

## » Vorstellungen schizophrener Patienten über die Ursachen ihrer Erkrankung

Anita Holzinger<sup>1</sup>, Walter Löffler<sup>1</sup>, Peter Müller<sup>2</sup>,  
Stephan Priebe<sup>3</sup>, Matthias C. Angermeyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Leipzig

<sup>2</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

<sup>3</sup> Unit for Social & Community Psychiatry, Bart's and the London School of Medicine, London, U. K.

**Zusammenfassung: Fragestellung:** Im Mittelpunkt steht die Frage, ob sich die Präferenz schizophrener Patienten für psychosoziale Kausalattributionen, die in einer Studie in Hamburg beobachtet worden war, auch andernorts feststellen lässt. Darüber hinaus interessierte uns, wie stabil die ätiologischen Vorstellungen über die Zeit hin sind. Schließlich wollten wir wissen, inwieweit die Vorstellungen der Patienten die des Laienpublikums widerspiegeln. **Methode:** 104 schizophrene Patienten, die sich in psychiatrischen Kliniken in Berlin, Göttingen und Riedstadt/Frankfurt in stationärer bzw. tagesklinischer Behandlung befanden, wurden zum Zeitpunkt der Klinikentlassung mit Hilfe eines 15 Items umfassenden Inventars zur Erfassung von ätiologischen Vorstellungen befragt. Follow-up-Untersuchungen wurden 3 und 6 Monate später durchgeführt. Zum Vergleich wurden Daten einer Repräsentativerhebung bei der Allgemeinbevölkerung herangezogen. **Ergebnisse:** Psychosoziale Faktoren, insbesondere psychosozialer Stress, wurden am häufigsten für die Entstehung der Krankheit verantwortlich gemacht. Die Möglichkeit, dass biologischen Faktoren eine ätiologische Bedeutung zukommt, kam hingegen für die Patienten seltener in Betracht. Diese Tendenz war bei den Patienten viel stärker ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung. Die Kausalattributionen erwiesen sich mit wenigen Ausnahmen im Gruppenvergleich über den Zeitraum eines halben Jahres als recht stabil. **Diskussion:** Die Vorstellungen der Patienten über die Ursachen der schizophrenen Erkrankung werden den Ergebnissen der Schizophrenieforschung gegenübergestellt und Möglichkeiten der Überwindung der Diskrepanz zwischen beiden erörtert.

**Causal Beliefs of Schizophrenic Patients: Research question:** Aim of the study is to investigate whether the preference of schizophrenic patients for psychosocial causal explanations found in a previous study carried out in Hamburg can be observed elsewhere. Further aim of the study was to find out how stable patients' causal attributions are over time. Finally, we were interested to know to what degree patients' beliefs reflect those held by the general public. **Method:** Using an inventory comprising 15 items, we enquired about 105 schizophrenic patient's aetiological ideas at the time of discharge from hospital from inpatient or daycare treatment at 4 psychiatric hospitals in Germa-

ny. Follow-ups were carried out 3 months and 6 months later. **Results:** Psychosocial factors, especially psychosocial stress, were most frequently held responsible for the onset of the illness. The possibility that biological factors might play a role in the causation of schizophrenia was considered more rarely by the patients. There were practically no regional variations as concerns aetiological beliefs. The tendency to endorse psychosocial stress factors was more pronounced among patients as compared with the general public. In total the causal beliefs proved to be quite stable over a time period of 6 months. **Discussion:** Patients' causal beliefs are compared with findings of psychiatric research, and possible ways to bridge the gap between the two are discussed.

**Key words:** Causal attributions – Schizophrenia – Patients

### Einleitung

Vor einigen Jahren wurde in Hamburg eine Untersuchung zu den Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Erkrankung durchgeführt. Wichtigstes Ergebnis der Studie war, dass die Patienten bei der Suche nach einer Erklärung für die Entstehung der Krankheit psychosozialen Faktoren – vor allem psychosozialen Stress – gegenüber biologischen Faktoren eindeutig den Vorzug gaben [1]. Damals musste die Frage offen bleiben, ob es sich dabei lediglich um eine lokale Besonderheit handelt. Schließlich waren alle drei an der Studie beteiligten Kliniken zum damaligen Zeitpunkt mehr oder weniger stark sozialpsychiatrisch ausgerichtet. Dies hätte die starke Betonung psychosozialer Einflussfaktoren erklären können. Im Rahmen einer multizentrischen Studie, an der psychiatrische Kliniken aus verschiedenen Regionen Deutschlands (Südhessen, Südniedersachsen, Berlin) beteiligt waren, bot sich nun die Gelegenheit zu untersuchen, ob sich die in Hamburg beobachtete Neigung zu psychosozialen Kausalattributionen andernorts wiederfindet. Bei zwei der beteiligten Kliniken handelte es sich um Universitätskliniken, bei den beiden anderen um Landeskrankenhäuser. Das Spektrum reichte von einer eher biologischen bis hin zu einer ausgespro-

chen sozialpsychiatrischen Orientierung. Sollte sich hier erneut eine Präferenz für psychosoziale Erklärungsansätze und eine eher reservierte Haltung biologischen Erklärungsansätzen gegenüber nachweisen lassen, so würde dies die Annahme stützen, dass es sich hierbei um ein generelles Deutungsmuster handelt und nicht um eine lokale Spezialität.

Darüber hinaus war es uns möglich zu untersuchen, wie zeitstabil die Ursachenattributionen sind, da die Patienten bei zwei Follow-up-Untersuchungen in drei Monatsabständen erneut dazu befragt worden waren. Schließlich interessierte uns, wie stark sich in den ätiologischen Vorstellungen der Patienten die in der Allgemeinbevölkerung vorherrschenden Deutungsmuster widerspiegeln. Zur Untersuchung dieser Frage wurden Daten einer Repräsentativerhebung hinzugezogen, die wir im gleichen Zeitraum in den alten Bundesländern durchgeführt hatten.

### Methode

Die Untersuchung wurde in den Jahren 1995/1996 an der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen und am Niedersächsischen Landeskrankenhaus in Göttingen, am Psychiatrischen Krankenhaus Philippshospital in Riedstadt sowie an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle schizophrenen Patienten (ICD-9; 295.) im Alter zwischen 18 und 60 Jahren, die konsekutiv aus stationärer oder tagesklinischer Behandlung entlassen worden waren. Die Baseline-Erhebung erfolgte zum Zeitpunkt der Entlassung. Follow-up-Untersuchungen wurden 3 und 6 Monate später durchgeführt. Insgesamt wurden 104 Patienten in die Studie aufgenommen (Psychiatrische Universitätsklinik Göttingen 35, Landeskrankenhaus Göttingen 23, Philippshospital Riedstadt 24, Psychiatrische Klinik der FU Berlin 22). Beim ersten Follow-up waren noch 81 Patienten in der Studie, d. h. die Drop-out-Rate betrug 22%. Beim zweiten Follow-up konnten noch 74 Patienten untersucht werden, d. h. die Drop-out-Rate (bezogen auf die Ausgangspopulation) lag jetzt bei 29%. Der häufigste Grund für einen Drop out war, dass die Patienten eine weitere Teilnahme an der Studie verweigerten (16 Patienten beim ersten, 6 beim zweiten Follow-up). 6 Patienten hatten während des Untersuchungszeitraums wieder stationär aufgenommen werden müssen. 69 von 104 Patienten konnten zu allen drei Zeitpunkten untersucht werden. Ein Vergleich dieser 69 Patienten mit vollständigen Datensätzen über die 3 Zeitpunkte mit den 35 Patienten, die im Untersuchungszeitraum nicht mehr rekrutiert werden konnten, ergab bezüglich der soziodemographischen Merkmale wie Geschlecht, Alter, Schul- und Berufsbildung und Wohnverhältnisse keine Unterschiede. Keine Unterschiede fanden sich auch im Hinblick auf die diagnostische Zusammensetzung (ICD-9) und die Symptomatik (CATEGO-Gesamtscore und 4 Subscores DAH: Wahn und halluzinatorisches Syndrom; BSO: Verhalten, Sprechen und andere Syndrome; SNR: Spezifische neurotische Symptome; NSN: Nichtspezifische neurotische Syndrome) [2]. In den institutionellen Verlaufsmerkmalen vor Einschluss in die Studie wiesen die nicht mehr rekrutierbaren Patienten im Vergleich mit den teilnehmenden Patienten weniger stationäre Aufnahmen auf, die durchschnittliche stationäre Verweildauer war bei ihnen niedriger. Die Überprüfung der Gleichheit beider Gruppen erfolgte indirekt über einen erhöhten Alpha-Fehler ( $> 0,6$ ) mittels t-Tests und  $\chi^2$ -Tests und nicht mit spezifischen Tests auf Gleichheit.

Von den insgesamt 104 Patienten waren  $\frac{2}{3}$  Männer. Je  $\frac{1}{3}$  war unter 30 Jahre, zwischen 30 und 40 und über 40 Jahre alt.  $\frac{3}{4}$  der Patienten waren ledig. 40% lebten allein, 24% bei den Eltern, 16% zusammen mit Ehe- bzw. Lebenspartnern. 39% verfügten maximal über einen Hauptschulabschluss, 31% hatten die Mittlere Reife, 27% das Abitur. Die Aufschlüsselung nach diagnostischen Subtypen ergab, dass die paranoide Form der Schizophrenie (ICD-9: 295,3) mit 44% am stärksten vertreten war, gefolgt von schizophrenen Rest- und Defektzuständen (ICD-9: 295,6) mit 37,5%. Die meisten Patienten blickten bereits auf eine längere Krankheitskarriere zurück. Lediglich 19% waren erst einmal, dagegen 42,5% bereits über fünfmal stationär behandelt worden. Bei 42% betrug die Gesamtdauer stationärer Aufenthalte über ein Jahr.

Zum Vergleich zwischen den Kausalattributionen der Patienten und der Allgemeinbevölkerung wurden Daten einer Repräsentativerhebung hinzugezogen, die 1993 bei der deutschen Erwachsenenbevölkerung in den alten Bundesländern einschließlich Westberlin durchgeführt worden war [3]. Dabei wurden nur die Personen berücksichtigt, die in den Regionen wohnen, in denen die in unsere Studie einbezogenen Kliniken lokalisiert sind (Hessen, Niedersachsen, Berlin-West).

Um einen direkten Vergleich zwischen Patienten und Allgemeinbevölkerung zu ermöglichen, benutzten wir für die Patientenbefragung das gleiche Instrument wie in der Repräsentativerhebung. Dieses basierte auf der Checkliste, die in der Hamburger Studie eingesetzt worden war [1]. Aufgrund der Ergebnisse einer Faktorenanalyse mit der Methode „principal variables“ [4] hatten wir die Itemzahl von ursprünglich 30 auf 15 reduziert. Außerdem waren die Antwortkategorien so verändert worden, dass sie mit denen, die im übrigen Interview benutzt wurden, übereinstimmten. Für den Vergleich zwischen Patientenstichprobe und Allgemeinbevölkerung versuchten wir die 15 Ursachenattributionen mittels Faktorenanalysen (principal factor method mit anschließender Varimax-Rotation) auf wenige vergleichbare Dimensionen zu reduzieren. Für die Allgemeinbevölkerung ließen sich die 15 Ursachen auf drei und für die Patientenstichprobe auf zwei Dimensionen reduzieren. In der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung ließen sich 85% und in der Patientenstichprobe 72% der Varianz erklären. In der Allgemeinbevölkerung fand sich ein Faktor, auf dem sowohl psychosoziale Ursachen wie „Probleme in Partnerschaft und Familie“ als auch persönlichkeitsbezogene Ursachen wie „zu hohe Ansprüche an sich selbst“ luden. Die zweite Dimension umfasst Ursachen, die sich auf magische und esoterische Begründungen wie Hexerei beziehen. Der dritte Faktor ist primär durch biologische Ursachen geprägt (z. B. „Vererbung“, „Erkrankung des Gehirns“). In der Gruppe der Patienten konnten zwar nach dem Eigenwertkriterium zwei Dimensionen extrahiert werden, aber die Ladungsstruktur der einzelnen Items auf diesen beiden Dimensionen ließ sich nur schwer interpretieren. Da die Faktorenanalyse keine für beide Stichproben vergleichbare dimensionale Strukturen ergab, führten wir alle statistischen Analysen auf der Ebene der Einzelitems durch.

Zur Kontrolle möglicher konfundierender Einflüsse wurde für den Vergleich zwischen Patienten und Allgemeinbevölkerung ein multinomiales Logitmodell gerechnet, in dem der Einfluss von Alter und Geschlecht kontrolliert wurde. Auf ein matched-pair-Design wurde verzichtet, da dieses bei einer Feldstudie

**Tab. 1** Ätiologische Sichtweisen von schizophrenen Patienten (n = 104) und der Allgemeinbevölkerung (n = 180) (multinomiale Logitanalyse mit Gruppenzugehörigkeit (Patienten vs. Allgemeinbevölkerung), Geschlecht und Alter als unabhängige Variablen).

		Ursache <sup>1</sup> %	unentschieden <sup>2</sup> %	keine Ursache <sup>3</sup> %	p ( $\chi^2$ -Test)
einschneidende Lebensereignisse	Patienten	47,3	12,5	39,8	0,000
	Allgemeinbevölkerung	68,3	19,4	12,2	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,21	-0,06	0,27	
Probleme in Partnerschaft und Familie	Patienten	46,6	21,6	31,8	0,010
	Allgemeinbevölkerung	61,7	22,2	16,1	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,13	-0,04	0,17	
berufliche Belastungen und Sorgen	Patienten	45,5	19,3	35,2	0,005
	Allgemeinbevölkerung	52,8	29,4	17,8	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,07	-0,10	0,17	
zu hohe Ansprüche an sich selbst	Patienten	42,1	13,6	44,3	0,010
	Allgemeinbevölkerung	32,2	30,6	37,2	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	0,11	-0,19	0,08	
konstitutionelle Schwäche	Patienten	39,8	23,9	36,4	0,069
	Allgemeinbevölkerung	52,8	23,3	23,9	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,08	-0,01	0,09	
unbewusster Konflikt	Patienten	38,6	22,7	38,6	0,000
	Allgemeinbevölkerung	67,8	22,2	10,0	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,30	0,03	0,26	
lieblose Behandlung im Elternhaus	Patienten	38,6	10,2	51,1	0,004
	Allgemeinbevölkerung	33,9	27,8	38,3	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	0,10	-0,02	0,09	
Willensschwäche	Patienten	31,8	13,6	54,6	0,000
	Allgemeinbevölkerung	47,2	24,4	28,3	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,13	-0,12	0,25	
überfürsorgliche Eltern	Patienten	27,3	12,5	60,2	0,203
	Allgemeinbevölkerung	27,2	21,1	51,7	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,03	-0,07	0,10	
Erkrankung des Gehirns	Patienten	25,0	13,6	61,4	0,000
	Allgemeinbevölkerung	62,8	17,2	20,0	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,35	-0,03	0,38	
aufgewachsen in zerrütteten Familienverhältnissen	Patienten	23,9	9,1	67,1	0,000
	Allgemeinbevölkerung	45,0	28,3	26,9	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,20	-0,19	0,39	
Vererbung	Patienten	22,7	18,2	59,0	0,000
	Allgemeinbevölkerung	52,2	29,4	18,3	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	-0,28	-0,10	0,38	
Gottes Wille	Patienten	22,7	15,9	61,4	0,003
	Allgemeinbevölkerung	12,8	6,7	80,6	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	0,13	0,13	-0,26	
Hexerei, Besessenheit durch böse Geister	Patienten	9,1	9,1	81,3	0,931
	Allgemeinbevölkerung	7,8	8,9	83,3	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	0,01	-0,01	0,00	
Sternzeichen	Patienten	6,8	17,1	76,1	0,368
	Allgemeinbevölkerung	5,0	11,7	83,3	
	Wahrscheinlichkeitsveränderung	0,02	0,07	-0,09	

<sup>1</sup>Antwortkategorien 1 und 2 zusammengefasst; <sup>2</sup>Antwortkategorie 3; <sup>3</sup>Antwortkategorien 4 und 5 zusammengefasst

den Nachteil hat, dass eine eindeutige Zuordnung der Paarlinge aus der Kontrollgruppe und der Allgemeinbevölkerung nicht möglich ist. In beiden Stichproben sind für jede Ausprägungskombination mehrere den Matchkriterien genügende Befragte zu finden, so dass es nachträglich immer möglich ist, mehrere Zuordnungen vorzunehmen. Letzteres ist gerade bei Stichproben mit ungleicher Stichprobengröße problematisch, da hier die Gefahr besteht, dass die möglichen Paarlinge aus der Allgemeinbevölkerung sich auch hinsichtlich weiterer relevanter Merkmale unterscheiden und deshalb für die mögli-

chen Analysen unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten sind [5,6]. Zur Beurteilung der Unterschiede in der ätiologischen Sichtweise zwischen Patienten und Allgemeinbevölkerung wird für jede Kategorie (Ursache, unentschieden, keine Ursache) die Wahrscheinlichkeitsveränderung angegeben. Diese Werte ermöglichen einen unmittelbaren Vergleich der Effekte im Mehrgleichungsmodell und eine Beurteilung asymmetrischer Effekte für die gegensätzlich gepoolten Antwortkategorien. Die Berechnungen erfolgten mit STATA 6.0 und dem Modul „change“ [7]. Zur Überprüfung der Variabilität bzw. Stabili-

tät der ätiologischen Sichtweisen der Patienten bzw. Normalpersonen führten wir unter Verwendung der fünf ursprünglichen Antwortkategorien eine fixed-effects(within)-Regressionsanalyse durch.

## Ergebnisse

Wie aus Tab. 1 (Spalte „Ursache“, %-Werte für Patienten) zu entnehmen ist, nannten die Patienten unter den 15 angebotenen Möglichkeiten am häufigsten, nämlich in beinahe der Hälfte der Fälle, psychosoziale Stressfaktoren als Ursache der schizophrenen Erkrankung: akute Belastungen in Gestalt einschneidender Lebensereignisse oder chronische Belastungen in Form von „Problemen in Partnerschaft und Familie“ und „beruflichen Belastungen und Sorgen“, außerdem selbstinduzierter Stress infolge „zu hoher Ansprüche an sich selbst“. Immerhin gut ein Drittel der Befragten sahen in einem „unbewussten Konflikt“ eine Ursache der Erkrankung. Ähnlich häufig stimmte man der Behauptung zu, dass die „lieblose Behandlung im Elternhaus“ für das Auftreten der Krankheit verantwortlich zu machen sei. Es folgen „Willensschwäche“ und „Mangel an Unterstützung durch andere Menschen“. Nur jeder vierte Patient stimmte der Feststellung zu, dass die Krankheit erblich bedingt sei. Ähnlich selten wurde sie auf eine Erkrankung des Gehirns zurückgeführt – oder aber auf den Einfluss „überfürsorglicher Eltern“ oder auf den Umstand, dass man in „zerrütteten Familienverhältnissen aufgewachsen“ sei. Wenn man nicht einfach in der Erkrankung den Ausdruck des „Willen Gottes“ erblickte. Vergleichsweise selten, nur von etwa jedem zehnten Befragten, wurde die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass „Hexerei bzw. Besessenheit durch böse Geister“ oder „ungünstige Sternzeichen“ eine Rolle spielen könnten.

Die Tatsache, in welcher Klinik die Patienten in Behandlung waren, hatte praktisch keinen Einfluss auf ihre ätiologischen Vorstellungen. Varianzanalysen mit der Klinik als unabhängiger

Variable, Geschlecht und Alter als Kovariaten und den 15 Ätiologieitems als abhängige Variablen ergaben nur in einem einzigen Fall einen statistisch signifikanten Effekt. Die Patienten aus Berlin tendierten stärker dazu, „berufliche Belastungen und Sorgen“ für ihre Erkrankung verantwortlich zu machen ( $F = 6,28$ ;  $p = 0,003$ ).

Ein Vergleich der ätiologischen Sichtweisen von Patienten und der Allgemeinbevölkerung (Tab. 1) zeigt, dass abgesehen von den Kategorien „überfürsorgliche Eltern“, „Hexerei, Besessenheit durch böse Geister“ und „Sternzeichen“ signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen. Mit Ausnahme der Kategorien „lieblose Behandlung im Elternhaus“, „Gottes Wille“ und „zu hohe Ansprüche an sich selbst“, die von den Patienten häufiger als Ursache der schizophrenen Erkrankung angesehen wurden (letztere allerdings gleichzeitig von diesen auch häufiger verneint wurden), finden sich bei den anderen Ursachenzuschreibungen durchgängig häufigere Nennungen in der Allgemeinbevölkerung. Die gravierendsten Unterschiede zeigen sich bezüglich der Ursachen „unbewusster Konflikt“ sowie der beiden biologischen Ursachen „Erkrankung des Gehirns“ und „Vererbung“. Die Wahrscheinlichkeit, dass Personen aus der Allgemeinbevölkerung diese Meinungen vertraten, war 30%, 35% bzw. 28% höher als bei den Patienten. Ebenfalls häufiger, wenn auch hier der Unterschied nicht so ausgeprägt ist, wurden psychosoziale Stressfaktoren („einschneidende Lebensereignisse“, „Probleme in Partnerschaft und Familie“, „berufliche Belastungen“) sowie „zerrüttete Familienverhältnisse“, „Willensschwäche“ und „konstitutionelle Schwäche“ von der Allgemeinbevölkerung gewählt. Auch wenn einschneidende Lebensereignisse überhaupt am häufigsten als Ursache der Schizophrenie betrachtet wurden, so war bei der Allgemeinbevölkerung keine so eindeutige Präferenz für psychosoziale Stressfaktoren feststellbar. Die Ursache der Krankheit wurde ähnlich häufig in Problemen in Partnerschaft und Familie wie in einer Erkrankung des Gehirns gese-

**Tab. 2** Entwicklung der Vorstellungen der Patienten über die Ursachen ihrer psychischen Erkrankung nach der Entlassung aus stationärer/tagesklinischer Behandlung ( $n = 65$ )<sup>1</sup>.

	bei Entlassung %	3 Monate nach Entlassung %	6 Monate nach Entlassung %	F <sup>2</sup>	p
einschneidende Lebensereignisse	49,4	32,8	41,0	1,92	0,151
Probleme in Partnerschaft und Familie	50,8	42,6	39,3	1,66	0,194
berufliche Belastungen und Sorgen	45,9	39,3	45,9	0,10	0,901
zu hohe Ansprüche an sich selbst	38,1	31,7	39,7	0,08	0,925
konstitutionelle Schwäche	41,9	37,1	35,5	0,25	0,782
unbewusster Konflikt	40,0	31,7	23,3	0,55	0,576
lieblose Behandlung im Elternhaus	39,3	21,3	27,9	4,94	0,009
Willensschwäche	30,6	21,0	14,5	0,60	0,553
überfürsorgliche Eltern	16,4	13,1	19,7	0,09	0,917
Erkrankung des Gehirns	19,7	19,7	16,4	1,35	0,263
aufgewachsen in zerrütteten Familienverhältnissen	25,4	18,6	28,8	2,91	0,058
Vererbung	28,6	23,8	23,8	1,19	0,308
Gottes Wille	18,3	13,3	21,7	0,34	0,710
Hexerei, Besessenheit durch böse Geister	8,1	8,1	1,6	1,75	0,178
Sternzeichen	11,9	6,8	8,5	1,32	0,272

<sup>1</sup>ohne „weiß-nicht“-Antworten; <sup>2</sup>Varianzanalysen mit Messwiederholung unter Verwendung der ursprünglichen 5 Antwortkategorien

hen und ähnlich häufig in beruflichen Belastungen und Sorgen wie in einer konstitutionellen Schwäche oder Erbeeinflüssen.

Die Vorstellungen der Patienten über die Ursachen der Erkrankung erwiesen sich insgesamt betrachtet während der sechs Monate nach Klinikentlassung als recht stabil (Tab. 2). Abgesehen von wenigen Ausnahmen („lieblose Behandlung im Elternhaus“, „unbewusste Konflikte“, „Willensschwäche“, „Hexerei, Besessenheit durch böse Geister“), variierte der Anteil derer, die sich für die 15 verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten entschieden, nur geringfügig. Bei einer Bonferoni-Korrektur ( $\alpha = 0,0033$  bei 15 Tests und einem  $p = 0,05$ ) fanden sich keine signifikanten Veränderungen über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg. Ein etwas anderes Bild bietet sich allerdings, wenn man die Entwicklung auf individueller Ebene betrachtet. Dies gilt insbesondere für die Einschätzung der Bedeutung biologischer Faktoren („Erkrankung des Gehirns“, „Vererbung“, „konstitutionelle Schwäche“). Innerhalb der ersten drei Monate nach Klinikentlassung wechselte bald die Hälfte der Patienten diesbezüglich die Meinung (18,8% derer, die ursprünglich dagegen waren, sprachen sich jetzt dafür aus, umgekehrt waren 25,0% derer, die zunächst dafür waren, jetzt dagegen). Zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt variierten die individuellen ätiologischen Vorstellungen etwas weniger stark. Aber auch hier war es immerhin noch ein Drittel der Patienten, das die Ansichten bezüglich der Bedeutung biologischer Faktoren änderte.

## Diskussion

Wie eingangs berichtet, war unsere Untersuchung primär durch die Frage motiviert, ob sich die Ergebnisse der Hamburger Studie [1] auch andernorts beobachten lassen. Nun ist zwar ein direkter Vergleich nicht möglich, da in beiden Studien nicht völlig identische Erhebungsinstrumente eingesetzt wurden. Es erscheint aber trotzdem statthaft, die Ergebnisse zumindest miteinander zu kontrastieren. Dabei fällt Folgendes auf: Auch die von uns befragten schizophrenen Patienten wählten beim Versuch einer Erklärung für das Auftreten ihrer Krankheit aus den angebotenen Antwortalternativen vorzugsweise psychosoziale Faktoren aus. Insbesondere psychosoziale Stressfaktoren waren in ihren Augen bedeutsam. Biologische Faktoren traten dahinter zurück. Dies gilt jedenfalls für den Zeitpunkt der Klinikentlassung und die Zeit unmittelbar im Anschluss daran. Die ätiologischen Vorstellungen variierten innerhalb der von uns untersuchten Patientengruppe praktisch nicht. Regionale oder institutionelle Einflüsse haben somit keine Bedeutung und scheiden als Erklärung für die beobachtete Präferenz für psychosoziale Stressfaktoren aus. Interessanterweise war die Präferenz psychosozialer Stressfaktoren in der Allgemeinbevölkerung viel weniger ausgeprägt. Eine „Erkrankung des Gehirns“ und „Vererbung“ wurden von dieser häufiger als Ursachen der Schizophrenie genannt. Eine mögliche Erklärung dieser Unterschiede könnte darin liegen, dass die Patienten nicht immer zwischen den Ursachen der Krankheit (nach denen sie explizit gefragt worden waren) und Auslösern einer Krankheitsperiode unterschieden.

Die von uns angebotenen Krankheitsursachen wurden abgesehen von einigen Ausnahmen generell von der Allgemeinbevölkerung häufiger gewählt. Dies könnte darin begründet sein, dass sich die Frage nach der Ätiologie der Schizophrenie für das Laienpublikum eher abstrakt stellte und dieses die Frage

vor dem Hintergrund seiner ätiologischen Überzeugungen beantworteten. Die Patienten, vor dem Hintergrund ihrer Krankheitserfahrung, waren sich da weniger sicher und waren weniger bereit, den angebotenen Ursachen zuzustimmen. Dass die Patienten gerade „lieblose Behandlung im Elternhaus“ häufiger nannten als die Allgemeinbevölkerung, könnte als ein Versuch der Krankheitsbewältigung interpretiert werden (Zuschreibung der Verantwortung für die Krankheit auf andere zur eigenen Entlastung). Gleiches könnte für die häufigere Wahl von „Gottes Wille“ gelten (Bemühen, dem Sinnlosen einen Sinn zu verleihen).

Wenn sich auch auf Gruppenebene über die 6 Monate hinweg keine statistisch signifikanten Veränderungen der Kausalattributionen nachweisen ließen, so differierte doch die Zahl der Befürworter einiger Ursachenannahmen zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten um das Doppelte (z.B. „Willensschwäche“, „unbewusster Konflikt“). Dies deutet auf die Unsicherheit der Betroffenen in der Frage der Entstehung der Krankheit hin und dass sie auch nach vielen Jahren der Krankheit immer noch auf der Suche nach einer Erklärung dafür sind. Schließlich lässt sich die Tatsache, dass bei Klinikentlassung und 3 Monate später, immerhin 8% der Betroffenen der Meinung waren, dass Hexerei und der Einfluss böser Geister bei der Entstehung der Krankheit im Spiel gewesen seien, 6 Monate danach aber nur noch 1 Patient dieser Überzeugung war, am einfachsten mit anfangs persistierenden psychotischen Erlebnisweisen erklären.

Die Vorstellungen der Patienten stehen in deutlichem Kontrast zum Erkenntnisstand der psychiatrischen Forschung. Biologischen Faktoren, gerade auch genetischen Einflüssen, wird hier ein viel größeres Gewicht beigemessen. Die Diskrepanz zwischen dem Laienverständnis und dem Expertenwissen ist nicht ohne Konsequenz für das Hilfesuchverhalten und die Compliance [8]. Zwei Entwicklungen innerhalb der letzten Jahre könnten dazu beitragen, die unterschiedlichen Sichtweisen von Patienten und psychiatrischen Experten einander etwas anzunähern. Im Rahmen psychoedukativer Programme [9], die inzwischen in der Behandlung schizophrener Patienten weite Verbreitung gefunden haben, wird den Patienten Gelegenheit geboten, sich über die wissenschaftlich fundierten Auffassungen der Psychiatrie über ihre Krankheit und deren Behandlung in einer für sie verständlichen Weise zu informieren. Umgekehrt bieten die vielerorts entstandenen Psychoseminare [10] den professionellen Helfern Gelegenheit, mehr über die Sichtweise der Patienten zu erfahren und ihre Erklärungsversuche für das Auftreten der Krankheit besser verstehen zu lernen.

## Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei den beiden anonymen Gutachtern für ihre Vorschläge zur Verbesserung des Manuskriptes.

**Literatur**

- <sup>1</sup> Angermeyer MC, Klusmann D. The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patient's point of view. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988; 238: 47–54
- <sup>2</sup> Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1974
- <sup>3</sup> Angermeyer MC, Matschinger H. Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (Suppl): 39–45
- <sup>4</sup> McGabe GP. Principal variables. *Technometrics* 1984; 26: 137–144
- <sup>5</sup> Schlesselman JJ. Case-control studies, design, conduct, analysis. New York, Oxford: Oxford University Press, 1996
- <sup>6</sup> Selvin S. Statistical analysis for epidemiological data (Vol. 25). New York, Oxford: Oxford University Press, 1996
- <sup>7</sup> Long SJ. Regression models for categorical and limited dependent variables (Vol. 7). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 1997
- <sup>8</sup> Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of mental disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 202–210
- <sup>9</sup> Hornung WP, Buchkremer G, Holle R et al. Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen – Ergebnisse einer Ein-Jahres-Katamnese. *Nervenarzt* 1995; 66: 828–834
- <sup>10</sup> Bock T, Deranders E, Esterer I. Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: Psychiatrie Verlag, 1992

Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer  
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
 Johannisallee 20  
 04317 Leipzig

**KONGRESSANKÜNDIGUNGEN****2.–5.9.2001 Potsdam****15. Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie**

*Auskunft:* Institut für Psychologie, Abt. Entwicklungspsychologie, 15. Tagung Entwicklungspsychologie, Universität Potsdam, Am Neuen Palais 10, 14460 Potsdam, Tel. 0331/977-2863 oder -2213, Fax 0331/977-2860, E-mail: epsy@rz.uni-potsdam.de

**29.9.–5.10.2001 Hattingen****9. Westfälische Psychotherapiewoche**

*Thema:* Das Menschenbild im Wandel der Zeit – psychoanalytisch gesehen – „Spezielle Neurosenlehre in der Psychoanalyse“

*Auskunft:* Dr. med. B. van Husen, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am St.-Josefs-Hospital Bochum-Linden, Axistr. 33 a, 44879 Bochum, Tel. 0234/418360, Fax 0234/418624

**4.–7.10.2001 Marburg****16. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)**

*Auskunft:* Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35033 Marburg, Tel. 06421/2866276, Fax 06421/2865229

**12.–13.10.2001 Hamburg****9. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)**

*Thema:* Trauma – Psychische Bedeutung und psychotherapeutische Behandlung

*Auskunft:* Geschäftsstelle der DGPM, Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg, Tel. 040/31796817, Fax 040/31796403

**19.10.2001 Frankfurt****Veranstaltung des Schulen- und Berufsübergreifenden Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie (DVP)**

*Thema:* Psychotherapie in Europa – gegenwärtige Lage und Entwicklungsperspektiven

*Auskunft:* Schulen- u. Berufsübergreifender Deutscher Dachverband für Psychotherapie (DVP), c/o VASVerlag, Kurfürstenstr. 18, 60486 Frankfurt

**19.–20.10.2001 Hamburg****Veranstaltung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft**

*Thema:* Religiöses Erleben verstehen

*Auskunft:* Dr. Dr. med. W. Ruff, Klinik Wittgenstein, Sählingstr. 60, 57319 Bad Berleburg, Tel. 02751/82111, Fax 02751/82175, E-mail: Ruff.Klinik-Wittgenstein@t-online.de

**21.–26.10.2001 Lübeck****30. Norddeutsche Psychotherapietage**

*Thema:* Sexualität in unserer Zeit

*Auskunft:* Frau A. Multer-Meier, Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Postfach 4749, 30047 Hannover, Tel. 0511/380-2503, E-mail: Psychotage-Luebeck@zp-aekn.de