

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-

tungen, bei der über den Zeitraum eines Jahres hinweg kaum markante Veränderungen auf der Wohn- und Arbeitsachse zu erwarten waren, richteten wir unser Augenmerk nicht auf die Erhebungen von Kausalfaktoren eines möglichen Rehabilitationserfolges, sondern auf eine Differenzierung von Verlaufskriterien und deren Zusammenhang.

2. Methode

2.1. Stichprobe

Unsere Gesamtstichprobe¹ bestand aus 34 mit dem PSE (Present State Examination) ausgewählten chronisch schizophrenen Langzeitpatienten, die vorwiegend Minussymptome aufwiesen. 28 waren männlich, 7 weiblichen Geschlechts, das durchschnittliche Alter betrug 41 Jahre (23–53 Jahre), die durchschnittliche Hospitalisationsdauer 8.3 Jahre (1–29.8 Jahre). Die Zukunftserwartungen der Patienten, ihrer Angehörigen und der Betreuer bezüglich Wohn- und Arbeitssituation in einem Jahr war überwiegend negativ, d.h. es wurde ein gleichbleibender Zustand oder ein Rückschritt erwartet.

Bei einer Teilstichprobe von 26 Patienten (22 männlich, 4 weiblich; Alter: 23–53 Jahre; M=41.3, Med.=46; Hospitalisationsdauer: 1–29.8 Jahre, M=8.1, Med.=9.5) wurden alle Aussenkontakte und das Arbeitsverhalten detailliert erhoben.

2.2. Erhebungen

Die Kriterien des *Rehabilitationsstandes* wurden bei der Gesamtstichprobe zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von einem Jahr auf zwei voneinander unabhängigen Skalen gemessen, die zum Zwecke dieser Untersuchung konstruiert wurden. Eine *9stufige Gesamtskala* erfasste den globalen Rehabilitationsstand der Patienten. Die unterste Stufe bezeichnet folgenden Zustand: «Der Patient lebt auf einer Abteilung, er verlässt das Klinikareal nie und braucht dauernde therapeutische Unterstützung in allen Lebensbereichen. Er geht keiner Beschäftigung nach und verfügt über ein sehr eingeschränktes soziales Beziehungsfeld.» In der obersten Stufe «ist der Patient ausserhalb eines geschützten Rahmens sozial integriert, geht regelmässig einer Arbeit nach, verfügt über normale soziale Beziehungen und benötigt keine regelmässige therapeutische Unterstützung mehr.»

Eine weitere, *5stufige Skala* der Rehabilitationskriterien umfasste die folgenden items:

Instrumentelle Kompetenz:

1. Elementare persönliche Versorgung (Essen, Körperpflege etc.)
2. Bewältigung normaler Situationen innerhalb der Station
3. Bewältigung einfacher Situationen ausserhalb der Station
4. Eigenverantwortung bei Organisation/Durchführung der Alltagsaktivitäten
5. Eigeninitiative bezüglich Veränderung in einem Lebensbereich

Soziale und kommunikative Kompetenz:

6. Umfang des Feldes sozialer Kontakte (Personenkreis)
7. Quantitative Intensität (Häufigkeit/Dauer) der Kontakte
8. Aktivitätsgrad bei Aufnahme/Unterhaltung der Kontakte
9. Qualität (Grad befriedigender Kommunikation) bei Kontakten
10. Setting der Kontakte (Komplexität, Personenzahl, vertraute/unvertraute Situation)
11. Durchsetzungsvermögen bei Kontakten (bezüglich eigener Anliegen)

Emotionale Stabilität und Stresstoleranz:

12. Milieubelastung, unter welcher der Patient lebt (Wohnen/Arbeit)
13. Besondere Stresssituationen, die Dekompensation bewirken
14. Art und Grad der Dekompensation bei besonderen Belastungen
15. Notwendige therapeutische Interventionen bei Stress/ Dekompensation

Die Einstufung auf den beiden Skalen erfolgte aufgrund eines strukturierten Interviews, das acht klinisch erfahrene Mitarbeiter der Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie mit jeweils mindestens zwei Mitgliedern des Pflgeteams (Bezugsperson des Patienten) durchführten. Die Anfangs- und Schlussmessung wurde für jeden Patienten vom gleichen Interviewer vorgenommen; die Interviewer wurden zu Beginn solange trainiert, bis die Einstufung in der Gruppe maximal um einen Skalenpunkt differierte, was durch die weitgehend operationalisierte Itemdefinition erleichtert wurde.

Alle Aussenkontakte, welche die Patienten im Verlauf des Jahres hatten, wurden durch das Pflgeteam wöchentlich auf einem Fragebogen eingetragen, wobei neben der Kontaktperson auch festzuhalten war, ob der Kontakt innerhalb oder ausserhalb der Klinik stattfand.

Das Arbeitsverhalten der Patienten in der Beschäftigungstherapie auf der Station oder bei der Arbeit in den klinikinternen Ateliers bzw. externen Behindertenwerkstätten wurde von den Betreuern am Arbeitsplatz ebenfalls wöchentlich mittels eines von einem

¹ Die Stichprobe war ausgewählt durch die Forschungsgruppe der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern. Eine genauere Beschreibung findet sich bei Dauwalder et al. [3]. Allen Mitarbeitern der Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern, die bei den Erhebungen mitgeholfen haben, möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen; unter ihnen sei Liliane Schaffner und Daniel Pia für ihre intensive, kollegiale Mitarbeit besonders gedankt.

Arbeitspsychologen entworfenen Fragebogens eingeschätzt. Neben der (kumulierten) Dauer der Arbeitstätigkeit wurde das Anforderungsniveau und der Grad der Geschütztheit des Arbeitsplatzes erhoben.

3. Resultate und Diskussion

3.1. Aussenkontakte

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die kontaktierten Personen und die Häufigkeit, aufgegliedert nach folgenden drei Formen: Kontakte innerhalb der Klinik (Kat. 1); Kontakte ausserhalb der Klinik, aber nicht bei der Kontaktperson zuhause (Kat. 2); Besuche bei der Kontaktperson zuhause (Kat. 3).

Kontaktpersonen	Ereign. Kat. 1	Ereign. Kat. 2	Ereign. Kat. 3	Total
Mutter	23	12	170	205
Vater	23	4	100	127
Grossmutter	1	-	-	1
Kind	5	6	-	11
Partner	4	4	-	8
Geschwister	14	11	21	46
Übrige Verwandte	17	5	1	23
Freunde	8	7	5	20
Bekannte	17	16	8	41
Zufallsbekannte	1	20	-	21
Vormund	5	3	-	8

Tab. 1. Kontakt ereignisse (N = 26).

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, fanden insgesamt nur wenige Kontakte mit Aussenstehenden statt, im Mittel waren es pro Patient im Untersuchungsjahr 15.2, der Median liegt bei 12.5. Ein Patient hatte überhaupt keinen Aussenkontakt. 6 wuren nie besucht, 4 trafen niemanden ausserhalb der Klinik, 7 machten keine Besuche. 14 Patienten hatten Kontakte aller drei Kategorien.

Als Hauptbezugsperson figurierte bei 7 Patienten die Mutter, bei einem der Vater, bei 4 beide Elternteile zusammen, bei 3 die Geschwister. Bei 6 Patienten liess sich keine feste Bezugsperson ausmachen.

Das Alter der Patienten hatte keinen Einfluss auf die Kontaktintensität, ausser bei der Zahl der empfangenen Besuche in der Klinik; hingegen ergab sich, wie aus der Literatur zu erwarten, ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0.01$, Mann-Whitney-U-Test) zwischen der Hospitalisationsdauer und den Kontakten der Kat. 1, was bedeutet, dass die Patienten mit zunehmender Dauer der Hospitalisation immer seltener besucht werden. Bei einer Halbierung der Stichproben in kürzer (M=2.9 Jahre) und länger (M=16.0 Jahre) Hospitalisierte ergab sich, dass erstere dreimal häufiger und jeweils für eine viermal so lange Zeit besucht wurden. Dass nicht nur die Haltung von Angehörigen und Bekannten, sondern auch die Aktivität der Patienten selbst bei der Erhaltung von Aussenbeziehungen eine Rolle spielen, wird sichtbar, wenn wir den Bezug zum Stand der Rehabilitation herstellen (vgl. Tabelle 2):

Während die fast durchwegs negativen Korrelationen mit dem klinikinternen Kontakt den Schluss nahelegen, dass ein höherer Rehabilitationsstand des Patienten Besucher eher abhält, verweisen die höheren Korrelationswerte mit dem klinikexternen Kontakt darauf, dass bestimmte Eigenschaften des Patienten – in erster Linie seine soziale Kompetenz und Stresstoleranz – für die Intensität des Aussenkontaktes massgebend sind, andere dagegen – insbesondere der allgemeine Stand seiner Rehabilitation (Gesamtskala) – keine Auswirkung haben. Ebensowenig standen Fortschritte oder Rückschritte im Rehabilitationsstand in einem messbaren Zusammenhang mit den Aussenkontakten.

Tab. 2. Zusammenhang von Rehabilitationskriterien (Durchschnittswerte) und Aussenkontakten (Spearman-Rangkorrelationen; N = 26).

	El. pers. Versorg.	Bew. innerhalb d. St.	Bew. ausserhalb d. St.	Eigenverantwortung	Quant. I. soz. Kontakte	Eigeninitiative	Umfang soz. Kontakte	Aktivität b. soz. Kontakt	Qualität soz. Kontakte	Setting soz. Kontakte	Durchs. b. soz. Kontakten	Milieubelastung	Bes. Stresssituationen	Art der Dekompensation	Notw. therap. Intervent.	Gesamtskala
Kontaktart	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Kontakte innerhalb der Klinik (Kat.1)	* -.39	* -.36	-.26	-.29	-.04	-.11	-.10	-.11	* -.42	-.04	.13	-.15	-.29	-.02	-.25	-.39*
Kontakte ausserhalb der Klinik (Kat. 2 + 3)	.10	.26	.00	.07	.10	* .33	.28	.41	.29	** .48	.14	.15	.28	* .40	.25	.02

3.2. Arbeitsverhalten

Dauer (Kontinuität): Im Untersuchungsjahr arbeiten 17 Patienten (65%) während 39-50 Wochen, also praktisch kontinuierlich; 4 (15%) arbeiten 26-38 Wochen, weitere 4 (15%) weniger als 12 Wochen.

Niveau der ausgeführten Tätigkeit: Nimmt man als Massstab das höchste Anforderungsniveau, das der Patient innerhalb des Jahres während mehreren Wochen erreichte, zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 3):

Tätigkeitsniveau	Anzahl Patienten
Maschinen-, resp. werkzeuggesteuerte Arbeit bei wechselnden Anforderungen, ganzheitliche Arbeitsausführung (Planung, Kontrolle)	1 (4%)
Werkzeuggesteuerte, mehrteilige Arbeit mit Anforderungen v.a. im handwerklichen Bereich	4 (15%)
Einfache, z.T. werkzeuggesteuerte Handarbeit, mehrteilig aber repetitiv, taktgebundene Bandarbeit	13 (50%)
Stark partiellisierte, einfachste Arbeit, repetitiv in grossen Serien, taktgebunden	8 (31%)

Tab. 3. Niveau der ausgeführten Arbeitstätigkeit (N = 26).

Einen Fortschritt bezüglich des Tätigkeitsniveaus machten 4 Patienten (15%); bei 20 (77%) blieb das Niveau gleich und bei 2 (8%) gab es einen Rückschritt. **Geschützttheit des Arbeitsplatzes:** 2 Patienten (8%) hatten einen externen, normalen Arbeitsplatz. 5 (19%) arbeiten in einer geschützten Werkstätte ausserhalb der Klinik, 7 (27%) in einem Atelier innerhalb der Klinik und 12 (46%) waren auf der Station beschäftigt. Fortschritte verzeichneten 7 Patienten (27%), bei 18 (69%) veränderte sich nichts und einer (4%) machte einen Rückschritt.

Zwischen der Geschützttheit des Arbeitsplatzes und dem Tätigkeitsniveau bestand aus naheliegenden Gründen (Arbeitsplatzangebot) ein enger Zusammenhang ($\rho = .79$; $p < 0.001$). Eine wesentlich schwächere Korrelation ergab sich zwischen dem Tätigkeitsniveau und der Dauer ($\rho = .42$; $p < 0.05$). Veränderungen im Tätigkeitsniveau und in der Geschützttheit verliefen parallel, waren aber unabhängig von der Dauer bzw. Kontinuität der Beschäftigung.

Entgegen unseren Erwartungen hatte weder das Alter noch die *Hospitalisationsdauer* der Patienten einen Einfluss auf die von uns gemessenen drei Arbeitsvariablen, obwohl unsere Stichprobe hinsichtlich der beiden Merkmale sehr heterogen war.

Betrachten wir die Beziehung zwischen Veränderungen (Fortschritte bzw. Rückschritte) gemäss unseren 15 Rehabilitationskriterien und Veränderungen im Arbeitsbereich (vgl. Tabelle 4), stellen wir fest, dass kaum nennenswerte Zusammenhänge auftreten.

Die höheren Korrelationswerte sind zum grössten Teil trivial: etwa die beiden signifikanten Korrelationen mit der Gesamtskala, die darauf zurückgehen, dass diese beiden Arbeitsvariablen in die Messung des Rehabilitationsstandes eingehen; ähnliches gilt für die Kriterien 6 und 7 (Umfang und quantitative Intensität der Sozialkontakte): eine höhere Belastbarkeit durch Milieufaktoren (Krit. 12) findet sich wieder in einem geringeren Grad der Geschützttheit des Arbeitsplatzes. Aus klinischer Erfahrung naheliegend ist der deutliche Zusammenhang zwischen *Stresstoleranz* (Krit. 13) und Veränderungen bei Tätigkeitsniveau und Geschützttheit des Arbeitsplatzes, sowie die Bedeutung der *Eigeninitiative*.

Tab. 4. Zusammenhang zwischen Veränderungen (Fortschritte/Rückschritte) im Arbeitsbereich und Veränderung des Rehabilitationsstandes, gemessen an den Rehabilitationskriterien (Spearman-Rangkorrelationen, N = 26).

Arbeitsvariablen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Gesamtskala	
Dauer (Kontinuität) der Arbeit bzw. Beschäftigung	-.02	-.19	-.02	.10	.32	.09	.04	.01	.17	-.07	-.04	.17	.18	.31	-.05	.42*	
Veränderungen im Niveau der Tätigkeit	-.22	-.10	.14	-.07	.*	.25	.*	.24	.17	.28	.17	.31	.**	.45	.06	.23	.21
Veränderungen im Grad der Geschützttheit des Arbeitsplatzes	-.19	-.15	.07	-.17	.**	.20	.*	.25	.12	.13	.28	.**	.**	.55	.17	.16	.39*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Interessanter ist, dass die Kontinuität der Arbeit offenbar keine direkte Wirkung auf die einzelnen Indikatoren hat, sondern sich nur – und dort definitionsgemäss – bei der Beurteilung des generellen Rehabilitationsstandes bemerkbar macht.

Jenseits dieses korrelationsstatistischen Zusammenhanges ist es ferner aufschlussreich, dass von den 8 Patienten, die mindestens bei einer der beiden Arbeitsvariablen «Niveau der Tätigkeit» und «Geschütztheit des Arbeitsplatzes» einen Fortschritt verzeichnen konnten, nur ein Patient bei einem einzigen Kriterium (Aktivität bei Sozialkontakten) einen Rückschritt machte, wogegen umgekehrt bei den ebenfalls 8 Patienten mit einem Rückschritt auf mindestens einer der beiden Arbeitsvariablen, alle ausser einer Patientin (bei der sich überhaupt nichts veränderte) bei zwei bis vier Rehabilitationskriterien einen Rückschritt hinnehmen mussten.

3.3. Allgemeiner Rehabilitationsstand

Die Veränderungen des institutionell fassbaren Standes des Rehabilitationsprozesses wurde gemessen mittels der 9stufigen sog. Gesamtskala und den Bewegungen entlang den 15 Rehabilitationskriterien. Innerhalb

des untersuchten Jahres verzeichneten auf der Gesamtskala 14 Patienten einen Fortschritt, weitere 14 blieben auf der gleichen Stufe und 6 machten einen Rückschritt.

Die Hospitalisationsdauer hatte keine signifikanten Auswirkungen auf Veränderungen, doch im Durchschnitt der beiden Messungen waren die länger hospitalisierten gegenüber den kürzer hospitalisierten Patienten im U-Test signifikant ($p < 0.05$) tiefer eingestuft bei den Kriterien Eigeninitiative (Krit. 5), Durchsetzungsvermögen (Krit. 11) und Milieubelastung (Krit. 12). Anders beim Alter: die älteren Patienten unterschieden sich von den jüngeren nicht bezüglich ihres Rehabilitationsstandes (Durchschnitt der ersten und zweiten Messung), jedoch wirkte sich das Alter signifikant negativ ($p < 0.05$) aus auf den möglichen Fortschritt bei den instrumentellen Kriterien 1 bis 3, bei der Qualität der Sozialkontakte (Krit. 9) und den notwendigen therapeutischen Interventionen (Kat. 15).

Die in Tabelle 5 wiedergegebene Korrelationsmatrix vermittelt einen Eindruck des Zusammenhangs der Rehabilitationskriterien untereinander, zum einen für den Durchschnitt zwischen erster und zweiter Messung

Tab. 5. Korrelationsmatrix der Rehabilitationskriterien und Gesamtskala (Spearman-Rangkorrelation): Durchschnitts- und Fortschrittswerte¹⁾ (N = 34).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	G
1. Elementare persönliche Versorgung		***	***	***	.37	.44	.39	.33	***	***	.35	.19	.14	-.07	-.02	.49
2. Bewältigung von Situationen innerhalb der Station	***		***	***	***	***	***	***	***	***	**	.39	.29	.10	.13	***
3. Bewältigung von Situationen ausserhalb der Station	***	***		***	***	.45	.33	.33	.41	.48	.44	.30	.35	.23	.26	***
4. Eigenverantwortung	***	***	***		***	.38	.34	.33	.48	.45	.37	.39	.20	-.06	.17	***
5. Eigeninitiative	***	***	***	***		***	***	***	***	***	***	***	.37	.30	.28	***
6. Umfang sozialer Kontakte	.37	.49	.53	.30	.52		***	***	***	***	***	.24	.30	.24	-.08	.52
7. Quantitative Intensität sozialer Kontakte	.24	.42	.41	.19	.56	.64		***	***	***	***	.35	.21	.18	-.09	.50
8. Aktivitätsgrad bei sozialen Kontakten	.40	.43	.40	.36	.71	.60	.78		***	***	***	.42	.37	.16	.10	.58
9. Qualität sozialer Kontakte	***	***	***	***	***	***	***	***		***	***	.40	.40	.33	.26	.77
10. Setting sozialer Kontakte	.46	***	***	***	***	***	***	***	***		***	.46	.39	.30	.11	.55
11. Durchsetzungsvermögen bei sozialen Kontakten	.46	***	***	***	***	***	***	***	***	***		.31	.38	.42	.18	.56
12. Milieubelastung	.32	.46	.44	.31	.54	.41	.53	.49	.55	.47	.66		.42	.26	.21	.58
13. Besondere Stresssituationen	.22	.31	.36	.18	.50	.60	.47	.49	.47	.58	.42	.79		.66	.41	.50
14. Art der Dekompensation	.33	.48	.43	.49	.44	.67	.45	.46	.49	.54	.31	.54	.71		.69	.28
15. Notwendige therapeutische Intervention	.48	***	***	***	***	***	.38	.37	.44	.58	.24	.52	.65	.65		.26
Gesamtskala	***	***	***	***	***	***	.22	.32	.64	.38	.36	.60	.53	.43	.34	

¹⁾ Oberhalb der Diagonale: Durchschnittswerte; unterhalb der Diagonale: Veränderungswerte. *** $p < 0,001$.

Tab. 6. Rehabilitationskriterien (Durchschnittswerte): Clusteranalyse* der Korrelationskoeffizienten (quadierte Werte; N = 34).

Item Name	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Umfang soz. Kontakte	7	---	I	--	I																				
Aktivität b. soz. Kont.	8	---	I		I	----	I																		
Setting soz. Kontakte	10	---	I																						
Quant. f. soz. Kontakte	6	-----	I							I	--	I													
Durchs. b. soz. Kontakt.	11	-----								I		-----	I												
Qualität soz. Kontakte	9	-----								I		-----	I												
El. pers. Versorg.	1	-----	I							I		-----	I												
Bew. innerhalb d. St.	2	-----	I							I		-----	I												
Bew. aussserhalb d. St.	3	-----	I							I		-----	I												
Eigenverantwortung	4	-----	I							I		-----	I												
Eigeninitiative	5	-----	I							I		-----	I												
Milieubelastung	12	-----								I		-----	I												
Bes. Stresssituation	13	-----	I							I		-----	I												
Art d. Dekompensation	14	-----	I							I		-----	I												
Notw. therap. Int. vent.	15	-----								I		-----	I												

* Agglomeratives Verfahren, ausgeführt mit dem Programm «GROUPIE» von B. Brauchli; die horizontal angeordnete Zahlenreihe bezeichnet die Analyseschritte, bei denen jeweils zwei oder mehrere Items oder Itemgruppen aufgrund ihrer Ähnlichkeit zusammengefasst werden.

(oberhalb der Diagonale), zum anderen für die Veränderungen zwischen der ersten und zweiten Messung (unterhalb der Diagonale). Ein plastischeres Bild zeigt uns das Dendrogramm in Tabelle 6, welches das Resultat einer Clusteranalyse der Korrelationskoeffizienten darstellt. Die beiden Korrelationsmatrizen unterscheiden sich zwar insgesamt nur unwesentlich hinsichtlich der Stärke der aufgewiesenen Zusammenhänge (das Mittel der Koeffizienten beträgt für den Durchschnitt der beiden Messungen 42.7; für die Veränderungen zwischen erster und zweiter Messung 48.4), doch bemerken wir deutliche Differenzen, wenn wir einzelne Variablenbereiche (z.B. die Stress-Toleranz-Kriterien 12-15) ins Auge fassen.

Von besonderem Interesse war die Frage nach der Beziehung zwischen den Veränderungen bei unseren 15 Einzelkriterien und den institutionell relevanten Fort- bzw. Rückschritten, die sich in der Gesamtskala niederschlagen (vgl. Tabelle 5). Auffallend sind die teils niedrigen Korrelationen im Bereich des Sozialkontaktes, die deutlich kontrastieren mit dem höchsten Wert beim Kriterium 9: Qualität der Sozialkontakte, welches auch bei den Durchschnittswerten abgehoben ist durch den höchsten Koeffizienten. Das Kriterium 9 hat zugleich auch den stärksten Zusammenhang mit allen anderen Einzelkriterien (Mittel der Korrelationen: 55.3).

3.4. Diskussion

Es bestätigte sich, dass bei dieser stark chronifizierten Patientengruppe die Rehabilitation ein langsam voranschreitender Prozess ist. Bei manchen Patienten dürfte als kurz- oder mittelfristige Zielsetzung die Stabilisierung des Erreichten realistischer sein als eine forcierte Förderung, wobei der mögliche negative Einfluss einer längeren Hospitalisation oder eines höheren Alters nicht überschätzt werden sollte. Eine differenzierte Betrachtungsweise der persönlichen und sozialen Entwicklung ist therapeutisch wichtig, da Fortschritte oder

Rückschritte in einem bestimmten Bereich (z.B. in der Arbeit) sich nicht notwendig auch in anderen Bereichen niederschlagen. Die Verbindungen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsindikatoren sind im Sinne von Strauss und Carpenter [5] eher als «linked-open systems» zu sehen. Wenn sich in unserer Untersuchung die Qualität des sozialen Kontaktes als eines der zentralen Kriterien herausgestellt hat, mag dies als Hinweis auf die Frage genommen werden, ob – entgegen verbreiteter Auffassung – nicht doch neben dem sozialpsychiatrischen Management auch psychotherapeutisches Engagement für die Rehabilitation chronisch Schizophrener bedeutsam sein könnte.

4. Zusammenfassung

Kriterien des Rehabilitationsprozesses bei chronisch schizophrenen Langzeitpatienten

Über ein Jahr hinweg wurde bei einer Stichprobe von chronisch schizophrenen Langzeitpatienten mit geringen Zukunftserwartungen der Rehabilitationsprozess anhand von fünfzehn verschiedenen Kriterien verfolgt und die Aussenkontakte sowie das Arbeitsverhalten untersucht. Im Zentrum des Interesses stand der funktionale Zusammenhang der verschiedenen Indikatoren.

Résumé

Critères du procédé de réhabilitation

Le procédé de réhabilitation d'un échantillon de malades schizo-phrènes chroniques avec peu d'expectation pour l'avenir a été suivi pendant une année à l'aide de quinze critères; les contacts avec des personnes hors de la clinique et le comportement au travail ont aussi été analysés. L'intérêt principal était dirigé vers le rapport fonctionnel des indicateurs divers.

Summary

Criteria of the rehabilitation process of long stay chronic schizophrenics

During a year the rehabilitation process of a sample of long stay chronic schizophrenic patients was followed by means of fifteen criteria; the social contacts with outside and working behaviour were continuously registrated. The focus was directed toward functional relationships between the indicators.

Literatur

- [1] *Jakubaschk, J.*, Patientenbestand, Aufenthaltsdauer und Wiederaufnahme-Raten – Indikatoren der Entwicklung in der stationären Behandlung? Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 131 (1982), Heft 2. S. 261–288
- [2] *Wing, J.K. and Brown, G.W.*, Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press. 1970
- [3] *Dauwalder, H.P., Ciompi, L., Aebi, E., Hubschmid, T.*, Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker, IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. Nervenarzt 55 (1984), 257–264
- [4] *Gmür, M.*, Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung. Ferdinand Enke, 1986
- [5] *Strauss, J.S. and Carpenter, T.*, The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept. Schizophrenia Bulletin 4 (1), 1978, 56–67

Der Berufsförderungskurs – erste Erfahrungen mit einem Rehabilitationsprogramm für psychiatrische Langzeitpatienten¹

Thomas Rüst

Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Militärstrasse 8, 8021 Zürich

Einleitung

Berufliche und soziale Wiedereingliederung ist als Ziel psychiatrischer Rehabilitation kaum umstritten. Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, insbesondere der Arbeitsmarktlage, stellen neue Anforderungen an ambulante und teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen. Mit dem Übergang in die Rezession wurde erkennbar, dass zunehmend auch junge Patienten wegen ihrer Behinderung nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar waren. Die Anforderungen der Arbeitswelt waren nach einem langen krankheitsbedingten Unterbruch schwerer zu bewältigen, Stellenabbrüche nahmen zu. Resignation und sich Abfinden mit minimalistischen Zielen waren oft die Folge, die Gefahr vorzeitiger Invalidisierung und Berentung (wie Bonss/Riedmüller und Müller/Worm für Deutschland belegen) war nicht von der Hand zu weisen. In psychiatrischen Institutionen und seitens der Invalidenversicherung wurde das Bedürfnis nach einer gezielten Förderung der Vermittlungs- und Ausbildungsfähigkeit in Ergänzung zur psychiatrischen Behandlung deutlich.

An der Tagesklinik des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich entstand 1982 die Idee eines Berufsförderungskurses (Uchtenhagen 1983). Wegleitend für die Erarbeitung des Konzeptes waren folgende Überlegungen:

- Kein therapeutisches Programm, sondern soziales Lernen soll im Hinblick auf alltägliche Arbeitsanforderungen im Vordergrund stehen, d.h. ein Kurs, in

- dem die Teilnehmer nicht auf ihre Symptomatik, sondern auf die Fähigkeiten zur Bewältigung funktionaler Behinderungen angesprochen werden.
 - Die Förderung instrumenteller und sozio-emotionaler Fähigkeiten soll gleichermassen berücksichtigt werden, aufbauend auf der Erfahrung, dass neben fachlichen Defiziten vor allem ungünstiges soziales Rollenverhalten die Chance zur beruflichen Wiedereingliederung reduziert (Watts 1978, Bennet 1978).
 - Die Selbstwahrnehmung eigener Fähigkeiten und Begrenzungen soll gefördert, die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung unterstützt werden, um die Entscheidung für angemessene weitere Rehabilitationsschritte zu erleichtern.
 - Das gesamte Setting sowie Lern- und Arbeitsanforderungen sollen möglichst der Alltagswirklichkeit (ausserhalb psychiatrischer Institutionen) angepasst sein.
 - Das Resultat der Erprobung und Abklärung der Lern- und Leistungsfähigkeit soll sich in konkreten Entscheidungshilfen für Teilnehmer und Berufsberater der Invalidenversicherung niederschlagen.
- Seitens der IV wurde ein besonderes Bedürfnis nach Trainings- und Abklärungsmöglichkeiten in Büro- und Dienstleistungsberufen formuliert.

Das Kurskonzept

Seit 1983 werden jährlich 2 Kurse von je 20 Wochen Dauer für 12 Teilnehmer angeboten mit einer täglichen Arbeitszeit von 7 Stunden. Die Aufnahme der von der IV-Berufsberatungsstelle oder psychiatrischen Kliniken zugewiesenen Teilnehmer erfolgt nach einem eingehenden persönlichen Gespräch hauptsächlich auf Grund der Arbeitsanamnese und dem bisherigen Rehabilitationsverlauf.

* An der Realisierung des Projekts und der Nachuntersuchung waren gleichermassen beteiligt: Ch. Feller, W. Fuchs, M. Lüscher, Ch. Müller, K. Wyss; A. Uchtenhagen danken wir für Anregungen und Hinweise.