

Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen*

III. Ein Querschnittsbild

Wolfgang Hartmann

Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen
(Direktor: Prof. Dr. J. E. Meyer)

Eingegangen am 28. Mai 1973

Studies on Long-Stay Schizophrenic In-Patients

III. A Cross-Section

Summary. 199 schizophrenic patients were examined, each of whom had spent a continuous period of 8–10 years in one of six psychiatric hospitals in Lower Saxony.

We collected information on the hospital conditions and drug therapy, made a short psychiatric assessment of each patient by Wing's method, and obtained a description of his or her behaviour from the nursing staff. The results were interpreted with appropriate correlations.

The patients lived predominantly in inadequate, restricting conditions. The overwhelming majority suffered from emotional blunting and withdrawal, which were interpreted as symptoms of institutional neurosis, and appeared most frequently in patients on locked wards who were never allowed out. Drug therapy was restricted mainly to younger patients; it was not, however, symptom-orientated. Nevertheless, in patients treated with neuroleptic drugs, behaviour abnormalities and psychiatric symptoms were noticeably slighter.

At last half the patients appeared as if they would benefit from an active industrial rehabilitation. Just as many did not require the specialist care of a psychiatric hospital, but would have been suitable candidates for a convalescent, or long-stay nursing home.

Key words: Schizophrenia — Long-Term Hospitalization — Institutional Neurosis — Neuroleptic Therapy — Necessity for Further Hospitalization.

Zusammenfassung. 199 schizophrene Patienten, die nach ununterbrochener 8–10jähriger Hospitalisierung noch in 6 niedersächsischen Landeskrankenhäusern lebten, wurden nachuntersucht. Die Hospitalisierungsbedingungen, eine Verhaltensbeurteilung durch das Pflegepersonal, die medikamentöse Behandlung und ein psychischer Kurzbefund nach Wing wurden erhoben. Anhand von Korrelationsberechnungen werden einzelne Befunde interpretiert.

Die Kranken waren überwiegend stark eingeschränkt und beengt untergebracht. Affekt- und Kontaktstörungen, die als Symptome eines Anstaltssyndroms interpretiert werden, fanden sich bei der überwiegenden Mehrzahl; sie traten gehäuft bei den auf geschlossenen Stationen ohne Ausgang lebenden Kranken auf.

* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Eine neuroleptische Behandlung kam vorwiegend jüngeren Kranken zugute; sie war nicht an psychopathologischen Zielsymptomen orientiert. Bei den neuroleptisch behandelten Patienten waren Auffälligkeiten im Verhalten oder psychischen Befund seltener. Wenigstens die Hälfte der Kranken schien von einer aktiven industriellen Rehabilitation profitieren zu können; ebenso viele Kranken bedurften nicht unbedingt einer Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus, sondern hätten auch in Übergangs- oder Pflegeheimen versorgt werden können.

Schlüsselwörter: Schizophrenie — Dauerunterbringung — Anstaltssyndrom — Neuroleptische Behandlung — Notwendigkeit der weiteren Unterbringung.

Aus einer Gruppe von etwa 1 400 am 15. 10. 1964 in 6 niedersächsischen Landeskrankenhäusern daueruntergebrachten Schizophrenen [12, 23] wurden die 232 zuletzt aufgenommenen Kranken für eingehendere Untersuchungen ausgewählt. Über soziale und klinische Daten dieser Auswahlgruppe wurde bereits berichtet [13, 14]. Diesmal teilen wir die Ergebnisse einer kurzen Nachuntersuchung der Patienten im Frühsommer 1967 mit.

Methodik

Sämtliche Kranken der Auswahlgruppe, die wir im Frühsommer 1967 noch in den Landeskrankenhäusern Göttingen, Hildesheim, Königslutter, Lüneburg, Moringen und Wunstorf antrafen, wurden in die Untersuchung eingeschlossen. — Nach Durchsicht der Krankengeschichten befragten wir die zuständigen Pflegepersonen und sprachen abschließend mit den Kranken.

Im einzelnen erfaßten wir folgende Merkmale: Zunächst stufen wir die Einrichtung und das Ausmaß der Einschränkung der Station ein. Die Pflegepersonen fragten wir in einem halbstandardisierten Vorgehen nach dem Verhalten des Kranken hinsichtlich Arbeit, Kontakt, Pflege und Besonderheiten, ferner nach Ausgang, Post, Besuchen und der medikamentösen Behandlung. Mit dem Kranken sprachen wir etwa 10–20 min. Wir erkundigten uns nach Dauer und Grund seines Aufenthaltes im Krankenhaus, nach seiner Arbeit oder anderen Beschäftigungen, nach Lebensbedingungen und Entlassungswünschen. Wir folgten dabei den Themen und Anregungen des Kranken; deshalb dauerten die Gespräche unterschiedlich lange. Nach dem Gespräch beurteilten wir Affektverhalten, Sprachverarmung, sprachliche Inkohärenz und zusammenhängend geäußerten Wahn nach dem von Wing angegebenen Verfahren und die Entschiedenheit des Entlassungswunsches [30]. Abschließend legten wir nach unserem Gesamteindruck aus Krankengeschichte, Angaben der Pflegepersonen und unserem Befund fest, ob für die Betreuung des Kranken eine Übergangseinrichtung, ein Pflegeheim oder ein Krankenhaus erforderlich war.

Unser Vorgehen genügt nicht strengen methodologischen Ansprüchen. Insbesondere gehen sehr subjektive Kriterien in die Pflegerbeurteilung und auch den Untersuchungsbefund ein. Andererseits hatte sich das Wingsche Verfahren gut bewährt und als brauchbar erwiesen. Von den Pflegepersonen wurden Angaben erfragt, die von ihnen routinemäßig in die Pflegeberichte eingetragen werden und auf die sie demgemäß achten. Uns schien daher das geschilderte Vorgehen für einen ersten derartigen Überblick in der Bundesrepublik gerechtfertigt.

Die Auswertung der Daten erfolgte nach Übertragung auf Maschinenlochkarten in der Rechenanlage der Gesellschaft für wissenschaftliche Datenverarbeitung in Göttingen. Von Korrelation sprechen wir im folgenden, wenn die Kombination zweier Merkmale miteinander (ohne die jeweiligen „unbekannt“) nach dem Chi-

Quadrat-Test signifikant war ($P < 0,05$); als Maß für den Zusammenhang geben wir in solchen Fällen den korrigierten Kontingenzkoeffizienten CC an [26].

Ergebnisse

Wir trafen noch 199 von den 232 daueruntergebrachten Schizophrenen der Auswahlgruppe in den Anstalten an; sie waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 8—10 Jahre ohne Unterbrechung hospitalisiert.

Die fehlenden Kranken waren verstorben (13), entlassen (11), in andere, nicht in die Untersuchung eingeschlossene Anstalten verlegt (5) oder standen in Familienpflege (4). Die früher veröffentlichten Daten der 232 Kranken stimmen bis auf die Alterswerte im wesentlichen mit denen der 199 verbliebenen überein: letztere waren bei der endgültigen Aufnahme 0,8 Jahre jünger als die Gesamtgruppe gewesen; es waren nämlich vorwiegend ältere Kranke gestorben oder — oft in Altersheime! — entlassen worden.

Die Station und die Einschränkung der Kranken

In allen Landeskrankenhäusern trafen wir hoffnungslos veraltete Gebäude in einem elenden Zustand und erbärmlich eingerichtet an. Die gelegentlich vorhandenen Neubauten standen den dauerhospitalisierten Schizophrenen nicht zur Verfügung.

Wir beurteilten die *Einrichtung der Schlafsäle*: In kleineren Räumen mit weniger als 6 Betten und frei zugänglichen Schränken wohnten 2% der Untersuchten, kleine Räume ohne frei zugängliche Schränke hatten weitere 4%. Unterteilte Schlafsäle mit nicht mehr als 10 Betten hatten 16,6%; drei Viertel (73,9%) mußten in großen Schlafsälen mit über 10 Betten hausen. Die Ausstattung und Enge der Tagesräume entsprach der der Schlafsäle.

Die Einrichtung des Schlafsaales korrelierte — auf 2 Ausprägungen: 1. Zimmer unter 10 Betten, 2. Saal über 10 Betten zusammengefaßt — mit der zusammengefaßten Verhaltensbeurteilung (Definition s.u., $CC = 0,500$) und dem Untersuchungsbefund (Definition s.u., $CC = 0,386$): Kranke mit stärkeren Störungen waren in den Sälen und Kranke mit geringeren oder ohne Störungen in den Vorzugszimmern untergebracht.

Aus weiteren Korrelationen ergab sich, daß Kranke ohne lebende nahe Angehörige ($CC = 0,204$) und Kranke, die als höchstes unsere mittlere soziale Schicht II [14] erreicht hatten ($CC = 0,298$) bevorzugt in kleineren Zimmern untergebracht waren.

Nur eine kleine Minderheit der Patienten lebten auf offenen Stationen (4,5%), nicht einmal jeder 5. auf einer halbgeschlossenen Station (17,1%) und wiederum drei Viertel (76,9%) waren auf geschlossenen

Stationen untergebracht. Die meisten Kranken unterlagen zudem Ausgangsbeschränkungen: fast zwei Drittel (60,3%) blieben — außer eventuell zur Arbeit — ganz auf ihrer Station; 19,6% durften in Begleitung oder im Krankenhausgelände allein ausgehen, während 17,1% freien Ausgang hatten. — Um die Situation des einzelnen Kranken genauer zu beschreiben, faßten wir die ursprünglichen Merkmale „Station“ und „Ausgang“ zusammen: 1. *offen* untergebrachte Kranke lebten auf einer offenen Station und hatten freien Ausgang (12,1%); 2. *beschränkt* untergebrachte Kranke lebten auf einer nicht geschlossenen Station oder hatten wenigstens beschränkten Ausgang (27,1%); 3. *geschlossen* untergebrachte Kranke lebten auf geschlossenen Stationen und hatten keinen Ausgang (59,3%).

Dieses Merkmal „Einschränkung“ korrelierte hoch mit der Verhaltensbeurteilung durch den Pfleger ($CC = 0,514$) und dem Untersuchungsbefund ($CC = 0,459$): mit zunehmender Störung waren die Kranken zunehmend eingeschränkt. Ein Zusammenhang ließ sich mit dem aus der Krankengeschichte beurteilten psychischen Befund bis Ende 1965 und 1966 [14] nachweisen: Kranke der Kategorie Defekt/Hebephrenie waren häufiger offen, solche der Kategorie Paranoid/halluzinatorisch häufiger beschränkt und solche der Kategorie Kataton häufiger geschlossen untergebracht ($CC = 0,288$ bzw. $CC = 0,421$). — Sehr eng war die Korrelation mit dem Merkmal Verlegungsfähigkeit ($CC = 0,620$): die offen untergebrachten Patienten waren bevorzugt für eine Übergangseinrichtung, die beschränkt untergebrachten für ein Pflegeheim und die geschlossen untergebrachten für ein Krankenhaus geeignet. — Mit zunehmender Einschränkung verschlechterte sich die Einrichtung der Station, auf der der Kranke lebte ($CC = 0,593$).

Mit dem Geschlecht war die Einschränkung leicht korreliert ($CC = 0,359$): Frauen waren häufiger offen und Männer häufiger geschlossen hospitalisiert. — Kranke, die oft oder regelmäßig besucht wurden, waren bevorzugt offen oder beschränkt untergebracht ($CC = 0,286$). — Schließlich wurden die offen oder beschränkt untergebrachten Kranken häufiger mit Neuroleptica behandelt ($CC = 0,270$).

Die Beurteilung des Verhaltens durch den Pfleger

Arbeit. Trotz des hohen durchschnittlichen Lebensalters von 52,1 Jahren arbeiteten die meisten Kranken (58,8%): bei 5,5% wurde die Arbeitsleistung als qualifiziert angesehen; als Beispiel für diese Gruppe kann die selbständige Tätigkeit eines Polsterermeisters in der anstaltseigenen Polsterei gelten; 30,7% arbeiteten weitgehend selbständig, fleißig und zuverlässig, während 22,6% einfache Tätigkeiten unter Anleitung oder Aufsicht verrichteten oder regelmäßig in die

Beschäftigungstherapie gingen. — Etwa jeder zehnte Kranke arbeitete nur zeitweise oder unregelmäßig (8,5%) und jeder dritte (30,2%) war ganz untätig.

In der Zusammenfassung auf 3 Ausprägungen — 1. arbeitet regelmäßig und zuverlässig, 2. arbeitet regelmäßig unter Anleitung, 3. arbeitet gelegentlich oder nicht — korrelierte das Merkmal Arbeit mit der Verhaltensbeurteilung ($CC = 0,517$) und dem zusammengefaßten Untersuchungsbefund ($CC = 0,492$): die gestörten Kranken waren häufiger untätig.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeit und Familienstand ließ sich nachweisen ($CC = 0,270$): bei der endgültigen Aufnahme verheiratete Kranke arbeiteten seltener. — Dagegen ließ sich entgegen unseren Erwartungen kein Zusammenhang zwischen dem Lebensalter des Kranken und dem Merkmal Arbeit nachweisen.

Pflegebedürftigkeit, Kontaktverhalten, Unbotmäßigkeit. Zwei Drittel der Daueruntergebrachten versorgten sich selbst (66,3%); jeder fünfte mußte beim Waschen, Ankleiden oder Essen beaufsichtigt oder angetrieben werden (22,6%) und 8,0% waren in größerem Umfang pflegebedürftig. — Nur jeder dritte Kranke (35,2%) war nach Ansicht des Pflegers in seinem Kontaktverhalten unauffällig; jeder vierte (26,1%) nahm wechselnd, oberflächlich oder wenig Kontakt mit anderen auf und fast jeder dritte (29,6%) nahm von sich aus keinen Kontakt auf, antwortete jedoch in der Regel, wenn er angesprochen wurde; 6,5% schlossen sich ganz ab. — Auffallend selten wurde — insbesondere im Vergleich zu den Krankengeschichten und Pflegeberichten des Aufnahmejahres — eine Neigung der Kranken zu aggressivem Verhalten angegeben. Drei Viertel (74,9%) galten als unauffällig, 12,1% drohten oder schimpften gelegentlich, 3% neigten zum Entweichen, 4,5% wendeten gelegentlich Gewalt an und 1,5% waren selbstgefährlich.

In den Korrelationsberechnungen werden die Verhaltensmerkmale jeweils auf 2 Ausprägungen — keine Störung oder Störung angegeben — zusammengefaßt.

Die Merkmale Pflegebedürftigkeit, Kontaktverhalten und Unbotmäßigkeit wurden in Tab.1 zu einer Verhaltensbeurteilung zusammengefaßt, bei der jeder Kranke nach seiner schwersten Beeinträchtigung eingestuft wird.

Die drei Merkmale, aus denen diese zusammengefaßte Beurteilung gewonnen wurde, waren mit dieser unterschiedlich korreliert: am höchsten Kontaktstörung ($CC = 0,879$), dann Pflegebedürftigkeit ($CC = 0,726$) und schließlich Unbotmäßigkeit ($CC = 0,661$). Ebenfalls deutliche Korrelationen ergaben sich mit den bei der Untersuchung beurteilten Merkmalen Affektstörung ($CC = 0,456$)

Tabelle 1. Zusammenfassende Beurteilung des Verhaltens auf Station

	%
Keine Störung angegeben	25,6
Leichte Störung (wechselnder, oberflächlicher, wenig Kontakt)	15,6
Deutliche Störung (nimmt von selbst keinen Kontakt auf, muß pflegerisch beaufsichtigt werden, neigt zu Drohen oder Entweichen)	39,2
Starke Störung (ist pflegebedürftig, schließt sich ab, gilt als gefährlich gegen andere oder sich)	18,1
Unbekannt	1,5
Summe	100,0

N = 199

und Sprachstörung ($CC = 0,480$), sowie dem zusammengefaßten Untersuchungsbefund ($CC = 0,482$).

Die zusammengefaßte Verhaltensbeurteilung war des weiteren mit den Merkmalen Geschlecht ($CC = 0,279$), Schulbildung ($CC = 0,344$), Zahl der Hospitalisierungen ($CC = 0,329$) und Dauer der Vorbehandlung ($CC = 0,328$, nur Tendenz) korreliert: Männer, Kranke mit Schulversagen, bei der 1. psychiatrischen Krankenhausaufnahme sofort dauerhospitalisierte und vor der Dauerunterbringung nicht behandelte Kranke boten gehäuft die stärksten Verhaltensstörungen. — Patienten, die im ersten Unterbringungsjahr ausreichend somatisch behandelt worden waren [14], zeigten gehäuft entweder keine oder die stärksten Verhaltensstörungen ($CC = 0,330$). — Der psychiatrische Befund im Aufnahmejahr ($CC = 0,364$), bis Ende 1965 ($CC = 0,451$) und 1966 ($CC = 0,507$) korrelierte durchgehend mit dem Verhalten: die Kategorie Paranoid/halluzinatorisch fanden wir in den Krankengeschichten der nicht verhaltensgestörten Kranken, die Kategorie Defekt/Hebephrenie bei den deutlich gestörten und die Kategorie Kataton bei den stärksten gestörten häufiger. — Erwähnenswert ist, daß die nicht gestörten Kranken häufiger und deutlich gestörte Kranke seltener besucht werden ($CC = 0,298$).

Nur Tendenzen einer Korrelation ergaben sich mit einigen sozialen Merkmalen: Kranke, die ihren Lebensunterhalt „Irregulär“ vor der letzten Aufnahme bestritten hatten [13], waren häufiger deutlich verhaltensgestört ($CC = 0,311$). — Seltener verhaltensgestört zeigten sich Kranke, die als höchstes oder vor der entscheidenden Aufnahme unserer mittleren sozialen Schicht angehört hatten ($CC = 0,311$ bzw. $0,364$).

Ergebnisse der Untersuchung

Die Untersuchung kam nicht immer zustande: manche Kranke verweigerten sie (3%), waren körperlich schwerst krank (0,5%), wurden mehrfach auf Station nicht angetroffen (1,5%) oder die Untersuchung war wegen Verständigungsschwierigkeiten (Ausländer, Schwerhörigkeit) nicht möglich (1,5%). Bei den schwerst gestörten Kranken konnten meist nicht alle Untersuchungsmerkmale beurteilt werden: etwa die Merkmale Affekt, Wahn und Inkohärenz bei einem mutistischen Patienten. Bei den einzelnen Untersuchungsmerkmalen stieg die Beurteilung „unbekannt“ daher bis zu 20%.

Am häufigsten waren *Affektstörungen*. In dieser Beziehung erschienen uns nur wenige Patienten (8,5%) unauffällig. Ein Viertel (23,6%) zeigte bei meist angemessenem Affektverhalten eine vorübergehende Episode verflachten oder inadäquaten Affektes; ein Drittel (29,6%) bot nur kurz ein angemessenes Affektverhalten, sonst herrschte ein unangemessener, inadäquater oder sonst gestörter Affekt vor. Ein Viertel (26,1%) zeigte die ganze Zeit einen völlig verflachten oder inadäquaten Affekt.

Eine *Sprachverarmung* stellten wir bei rund 40% der Dauerhospitalisierten fest: bei jedem 5. (22,6%) war die Sprache merklich gestört — deutlich vage, knapp, stereotyp, wiederholend oder abschweifend —, es war jedoch möglich mit dem Kranken ein Gespräch zu führen; die geschilderten Sprachstörungen waren bei jedem 8. Kranken (12,1%) so stark, daß eine Unterhaltung fast unmöglich war; einige Patienten (5,5%) blieben fast oder ganz stumm. — Bei einigen Kranken (6%) ergaben sich indirekte Hinweise für eine Sprachstörung aus der Krankengeschichte oder den Angaben des Pflegers. 42,2% waren bezüglich des Merkmals Sprachstörung unauffällig.

Inkohärentes Denken ohne stärkere Beeinträchtigung des Gespräches zeigte jeder 8. Kranke (12,1%), bei weiteren 5% war eine Unterhaltung kaum noch möglich und von 2,5% erhielten wir praktisch keine kohärenten Äußerungen. Nur indirekte Hinweise für inkohärentes Denken ergaben sich bei 5% und mehr als die Hälfte der Kranken (55,3%) erschien hinsichtlich des Merkmales Inkohärenz unauffällig.

Sehr häufig war dagegen ein zusammenhängend geäußelter *Wahn*. Hier war nur ein Viertel (26,2%) unauffällig, bei 17,1% fanden wir indirekte Hinweise in der Krankengeschichte, den Angaben des Pflegers oder auch in einem starken Mißtrauen der Kranken bei der Untersuchung. Beinahe ebensoviele Patienten (17,6%) äußerten zusammenhängende Wahnvorstellungen, sie schienen jedoch nicht sehr davon eingenommen oder der Wahn blieb anscheinend ohne große aktuelle Bedeutung für den Kranken. Jeder Zehnte (11,1%) beschäftigte sich viel mit seinem Wahn, konnte seine Aufmerksamkeit aber anderen Dingen zuwenden und weitere 10,1% konnten sich kaum oder gar nicht anderem als ihrem Wahn zuwenden.

In den Korrelationsberechnungen wurden die Einzelmerkmale auf zwei Ausprägungen zusammengefaßt: 1. keine oder nur indirekte Störung und 2. deutliche bis stärkste Störung beobachtet. Abweichend davon haben wir bei den Affektstörungen die Kranken mit nur vorübergehenden Störungen unter 1. genommen.

Den aus den vier Untersuchungsmerkmalen zusammengefaßten Untersuchungsbefund zeigt Tab.2. In dieser Zusammenfassung entsprechen die Ausprägungen 1. und 2. der mäßigen Störung bei Wing und die Ausprägungen 3. und 4. den schweren Störungen in der von

Wing empfohlenen Zusammenfassung [30] mit einer Ausnahme: Kranke mit der schwersten Affektstörung fallen bei uns unter die schweren Störungen.

Mit dieser unserer Zusammenfassung (Tab. 2) korrelierten die Untersuchungsmerkmale in der Reihenfolge Affektstörung ($CC = 0,740$), Sprachverarmung ($CC = 0,670$), Wahn ($CC = 0,668$) und Inkohärenz ($CC = 0,579$). — Der Untersuchungsbefund korrelierte hoch positiv mit den Verhaltensmerkmalen in der Reihenfolge Kontaktstörung ($CC = 0,548$), Arbeit ($CC = 0,492$) und Pflegebedürftigkeit ($CC = 0,492$), sowie der zusammengefaßten Verhaltensbeurteilung ($CC = 0,482$). Deutlich war auch die Korrelation mit dem Merkmal Entlassungswunsch ($CC = 0,485$): die schwerst gestörten Kranken hatten vorwiegend irrealen Pläne oder keinen Entlassungswunsch geäußert, während die nicht oder gering gestörten Patienten häufiger realistisch und entschieden ihre Entlassung wünschten. Ferner korrelierten mit dem Untersuchungsbefund die Merkmale Dauer der früheren Behandlung ($CC = 0,371$) und Zahl der Hospitalisierungen ($CC = 0,387$): bei fehlenden oder kurzen Vorbehandlungszeiten oder wenn bereits die erste Aufnahme zur Dauerunterbringung geführt hatte, waren die Kranken häufiger stark oder stärkst gestört. Schließlich bestand noch eine Korrelation mit der Art der Behandlung im 1. Unterbringungsjahr ($CC = 0,312$): Kranke mit den stärksten Störungen waren häufiger nicht oder solche mit starken Störungen häufiger ausreichend behandelt worden.

Auf unsere Frage nach dem Entlassungswunsch hatten 15,1% nicht geantwortet. Etwa ebensoviele Kranke (14,1%) äußerten ihren Wunsch nach Entlassung sehr entschieden, auch wenn sie teilweise Bedenken hatten, ob sie sich nach so langer Zeit draußen zurechtfinden würden; über ein Viertel (27,1%) äußerte den Wunsch mit deutlicher Resignation hinsichtlich der Verwirklichung. Ausgesprochen wahnhaft Vorstellungen

Tabelle 2. Zusammengefaßter Untersuchungsbefund

	%
Keine oder höchstens indirekte Störungen oder vorübergehende Affektstörung	14,1
Deutliche Störung (deutl. Inkohärenz, Sprachverarmung oder Wahn bei erhaltenem Gespräch; Affekt evtl. weitgehend verflacht)	32,7
Stark gestört (Gespräch fast unmöglich wegen Inkohärenz, Sprachverarmung oder Wahn; oder völlig verflachter, inadäquater Affekt)	29,1
Stärkste Störung [kein Gespräch möglich, da (fast) stumm, keine kohärenten Äußerungen oder ganz mit Wahn beschäftigt]	17,6
Unbekannt	6,5
Summe	100,0

$N = 199$

in Zusammenhang mit einer Entlassung entwickelten 14,6%; einige Kranke standen einer Entlassung sehr ambivalent gegenüber (3%), ebensoviel blieben in ihren Ausführungen zu diesem Thema vage und unbestimmt. Jeder 8. Kranke (12,6%) war damit zufrieden, zu bleiben.

Neuroleptische Behandlung

Vom Pflegepersonal hatten wir die medikamentöse Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung erfragt.

Die Tagesdosis teilten wir nach in der Literatur angegebenen Durchschnittsdosierungen ein: 1. keine Neuroleptica oder Dosierung wahrscheinlich im Tranquilizerbereich; 2. Erhaltungsdosis: Dosierung oberhalb der unteren Grenze einer Erhaltungsdosis [21] und unterhalb der neuroleptischen Schwelle [9]; 3. Dosierung oberhalb der neuroleptischen Schwellendosis.

Jeder 4. Kranke (27,6%) wurde nicht mit Neuroleptica behandelt und bei weiteren 7,5% lag die Dosis im Tranquilizerbereich. Eine Erhaltungsdosis erhielten 38,2% und oberhalb der neuroleptischen Schwelle wurden 22,6% behandelt. Die Neuroleptica wurden in der Regel als einziges Psychopharmakon verabreicht, bei 13,1% der Kranken wurden sie mit einem Antiparkinsonmittel kombiniert. Nur einzelne Kranke erhielten 2 Neuroleptica (1%), Tranquilizer oder Thymoleptica mit Neuroleptica kombiniert, sowie drei und mehr Psychopharmaka (3%).

Mit der angegebenen Einteilung der neuroleptischen Behandlung korrelierte als einziges Verhaltensmerkmal Unbotmäßigkeit ($CC = 0,415$): die unbotmäßigen Kranken wurden häufiger oberhalb der neuroleptischen Schwelle behandelt. — Von den Untersuchungsmerkmalen korrelierten Sprachverarmung ($CC = 0,230$) und Inkohärenz ($CC = 0,334$) negativ: sie wurden häufiger bei den nicht oder unterdosiert behandelten Kranken beobachtet.

Kranke, die im ersten Unterbringungsjahr nicht behandelt worden waren, wurden auch bei der Nachuntersuchung häufiger nicht behandelt ($CC = 0,334$). Ein sehr eindrucksvoller Zusammenhang stellt sich zwischen der neuroleptischen Behandlung und dem Alter der Kranken dar: die unbehandelten Patienten waren im Mittel 56,4 Jahre, die im Bereich der Erhaltungsdosis behandelten 51,5 Jahre und die oberhalb der neuroleptischen Schwelle behandelten 46,8 Jahre alt. Diese Unterschiede sind nach dem *t*-Test signifikant.

Gesamtbeurteilung

Auf Grund des Studiums der Krankengeschichten, nach den Angaben des Pflegepersonals und nach unserem Untersuchungsbefund wurde abschließend beurteilt, ob der Patient unbedingt in einem psychiatri-

schen Krankenhaus betreut werden mußte oder ob er in einer anderen Einrichtung hätte versorgt werden können; irgendwelche therapeutischen Anstrengungen wurden dabei nicht vorausgesetzt. Wir hielten jeden 5. Kranken (20,1%) für ein Übergangsheim und jeden vierten (27,6%) für ein Pflegeheim geeignet. Von jedem 2. Kranken nahmen wir an, daß er weiterhin in einem psychiatrischen Krankenhaus betreut werden mußte.

Mit dieser Beurteilung korrelierte die zusammengefaßte Verhaltensbeurteilung ($CC = 0,594$) und der zusammengefaßte Untersuchungsbefund ($CC = 0,711$) gleichsinnig. — Ein entschiedener Entlassungswunsch war häufiger bei für eine Übergangseinrichtung geeigneten Kranken geäußert worden ($CC = 0,331$). — Kranke, die erst bei einer wiederholten Aufnahme zur Dauerunterbringung gelangt waren ($CC = 0,378$) oder die längere Zeit stationär vorbehandelt worden waren ($CC = 0,324$) schienen häufiger für ein Übergangs- oder Pflegeheim geeignet.

Mit sozialen Daten aus der Vorgeschichte ergaben sich folgende Korrelationen: für den Familienstand in dem Sinne, daß geschiedene Kranke häufiger für ein Übergangsheim geeignet schienen, während die verwitweten Patienten der Krankenhausbehandlung häufiger bedurften ($CC = 0,309$). Schulversager waren unter den Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedurften, überrepräsentiert ($CC = 0,286$).

Besprechung der Ergebnisse

Wir haben einige soziale und psychopathologische Daten zu einem Querschnitt nach 8—10 Jahren bei langfristig unter der Diagnose Schizophrenie hospitalisierten Patienten zusammengetragen. Die bisher im deutschsprachigen Schrifttum vorliegenden Befunde beschränken sich entweder weitgehend — meist unter dem Gesichtspunkt des Krankheitsverlaufes — auf die Psychopathologie [1, 16, 17, 22] oder beschreiben die sozialen Bedingungen eines Anstaltsaufenthaltes — in der Regel durch eingeschleuste Pflegepersonen — in teilnehmender Beobachtung [4, 7, 15]. Unser Versuch geht von der offiziellen Seite aus: wir verwendeten die Krankengeschichte und die Aussage der zuständigen Pflegepersonen; auch unser Gespräch mit dem Kranken entsprach konventionellem ärztlichen Verhalten, obwohl wir die üblichen Psychiaterfragen nach psychopathologischen Phänomenen unterließen. Andererseits kamen wir von „draußen“ und waren weder diesseits noch jenseits der Barriere in das System der Anstalt eingegliedert. Die aus dieser Position gewonnenen Einzelbefunde sollen im folgenden zu einigen Aspekten eines Querschnittbildes dauerhospitalisierter Schizophrener unter den damaligen und auch heute noch gegebenen niedersächsischen Verhältnissen zusammengefügt werden.

Die Verwahrung der Kranken

Der Versuch eines Überblickes über Verhalten, Psychopathologie und Rehabilitationsaussichten einer Gruppe chronischer schizophrener Patienten muß bei den Unterbringungsbedingungen beginnen; der Zustand der Kranken ist nicht unabhängig von ihren Lebensbedingungen, wie insbesondere Wing und Brown nachgewiesen haben [31]. Wir hatten uns zur Charakterisierung der Institution auf zwei äußere, leicht zu erkennende Merkmale beschränkt: auf die Einrichtung der Station und auf die Einschränkung, der der einzelne Kranke ausgesetzt war. In der Einrichtung, so scheint es, wird die Einstellung des Krankenhausträgers und damit der Gesellschaft den psychisch Kranken gegenüber deutlich; denn wir untersuchten nur staatliche Anstalten. Die vorgefundenen Zustände, die durch die wenig später von Klauss an allen niedersächsischen Anstalten durchgeführte Bestandsaufnahme bestätigt und ergänzt werden [18], sprechen für sich: nur jeder 20. Kranke war einigermaßen wohnlich untergebracht; diese Zahl war für Korrelationsberechnungen zu klein, so daß wir auch die nicht ganz desolat wohnenden Kranken zu den besser Untergebrachten rechneten. In den Korrelationen erwies sich dann, ebenso wie bei dem Merkmal Einschränkung, daß die besser wohnenden oder freier untergebrachten Kranken in ihrem Verhalten und psychopathologisch weniger gestört waren; die möglichen Schlüsse aus diesen Befunden werden weiter unten diskutiert.

Die Einschränkung, der die einzelnen Kranken unterworfen sind, scheint demgegenüber eher etwas über das Milieu und die Struktur des jeweiligen Krankenhauses auszusagen; diese sind freilich nicht unabhängig von institutionellen und insbesondere personellen Voraussetzungen. Das Ausmaß der angetroffenen Einschränkung war erschütternd: nur jeder 8. Kranke war offen hospitalisiert. Das ist ein Rückschritt gegenüber Kraepelins Zeit: 1895 lebten in den Anstalten Hildburghausen und Altscherbitz 40–60% der Patienten auf offenen Stationen [19]. Über 10 Jahre vor unserer Bestandsaufnahme waren die Möglichkeiten und Wege zu einer völligen Aufgabe der geschlossenen Stationen im Mapperley Hospital, Nottingham in einer verbreiteten deutschen Fachzeitschrift von einem früheren deutschen Anstaltspsychiater geschildert worden [28]. Etwa zur Zeit unserer Untersuchung hatte Lange es als allgemeinen Konsens der deutschsprachigen Psychiater mitgeteilt, daß auf den mehr chronischen Abteilungen 80–85% der Kranken offen untergebracht werden könnten [20].

Aus unseren Ergebnissen läßt sich die vorgefundene Häufigkeit einer geschlossenen Unterbringung nicht erklären: nur wenige Kranke galten nach Angaben des Pflegepersonals als gefährlich gegenüber anderen oder sich selbst und nur vereinzelt waren Kranke nach dem § 42b unter-

gebracht oder mußten wegen einer Tuberkulose oder als Typhusdauer-ausscheider isoliert werden. Dabei ist nicht zu übersehen, daß die geschlossene Unterbringung vieler Menschen auf engem Raum Aggressionen eher fördert als verhindert.

Ein Pfleger sagte mir, auf einen vorübergehend doppelt belegten, unerträglich überfüllten Tagesraum deutend, daß man mit Gesunden nicht so umspringen dürfe, sonst gebe es jeden Tag Mord und Totschlag.

Auch an Einzelbefunden läßt sich nachweisen, daß die Einschränkung häufiger als notwendig vorgefunden wurde: von allen nicht unbotmäßigen Kranken waren nur 15% offen untergebracht und mehr als die Hälfte ganz geschlossen verwahrt. Von den 11 Patienten, die weder in ihrem Verhalten noch psychopathologisch auffällig gewesen waren, lebten nur 5 offen untergebracht. Das ganze Elend einer kustodialen Psychiatrie offenbart sich in der engen Korrelation zwischen Einschränkung und Einrichtung der Station: eben die Kranken, die ihre geschlossene Station nicht verlassen durften, lebten auf den beengtesten und schlechtest eingerichteten Stationen. In dieser Verbindung von Einsperren und unwürdiger Unterbringung, der über die Hälfte aller nachuntersuchten Daueruntergebrachten ausgeliefert waren, stellt sich die ganze Vernachlässigung, ja Verachtung der chronisch psychisch Kranken dar.

Das Anstaltssyndrom

Es ist unbestritten, daß eine längere Hospitalisierung unter so einschränkenden und beengten Bedingungen die Kranken zusätzlich schädigt; dafür hat sich der Ausdruck Anstaltssyndrom eingebürgert [5]. Eine starke Abhängigkeit der Symptome Affektverflachung, Sprachverarmung und soziales Rückzugsverhalten — dem unsere Kontaktstörung weitgehend entsprechen dürfte — von dem sozialen Milieu in dem chronisch Schizophrene leben, wurde nachgewiesen [31]. Eben diese Symptome zählten zu den häufigsten von uns angetroffenen: leichte Affektstörungen beobachteten wir bei fast allen Kranken, beinahe zwei Drittel boten Kontaktstörungen und — wenn man die schwer psychotischen Patienten ausschließt —, wenigstens jeder zweite Zeichen einer Sprachverarmung. Alle drei Merkmale waren deutlich häufiger bei den geschlossenen Untergebrachten.

Gegen die theoretische Möglichkeit, daß die Kranken eben wegen dieser Störungen geschlossen untergebracht waren, sprechen zwei Tatsachen: erstens erfordern diese Symptome die geschlossene Unterbringung nicht unbedingt; zweitens waren sie dennoch am höchsten von allen Verhaltens- und psychopathologischen Merkmalen mit einer geschlossenen Unterbringung korreliert. Hingegen waren Wahnsymptome,

die gleichfalls sehr häufig waren, nicht mit der geschlossenen Unterbringung korreliert: es wurde beschrieben, daß dieses Symptom nicht so deutlich von dem Anstaltsmilieu beeinflusst wird [31]; eine häufigere geschlossene Unterbringung Wahnkranker könnte man hingegen theoretisch durchaus erwarten.

Wing und Brown erklären die Symptome Affektstörung, Sprachverarmung und soziales Rückzugsverhalten aus einem Zusammenwirken von schizophrener Grundstörung und dem sozialen Milieu. Schizophrene seien hier besonders gefährdet und bedürften daher einer besonders aktiven Soziotherapie. Diese Symptome dürften wenigstens teilweise Ausdruck des klassischen „Defekt“-Begriffes sein, dessen Abhängigkeit von Hospitalisierungsbedingungen und teilweise Reversibilität bei langfristigen Katamnesen neuerdings mehrfach festgestellt wurde [1, 8]. Hierbei sei angemerkt, daß ein zweiter, positiver Knick im Verlauf einer Schizophrenie sich auch in unseren Befunden andeutet: die öfter und länger vor der endgültigen Unterbringung behandelten Kranken waren bei der Nachuntersuchung in dem zusammengefaßten Untersuchungsbefund weniger gestört und erschienen häufiger in Übergangs- oder Pflegeeinrichtungen verlegbar; eine Abhängigkeit vom Lebensalter ließ sich dabei, ebenso wie bei dem zweiten Knick, nicht feststellen. Die Tatsache, daß die nach sehr langem Verlauf offensichtlich etwas gebesserten Kranken nicht entlassen werden, könnte Folge des Anstalts-syndroms sein: mit der Dauer des Anstaltsaufenthaltes nimmt die Zahl der Kranken zu, die damit zufrieden sind, weiter in der Anstalt zu bleiben [31]. Uns gegenüber hatte immerhin jeder 8. Kranke definitiv den Wunsch zu bleiben und nur ebensoviele einen entschiedenen Entlassungswunsch geäußert; die meisten Kranken sahen reale Schwierigkeiten, die sie zu vorsichtigen Äußerungen veranlaßten, hatten unrealistisch-wahnhafte Pläne oder waren schon hinsichtlich des Wunsches unentschlossen. Dies überrascht nach 8–10 Jahren Hospitalisierung unter den geschilderten Bedingungen nicht. Ein klarer, realistischer Entlassungswunsch war dabei bei den weniger gestörten Patienten häufiger.

Die neuroleptische Behandlung

Für die Behandlung der chronischen Schizophrenen standen ausschließlich Medikamente zur Verfügung [18]. Jeder 4. bis 3. Kranke wurde nicht oder wahrscheinlich unterdosiert behandelt; auch in anderen bundesrepublikanischen Anstalten wurde seinerzeit ein ähnlich hoher Anteil chronischer Patienten nicht behandelt [10, 25, 27]. Die nicht einmal mit Medikamenten Behandelten sind am eindeutigsten die „Verwahrfälle“. Das sind vorwiegend ältere Kranke: die nicht mit Neuroleptica Behandelten waren im Mittel 10 Jahre älter als die hoch-

dosierte Behandelten; auch in britischen Anstalten scheinen die älteren Kranken seltener neuroleptisch behandelt zu werden [31]. Das Lebensalter stellt somit nicht nur einen wichtigen Faktor für ein Zustandekommen der Dauerunterbringung dar [13], sondern die älteren Kranken werden auch von Anfang an — darauf weist die Korrelation zwischen Nichtbehandlung bei der Nachuntersuchung mit Nichtbehandlung im ersten Unterbringungsjahr hin — als „Verwahrfälle“ angesehen. Dies wird durch einen Vergleich zwischen im gleichen Zeitraum in ein Landeskrankenhaus aufgenommenen entlassenen und daueruntergebrachten Schizophrenen bestätigt [24].

Die neuroleptische Behandlung der Daueruntergebrachten scheint nicht an bestimmten psychopathologischen Zielsymptomen ausgerichtet gewesen zu sein: weder bei der Untersuchung noch in den vergangenen Jahren manifest Wahnkranke waren häufiger behandelt worden; auch Veltin u. Mitarb. hatten unbehandelte schwer psychotische Patienten auf einer chronischen Abteilung vorgefunden [27]. Hingegen war das Merkmal Unbotmäßigkeit deutlich mit einer medikamentösen Behandlung oberhalb der neuroleptischen Schwelle korreliert; die Neuroleptica werden also offensichtlich nicht nur von den Kranken als „chemische Zwangsjacke“ erlebt, sondern bei den Daueruntergebrachten auch in diesem Sinne eingesetzt. Theoretisch könnte die neuroleptische Behandlung dem Personal Sicherheit geben: die behandelten Kranken waren seltener ganz geschlossen untergebracht. Hier ist freilich auch die Interpretation möglich, daß sich in medikamentöser Behandlung und freizügiger Unterbringung eine positive Einstellung dem Kranken gegenüber ausdrückt.

Die neuroleptische Behandlung scheint nicht ohne Erfolg geblieben zu sein: die behandelten Kranken waren in den beiden zusammenfassenden Beurteilungen weniger gestört — trotz der eindeutig gegenläufigen Tendenz bei den „Unbotmäßigen“; interessant erscheint uns, daß wir die psychopathologischen Einzelmerkmale Sprachverarmung und Inkohärenz bei den neuroleptisch Behandelten signifikant seltener vorfanden.

Die Notwendigkeit der weiteren Krankenhausunterbringung

Tab.1 und 2 zeigen, daß 40—50% der Kranken in unseren beiden zusammengefaßten Beurteilungen nicht erheblich gestört waren; in der Kombination dieser beiden Beurteilungen miteinander war jeder 4. Kranke nicht oder nur mäßig gestört. Dem psychopathologischen Befund kommt in der von uns verwendeten Form eine gewisse Aussagekraft bezüglich einer Rehabilitation zu: Wing hat nachgewiesen, daß bei mäßig gestörten und entlassungswilligen Kranken ein industrielles Rehabilitationsprogramm meist zum Erfolg führt [29]. Man

könnte dies danach beinahe bei jedem zweiten dauerhospitalisierten Schizophrenen annehmen; diese Annahme wird durch die Häufigkeit der noch arbeitenden Kranken unterstrichen. Insgesamt waren auch bei den 8—10 Jahre Untergebrachten offensichtlich die Rehabilitationschancen noch nicht ganz verspielt.

Nach unserem Eindruck unmittelbar nach der eigenen Untersuchung des Kranken schien es ohne weitere Maßnahmen möglich, jeden 5. Kranken in eine Übergangseinrichtung und jeden 4. Kranken in ein Pflegeheim zu verlegen. Diese Schätzung stimmt brauchbar mit vergleichbaren britischen Schätzungen um das Jahr 1960 überein [2, 3, 6], während Kulenkampff für seine Angabe von 80% rehabilitationsfähigen Kranken wohl aktive therapeutische Bemühungen voraussetzt [19]. In einer eingehenderen Studie an den zeitlich unmittelbar nach unseren Patienten daueruntergebrachten Schizophrenen in Königs-Lutter war Han gleichfalls zu dem Ergebnis gekommen, daß etwa jeder zweite Dauerhospitalisierte aus überwiegend sozialen Gründen in der Anstalt verblieb [11]. Die für diese Kranken erforderlichen Übergangs- und Pflegeheime waren — und sind bis heute — nicht vorhanden. Die nach unseren Ergebnissen auch bei einem Querschnitt daueruntergebrachter Schizophrener nachweisbaren Möglichkeiten einer Rehabilitation konnten und können daher derzeit nicht genutzt werden.

Literatur

1. Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: G. Thieme 1972
2. Cooper, A. B., Early, D. F.: Evolution in the mental hospital. Brit. med. J. 1961 I, 1600—1603
3. Cross, K. W., Harrington, J. A., Mayer-Gross, W.: A survey of chronic patients in a mental hospital. J. ment. Sci. 103, 146—171 (1957)
4. Fischer, Frank: Irrenhäuser. Kranke klagen an. München: K. Desch 1969
5. Freudenberg, R. K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. Nervenarzt 33, 165—172 (1962)
6. Garrat, F. N., Lowe, C. R., McKeown, T.: Investigation of the medical and social needs of patients in mental hospitals. II. Type of accommodation and staff required. Brit. J. prev. soc. Med. 12, 29—41 (1958)
7. Goffman, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1972
8. Gross, G., Huber, G.: Zur Prognose der Schizophrenien. Psychiat. Clin. 6, 1—16 (1973)
9. Haase, Hans-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. Düsseldorf: Janssen 1966
10. Haddenbrock, S., Poeschel, H.: Die chronisch Kranken eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses. Nervenarzt 34, 49—55 (1963)
11. Han, Thwan Ham: Hinderungsgründe für die Entlassung langfristig hospitalisierter Schizophrener. Inaugural-Dissertation, Göttingen 1967
12. Hartmann, W.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Soc. Psychiat. (Berl.) 4, 101—114 (1969)

13. Hartmann, W.: Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. I. Klinische und soziale Daten bis zum Beginn der Dauerunterbringung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **212**, 382—399 (1969)
14. Hartmann, W.: Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen II. Daten aus der Zeit der Dauerunterbringung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **215**, 129—147 (1972)
15. Hemprich, R. D., Kisker, K. P.: Die „Herren der Klinik“ und die Patienten. Nervenarzt **39**, 433—441 (1968)
16. Huber, G.: Schizophrene Verläufe. Dtsch. med. Wschr. **89**, 212—216 (1964)
17. Janzarik, W.: Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 140—154 (1964)
18. Klauss, Heiko: Zur Rehabilitation psychisch Behinderter. Eine Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des norddeutschen Raumes. Dissertation, Göttingen 1971
19. Kulenkampff, C.: Die Versorgung der psychisch Kranken. In: Lauter, Hans, Meyer, Joachim-Ernst: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Stuttgart: G. Thieme 1971
20. Lange, E.: Die Suicidgefahr beim Open-Door-System in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Soc. Psychiat. (Berl.) **1**, 64—72 (1966)
21. Lauter, H.: Die psychiatrische Pharmakotherapie und ihre Stellung im Behandlungsplan der endogenen Psychosen. Münch. med. Wschr. **104**, 2236—2246 (1962)
22. Leonhard, Karl: Die defektschizophren Krankheitsbilder. Leipzig: G. Thieme 1936
23. Mohs, U.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Nervenarzt **37**, 34—36 (1966)
24. Pauls, Edlef: Vergleichende statistische Untersuchungen bei dauer- und nicht-dauerhospitalisierten schizophrenen Erkrankten. Inaugural-Dissertation, Göttingen 1973
25. Philipzen, H.: zitiert nach [18]
26. Sachs, L.: Statistische Auswertungsmethoden, 3. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
27. Veltin, A., Krüger, H., Zumpe, V.: Zur arbeitstherapeutischen Situation langjährig hospitalisierter Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus. Nervenarzt **41**, 173—177 (1970)
28. Weil, P. L.: Freiheit im psychiatrischen Krankenhaus. Fortschr. Neurol. Psychiat. **24**, 568—577 (1956)
29. Wing, J. K.: A pilot experiment on the rehabilitation of long-hospitalised male schizophrenic patients. Brit. J. prev. soc. Med. **14**, 173—180 (1960)
30. Wing, J. K.: A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia. J. ment. Sci. **107**, 862—875 (1961)
31. Wing, John K., Brown, George W.: Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960—1968. Cambridge: At the University Press 1970

Dr. med. W. Hartmann
 Psychiatrische Universitätsklinik
 D-3400 Göttingen
 v. Sieboldstr. 5
 Bundesrepublik Deutschland