.
- 11)  $r = -.40, p < .001$ .
- 12)  $r = .21, p < .05$ .
- 13)  $r = -.30, p < .01$ .
- 14)  $r = -.22, p < .05$ .
- 15) vergl. hierzu auch die Studien von Dick et al. (1985), Hoult (1986), Marks (1992) und Marks et al. (1993).
- 16) vergl. Larsen et al. (1979), LeVois et al. (1981), Hansson & Berglund (1987), McIntyre et al. (1989), Conte et al. (1989), Gruyters & Priebe (1992) und Priebe et al. (1995).
- 17) Orlik & Schneider (1984) beschreiben diesen Vorgang in Anlehnung an Laing (1966) für den Bereich des interpersonellen Verhaltens: „(...) meine Interpretationen des Verhaltens des anderen sowie meine daraus abgeleiteten Vermutungen darüber, wie jeder mich sieht, (stehen) in einer wechselseitigen Verschränkung mit entsprechenden Verarbeitungsprozessen auf dessen Seite, derart, daß die 'Wahrnehmungen' nicht notwendigerweise ein Abbild der sozialen Wirklichkeit sind, sondern realitätstiftende Konsequenzen haben: das Verhalten des anderen hängt zu einem wesentlichen Teil davon ab, wie ich die Situation 'definiere', und eben dies wirkt auf mich zurück“ (ebd. S. 197). Ähnliche Prozesse vollziehen sich vermutlich auch bei Individuen, die sich im Interaktionsfeld einer psychiatrischen Therapie befinden. Auch sie setzen ihre Erfahrungen zu einem Bild der Psychiatrie und der eigenen Person zusammen, welches das Handeln strukturiert.
- 18) vergl. Carlo & Reihman (1977), Willer & Miller (1978), Edwards et al. (1978), Eisen & Grob (1978), Fiester (1979), Hansson & Berglund (1987) und Wilke et al. (1988).
- 19) vergl. Woodward et al. (1978), Hansson & Berglund (1987) und Wilke et al. (1988).

## Literaturangaben

- Binder, R. L. & McCoy, S. M. (1983). A study of patients' attitudes toward placement in seclusion. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 1052-1054.
- Brown, E. L. (1965). Meeting patients' psychosocial needs in the general hospital. In: J. K. Skipper & R. C. Leonard (Eds.), *Social interaction and patient care*. Philadelphia: Lippincott.
- Ciarlo, J. A. & Reihman, J. (1977). The Denver community mental health questionnaire: Development of a multidimensional program evaluation instrument. In: R. D. Coursey, G. A. Specter, S. A. Murrell & B. Hunt (Eds.), *Program evaluation for mental health: Methods, strategies and participants*. New York: Grune & Stratton.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Buckley, P., Warren Spence, D. & Byram Karasu, T. (1989). Outpatients view their psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 641-643.
- Dick, P., Cameron, L., Cohen, D., Barlow, M. & Ince, A. (1985). Day and fulltime psychiatric treatment: A controlled comparison. *British Journal of Psychiatry*, 147, 246-250.
- Edwards, D., Yarvis, R., Mueller, D. & Langsley, D. (1978). Does patient satisfaction correlate with success? *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 188-190.
- Eisen, S. & Grob, M. (1978). Assessing consumer satisfaction from letters to the hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 344-346.
- Fiesler, A. (1979). Goal attainment and satisfaction scores of CMHC clients. *American Journal of Community Psychology*, 7, 181-188.
- Finzen, A., Hauf, H.-J., Beck, A. & Lüthy, D. (1993). Hilfe wider Willen: Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1992). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten: Eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 60, 140-145.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1993). The role of helping alliance in psychiatric community care. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181, 552-557.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994a). Patients' and caregivers' initial assessments of day hospital treatment and course of symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 234-238.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994b). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten: Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88-95.
- Gunkel, S. (1992a). Illness related traumatic experiences in schizophrenic patients. Vortrag auf der World Conference of the ITSS „Trauma and Tragedy“, Amsterdam (21.-26.6.1992).
- Gunkel, S. (1992b). Psychiatrische Behandlung als traumatisierendes Erlebnis. Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGNP), Köln (28.-30.9.1992).
- Gunkel, S. (1993). Traumatische Erlebnisse schizophrener Patienten aufgrund von Erkrankung und Behandlung. *TW Neurologie Psychiatrie*, 7, 176-177.
- Gunkel, S. (1994a). Psychiatrische Behandlung als Trauma und/oder Bereicherung im Erleben schizophrener Patienten. Vortrag auf dem 10. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Berlin (20.-25.2.1994).
- Gunkel, S. (1994b). Psychiatrische Behandlung als traumatische Erfahrung. Vortrag auf dem XIV. Weltkongreß für Sozialpsychiatrie, Hamburg (5.-10.6.1994).
- Gunkel, S. (im Druck). Psychiatrische Behandlung als traumatisierendes Erlebnis. In: U. H. Peters, M. Schifferdecker & A. Krahl (Hg.), *150 Jahre Psychiatrie – eine vielgestaltige Psychiatrie für die Welt von morgen*. Köln: Martini.
- Haug, H.-J. (1995). Ergebnisqualität: ein Schwerpunkt der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22(4), 134.
- Hammill, K., McEvoy, J. P., Koral, H. & Schneider, N. (1989). Hospitalized schizophrenic patient views about seclusion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 174-177.
- Hansson, L. & Berglund, M. (1987). Factors influencing treatment outcome and patient satisfaction in a short term psychiatric ward: A path analysis study of importance of patient involvement in treatment planning. *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 236, 269-275.
- Herold-Weiss, U. (1974). „Wenn Dir ein Ziegel auf den Kopf fällt ...“ – Tatsachenbericht aus dem inneren Erleben und dem Alltag unserer „Geisteskranken“ und Wege zur Hilfe für diese Menschengruppe. In: A. Finzen (Hg.), *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern* (S. 114-177). München: Piper.
- Hoult, J. (1986). Community treatment of acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149, 137-144.
- Johns, M. W., Dudley, H. A. F. & Masterson, J. P. (1973). Psychosocial problems in surgery. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 18, 91-102.
- Kutner, B. (1958). Surgeons and their patients: A study in social perception. In: E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians, and illness*. New York: Free Press.
- Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W. & Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- LeVois, M., Nguyen, T. & Attkisson, C. (1981). Artifact in satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4, 139-150.
- Marks, I. (1992). Innovations in mental health care delivery. *British Journal of Psychiatry*, 160, 589-597.
- Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., McMamee, G., Audini, B. & Lawrence, R. E. (1993). Home-based vs. in/outpatient care for serious mental illness: A controlled study. (unveröff. Manuskript).
- Mattson, M. R. & Sacks, M. H. (1978). Seclusion: Uses and complications. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1210-1213.
- McIntyre, K., Farrell, M. & David, A. (1989). Inpatient psychiatric care: The patients' view. *British Journal of Psychiatry*, 62, 249-255.
- Meyer, B. C. (1958). Some psychiatric aspects of surgical practice. *Psychosomatic Medicine*, 20, 203-214.
- Orlik, P. & Schneider, P. (1984). Interaktionsdiagnostik: Ein Rahmenkonzept zum Training der diagnostischen Kompetenz von Beobachtern sozialer Interaktion. In: L. Schmidt (Hg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (S. 190-205). Stuttgart: Enke.
- Plutchik, R., Karasu, T. B., Conte, H. R., Siegel, B. & Jerrett, I. (1978). Toward a rationale for the seclusion process. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 166, 571-579.
- Priebe, S. (1987). Early subjective reactions predicting the outcome of hospital treatment in depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 134-138.
- Priebe, S. (1992). Die Bedeutung der Patientenmeinung: Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Priebe, S., Gruyters, T., Hemze, M., Hoffmann, C. & Jükel, A. (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung: Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 22(4), 140-144.
- Priebe, S. & Gunkel, S. (im Druck). Prädiktionswert von Patienten bei Kurz- und Langzeitbehandlungen. In: U. H. Peters, M. Schifferdecker & A. Krahl (Hg.), *150 Jahre Psychiatrie – eine vielgestaltige Psychiatrie für die Welt von morgen*. Köln: Martini.
- Schmied, K. & Klaus, E. (1983). Isolierung und Zwangsinjektionen im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 233, 211-222.
- Solday, S. M. (1985). A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 282-286.
- Wadson, H. & Carpenter, W. T. (1976). Impact of the seclusion room experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 318-328.
- Wells, D. A. (1973). The use of seclusion on a university hospital psychiatric floor. *Archives of General Psychiatry*, 26, 410-413.
- Wilke, S., Grande, T., Rudolf, G. & Porsch, U. (1988). Wie entwickeln sich Patienten im Anschluß an eine stationäre Psychotherapie? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 34, 107-124.
- Willer, R. D. & Miller, G. H. (1978). On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 157-160.
- Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Levin, S. & Epstein, N. B. (1978). Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy. *Family Process*, 17, 339-407.

### Anschrift der Verfasser über

**Stefan Gunkel (Dipl.-Psych.)**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Landeshauptstadt Hannover, Rohdeweg 3  
D-30853 Langenhagen