

Die erste Hospitalisierung Schizophrener

Beschwerden, Belastungen, Sorgen und Ressourcen*

Ute-Ulrike Röder-Wanner, Stefan Priebe, London

Zusammenfassung: Anliegen: Beschwerden, Belastungen, Sorgen und Ressourcen als in der Forschung unübliche subjektive Kriterien, sollten bei ersthospitalisierten schizophrenen Patienten erfaßt werden. **Methodik:** 90 Patienten wurden mit der Beschwerdeliste, der Krankheitsbelastungsskala und mit einem standardisierten Fragebogen untersucht. **Ergebnisse:** Wie bei einer gleichfalls untersuchten Stichprobe aus der Berliner Allgemeinbevölkerung stehen bei den Patienten Zeichen von ängstlicher Unruhe und subjektiver Schwäche im Vordergrund der Beschwerden, sind aber wesentlich häufiger. Die Patienten fühlen sich oft belastet durch arbeits- und direkt gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen und haben die meisten Sorgen in diesen Bereichen. Soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten erleben sie oft als wohltuend. **Schlußfolgerungen:** Beschwerden, Belastungen, Sorgen und Zukunftsängste scheinen im wesentlichen eine unspezifische Reaktion der Patienten auf die Erkrankungssituation und nicht unmittelbarer Ausdruck der psychischen Krankheit zu sein. Diese Reaktion und die sozialen Bedingungen der Patienten bedürfen einer speziellen Beachtung in der klinischen Praxis.

First-Admitted Schizophrenic Patients: The Burden of the Disease: Purpose: In this study we examined subjective views other than the usually studied quality of life, needs and treatment satisfaction, of first-admitted schizophrenic patients. **Methods:** Data of 90 patients were gathered with two established and a new questionnaire. **Results:** Signs of anxious unrest and loss of vigour are the most frequently reported complaints in patients as well as in a sample of the Berlin general population that was also studied but with a clearly higher incidence in the patients. Patients are most often burdened by concerns regarding their disease and their objective living conditions, especially work. They experience social contacts and leisure activities as helpful. **Conclusions:** The findings suggest that complaints, burdens, worries and the fear of negative consequences – rather than being an expression of specific schizophrenic symptoms – are a non-specific reaction to a difficult and burdensome situation. In clinical practice, special consideration of this reaction and of the social conditions seems useful.

Einleitung

Aussagen, Erleben und Sichtweisen von psychisch Kranken – sogenannte subjektive Kriterien – haben in den vergangenen Jahren klinisch wie wissenschaftlich an Bedeutung gewonnen. Sie erlauben eine Bewertung von Versorgungsaufgaben und Behandlungseffekten aus der Sicht der Betroffenen und können zudem den Erfolg zukünftiger Behandlungen zum Teil vorhersagen [2,5,6,7,11]. Entsprechende in der Forschung etablierte Kriterien sind die subjektive Lebensqualität, die Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung und die Behandlungsbewertung [3,4,8,10].

Bisher kaum beachtete Aspekte subjektiver Sichtweisen schizophrener Patienten sind ihre Beschwerden und Belastungen, ihre Sorgen, ihre Furcht vor negativen Folgen der Erkrankung und auch Aussagen darüber, welche Lebensbereiche sie als Ressourcen empfinden. Möglicherweise spielen diese Faktoren eine Rolle für die Verarbeitung und den Umgang mit der Erkrankung, vor allem bei der ersten Hospitalisierung, die ein gravierender Lebenschnitt ist. Die Kenntnis dieser Sichtweisen könnte auch die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten erweitern. Grundlage dafür ist eine systematische Erhebung der entsprechenden Merkmale. Um dazu einen Beitrag zu leisten, haben wir folgende Fragen untersucht:

- Welche Beschwerden treten bei der ersten stationären Behandlung mit der Diagnose einer Schizophrenie häufig auf? Sind es andere als in der Allgemeinbevölkerung?
- Über welche Belastungen durch die Erkrankung klagen die Frauen oder Männer?
- In welchen Lebensbereichen machen sie sich große Sorgen und in welchen fürchten sie negative Folgen der Erkrankung?
- Was, sagen sie, tut ihnen gut?
- Unterscheiden sich ersthospitalisierte Frauen, das in der Allgemeinbevölkerung „klagsamere“ Geschlecht mit häufigeren Beschwerden und Arztkontakten [10], von den ersthospitalisierten Männern?

Methodik

Wir haben 60 Frauen und 30 Männer untersucht, die sich zum ersten Mal mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung in stationärer Behandlung in verschiedenen Berliner und einer Potsdamer Klinik befanden. In der Regel fand die

Befragung in der dritten Woche des stationären Aufenthaltes statt (Median 2,7 Wochen bzw. 19 Tage). Die Vorauswahl der Patienten wurde von den behandelnden Ärzten getroffen. Die Diagnose wurde nach ICD-10 (F20) von der Psychiaterin gestellt, die auch die Interviews durchführte. Sie stand in keinem klinischen Zusammenhang mit den verschiedenen Einrichtungen. Zwei Patienten (von 92), bei denen keine Übereinstimmung der Diagnose bestand, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen. Alle Untersuchten nahmen Neuroleptika ein. Beschwerden wurden mit einer 29-Item-Version der v. Zerssen-Beschwerdeliste erfaßt [12]. Zum Vergleich wurden 2200 vom Landeseinwohnermeldeamt Berlin¹ randomisiert ausgewählte Berliner Bürger zwischen 18 und 65 Jahren aus dem Bezirk Charlottenburg einmalig angeschrieben. 991 (mittleres Alter 41 Jahre, 51% Frauen, 49% Männer) schickten die Beschwerdeliste anonym zurück. Die Beschwerden waren von 0 (gar nicht) bis 3 (stark) skaliert. Belastungen durch die Erkrankung wurden mit der „Krankheitsbelastungsskala“ von Badura u. Mitarb. [1] erhoben. Die Skala enthält 12 von eins bis vier gestufte Items (Summenwert von 1–37). In bezug auf sieben Lebensbereiche (Arbeit, Freizeitgestaltung, Finanzen, Wohnung, Familie und Partner, Freunde und Bekannte, Gesundheit) wurde gefragt „Welche Lebensbereiche machen Ihnen die meisten Sorgen?“ und „Sind Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung aufgetreten?“ Die Frage „Glauben Sie, daß Ihre Erkrankung in einem halben Jahr negative Folgen haben könnte auf ...“ wurde für 6 Bereiche gestellt und für den Bereich der Gesundheit modifiziert. Mit der offenen Frage „Was tut Ihnen gut für Ihr Wohlbefinden?“ wollten wir die subjektiven Ressourcen erfahren. Die Antworten wurden nach den bei den Sorgen genannten Lebensbereichen kategorisiert.

Ergebnisse

Die Patienten

Die objektive Lebenssituation der untersuchten Frauen und Männer unterscheidet sich in einigen Punkten signifikant ($p < 0,05$). Die untersuchten Frauen sind mit 33 Jahren (20–59); im Mittel acht Jahre älter als die Männer (25/18–44). Sie haben häufiger (67/43%) eine abgeschlossene Ausbildung, häufiger eine Arbeitsstelle (60/40%), im Mittel monatlich mehr Geld zur Verfügung (1631,-/1223,- DM) und wohnen häufiger allein (49/28%) oder mit einer eigenen Familie (40/17%) sowie seltener bei der Ursprungsfamilie (12/37%). Mehr Frauen haben oder hatten einen Partner (70/30%) und Kinder (41/10%) und sind für Haushalt oder Kinder hauptverantwortlich. Insgesamt sind die untersuchten ersthospitalisierten Frauen häufiger bereits selbständig in verschiedenen sozialen Rollen, was allein schon durch den Altersunterschied plausibel erscheint.

Beschwerden

1. Die 10 häufigsten mindestens mäßig ausgeprägten Beschwerden der Ersthospitalisierten (Grübeleien 63%, Müdigkeit 62%, innere Unruhe 59%, allgemeine Nervosität 55%, innere Gespanntheit 52%, rasche Erschöpfbarkeit 52%, Konzentra-

tionsschwäche 50%, Traurigkeit 46%, Energielosigkeit 45%, Angstgefühl 42%) können faktorenanalytisch alle einer „ängstlichen Unruhe“ und „subjektiven Schwäche“ zugeordnet werden.

2. Tab. 1 zeigt, daß bei der Allgemeinbevölkerung mit wenigen Ausnahmen die gleichen Symptome zu den häufigsten Beschwerden zählen. Erwartungsgemäß sind sie allerdings wesentlich seltener als bei den Patienten. Eine multivariate Varianzanalyse weist den signifikanten Gruppenunterschied auch nach Korrektur für Alter und Geschlecht auf. Auch univariat bleiben die nachgewiesenen Gruppendifferenzen mit Ausnahme der Nacken-/Schulterschmerzen signifikant. Bei chronisch Schizophrenen haben diese Klagen eine deutlich geringere Ausprägung. Die von Priebe u. Mitarb. [9] untersuchten chronisch schizophrenen langzeithospitalisierten Patienten nannten diese 10 Beschwerden im Mittel um 14% seltener als die Ersthospitalisierten. Herausragend ist die Differenz bei dem Item Grübeleien, über das 28% mehr der Ersthospitalisierten klagen.

Tab. 1 Die 30 häufigsten mäßigen und starken Beschwerden bei 991 Berliner Bürgern und ihre Häufigkeit bei den ersthospitalisierten Patienten.

	Berliner %	ersthospitalisierte Schizophrene
Müdigkeit	46	62***
innere Unruhe	34	59****
allgemeine Nervosität	33	55****
innere Gespanntheit	32	52***
Reizbarkeit	32	29
Grübeleien	30	63****
Energielosigkeit	27	45***
Kreuz/Rückenschmerzen	47	23****
Nacken/Schulterschmerzen	40	24**
Gelenk/Gliederschmerzen	30	22

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, **** $p < 0,0001$

3. Frauen und Männer unterscheiden sich bei der ersten stationären Behandlung kaum in ihren Beschwerden. Die Summenwerte der Beschwerdeliste sind nicht signifikant verschieden (29 ± 14 bei den Frauen und 21 ± 14 bei den Männern). Keine der 29 Beschwerden ist bei den Männern häufiger mäßig bis stark ausgeprägt und nur zwei bei den Frauen: Gleichgewichtsstörungen (33% vs. 10%, $p < 0,02$) und Kreuz- bzw. Rückenschmerzen (30% vs. 10%, $p < 0,05$). Ebenso wie beim Summenscore sind die Standardabweichungen bei Einzelbeschwerden relativ hoch.

Krankheitsbelastung

Inwieweit sich die Patienten durch krankheitsbedingte Einschränkungen belastet fühlen, ist in verkürzter Form in Abb. 1 dargestellt.

1. Bemerkenswert ist, daß die ersten drei der fünf häufigsten (sehr) starken Belastungen (dadurch, daß die Leistungsfähigkeit abgenommen hat, sie körperlich oder nervlich nicht mehr voll belastbar sind, Erwartungen und Ansprüche zurück-

¹Wir danken dem Landeseinwohnermeldeamt Berlin für die freundliche Unterstützung.

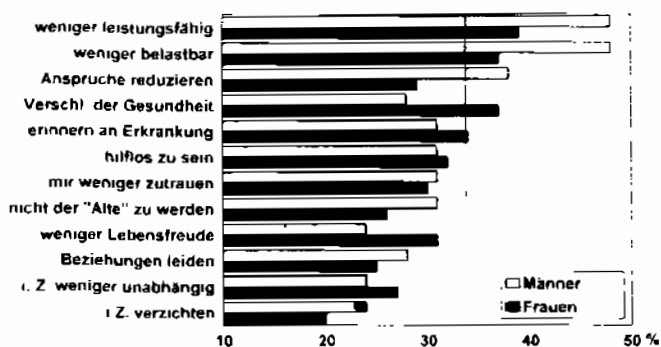


Abb. 1 Häufigkeiten von starken und sehr starken Krankheitsbelastungen

schrauben müssen) sich auf soziale Normen und Anforderungen beziehen, die vor allem bei der Berufsausübung eine wesentliche Rolle spielen, während die beiden folgenden sich unmittelbar auf den Gesundheitszustand beziehen.

2. Der Summenwert der Belastungen ist mäßig hoch bei einer relativ großen Streuung ($13,5 \pm 8,2$). Als Anhaltspunkt: Patienten mit schweren kardiologischen Erkrankungen haben beim Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme ca. drei Wochen nach einem Infarkt, einer Operation etc., einen mittleren Krankheitsbelastungsscore von 17, gegen Ende der Maßnahme, d.h. vier bis fünf Wochen später von 14, und ein halbes Jahr nach der Rehabehandlung von 13,6 (Schott, pers. Mitteilung). Psychisch Kranke, die zum ersten Mal mit der Diagnose einer Schizophrenie in stationärer Behandlung sind, fühlen sich also ähnlich stark belastet wie Patienten nach der Akutphase einer lebensbedrohlichen Erkrankung.

3. Die erkrankten Frauen und Männer unterscheiden sich weder im Muster noch in der Anzahl (beide 8,6) starker Belastungen.

Sorgen in den verschiedenen Lebensbereichen

1. Entsprechend den Angaben zur Krankheitsbelastung durch vor allem arbeits- und gesundheitsbezogene Einschränkungen, machen sich die Patienten während des ersten Klinikaufenthaltes vor allem Sorgen um die Arbeit und die Gesundheit (Abb. 2, linker Teil).

Diejenigen, die eine Arbeitsstelle haben, machen sich signifikant häufiger Sorgen um die Arbeit als die ohne Arbeitsstelle (49 vs. 22%, $p < 0,05$). Mehr als ein Viertel der Untersuchten (27%) hat Schwierigkeiten bei der Arbeit im Zusammenhang mit der Erkrankung erfahren. Der Anteil derer, die sich aktuell Sorgen um die Arbeit machen, ist bei ihnen höher (58%) als bei Patienten ohne diese Erfahrung (31%, $p < 0,05$). Seltener machen sich die Patienten Sorgen in bezug auf ihre sozialen Kontakte, obwohl sie auch hier relativ oft Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung sehen. 27% der Ersthospitalisierten schildern Schwierigkeiten in oder mit der Familie im Zusammenhang mit der Erkrankung. Dennoch sorgt sich auch von ihnen nur 7% um oder über die Familie. Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit der Erkrankung mit Freunden oder Bekannten aufgetaucht sind, haben allerdings nur 14% der Untersuchten erlebt

Am seltensten sorgen sich die Erkrankten um ihre Freizeitaktivitäten, obwohl auch hier 14% Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung wahrnehmen. Männer haben solche Probleme signifikant häufiger erlebt (27% vs. 6%, $p < 0,05$).

2. Frauen machen sich insgesamt in mehr Lebensbereichen Sorgen als Männer (1,9 vs. 1,4, $p < 0,05$). Unterschiede in den einzelnen Lebensbereichen sind statistisch nicht signifikant.

Subjektive Ressourcen

1. Die Bereiche, die Patienten am seltensten als sorgenbeladen angeben, sind am häufigsten wohltuend für sie: soziale Kontakte wie Familie, Freunde, Bekannte u.a. und Freizeitaktivitäten (Abb. 2, rechter Teil).

2. Frauen ziehen im Gegensatz zu Männern soziale Kontakte außerhalb der Familie vor und geben sie häufiger als wohltuend an. Männer hingegen empfinden eher Familie oder Partner als hilfreich (30% vs. 19%). Auch Freizeitaktivitäten (insbesondere außerhäusliche) empfinden die Frauen häufiger als wohltuend als die Männer.

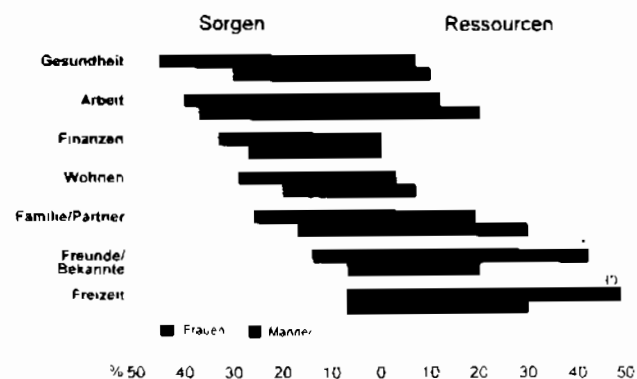


Abb. 2 Häufigkeiten von Sorgen und subjektiven Ressourcen in verschiedenen Lebensbereichen (**) $p < 0,1$, (*) $p < 0,05$

Zukunftsangste

1. Ebenso häufig wie aktuell fürchten die Patienten auch für die mittelfristige Zukunft am ehesten um die Arbeit und um die psychische Gesundheit. In allen anderen Lebensbereichen erwarten deutlich weniger Patienten negative Konsequenzen der Erkrankung (Abb. 3). Insgesamt sehen die Patienten die Zukunft etwas optimistischer als die aktuelle Situation. Die Anzahl der Lebensbereiche, in denen sie negative Folgen der Erkrankung auch noch in einem halben Jahr befürchten, ist signifikant geringer als die Anzahl der Lebensbereiche, in denen sie sich aktuell Sorgen machen (1,1 vs. 1,8, $p < 0,01$).

2. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Anzahl der Lebensbereiche, in denen sie negative Folgen der Erkrankung erwarten. In den einzelnen Lebensbereichen fürchten annähernd gleich viel Frauen und Männer negative Konsequenzen, allerdings schätzen Frauen ihre künftigen Freizeitaktivitäten pessimistischer ein (9 vs. 0%).

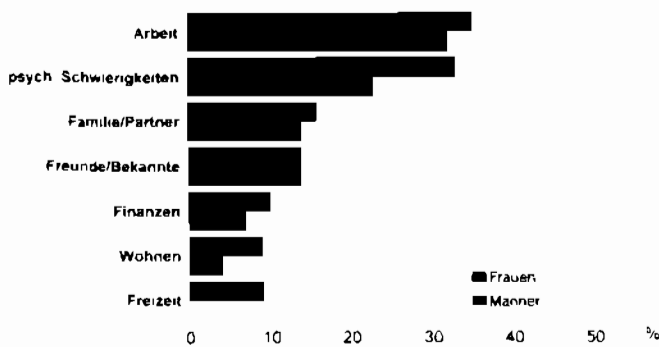


Abb. 3 Häufigkeiten mit denen negative Folgen der Erkrankung in einem halben Jahr in den verschiedenen Lebensbereichen erwartet werden

Zusammenhänge und Faktorenstruktur

1. Das Ausmaß der Beschwerden, der Krankheitsbelastungen und die Anzahl der Lebensbereiche, in denen negative Folgen der Erkrankung in der näheren Zukunft erwartet werden, hängen eng mit dem Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik zusammen (Tab. 2). Ein Zusammenhang der Anzahl aktuell sorgenbelastender Lebensbereiche mit dem BPRS zeigt sich nicht. Bezogen auf die einzelnen Subskalen des BPRS ist eine signifikante Korrelation der untersuchten Kategorien am regelhaftesten mit der Subskala Angst/Depression nachweisbar (in diesem Fall auch mit der Anzahl sorgenbelastender Lebensbereiche). Beschwerden, Krankheitsbelastung, Sorgen und die Erwartung negativer Folgen in der Zukunft sind untereinander ebenfalls eng korreliert. Diese Korrelationen bleiben auch bei Kontrolle des BPRS-Summenwertes bestehen

(Tab. 2) und können deshalb nicht ausschließlich Ausdruck der psychopathologischen Symptomatik sein.

2. Um der Frage nach einer gemeinsamen Grundstruktur der untersuchten Variablen weiter nachzugehen, haben wir eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation) durchgeführt (Tab. 3). Drei Faktoren erklären zusammen 68% der Gesamtvarianz. Im ersten Faktor werden die Krankheitsbelastung, die Beschwerden, die Subskala Angst/Depression und die Anzahl der Lebensbereiche, in denen negative Folgen der Erkrankung in der nahen Zukunft erwartet werden, zusammengefaßt. Wie die Patienten ihre Situation erleben und ihre Aussichten bewerten, kann demnach als eigenständige Dimension mit eigener Bedeutung, als „reaktive Komponente“ betrachtet werden. Daß die Subskala Angst/Depression auf diesem Faktor lädt, nimmt nicht wunder, da ja auch sie eher als andere BPRS-Subskalen eine reaktive Komponente enthalten kann. Der BPRS-Summenscore ergibt mit den Subskalen Denkstörung, Feindseligkeit und Aktivierung einen eigenen zweiten Faktor, den der „psychopathologischen Symptomatik“. Der dritte und letzte Faktor umfaßt Sorgen und Aktivierung der Patienten.

Diskussion

Unsere Untersuchung zeigt, daß Patienten, die sich zum ersten Mal mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung in stationärer Behandlung befinden und denen der Zugang zu ihren Symptomen oft ausgesprochen schwer fällt, häufig ausgeprägte Störungen ihres Allgemeinbefindens durch Zeichen ängstlicher Unruhe und subjektiver Schwäche erleben und für die Zukunft vor allem leistungs(arbeits)- und gesundheitsbezogene Befürchtungen und Sorgen haben, während sie

		Beschwerden Summenwert	Krankheits- belastungs- summe	Anzahl Sorgen	Anzahl nega- tiver Erwar- tungen für die Zukunft
Subskala Anergie	r	-	0,28**	-	-
Subskala Denkstörung	r	0,23*	-	-	0,19*
Subskala Aktivierung	r	0,27*	-	-	-
Subskala Feindseligkeit	r	0,20**	0,18*	0,20*	-
Subskala Angst/Depression	r	0,55****	0,47****	0,22*	0,28**
BPRS Summenscore	r	0,43****	0,38****	-	0,24*
Beschwerden Summenwert	r	1	0,72****	0,25*	0,34**
	part. r	1	0,67****	0,22*	0,27*
Krankheitsbe- lastungssumme	r	0,72****	1	0,26*	0,43****
	part. r	0,67****	1	0,23*	0,37****
Anzahl Sorgen	r	0,25*	0,26*	1	0,24*
	part. r	0,22*	0,23*	1	-
Anzahl negativer Erwartungen für die Zukunft	r	0,34**	0,43****	0,24*	1
	part. r	0,27*	0,37****	-	1

Tab. 2 Korrelationen von BPRS, BPRS-Subskalen, Beschwerden, Krankheitsbelastungen, Sorgen und negativen Erwartungen für die Zukunft (Pearsons r und partieller r kontrolliert für BPRS-Summenwert).

p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001, **** p < 0,0001

Tab. 3 Faktorenanalyse für BPRS-Summenwerte. Summenwerte der fünf Subskalen, Beschwerdesummenwert, Krankheitsbelastungssummenwert, Anzahl der Lebensbereiche mit Erwartung negativer Folgen der Erkrankung.

Faktor	Variablen	Faktorladungen (> 0,5)
F1 „reaktive Komponente“	Krankheitsbelastungssumme	0,88
	Beschwerdesumme	0,85
	Subskala Angst/Depression	0,72
	Anzahl der Lebensbereiche mit negativen Folgen	0,53
erklärte Varianz: 40,3%		
F2 „psychopathologische Symptomatik“	BPRS-Summenwert	0,89
	Subskala Denkstörung	0,84
	Subskala Feindseligkeit	0,75
	Subskala Aktivierung	0,56
erklärte Varianz: 14,5% kumulativ: 54,8%		
F3: „Aktivierung“	Subskala Anergie	-0,74
	Anzahl sorgenbelasteter Lebensbereiche	0,61
	Subskala Aktivierung	0,56
erklärte Varianz: 12,8% kumulativ: 67,6%		

soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten als subjektive Ressourcen wahrnehmen. Die Ergebnisse stützen die Vermutung, daß die Beschwerden, Belastungen, Sorgen und Zukunftsängste der Patienten nicht unmittelbarer Ausdruck der psychischen Erkrankung sind, sondern überwiegend eine Reaktion auf das Kranksein selbst darstellen, die einer eigenen Beachtung in der Behandlung bedarf. Eine Reaktion, da: 1. die gleichen Beschwerden (außer körperlichen Beschwerden) auch bei der Allgemeinbevölkerung am häufigsten sind, gleich insgesamt seltener, da 2. Beschwerden, Belastungen, Sorgen und Zukunftsängste auch ohne den Einfluß der psychopathologischen Symptomatik miteinander verknüpft sind, da 3. die Korrelationen dieser Variablen mit der psychopathologischen Symptomatik sich am regelhaftesten auf die Subskala Angst/Depression des BPRS beziehen (die ja wahrscheinlich ebenfalls reaktive Anteile enthält), und da 4. Beschwerden, Belastungen, Zukunftsängste mit der Subskala Aktivierung bzw. Anergie andererseits, einen eigenen von sonstiger psychopathologischer Symptomatik getrennten Faktor darstellen.

Aus den Ergebnissen scheinen einige praxisbezogene Konsequenzen möglich:

1 Wenn sich Behandler darum bemühen, einen an einer Psychose erkrankten Menschen auch in der Akutphase zu verstehen, so sollte sich dies keinesfalls auf spezifische psychotische Erlebensweisen beschränken. Die beschriebenen Aspekte subjektiven Erlebens erlauben einen anderen Zugang zu den Betroffenen und ist für sie eine Voraussetzung ihrer Krankheitsverarbeitung und ihrer weiteren psychischen und sozialen Entwicklung: um so mehr, als ein nicht unbeträchtlicher Teil von ihnen darüber hinaus bereits Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen im Zusammenhang mit der Erkrankung erlebt hat, die ebenfalls nicht ohne jede Folge für die Zukunft bleiben werden. Diese subjektiven Aspekte sollten

sich individuell im Behandlungsplan auswirken. Ein Standardvorgehen scheint dabei wegen der relativ hohen interindividuellen Streuung der untersuchten Merkmale fragwürdig

2. Die wesentliche Bedeutung der Arbeit für viele Patienten sollte das Augenmerk der Behandler bereits bei der ersten Hospitalisierung auf eine systematische Vorbereitung zur Arbeit richten. Dies kann das Training sozialer Fähigkeiten, die frühe Teilnahme von Sozialarbeitern an der Behandlungsplanung und ein systematisches Training unspezifischer Arbeitsfähigkeiten unter realitätsnahen Arbeitsbedingungen einschließen.

3. Die Familie muß, als subjektive Ressource, insbesondere bei den ersthospitalisierten jungen Männern auch als therapeutisch nutzbare Ressource für den Behandler betrachtet werden. Ersthospitalisierte Frauen hingegen brauchen häufiger Unterstützung durch den Therapeuten in ihrer oft bereits verantwortlicheren Rolle in der eigenen Familie. Für sie ist die Familie ebenso häufig Quelle von Sorge wie subjektive Ressource. Für die Frauen scheint auch die Förderung ihrer sonstigen sozialen Kontakte zu Freunden, Bekannten und anderen bedeutsamer zu sein. Auch in ihren Freizeitaktivitäten, die sie zwar nicht so wichtig für ihr Lebensgefühl erachten (nur 15% der Frauen geben die Freizeitaktivitäten als wichtig für ihr Lebensgefühl an), die sie aber aktuell häufig als wohltuend empfinden, sollten sie bereits während des Klinikaufenthaltes gefördert und stimuliert werden.

In bezug auf die Forschung kann die aus den Ergebnissen generierte Hypothese, daß Beschwerden, Krankheitsbelastungen, Sorgen und Zukunftsängste der Patienten im wesentlichen eine Reaktion auf die neue problematische Lebenssituation darstellen und nicht vorrangig spezifischer Ausdruck der Erkrankung selbst sind, Ausgang weiterer Untersuchungen zum Erleben ersthospitalisierter Patienten sein und anhand der Zusammenhänge mit etablierten Konzepten subjektiver Sichtweisen weiter verfolgt werden.

Literatur

- Badura, B., H. Lehmann, C. Kaufhold, H. Pfaff, T. Schott, M. Walz: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Springer, Berlin (1987)
- Broker, M., F. Röhnicht, S. Priebe: Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia: A predictor of outcome. *Psychiatry Res.* 58 (1995); 77-81
- Gruyters, T., S. Priebe: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiat. Prax.* 21 (1994) 88-95
- Lauer, G.: Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 88-90
- Priebe, S.: Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Hogrefe, Göttingen (1992)
- Priebe, S., T. Gruyters: The importance of the first three days - Predictors of treatment outcome in depressed in-patients. *Br. J. Clin. Psychol.* 34 (1995a); 229-236
- Priebe, S., T. Gruyters: Patients' assessment of treatment predicting hospitalization. *Schizophr. Bull.* 21 (1995b); 87-94
- Priebe, S., T. Gruyters, M. Heinze, C. Hoffmann, A. Jäkel: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung - Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiat. Prax.* 22 (1995); 140-144

- Priebe, S., K. Hoffmann, M. Isermann, W. Kaiser: Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten – Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat. Prax.* 23 (1996) 15–20
- Roder-Wanner, U.-U., S. Priebe: Schizophrenie und Lebensqualität – geschlechtsspezifische Aspekte. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 63 (1995) 393–401
- Van Putten, T., P. R. A. May: Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 35 (1978) 477–480
- von Zerssen, D.: KSB-S Manual. Allg. Teil/Beschwerdeliste. Beltz-Test GmbH, Weinheim (1976)

Dr. Ute-Ulrike Röder-Wanner

Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU Berlin
Plantanenallee 19
D-14050 Berlin

BUCHBESPRECHUNG

Fixierungen bei gebrechlichen Menschen aus juristischer Sicht

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (Fixierungen) gehören zum Alltag von psychiatrischen Einrichtungen und Pflegeheimen. Es gibt kaum gesichertes Wissen über Häufigkeit, Gründe und die Bedingungen, unter denen diese Maßnahmen angewandt werden. Allerdings prägen sie ganz wesentlich landläufige negative Klischees („Zwangsjacke“). In Deutschland versucht das 1992 in Kraft getretene Betreuungsrecht, einen Teil der freiheitsentziehenden Maßnahmen gesetzlich zu regeln. Hiermit beschäftigt sich das vorliegende Buch, eine juristische Dissertation, die gleichwohl auch für Nichtjuristen sehr gut zu lesen ist, und das sich um eine umfassende Sichtweise bemüht. Im Ergebnis gibt die Autorin eine abgewogene Darstellung, die Fixierungen nicht a priori verdammt, sondern ihre Sinnhaftigkeit vor dem Hintergrund einer Nutzen-Risikoabwägung in zahlreichen Fällen anerkennt; gleichwohl wird deutliche Kritik an der Praxis der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (z.B. Fixierungen aufgrund von Personalmangel) ebenso geübt wie an Unzulänglichkeiten und Ungereimtheiten des Gesetzeswerkes.

Hierzu zählt insbesondere, daß das Gesetz nur Fixierungen von Menschen regelt, die unter Betreuung stehen, und dies auch nur dann, wenn sie sich in Einrichtungen befinden, ohne allerdings geschlossen untergebracht zu sein. Der größte Teil von freiheitsentziehenden Maßnahmen (z.B. in Privathaushalten oder in vorübergehenden Krisensituationen in Allgemeinkrankenhäusern) wird hierdurch nicht erfaßt, und auch für Fixierungen bei zwangsuntergebrachten Patienten sieht das Gesetz keine eindeutige Regelung vor, obwohl die Fixierung im Vergleich zur Unterbringung die einschneidendere Maßnahme darstellt. Angesichts dieser Tatsache sei es unverständlich, daß der Gesetzgeber für die Genehmigung von Fixierungsmaßnahmen nur ein ärztliches Zeugnis fordert, während für die Genehmigung von Unterbringungen ein Gutachten erforderlich ist. Schließlich kritisiert die Autorin, daß das Gesetz im Fall der Beeinträchtigung oder Gefährdung von Dritten – wie sie in Altenpflegeheimen immer wieder vorkommt – die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht zuläßt, so daß bei enger Gesetzesauslegung nur die Unterbringung auf öffentlich-rechtlicher Grundlage

(PsychKG) in Betracht kommt – was jedoch häufig einen sehr viel weitergehenden Eingriff (Ortswechsel usw.) darstellen würde. Hier schlägt sie die Genehmigung der Fixierung im Heim „als Hilfslösung im Weg der verfassungskonformen Handhabung“ vor, und genauso sei der herrschenden juristischen Meinung zufolge im Fall der Fixierung von untergebrachten Patienten zu verfahren. Neben der Darstellung des Problems der Fixierung selbst aus unterschiedlichen Blickwinkeln bietet das Buch darüber hinaus sehr instruktive Kapitel über Bestellung und Aufgaben von Betreuer und Verfahrenspfleger, die einerseits über die Darstellung in psychiatrischen Lehrbüchern deutlich hinausgehen, andererseits aber für Nichtjuristen verständlicher sind als die Gesetzeskommentare.

Lesenswert ist auch die ausführliche historische Darstellung zu Beginn, die – zwar etwas unsystematisch, aber sehr detailreich – deutlich macht, daß das Problem der zwangsweisen Einschränkung psychisch kranker Menschen bereits seit mindestens 2000 Jahren historisch belegt ist, wobei auch so „exotische“ Beispiele wie die Türkei oder Japan Erwähnung finden.

Das Kernstück des Buches stellen 10 ausführliche Fallbeispiele dar, in denen die jeweilige Problematik der Fixierungserforderlichkeit vor dem Hintergrund einer ausführlichen Erörterung der Biographie (ausführlicher als man es häufig in psychiatrischen Krankenakten findet¹⁾) diskutiert wird. Das Material entstammt den eigenen Erfahrungen der Autorin, die als Rechtsanwältin sowohl als Betreuerin als auch als Verfahrenspflegerin tätig ist. Ihr großes Einfühlungsvermögen in die jeweilige komplexe Problematik wird darüber hinaus immer wieder in den einzelnen Kapiteln – etwa zur Verhältnismäßigkeit oder zu den tatsächlichen Ursachen für Fixierungen, aber auch zu den Alternativen zur Fixierung – deutlich. Kritisch anzumerken sind neben mehreren Ungereimtheiten und unglücklichen Formulierungen bei der Darstellung psychiatrischer und medizinischer Zusammenhänge einige Redundanzen sowie die nicht immer stringente Gliederung.

Insgesamt handelt es sich um ein sehr lesenswertes Buch, das sowohl für Psychiater als auch für Betreuer und Vormundschaftsrichter von großem Nutzen ist. In der abgewogenen Darstellung kann es bei allen drei Parteien zu einem wohlhabgewogenen Umgang mit der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen verhelfen. Schließlich steht am Ende die nachdenkliche Frage, „ob eine dichte gesetzliche Kontrolle zu befriedigen vermag, die in der Praxis nicht eingeschaltet wird, z. T. nicht eingeschaltet werden kann, deren Eintreten aber oft auch nur Leerlauf produzieren würde. Vielleicht sollte der Gesetzgeber deswegen darüber nachdenken, ob er nicht die gerichtliche Kontrolldichte verringern und die Befassungsschwelle anheben, dafür aber die effektive Gesetzes Einhaltung gewährleisten sollte.“

Dirk K. Wolter-Henseler, Langenfeld

Schumacher, Ch.: **Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischen Mitteln bei der Betreuung gebrechlicher Menschen.** Recht und Praxis der Fixierung. 1997. 228 S. (Bundesanzeiger Verlag, Köln.) Kart. DM 39,80