

# Aktuelle Erkenntnisse zur Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker

Tedy Hubschmid

Sozialpsychiatrische Universitätsklinik Bern

## Einleitung

Die aktuellen Erkenntnisse zur Wiedereingliederung von chronisch psychisch Kranken beruhen einerseits auf theoretischen Überlegungen und andererseits auf einer mehrjährigen klinischen Erfahrung. Die theoretischen Überlegungen ergeben sich aus einem neuen Krankheitsverständnis, dem Vulnerabilitätskonzept, und die klinische Erfahrung wurde in zwei katamnestischen Studien empirisch überprüft. Darüber soll im folgenden berichtet werden.

## Was ist Schizophrenie?

Nach einer über 100jährigen wissenschaftlichen Suche nach der Ursache der Schizophrenie müssen wir heute feststellen, dass *die* Ursache nicht gefunden worden ist. Zwar hat die Forschung eine Menge höchst interessanter und wissenschaftlicher Tatsachen über unser Gehirn, über unsere Psyche, über den Menschen in seinem sozialen Kontext erbracht, aber der Frage nach der Ursache der Schizophrenie sind wir nicht näher gekommen. Unseres Erachtens ist daher der Zeitpunkt gekommen, aus dieser ergebnislosen Suche die Schlussfolgerung zu ziehen, dass es *die* Ursache der Schizophrenie nicht gibt. Vielmehr scheint es sinnvoll, etwas bescheidener von einer durch viele verschiedene, sich gegenseitig beeinflussende Faktoren verursachten Vulnerabilität zu sprechen.

Abbildung 1 zeigt das Vulnerabilitätskonzept der Schizophrenie in der Formulierung von Ciompi [1, 2]. Der schizophrene Mensch wird wesentlich als ein verletzliches Individuum betrachtet, das unsicher ist in seiner Identität, das nur über beschränkte soziale Fähigkeiten verfügt und von seiner Umgebung abhängig ist. Seine Fähigkeit zur Verarbeitung von komplexer zwischenmenschlicher Information ist eingeschränkt. Die Verletzlichkeit beruht auf organischen und psychosozialen Faktoren: Zu den ersteren zählen wir die erbliche Belastung sowie eventuelle perinatale Hirnschädigungen. Zur psychosozialen Seite gehört die gesamte Lerngeschichte des Individuums, die sich ganz wesentlich im Rahmen der Herkunftsfamilie abspielt. Es scheint uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass organische und psychosoziale Faktoren aufs engste miteinander verflochten sind. Das verletzliche Individuum kann unter besonderen Belastungssituationen psychotisch dekomensieren, was wiederum zu einer Vergrößerung der Verletzlichkeit führt. Verletzlichkeit und Belastungen beeinflussen ihrerseits den weiteren

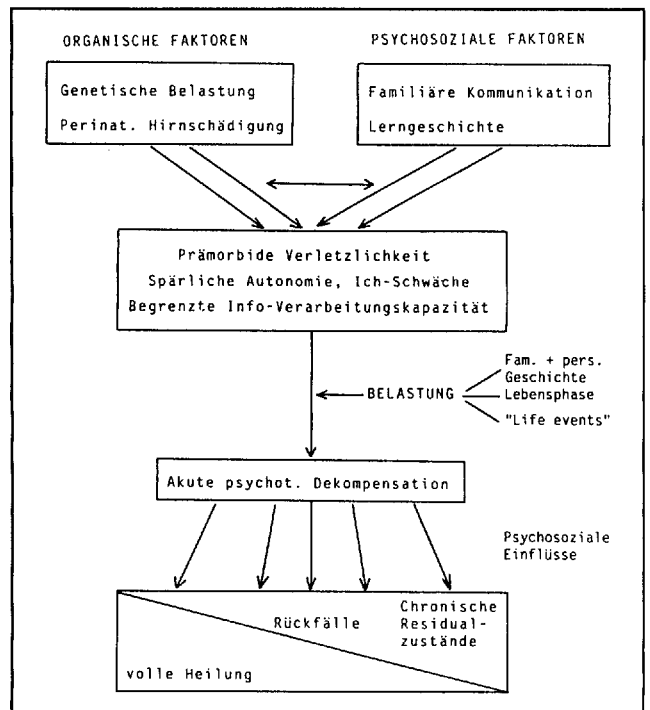


Abb. 1. Schizophreniemodell (Ciompi, 1981).

Verlauf. Aus Langzeituntersuchungen wissen wir, dass ein gutes Viertel der Fälle ausheilt, dass bei knapp einem Viertel schwere chronisch rezidivierende und invalidisierende Verläufe vorkommen, während ein gutes mittleres Drittel mittlere Verläufe zeigt, d. h. sich auf einem niedrigeren Niveau stabilisiert. Die erwähnten Langzeituntersuchungen [3, 4, 5] haben ergeben, dass die Prognose der Schizophrenie deutlich besser ist als allgemein angenommen.

Um diese Darstellung des Schizophreniemodells abzurunden, sei nochmals darauf hingewiesen, dass bisher nichts Schizophreniespezifisches gefunden werden konnte; weder die erbliche Belastung noch die Hirnschädigung, weder die familiäre Kommunikation noch die beeinträchtigte Lerngeschichte, weder die begrenzte Informationsverarbeitungskapazität noch die zur Dekompensation führenden Belastungsmomente sind spezifisch für Schizophrenie [6]. Eine ähnliche Aussage muss hier für das Vulnerabilitätskonzept selber angeschlossen werden: Es spricht vieles dafür, dass auch das Vulnerabilitätskonzept nicht schizophreniespezifisch ist, sondern dass es für eine ganze Reihe von anderen psychischen Störungen gilt.

**Die Behandlung**

Aus dem dargestellten Krankheitsmodell ergeben sich zwei Ansatzpunkte für die Behandlung [7]:

1. Das verletzte Individuum sollte geschützt werden vor Überforderung und
2. Es gilt, einen Lernprozess in Gang zu bringen, in dem das behinderte Individuum allmählich seine Kapazitäten erweitern kann.

Rückfallprophylaxe und Lernprozess, das sind die wichtigsten Elemente der Rehabilitation, und damit sind wir bei der *ersten Erkenntnis* angelangt: Es geht nicht um eine Therapie mit einem Heilungsanspruch, sondern die optimale Behandlung der Schizophrenie besteht in der behutsamen, kontinuierlichen Rehabilitation eines behinderten Menschen.

Die nun folgenden Regeln zur Behandlung der Schizophrenie lassen sich ableiten aus der Art der Behinderung, welche wir in 5 Punkte zusammenfassen:

Behinderung	Behandlung
1. Unsichere Identität	Konstante Stütztherapie
2. Fehlende Autonomie und Abhängigkeit von Angehörigen	Zusammenarbeit mit den Angehörigen
3. Fehlende soziale Fähigkeiten	Training - zu Hause - in sozialpsychiatrischen Einrichtungen - im Leben draussen
4. Gefahr psychotischer Dekompensation	Medikamentöse Abschirmung
5. Kognitive Störungen	Entspanntes, übersichtliches Milieu, wenig Intensität, konkrete Themen

Tab. 1. Schizophrenie-Behandlung.

Die in Tabelle 1 aufgelisteten Punkte stammen aus verschiedenen Denkmodellen, so dass sie sich zum Teil überlagern. Der 5. Punkt, die kognitiven Störungen [8], scheint erläuterungsbedürftig: Im zwischenmenschlichen Bereich erbringt unser Gehirn unmerklich höchst differenzierte Leistungen, welche bei verletzlichen Individuen gestört sind. Das Einschätzen von sozialer Distanz, das richtige Verstehen von Mimik oder Gestik, das Dekodieren von Kontext, d. h. die Fähigkeit, zwischen den Zeilen zu lesen und eine soziale Situation in ihrer Bedeutung richtig einzuschätzen, und schliesslich auch die Fähigkeit, eigene Gefühle und Regungen korrekt wahrzunehmen und einzuordnen, all das gehört in den Bereich der sehr subtilen kognitiven Leistungen. Wer über diesen differenzierten Apparat nicht voll verfügt, für den kann jede Alltagssituation, jede zwischenmenschliche Begegnung und jede intensive Therapiesitzung eine grosse, womöglich überfordernde Belastung darstellen. Daher die *zweite Erkenntnis*: Schizophrene Menschen ertragen Intensität schlecht! Wir müssen abkommen von unseren Hoffnungen, durch eine besonders intensive Therapie eine qualitative Veränderung, eine

Heilung zu bewirken. Der schizophrene Patient ist behindert, er erträgt weniger Belastung und weniger Intensität als ein Durchschnittsmensch. Das wird so bleiben, auch wenn er sich bei günstigem Verlauf mit der Zeit im Leben zurechtfindet.

Schützen vor Überforderung und Lernprozess – unter diese beiden Stichworte haben wir den rehabilitativen Umgang mit der schizophrenen Behinderung gestellt. Wie kann das konkret geschehen?

**Schützen vor Überforderung**

Eine neuroleptische Medikation leistet hier einen wichtigen Beitrag. Wir verstehen die Medikamente als ein Hilfsmittel, sie verhelfen dem Patienten zu einer dickeren Haut, so dass er mehr erträgt.

Die Anforderung an einen Patienten können vermindert werden durch Veränderungen am Arbeitsplatz, in der Wohnsituation oder durch die zeitweise Aufnahme in geschützte sozialpsychiatrische Einrichtungen.

Im ganzen Sozialfeld kann der Stresspegel reduziert werden durch eine gute Zusammenarbeit mit der Familie. Die Betreuer benötigen dazu ein offenes Ohr für Nöte und Belastungen der Angehörigen, sie sollen für diese verfügbar sein und sie bei ihrer schwierigen Aufgabe unterstützen. Einen sehr wichtigen Punkt sehen wir in der Information von Patient und Angehörigen über die Krankheit, deren Verlauf und deren Behandlungsmöglichkeit [9].

**Lernprozess**

Der Patient soll eine optimale Selbständigkeit in den verschiedensten Lebensbereichen finden: Arbeit, Wohnen, Finanzen, eigenes Beziehungsnetz, Freizeitbeschäftigung und Ferien. Diese ist in Beziehung zu setzen zum Schweregrad seiner Behinderung, zu seiner Lebensphase, zum Stand seiner Ablösung vom Elternhaus, zu seinen finanziellen Möglichkeiten und zu den gesellschaftlichen Gegebenheiten wie Arbeitsmarktlage und Wohnungsangebot. Und hier kommen wir zur *dritten Erkenntnis*: Rehabilitation ist ein kontinuierlicher Prozess, der nicht abgeschlossen werden kann. Dies bereitet vielen Medizinerinnen Mühe, welche nicht auf den Heilungsanspruch verzichten wollen und die Illusion hegen, eine Behinderung sei nach einer Wiedereingliederung verschwunden. Im Gegensatz dazu sprechen wir geradezu von einer «Niveau erhaltenden Rehabilitation».

Der beschriebene kontinuierliche Lernprozess hat in verschiedenen Lebensbereichen stattzufinden: Zuerst zu Hause bei den Eltern, deren natürliche Aufgabe es ist, ein Kind zur Selbständigkeit zu führen. Sie können dem Patienten beibringen, einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten, am Tisch zu essen statt sich nachts aus dem Kühlschrank zu verpflegen, eine angemessene Körperpflege zu machen usw. Sie sind es auch, die einen Patienten zum Haus hinausschicken können, wenn es darum geht, allmählich eine Tagesstruktur aufzubauen. Der Lernprozess kann ferner in geschützten Lebensräumen stattfinden, wie sie sozialpsychiatri-

sche Einrichtungen anbieten, also Tagesklinik, geschützte Werkstatt, Übergangwohnheim oder geschützte Wohngemeinschaften. Das Übungsfeld wird später ins tägliche Leben hinaus erweitert, an den Arbeitsplatz, ins öffentliche Verkehrsmittel, in die Freizeit, in die Ferien und nicht zuletzt in den Umgang mit Behörden und Ämtern. Hier spielt die konstante Stütztherapie eine wichtige Rolle, in welcher der Therapeut seinen Patienten ermutigt, sich in neue Situationen zu begeben, in denen er lernen kann. Die neuen Erfahrungen müssen besprochen und die auftauchenden Ängste gemeinsam getragen werden.

### Die klinische Erfahrung

Im folgenden soll über die bernische Wiedereingliederungseinrichtung für jüngere Psychiatriepatienten berichtet werden. Sie ist Teil der sozialpsychiatrischen Universitätsklinik, welche zusammen mit der Poliklinik und der Psychiatrischen Universitätsklinik die Region Bern mit etwa 300 000 Einwohnern zu versorgen hat. Der Rehabilitationsbereich umfasst eine Trainingswerkstätte, eine Dauerwerkstatt und ein Wohnheim. Die drei Einrichtungen haben folgende Aufgaben: Einen geschützten, aber dennoch möglichst realistischen Rahmen bieten, in dem jüngere, chronisch psychisch behinderte Patienten so weit gefördert werden, bis sie den Schritt in ein ungeschütztes Milieu im Arbeits- und Wohnbereich unternehmen können. Gleichzeitig sollen aber auch geschützte Arbeits- und Wohngelegenheiten geboten werden für schwerer behinderte Patienten, die diesen Schritt nach aussen nicht vollziehen können, um ihnen ein Leben ausserhalb der Klinik zu ermöglichen. Der Bereich hat somit eine Doppelfunktion: Einerseits Förderung und Wiedereingliederung, andererseits Anbieten eines geschützten Lebensraumes.

In der *Trainingswerkstatt* haben wir 16 Plätze, es ist also eine eher kleine, überschaubare Einrichtung. Die Patienten kommen zum Teil aus der psychiatrischen Klinik, zum Teil werden sie uns von der Invalidenversicherung zugewiesen. Unter Anleitung von zwei Handwerkern, einem Mechaniker und einem Elektroniker, verrichten sie einfache Metall-, Karton- und Elektroarbeiten. Die Aufenthaltsdauer in der Werkstatt ist begrenzt, sie beträgt im Durchschnitt 1½ Jahre. Die Behinderten erhalten von der Invalidenversicherung ein Taggeld, eine Art Lohnersatz, welcher unabhängig ist von ihrer Leistung. Der Aufenthalt in der Werkstatt ist in drei Phasen gegliedert: Zuerst soll der Patient Zeit haben, sich an einen Tagesrhythmus zu gewöhnen, mit der Zeit pünktlich zu kommen, acht Stunden pro Tag bei uns zu sein, sich in die Arbeitsgruppe einzufügen, mit Arbeitgebern und deren Ansprüchen umzugehen und sich in öffentlichen Gaststätten zu verpflegen. In der zweiten Phase steht eine qualitative und quantitative Leistungssteigerung im Vordergrund, und in der dritten Phase beginnt die Berufsabklärung und dann – via Schnupperlehren

in verschiedenen Betrieben – die Arbeitsvermittlung. Parallel dazu läuft eine den Austritt überdauernde Betreuung und Begleitung unter Einbezug von Familienangehörigen, wofür zwei Psychiater und eine Sozialarbeiterin verantwortlich sind.

Wir haben die 121 Patienten, welche unser Trainingsprogramm durchlaufen haben, nachuntersucht [10]. Es konnten noch 107 Patienten nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 7,5 Jahren erfasst werden (5 waren verstorben, 9 nicht auffindbar). Da unser Trainingsprogramm darauf ausgerichtet ist, unsere Patienten möglichst autonom zu machen, versuchten wir, die Selbständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen zu erfassen.

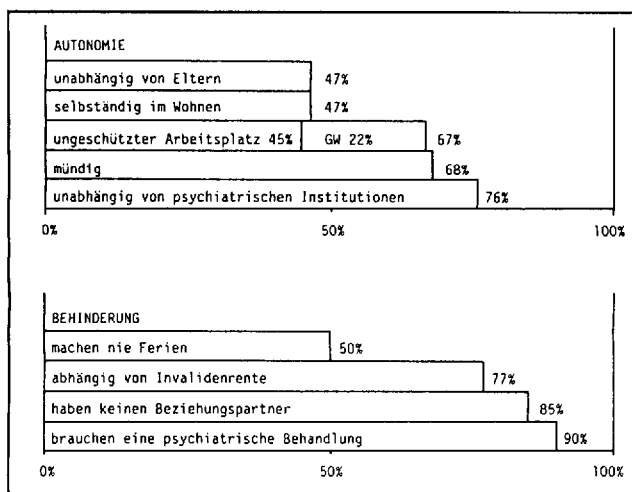


Abb. 2. Die allgemeinen Lebensumstände der nachuntersuchten 107 Patienten.

Wie Abbildung 2 zeigt, waren bei der Nachuntersuchung die Resultate bezüglich Deinstitutionalisierung, Mündigkeit, Eingliederung in den Arbeitsprozess ausgezeichnet und bezüglich Selbständigkeit im Wohnen sowie Unabhängigkeit von den Eltern recht befriedigend. Hingegen finden wir in den für die subjektive Zufriedenheit der Patienten vielleicht wichtigsten Bereichen, nämlich in Bezug auf Beziehungen, Unabhängigkeit von Renten und von Betreuern eher schlechte Resultate. Hier wird die weiterbestehende Behinderung durch die Krankheit deutlich sichtbar.

Im *sozialpsychiatrischen Wohnheim* wird ähnlich gearbeitet wie in der Werkstatt; hier geht es aber um den Bereich lebenspraktischer Fähigkeiten wie Kochen, Einkaufen, ein Zimmer einrichten, Wäsche besorgen oder die Freizeit organisieren. Das Haus liegt in einer Berner Vorortsgemeinde, es bietet Raum für 20 Patienten. Sie gehen tagsüber ihrer Arbeit in der freien Wirtschaft oder in einer geschützten Werkstatt nach oder kommen zur Behandlung in die Tagesklinik, und sie verbringen ihre Freizeit, die Nächte und zum Teil die Wochenenden im Wohnheim. Ein Heimleiter

und eine Sozialarbeiterin sowie eine 50%ige Hausangestellte arbeiten im Heim, die bereits erwähnte Equipe von 2 Ärzten und einer Sozialarbeiterin der Sozialpsychiatrischen Klinik übernehmen therapeutische Aufgaben.

Um uns ein Bild über die Effizienz eines Wohnheimes in der Wiedereingliederung von psychiatrischen Langzeitpatienten zu machen, haben wir auch diese Population nachuntersucht [11]. Wir konnten 80 Patienten durchschnittlich 6,2 Jahre nach ihrem Eintritt erfassen. Es handelt sich um 47 Männer und 33 Frauen, das Durchschnittsalter betrug am Stichtag 36 Jahre, in 80% der Fälle lautete die Diagnose auf Schizophrenie. Die durchschnittliche Krankheitsdauer, gemessen an der Zeit zwischen Ersthospitalisation und Stichtag, betrug 13 Jahre. Auch hier versuchten wir, die Lebensumstände unserer Patienten möglichst differenziert zu erheben.

Wir finden noch etwas bessere Resultate als bei der Werkstattpopulation, indem 86% ausserhalb der psychiatrischen Klinik leben, 77% erwerbstätig und 70% mündig sind. Wiederum zeigt sich die Behinderung deutlich in anderen Bereichen:  $\frac{3}{4}$  von ihnen sind abhängig von der Invalidenversicherung, 83% sind ledig, 85% brauchen Psychopharmaka und 86% einen psychiatrischen Betreuer. Wahrscheinlich werden die psychiatrischen Betreuer für unsere isolierten und beziehungsstörungen Patienten zu wichtigen Bezugspersonen.

Die Resultate der beiden katamnesticen Untersuchungen belegen, dass psychiatrische Langzeitpatienten auch nach einem vieljährigen Krankheitsverlauf erfolgreich im Arbeits- und Wohnbereich eingegliedert werden können. Gleichzeitig wird eine weiterbestehende schwere Behinderung sichtbar – ein wichtiges Argument für unsere oben formulierte dritte Erkenntnis, dass Rehabilitation ein kontinuierlicher, niemals abgeschlossener Prozess ist.

### Schlussfolgerungen

1. Das Vulnerabilitätskonzept legt den Schluss nahe, dass eine gute Schizophreniebehandlung rehabilitativ ist. Die vielerorts übliche Indikationsstellung, wonach akute Patienten Therapie und nur chronische Patienten Rehabilitation benötigen, ist irrig. Rehabilitation hat früh zu beginnen.
2. Die katamnesticen Untersuchungen zeigen, wie erfolgreich rehabilitative Arbeit mit Behinderten sein kann. Es ist daher erstaunlich, wie wenig Ansehen diese Arbeit verglichen mit der Akutpsychiatrie genießt.
3. Schizophrene Patienten sind und bleiben behindert. Rehabilitation ist daher ein kontinuierlicher Prozess, in welchem drei Zielsetzungen auseinandergehalten werden können: Verhinderung von Rückfällen, Erhalten eines einmal erreichten Niveaus und Anstreben eines höheren Niveaus. Dazu benötigen wir ein ganzes Spektrum von sozialpsychiatrischen Einrichtungen, in denen die Patienten entsprechend

ihren Fähigkeiten gehalten und gefördert werden können. Diese Einrichtungen sollen eher klein, dezentral und gemeindenah liegen. Wenn wegen Arbeitslosigkeit eine Wiedereingliederung in die freie Wirtschaft illusorisch wird, sollten wir das Hauptgewicht auf die Schaffung von geschützten Arbeitsplätzen legen, da in unserer Gesellschaft Arbeitstätigkeit einen sehr hohen Stellenwert besitzt.

4. Zu der Behinderung der Patienten gehört ganz wesentlich die Abhängigkeit von ihrer Umgebung. Daher ist eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen von zentraler Bedeutung.

### Zusammenfassung

Die aktuellen Erkenntnisse zur Rehabilitation gründen auf einem neuen Krankheitsmodell der Schizophrenie und auf klinischer Erfahrung, welche wir in zwei katamnesticen Studien überprüft haben. Das Krankheitsmodell besagt, dass der Schizophrenie nicht ein spezifischer Krankheitsprozess zugrunde liegt, sondern dass eine Vielzahl von organischen und psychosozialen Faktoren, die untereinander in einem komplexen Wechselspiel stehen, zu einer besonders Verletzlichkeit beitragen, welche in Belastungssituationen zur psychotischen Dekompensation führt. Daraus folgt, dass die optimale Behandlung eines verletzlichen Menschen einerseits die Rückfallverhütung und andererseits die behutsame und schrittweise Förderung beinhalten muss; die optimale Behandlung besteht demnach in einer Rehabilitation.

Aus der klinischen Erfahrung und den katamnesticen Studien ergibt sich, dass psychisch Kranke auch nach langer Krankheitsdauer und mehrjähriger Hospitalisation stabil im Wohn- und Arbeitsbereich wiedereingegliedert werden können. Andererseits finden wir, dass unsere Patienten v.a. im sozialen Bereich weiterhin stark behindert sind, was dafür spricht, dass Rehabilitation auch nach einer erfolgreichen Wiedereingliederung weitergeführt werden muss, um Rückfälle zu verhüten und die behinderten Patienten weiter zu fördern.

### Résumé:

#### Réflexions actuelles sur la réadaptation du patient psychiatrique chronique

Nos réflexions sont basées sur une nouvelle conception de la schizophrénie et sur notre expérience clinique qui a été contrôlée par deux catamnèses. Nous concevons la schizophrénie comme une vulnérabilité due à de multiples facteurs organiques et psychosociaux qui mène à des poussées psychotiques dans des situations de surcharge. Selon ce modèle le traitement optimal comprend une prévention des rechutes et un entraînement des compétences sociales. En d'autres termes le traitement doit être réadaptatif. L'expérience clinique et les études catamnesticques montrent que les patients psychiatriques peuvent être réintégrés dans la société même après une longue histoire de maladie. Mais nous constatons aussi un grave handicap persistant qui se manifeste surtout dans les relations sociales et dans une dépendance financière. Cela nous indique que la réadaptation doit être conçue comme un procédé continu pour prévenir des rechutes et pour faire progresser doucement les patients.

### Summary:

#### Updated considerations about rehabilitation of the chronically mental patient

Our considerations are based upon a new concept of schizophrenia and upon our clinical experience which has been controlled in two catamnestic studies.

The new concept contains the notion of vulnerability, saying that there is no specific process underlying mental illness but there is a variety of interacting organic and psychosocial factors causing a special vulnerability leading towards psychotic break down in situations of stress. An optimal treatment should therefore consist of

preventing relapse and at the same time of a soft promoting of social learning; thus an optimal treatment is a rehabilitation. Clinical experience and catamnestic studies show that mentally ill patients can be reintegrated into occupation and independent living even after a long history of illness and hospitalization. But we also find a severe ongoing handicap concerning social relations and quality of life, a strong indicator for the fact that rehabilitation has to continue even after a successful reintegration.

#### Literatur

- [1] Ciompi L: Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuerer Krankheits- und Therapiekonzepte. *Nervenarzt* 1981; 52; 506–515.
- [2] Ciompi L: *Affektlogik*. Stuttgart: Klett, 1982.
- [3] Bleuler M: *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Thieme, 1972.
- [4] Ciompi L et al: *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Berlin: Springer, 1976.
- [5] Huber G et al: *Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Berlin: Springer, 1979.
- [6] Heimann H: Spezifität und Unspezifität bei psychischen Erkrankungen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1986; 137; 67–86.
- [7] Hubschmid T: Die ambulante Behandlung und Rehabilitation der Schizophrenie. *Therapeutische Umschau* 1986; 43; 43–49.
- [8] Süllwold L: *Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer, 1983.
- [9] Hubschmid T: Von der Familientherapie zur Angehörigenarbeit oder vom therapeutischen zum präventiv-rehabilitativen Paradigma in der Schizophreniebehandlung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1985; 53; 117–122.
- [10] Hubschmid T und Aebi E: Berufliche Wiedereingliederung von psychiatrischen Langzeitpatienten - eine katamnestiche Untersuchung. *Sozialpsychiatrie* 1986; 21; 152–157.
- [11] Hubschmid T, Pfister F, Spalinger J: Wiedereingliederung auf der Wohnachse - eine katamnestiche Untersuchung (in Bearbeitung).

## Kriterien des Rehabilitationsprozesses bei chronisch schizophrenen Langzeitpatienten

Rudolf Hunziker

Psychiatrische Universitätsklinik Bern, Bolligenstrasse 111, 3072 Ostermundigen

### 1. Einleitung

Obwohl auch in unserer Klinik, entsprechend dem allgemeinen Trend in der psychiatrischen Versorgung, die Entwicklung eindeutig und zunehmend in Richtung einer Kurzhospitalisierung weist (vgl. Jakubaschk [1]), ist nicht zu übersehen, dass ein grosser Teil der Betten in psychiatrischen Kliniken durch Langzeitpatienten belegt ist, und zwar sowohl durch «alte», u. U. seit Jahrzehnten hospitalisierte, meist schizophrene oder oligophrene Dauerpatienten, wie auch durch «neue Langzeitpatienten», die trotz intensiver Behandlung ein bis mehrere Jahre in der Klinik bleiben. Ein hoher Anteil der Dauerhospitalisierten besteht aus chronisch schizophrenen Patienten, die, wie Wing und Brown [2] ausführlich beschrieben haben, zusätzlich zu den krankheitsbedingten primären Behinderungen (Minussymptomatik, die sich vor allem als Passivität und sozialer Rückzug äussert) unter «Hospitalismus» leiden, dessen zentrales Merkmal – unabhängig vom Grad primärer Behinderung – mangelndes Selbstvertrauen und die Gleichgültigkeit gegenüber einer möglichen Entlassung aus der Klinik ist.

Im Anschluss an eine Nationalfondstudie der Arbeitsgruppe von Ciompi [3], welche die Rolle der Zukunftserwartungen von Patienten, Angehörigen und Betreuern in der Rehabilitation von chronisch Schizophrenen

über ein Jahr hinweg verfolgten, untersuchten wir den inneren Zusammenhang verschiedener Variablen, welche für den Rehabilitationsprozess dieser Patientengruppe kennzeichnend sind. Es entspricht einer verbreiteten klinischen Erfahrung, dass es schwierig ist, den Krankheits- und Rehabilitationsverlauf bei chronisch Schizophrenen aufgrund einzelner psychopathologischer Manifestationen, sozio-biographischer Merkmale oder Verhaltenseigenheiten vorauszusagen. Diese Erfahrung wird u.a. bestätigt durch systematische prognostische Verlaufsuntersuchungen (einen neuen Überblick gibt Gmür [4]), welche auch bei einer Kombination von Einzelprädiktoren nur einen geringen Anteil der outcome-Varianz aufzuklären vermögen. Neben der theoretischen Bedeutung für die Konzeptualisierung des Phänomens «Schizophrenie» als Prozess, ist dieser Umstand natürlich vor allem wichtig für die praktisch-therapeutischen Bemühungen, die über die eher unspezifischen, breit angelegten milieuthérapeutischen Arrangements hinaus eine gezielte Förderung des Patienten hinsichtlich seiner Einstellungen, seiner Fähigkeiten zur Bewältigung der Alltags- und Arbeitsanforderungen und seiner sozialen Beziehungen intendieren. Ausgehend von der vorgegebenen, in sich recht homogenen, kleinen Stichprobe von chronifizierten Patienten mit geringen Zukunftserwar-