

## Die psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärzten

Ch. La Roche und K. Ernst

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Eingegangen am 29. Januar 1975

### The Attitude of 200 Hospitalized Psychiatric Patients and Their Doctors toward Treatment

*Summary.* 1 week after their admission to a psychiatric clinic, a representative sample of 200 patients were interviewed as to their attitude toward hospitalization and their opinion of the doctors, nursing personnel, psychopharmaca, as well as the industrial and creative occupational therapy they underwent. They were also questioned as to the general physical environment. At the same time, the 15 assistants treating these patients were asked their opinion of the attitudes of their patients toward some of the above points.

The patients answered less favorably with regard to their wards (particularly if these were closed) and with regard to the hospitalization in general, but they answered more favorably reacted more positively to their doctors and nurses than to the various methods of treatment (counseling, psychopharmaca, occupational therapy). Information on the patients from their doctors concerning noticeable side effects of psychopharmaca proved insufficient. There was no difference in the patients attitude toward occupational therapy that consisted of unpaid industrial work and the creative occupational therapy. Women were more critical than men. The opinions of the patients were in good agreement with those of the doctors.

*Key words:* Attitude — Hospitalization.

*Zusammenfassung.* 200 Kranke wurden eine Woche nach ihrem Klinikaufenthalt nach ihrer globalen Einstellung zur Hospitalisierung und nach ihrer Meinung über den behandelnden Arzt, das Gespräch mit ihm, die Psychopharmaka, das Pflegepersonal, die Arbeits- und Ergotherapie und das Abteilungsregime befragt. Gleichzeitig wurden die 15 behandelnden Assistenzärzte dieser Kranken danach befragt, wie sie die Einstellung ihrer Patienten zu bestimmten von den oben erwähnten Punkten einschätzten. — Interviewer und behandelnde Ärzte erzielten eine gute Übereinstimmung in ihrer Beurteilung. Die Patienten akzeptierten ihr Abteilungsregime (besonders das geschlossene) und die damit besonders eng gekoppelt erlebte Hospitalisierungstatsache schlechter, ihre Betreuungspersonen (Ärzte und Pflegepersonal) dagegen besser als die verschiedenen Behandlungsformen (ärztliches Gespräch, Psychopharmaka, Aktivitätstherapie). Die Frauen waren kritischer eingestellt als die Männer. Es bestand kein Unterschied in der Beliebtheit zwischen unbezahlter industrieller Arbeitstherapie und gestaltender Ergotherapie. Die Information der Kranken durch ihre Ärzte über die spürbaren Nebenwirkungen der verordneten Psychopharmaka war ungenügend.

*Schlüsselwörter:* Einstellung — Klinikbehandlung.

### 1. Fragestellung

In einer früheren Arbeit unserer Klinik [1] wurde die individuell explorierte Einstellung zur Hospitalisierung von 200 frisch eingetretenen Kranken am 1. und am 10. Tag ihres Klinikaufenthaltes untersucht. Das Resultat wurde unter an-

derem mit den Schätzungen verglichen, die von 30 erfahrenen Klinikmitarbeitern über die von ihnen vermuteten Einstellungen der Kranken abgegeben wurden. Diese Schätzungen der Mitarbeiter bezogen sich auf die Stichprobe als Ganzes und erfolgten ohne individuelle Gespräche mit den Probanden. Es erwies sich, daß diese Schätzungen in der Hauptsache falsch und zwar vorwiegend zu optimistisch waren.

Es scheinen bisher wenige vergleichbare Publikationen zum Thema vorzuliegen. Die mit anderer Befragungsart an 100 Kranken gewonnenen Ergebnisse von Lowenkopf u. Greenstein [3] zeigen immerhin ein ähnliches Zahlenverhältnis von akzeptierenden, intermediären und ablehnenden Stimmen wie bei uns, wenn man ihre Antworten daraufhin auszählt. Goldstein u. Mitarb. [2] geben eine kurze Übersicht über weitere Literatur. Ihre eigene Fragebogen-Erhebung richtete sich an 346 *austretende* Kranke. (Eines der bemerkenswertesten und unerwartesten Ergebnisse ihrer Studie besteht darin, daß nicht nur die behandelnden Klinikärzte, sondern vor allem die Patienten selber unter den zu beurteilenden 20 Behandlungsmethoden und -faktoren die Elektroschockbehandlung als die nützlichste Therapie einschätzten.)

Die vorliegende Studie über eine neue Stichprobe geht mehr ins Einzelne als die frühere Untersuchung unserer Klinik [1]. Sie untersucht für jeden Kranken nach einer Woche Klinikaufenthalt nicht nur dessen *globale Einstellung zur jetzigen Hospitalisierung*, sondern fragt auch danach, *wie gut der Patient seinen behandelnden Arzt kennt, was er über ihn, über seine elementare Psychotherapie und über die allenfalls von ihm verordneten Psychopharmaka denkt, ob der Patient über die spürbaren Nebenwirkungen des Psychopharmakons aufgeklärt worden ist und was er vom Pflegepersonal, von der Arbeits- und Ergotherapie und vom geschlossenen bzw. offenen Abteilungsregime hält.*

Gleichzeitig und gesondert wird die *Schätzung eines jeden behandelnden Arztes* über die wichtigsten dieser Einstellungskomponenten seiner einzelnen Kranken ermittelt. Es läßt sich so in jedem Einzelfall überprüfen, wie gut die Schätzung des behandelnden Arztes mit dem Befund des Interviewers übereinstimmt. Die ganze Studie hat den Zweck, mehr Kenntnis über die Hoffnungen und Enttäuschungen der Patienten hinsichtlich ihrer Klinikbehandlung und über die Realitätsnähe des ärztlichen Denkens zu vermitteln.

## 2. Gewinnung und Zusammensetzung der Stichprobe

Vom 5.1.1973 an untersuchte der eine von uns (L.) alle Kranken, die jeweils vor einer Woche zum ersten oder zu einem wiederholten Mal eingetreten waren. Am 7.3.1973 war die Untersuchung von 200 Probanden — 85 Männern und 115 Frauen — abgeschlossen. 33 in dieser Zeit Aufgenommene, die vor dem 8. Tag ihres Aufenthaltes wieder austraten, wurden nicht in die Studie aufgenommen: um ein relevantes Urteil abgeben zu können, sollten die Probanden ja auf eine Woche Klinik erfahrung zurückblicken. Da in der eingangs erwähnten früheren Studie unter den innerhalb von 10 Tagen Austretenden die ablehnend Eingestellten sich nicht signifikant häuften, dürfte der Aussagewert unserer Stichprobe in dieser Hinsicht kaum als beeinträchtigt gelten.

*Merkmale der Stichprobe.* Sie unterscheidet sich in keinem der folgenden Merkmale signifikant von der Gesamtheit aller 1973 aufgenommenen Kranken und kann in diesem Sinn als *repräsentativ* gelten. Sie stimmt in diesen Eigenschaften auch mit der genannten früheren Stichprobe überein.

*Geschlecht.* Es handelt sich um 85 Männer und 115 Frauen. *Altersaufbau:* für beide Geschlechter liegt der Häufigkeitssgipfel in der Dekade der 30–39jährigen. 6% bzw. 7% sind unter 20- bzw. über 69jährig. Die Frauen haben mit 46 einen etwas höheren Altersdurchschnitt als die Männer mit 39 Jahren. *Nationalität:* 82% Schweizern stehen 18% Ausländer gegenüber. *Zivilstand:* 35% der Männer und 33% der Frauen sind verheiratet. *Berufsniveau:* 56% der Männer und 39% der Frauen haben eine Berufslehre abgeschlossen. *Ersteintritte* lagen bei 52%, *Wiedereintritte* bei den übrigen Aufnahmen vor.

*Hauptdiagnosen.* 6% waren hirnkranke (in der Mehrzahl senil), 1% schwachsinnig, 39% schizophrene, 26% schwer depressiv (meist endogen), 3% manisch, 19% süchtig (einschließlich Alkoholismus) und 6% anders persönlichkeitsgestört (z. B. neurotisch).

*Psychopharmaka* waren im Zeitpunkt der Untersuchung (7–8 Tage nach der Aufnahme) bei 75% der Kranken fest (d. h. nicht bloß „in Reserve“) verordnet. Als Hauptmedikament erhielten 50% ein Neurolepticum, 12% ein Antidepressivum, 1% Lithium, 4% einen Tranquillizer und 8% ein Schlafmittel. 25% hatten nichts fest verordnet, und zwar 33% der Männer und 20% der Frauen.

*Arbeitstherapie* wurde zur Zeit der Untersuchung mit 38%, *Ergotherapie* mit 33% der Patienten durchgeführt. (Wo der Kranke an beiderlei Aktivitätstherapie teilnahm, zählte die therapeutisch zur Zeit „wichtiger“ erscheinende.) Auswärts arbeiteten 1%, anderen Tätigkeiten oblagen 6% und 22% arbeiten nicht in erheblichem Ausmaß.

*Abteilungsregime.* 7–8 Tage nach der Aufnahme hatten noch 23% der Männer und 41% der Frauen ihr Bett in einem Wachsaa, 59% der Männer und 48% der Frauen logierten in einer geschlossenen Abteilung außerhalb eines Wachsaa und 18% der Männer und 11% der Frauen befanden sich auf einer offenen Abteilung. (Der Geschlechtsunterschied beruht hier mehr auf den Einrichtungen der Klinik als auf den Krankheitsarten der Patienten.)

### 3. Untersuchungsmethode

a) *Die Interviews mit den 200 Kranken.* Am 7.–8. Tag der Hospitalisierung unterhielt sich der Interviewer während durchschnittlich 20–25 min mit dem Kranken. Der Patient hatte zu diesem Zeitpunkt seinen behandelnden Arzt im allgemeinen (mit Ausnahme des Wochenendes) täglich mindestens einmal gesehen. Die Anliegen des Kranken waren besprochen, die Anamnese war meist einigermaßen erhoben, der körperliche und psychopathologische Zustand untersucht, der Kontakt mit den Angehörigen hergestellt und die Behandlung eingeleitet worden.

Der Untersucher stellte sich dem Patienten als ärztlicher Klinikmitarbeiter vor, der nicht der behandelnde Arzt sei und mit letzterem auch keinen Kontakt haben werde, der sich aber für die Behandlung und deren Vor- und Nachteile interessiere. In zwangloser Reihenfolge, aber vollständig, wurde dann die Einstellung des Patienten zu den Themen exploriert, die in der „Fragestellung“ aufgezählt worden sind. Der Wortlaut der besprochenen Fragen wird unten jeweils vor der Besprechung der Resultate angeführt.

Die Antworten der Probanden zu allen Fragen wurden vom Untersucher auf seinem Befundblatt jedes Mal einer von vier Kategorien zugeteilt, nämlich den Rubriken: „positiv“, „intermediär“ („indifferent“ oder „ambivalent“), „negativ“ oder selten „aus cerebralen Gründen entfallend“. Insbesondere Demente, schwer Schwachsinnige und Bewußtseinsgestörte vermochten einzelne oder alle Fragen nicht sinnvoll zu beantworten. In den anderen Fällen hatte der Interviewer den Eindruck, daß die wirkliche Meinung der Kranken fast immer leicht zu beurteilen sei. Ähnlich wie Egloff [1] geriet er nur selten in Zweifel, welcher von den 4 Kategorien er die Antwort zuordnen sollte.

b) *Der Fragebogen für die 15 behandelnden Ärzte.* Am selben Tag, da der Untersucher den Probanden exploriert hatte, überreichte er dem behandelnden Arzt des letzteren einen Fragebogen mit der Bitte um sofortige Ausfüllung. Die Ärzte waren durch die Klinikleitung über den Zweck des Fragebogens informiert worden. Es handelte sich bei ihnen um Assistenzärzte, die seit einigen Wochen bis zu zwei Jahren in der Klinik gearbeitet hatten.

Die Ärzte hatten lediglich drei Fragen zu beantworten, nämlich diejenigen nach den vermuteten Einstellungen des Kranken 1. zur Hospitalisierung überhaupt, 2. zum behandelnden Arzt selber und 3. zum allenfalls fest verordneten Psychopharmakon. Sie hatten dabei jedesmal anzukreuzen, ob sie die Einstellung des Patienten als positiv, intermediär, negativ oder „aus cerebralen Gründen entfallend“ einschätzten. Diese Einschätzung nahmen die Ärzte vor,

ohne mit dem Kranken nochmals zu sprechen, also lediglich auf Grund ihrer einwöchigen Untersuchung und Behandlung, die sie nicht anders durchgeführt hatten als sonst. Es war den Ärzten nicht mitgeteilt worden, daß die Kranken unter anderem nach der Elementar-Psychotherapie (s. unten) und nach ihrer Aufklärung über die Nebenwirkungen der Psychopharmaka befragt würden. Dadurch sollte vermieden werden, daß die Ärzte ihre therapeutischen Gewohnheiten (deren Effekte ja mituntersucht werden sollten) während der Stichprobenzeit änderten.

c) *Datenverarbeitung und Signifikanzberechnung.* Sowohl die Personalien und die Daten der Krankengeschichte wie auch die Befunde beider Beurteiler wurden codiert, gemäß den Fragestellungen ausgezählt und tabelliert. (Zugunsten der Lesbarkeit werden im folgenden oft nur die Prozentwerte, nicht auch noch die absoluten Zahlen mitgeteilt.) Die Signifikanz von Unterschieden wurde auf Grund der absoluten Zahlen mit der Chi-Quadrat-Methode für 4 oder 6 Felder geprüft.

Für alle Berechnungen wurden die seltenen Fälle der „aus cerebralen Gründen entfallenden“ Patientenmeinungen zur Kategorie der „intermediären“ Einstellung gezählt. *Auf diese Weise fielen für die Signifikanzprüfung nur noch höchstens je 3 Einstellungskategorien in Betracht.*

„Hochsignifikant“ bedeutet eine Zufallswahrscheinlichkeit  $P$  bis 0,001, „signifikant“ eine solche bis 0,01, „schwach signifikant“ eine solche bis 0,05. Größere Zufallswahrscheinlichkeiten werden gegebenenfalls als „Trend“ in Betracht gezogen.

d) *Definition von „Übereinstimmung“ und „Gegensatz“ in den Urteilspaaren.* Ein „Urteils-paar“ besteht aus den beiden Beurteilungen eines bestimmten Fragepunktes bei ein und demselben Patienten, einerseits durch den Interviewer und andererseits durch den behandelnden Arzt. Als „Übereinstimmung“ wird die Zuordnung zur gleichen Antwortkategorie durch Interviewer und Arzt definiert. Ein „Gegensatz“ liegt vor, wenn der eine Beurteilende eine „positive“, der andere eine „negative“ Einstellung des Probanden annimmt oder umgekehrt. Schätzt in einem solchen Fall der Arzt „positiv“, so bezeichnen wir sein Urteil als „optimistisch“ im umgekehrten Fall als „pessimistisch“.

Voneinander abweichende Beurteilungen, deren eine auf „intermediäre“ Einstellung lautet, werden dagegen nicht besonders betrachtet, weil ihre Bedeutung fraglich ist. Der wirkliche Unterschied der beiden Urteile kann nämlich je nachdem sehr klein oder recht groß sein: klein, wenn der „intermediär“ Urteilende die betreffende Antwort nahe bei der Grenze zur Kategorie des anderen Urteilenden schätzt; groß dagegen, wenn er sie nahe bei der entgegengesetzten Grenze vermutet.

Würden die Ärzte in jedem Einzelfall zufällig, d. h. ohne Kenntnis der Patienten und ohne System aufs Geratewohl schätzen, so würden sie bei den 3 möglichen Schätzwerten („positiv“, „intermediär plus entfallend“ und „negativ“) in  $1/3 = 33\%$  der in Frage kommenden Fälle „Übereinstimmung“ erzielen. „Gegensätze“ würden sie dagegen nur bei je einem Drittel der vom Interviewer als „positiv“ oder als „negativ“ beurteilten Fälle erzielen, weil bei einer Schätzung auf „intermediär“ kein „Gegensatz“ entstehen kann. -- An diesen Zufallswerten kann der Grad der Übereinstimmung zwischen den behandelnden Ärzten und dem Interviewer gemessen werden.

#### 4. Resultate

a) *Allgemeines.* Wo nichts besonderes bemerkt wird, besteht kein signifikanter Einstellungs-Unterschied zwischen den Patienten-Untergruppen, die sich nach Alter, Zivilstand, Diagnosen und Behandlungsformen unterscheiden. Das *Berufsniveau* zeigte in dieser Studie nirgends einen faßbaren Einfluß. Insbesondere konnte bei Ungelernten keine negativere Einstellung als bei Gelernten nachgewiesen werden.

b) *Es wurde eine gute Übereinstimmung zwischen Interviewer und behandelndem Arzt gefunden* (hinsichtlich der Einstellung der Kranken zur Hospitalisierung überhaupt, zum behandelnden Arzt und zum Psychopharmakon). Diese Übereinstimmung drückt sich in einer statistischen Übervertretung der übereinstimmenden

und einer massiven Untervertretung der gegensätzlichen Urteils-paare aus (vgl. oben). Die letzteren häufen sich übrigens bei einigen wenigen Ärzten.

c) *Die Frauen tendieren allgemein zu einer negativeren Einstellung als die Männer.* Dieser Befund kann aus Raumgründen im folgenden nicht überall belegt werden (vgl. aber Kapitel 5, b).

d) *Globale Einstellung zur Hospitalisierung:* „ist es Ihnen recht, daß Sie zu uns eingetreten sind?“ Als positiv (akzeptierend) galt die Meinung des Kranken auch dann, wenn er zwar ungern in der Klinik war, aber die Hospitalisierung in seiner jetzigen Situation als vernünftig bzw. als das geringste Übel betrachtete. Negativ (ablehnend) war die Meinung z. B. dann, wenn er die Hospitalisierung als unnötig oder ungerecht empfand.

Der Interviewer fand hier in 41,5% akzeptierende, in 27% intermediäre (indifferente oder ambivalente), in 28% ablehnende und in 3,5% aus cerebralen Gründen entfallende Einstellungen. Der Anteil der Akzeptierenden ist damit fast genau gleich groß und der Anteil der Ablehnenden nicht signifikant kleiner wie in der Stichprobe von Ernst u. Egloff. Die Ärzte schätzten die Einstellung ihrer Kranken in 42% akzeptierend, in 37% intermediär, in 19,5% ablehnend und in 1,5% als entfallend ein. Ihr Bild zeigt demnach gegenüber dem Befund des neutralen Untersuchers mit  $P$  zwischen 0,1 und 0,05 einen Trend zum Optimismus. Bemerkenswerterweise geht diese Diskrepanz ausschließlich auf die signifikant zu günstige ärztliche Einschätzung der Meinungen der Frauen zurück, die sich beim Interviewer in 30,5% ablehnend äußerten, während die Ärzte dies nur in 13,9% vermuteten.

e) *Persönliche Bekanntheit des Arztes:* „wer ist der Arzt, der Sie hier behandelt?“ Die Patienten konnten dem Interviewer in 81% den Namen ihres Arztes richtig angeben, weitere 9,5% konnten den letzteren wenigstens zutreffend beschreiben. 4,5% konnten dies nicht, obwohl sie cerebral als dazu fähig erschienen und 5% vermochten aus cerebralen Gründen keine Auskunft zu geben.

f) *Einstellung zum behandelnden Arzt:* „sind Sie zufrieden mit ihm?“ Der Interviewer fand 69,5% bejahende, 20% fragliche, 3,5% ablehnende und 7% entfallende Antworten, während die entsprechenden Ziffern der Vermutungen der Ärzte 66%, 29%, 3,5% und 1,5% lauteten, also eine gute Übereinstimmung ergaben. Die Person des Arztes wird hochsignifikant viel seltener abgelehnt als die Hospitalisierung an sich. 64% der Kranken, die beim Interviewer die Hospitalisierung ablehnten, waren mit ihrem Arzt zufrieden.

g) *Das Bedürfnis nach elementarer Psychotherapie:* „Konnten Sie mit Ihrem Arzt reden über das, was für Sie wichtig ist?“ Die Frage zielte auf das Erleben des ärztlichen Gesprächs bzw. der elementaren Psychotherapie ab. Die Antworten lauteten in 53,5% anerkennend, in 25% fraglich, in 12,5% verneinend und in 9% war aus cerebralen Gründen keine relevante Antwort möglich. Dieses Resultat ist hochsignifikant weniger günstig als dasjenige über die Zufriedenheit mit dem Arzt überhaupt.

h) *Einstellung zum Psychopharmakon:* „haben Sie das Gefühl, dieses Medikament helfe Ihnen etwas oder es helfe Ihnen nichts?“ Das Thema wurde natürlich nur mit denjenigen 149 Kranken besprochen, die auf Grund des Behandlungsblattes regelmäßig ein Neurolepticum oder ein Antidepressivum erhalten hatten. Die Antworten sind insofern mit Zurückhaltung zu interpretieren, als sie bei den ver-

schiedenen Kranken auf sehr unterschiedlich langer Erfahrung beruhen (monatelange ambulante Vorbehandlung bis wenige Tage dauernde erstmalige Verabreichung).

Der Interviewer registrierte auf diese Frage in 45,5% befriedigte, in 26% intermediäre und in 17,5% unbefriedigte Antworten, während in 11% keine Antwort möglich war. (Dieses Resultat ist hochsignifikant ungünstiger als dasjenige zur Wertschätzung des Arztes.) Die Schätzungen der Ärzte erwiesen sich demgegenüber (mit 60,5%, 28%, 8% bzw. 3,5%) mit  $P$  zwischen 0,01 und 0,02 als zu optimistisch.

i) *Aufklärung über die Nebenwirkungen*: „was hat Ihnen Ihr Arzt darüber gesagt, was man von diesem Medikament spüren könne?“ So lautet die etwas mühsame Übersetzung der entsprechenden Dialektformulierung. Sie sollte ergründen, ob der Kranke von seinem Arzt über die wichtigsten subjektiv spürbaren Nebenwirkungen seines Psychopharmakons aufgeklärt worden war bzw. ob der Patient diese Aufklärung auch aufgefaßt und behalten hatte. (Die neueintretenden Ärzte der Klinik werden u. a. durch ein Merkblatt auf die psychotherapeutische Wichtigkeit einer solchen Aufklärung aufmerksam gemacht.) Als positiv wurde eine Antwort dann registriert, wenn der Kranke auch nur eine einzige subjektive Nebenwirkung seines Medikamentes (z. B. Schläfrigkeit oder Mundtrockenheit) zu nennen wußte; und als negativ, wenn er nicht einmal über dieses Minimum Bescheid geben konnte. Eine intermediäre Antwortskategorie wurde hier nicht gebildet.

In diesem Sinne positiv waren die Antworten von 11=7,5%, negativ diejenigen von 109 = 73% der Kranken. 29 = 19,5% von ihnen gaben aus mnestischen oder intellektuellen Gründen oder (was hier häufiger vorkam) insofern keine verwertbare Antwort, als der Untersucher nicht sicher war, ob die Befragten allfällige Erklärungen des Arztes überhaupt aufgefaßt hatten. Bemerkenswerterweise ist der Anteil der nicht sicher zu beurteilenden Antworten trotz der Einfachheit des angewendeten Kriteriums bei dieser mehr intellektuellen Frage deutlich größer als bei den anderen, nur auf affektive Einstellungen abzielenden Fragen. Wegen dieser Wesenseigentümlichkeit der Frage läßt sich auch kein sinnvoller Vergleich mit den Ergebnissen bei anderen Fragen anstellen. Indessen wird auf die Bedeutung dieses Resultates noch zurückzukommen sein.

k) *Einstellung zum Pflegepersonal*: „sind Sie zufrieden mit Ihren Schwestern (z w. Pflegern)?“ Hier wird nach der Beurteilung eines Teams, nicht mehr, wie beim behandelnden Arzt, nach der Beurteilung einer Einzelperson gefragt. Die Ergebnisse lauten gleich günstig wie in bezug auf den behandelnden Arzt: 70,5% bejahen, 20,5% sind unschlüssig oder abwartend eingestellt, nur 2,5% verneinen und 6,5% können sich aus cerebralen Gründen nicht äußern.

l) *Einstellung zur Arbeits- und Ergotherapie*: „was arbeiten Sie bei uns? — machen Sie es gern?“ Die Frage wurde allen Kranken gestellt, die nicht bettlägerig waren und die deshalb einer Aktivitätsgruppe zugeteilt waren. Die Angaben der Kranken über die Art ihrer Tätigkeit wurden überprüft. Eine Übersicht über die Arten der Tätigkeiten wurde oben bei den „Merkmale der Stichprobe“ gegeben.

44,5% aller 200 Kranken bejahten die Frage, 25% nahmen eine intermediäre Haltung ein, 13% lehnten die ihnen empfohlene Arbeit ab und 17,5% arbeiteten in keiner Gruppe. Bemerkenswerterweise besteht bei beiden Geschlechtern keiner-

lei Unterschied in der Beliebtheit zwischen unbezahlter industrieller Arbeitstherapie und gestaltender Ergotherapie.

m) *Einstellung zum Abteilungsregime*: „die Türen sind hier geschlossen (bzw. nicht geschlossen). Was finden Sie über die Einrichtung der Abteilung?“ Die Frage zielt auf die Wohnlichkeit oder Unwohnlichkeit der Krankenabteilung und suggeriert die besondere Berücksichtigung des Geschlossenheitsgrades (Wachsaal, übrige geschlossene Abteilung, offene Abteilung).

35,5% der Kranken äußern sich positiv zu den Einrichtungen ihrer Abteilung, 30,5% intermediär, 29,5% negativ und 4,5% können sich nicht äußern. Besonders deutlich ist natürlich der Zusammenhang mit dem Geschlossenheitsgrad der Abteilungen. Es verhalten sich die akzeptierenden zu den intermediären zu den ablehnenden Urteilen auf den offenen Abteilungen in Prozenten wie 82:18:0, auf den geschlossenen außerhalb der Wachsäle wie 35:32:33 und in den Wachsälen wie 22:39:40.

Aber nicht nur die spezielle Meinung der Kranken über das Abteilungsregime, sondern auch ihre *globale Einstellung* zum Klinikaufenthalt hängt hochsignifikant mit dem Offenheitsgrad ihrer Abteilungen zusammen. Akzeptierende, intermediäre und ablehnende globale Urteile verhalten sich bei den Patienten der offenen Abteilungen wie 20:6:2, bei denjenigen der geschlossenen außerhalb der Wachsäle wie 47:28:30 und bei denjenigen in den Wachsälen wie 16:27:24.

## 5. Schlußfolgerungen und Interpretation

Tabelle 1. Übersicht über einige Resultate

Gegenstand der Einstellung	Geschätzt durch <sup>a</sup>	Art der Einstellung (%)			Anzahl Pat. N =
		akzeptierend	indiff. + ambiv. + fehlend	ablehnend	
Behandelnder Arzt	I	69,5	27,0	3,5	200
	A	66,0	32,5	1,5	200
Schwestern/Pfleger	I	70,5	27,0	2,5	200
Ärztl. Gespräch	I	53,5	34,0	12,5	200
	A	60,5	31,5	8,0	149
Psychopharmaka	I	45,5	37,0	17,5	149
	A	60,5	31,5	8,0	149
Arbeits-/Ergotherapie	I	53,9	30,3	15,8	165
Abteilungs-Regime	I	35,5	35,0	29,5	200
Hospitalisierung, global	I	41,5	30,5	28,0	200
	A	42,0	38,5	19,5	200

<sup>a</sup> I = Interviewer; A = behandelnder Arzt.

Im folgenden werden die wichtigsten Resultate thesenartig zusammengefaßt und interpretiert:

a) *Die Meinungen der Kranken sind fast immer leicht erkennbar und klar*. Dies bestätigt den Eindruck von Egloff [1], daß die meisten psychisch Kranken eindeutige und kohärente Meinungen über die für sie wichtigen Belange nicht nur zu

hegen, sondern auch klar auszudrücken vermögen — ein Befund, der für sich allein schon von Interesse ist, wenn man an die durchschnittliche Krankheits schwere der Patienten dieser Stichproben denkt.

b) *Die Frauen zeigen allgemein eine stärkere Tendenz zur Ablehnung als die Männer.* Dies ergibt sich in unserer Stichprobe bei den Resultaten d, f, g, k und m und entspricht einem Trend, der schon in der früheren Stichprobe [1] gefunden wurde. Diese Tendenz hängt nicht mit diagnostischen Kategorien zusammen. Sie äußert sich am signifikantesten bei der am meisten persönlichkeitsbezogenen Therapieform, nämlich beim ärztlichen Gespräch ( $P$  unter 0,02).

c) *Die Urteile des Interviewers stimmen gut mit denen der behandelnden Ärzte überein.* Dies dürfte zweierlei bedeuten: erstens, daß die Meinungen der Patienten relativ konstant und beobachterunabhängig sind; und zweitens, daß die Ärzte meistens einigermmaßen darüber im Bild sind, was in ihren Kranken vorgeht.

d) *Die behandelnden Ärzte neigen im ganzen immerhin eher zum „Optimismus“ als zum „Pessimismus“.* Diese Tendenz bezieht sich aber nicht auf die Wirkung der eigenen Person, sondern auf die vermuteten Einstellungen der Kranken zur Hospitalisierung überhaupt und zum Psychopharmakon. Das Phänomen darf aber nicht einseitig interpretiert werden: schließlich könnte der Arzt, der seinen Kranken immerhin seit einer Woche kennt, der Wahrheit auch näherkommen als der Interviewer, der sich auf ein einmaliges Gespräch mit einem bisher Unbekannten stützen muß.

e) *Die Einstellung zum behandelnden Arzt war günstiger als diejenige zur Hospitalisierung überhaupt.* Dies, obwohl oft der Eindruck besteht, daß der Arzt vom Patienten für die Verlängerung der Hospitalisierung verantwortlich gemacht wird. Erscheint die Einstellung zum Arzt vielleicht günstiger als es der Wirklichkeit entspricht, weil manche Kranke fürchteten, der Interviewer hintertrage, entgegen seiner Versicherung, dem Arzt ihr negatives Urteil? — Gegen diese Annahme spricht erstens die gute Übereinstimmung der Befunde des Interviewers mit den Schätzungen der Ärzte und zweitens die Tatsache, daß die Patienten bei ihrer Beurteilung des ärztlichen Gespräches sich durchaus eine kritischere Haltung einzunehmen getrauten.

f) *Die Kranken waren auch häufiger zufrieden mit ihrem Arzt als mit seiner Psychotherapie.* Warum schätzen so viele Kranke ihren Arzt, obwohl sie doch fanden, er widme ihnen zu wenig Zeit? — Wohl deshalb, weil sie ihm seine Beanspruchung durch eine große Zahl anderer Kranker zugute hielten. (Die 15 Assistenzärzte betreuen einen Klinikbestand von 500 Kranken). Zwar darf aus diesem Befund nicht ohne weiteres geschlossen werden, daß die Befriedigung des Bedürfnisses nach Aussprache gewährleistet wäre, wenn die Aussprachezeiten z. B. verdoppelt oder vervierfacht werden könnten. Erfahrungen (freilich unkontrollierter Art) in Kliniken mit wesentlich günstigeren und mit wesentlich ungünstigeren Zahlen für das Verhältnis Arzt zu Patienten (bzw. zu Aufnahmen) legen nämlich den Schluß nahe, daß der Kranke seinen Anspruch weniger an einer absoluten Aussprachezeit zu messen pflegt als an der seinen Mitpatienten gewährten Zeit. — Jedenfalls zeigt es sich, daß die Aussprache mit dem Arzt für den Kranken einen prekären Faktor darstellt, der sich nicht einfach mit der Einschätzung der ärztlichen Pflichterfüllung als Ganzem deckt.



g) *Die Beliebtheit der Psychopharmaka, insbesondere der Neuroleptica, ist bei den Kranken geringer als die Beliebtheit der Ärzte, die jene verordnet haben.* Nach unserer Vermutung kommt das einerseits davon her, daß die Pharmakotherapie letzten Endes oft mehr auf Wunsch der von den Verhaltensstörungen (z. B. der Unruhe) der Kranken betroffenen Umgebungspersonen als auf Wunsch der Kranken selber durchgeführt wird; und anderseits davon, daß psychotrope Medikamente häufig subjektiv unangenehme Nebenwirkungen mit sich bringen. Um so bedauerlicher ist der folgende Tatbestand, der unseres Erachtens einem weltweiten Übel entspricht:

h) *Die Ärzte bereiten ihre psychisch Kranken viel zu wenig auf die Wirkungen und Nebenwirkungen der psychotropen Medikamente vor und sie bleiben viel zu selten von sich aus mit den Patienten darüber im Gespräch.* Dies scheint deswegen erstaunlich, weil die meisten Klinikpsychiater genau wissen, daß das Vertrauen des Kranken und die Dauer seines Kollaborationswillens gegenüber der Behandlung zu einem nicht geringen Teil von diesen Informationen abhängen; und daß nichts so geeignet ist wie diese Art von Gesprächen, um dem Kranken zu zeigen, daß man die Dinge ernst nimmt, die für ihn wichtig sind und auf die man einen Einfluß hat.

Einer der zahlreichen Gründe für diesen Mißstand liegt darin, daß der Arzt in der Klinik das Medikament nicht selber verabreicht, sondern daß er die Auseinandersetzungen mit widerstrebenden Kranken beim Darreichen der Tabletten dem Pflegepersonal überlassen muß. Das die Ärzte die Beliebtheit der von ihnen verordneten Psychopharmaka eher überschätzen (während ihnen dieser Fehler in bezug auf die Beliebtheit der eigenen Person generell nicht unterläuft) ist vielleicht eine Folge dieses mangelhaften psychopharmakologischen Informationsaustausches mit dem Kranken. *Jedenfalls ist der scheinbar aus dem Rahmen fallende Befund bei der Frage nach der psychopharmakologischen Aufklärung ein Hauptgrund dafür, warum diese Studie publiziert worden ist.*

i) *Die Schwestern und Pfleger schneiden ebenso gut ab wie die Ärzte; die Arbeits- und Ergotherapie ungefähr gleich gut wie die Psychopharmaka. Die industrielle Arbeitstherapie wird im gleichen Maße akzeptiert wie die gestaltende Ergotherapie.* Letzteres ist bemerkenswert. Intellektuelle Beobachter — und mit ihnen auch die weniger erfahrenen Klinikärzte — glauben gewöhnlich, zu Unrecht, daß die „langweilige“ Arbeitstherapie von den Kranken generell abgelehnt werde. Der Akademiker hält eben die Monotonie der industriellen Serienarbeit schon von vornherein für unangenehm.

j) *Geschlossene Abteilungen werden mehrheitlich — aber nicht immer — abgelehnt.* Diese Ablehnung erstaunt nicht. Auffallend ist aber, daß immerhin gut  $\frac{1}{5}$  aller in geschlossenen Wachsälen plazierten Kranken mit dieser Unterbringung zufrieden sind. Wer anderseits die zeitweise überfüllten und zum Teil armselig eingerichteten offenen Abteilungen der Klinik mit ihren großen Schlafsälen kennt, wundert sich darüber, daß kein einziger Kranker diese Verhältnisse beanstandete. Es mag dies davon herrühren, daß die offene Unterbringung immer noch als Vorzug gegenüber der geschlossenen empfunden wurde, oder daß die in der Frageformulierung liegende Suggestion die Art der Antworten bahnte.

k) *Die geschlossen plazierten Kranken lehnen meist nicht nur ihr Abteilungsregime, sondern ihre Hospitalisierung überhaupt ab.* Dies legt zunächst den Schluß nahe, daß es vor allem das geschlossene Regime ist, welches die Ablehnung der Hospitalisierung bewirkt. Anderseits muß man annehmen, daß es auch die primär

besonders verzweifelten und ablehnenden Kranken sind, die eher auf die geschlossenen Abteilungen gebracht werden: unsere Arbeit beweist aufgrund ihrer Methode *Zusammenhänge*, nicht einseitig wirkende Ursachen.

l) „Der Therapeut ist beliebter als die Therapie, die Therapie beliebter als die Klinik“. Ärzte und Pflegepersonal wurden nur von 3,5% bzw. 2,5% der Kranken abgelehnt, die einzelnen Therapieformen (ärztliches Gespräch, Psychopharmakon, Aktivitätstherapie) dagegen von 12,5 bzw. 17,5 bzw. 13,5%. Der Therapeut als Person wird also besser akzeptiert als das, was er tut oder veranlaßt. Das kann heißen, daß die Patienten negative Urteile über Personen eher meiden als über Handlungen und Dinge, weil sie ihre prekären Beziehungen zu den für sie wichtigen Menschen nicht gefährden möchten. Jedenfalls scheint dieser Befund der „Droge Arzt“ Gewicht und Chance zu verleihen.

Die globale Einstellung zur Hospitalisierung ist dagegen bei 28%, die Einstellung zum Abteilungsregime bei 29,5% der Kranken ablehnend. Die beiden Faktoren hängen wie gezeigt eng zusammen und scheinen für die Kranken dem Erlebnis der „unpersönlichen Institution“ nahezustehen.

m) Was bedeutet „Zustimmung“? Sicher nicht, daß „alles in Ordnung“ ist. Das Fehlen jeder Kritik an der geschilderten Armseligkeit gewisser offener Abteilungen könnte auch bedeuten, daß sich einzelne Erscheinungen des Hospitalismus schon in der ersten Woche des Klinikaufenthaltes anbahnen. Auf der anderen Seite beweist eine ablehnende Haltung noch keinen Übelstand. Der Arzt, der z.B. den momentanen Wünschen seines Suchtkranken nicht nachgibt, tut mehr für ihn als ein Kollege, der den Gefährdeten permissiv sich selbst überläßt. Studien wie die vorliegende vermögen nicht Behandlungsverfahren zu bewerten, sondern Beiträge zur Frage zu liefern: „Wie wird die psychiatrische Klinik erlebt?“

### Literatur

1. Ernst, K., Egloff, A.: Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen. *Nervenarzt* **45**, 178–182 (1974)
2. Goldstein, R. H., Racy, J., Dressler, D. M., Ciottone, R. A., Willis, J. R.: What benefits patients? An inquiry to the opinions of psychiatric inpatients and their residents. *Psychiat. Quart.* **46**, 49–80 (1972)
3. Lowenkopf, E., Greenstein, M.: How state hospitals patients view their illness. *Dis. nerv. Syst.* **33**, 679–683 (1972)
4. Stichtagserhebung über die Behandlung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich am 5.12.1972. (Unveröffentlicht)

Christian La Roche, med. prakt.  
Kantonsspital Winterthur  
Frauenklinik  
CH-8400 Winterthur, Schweiz

Prof. Dr. med. K. Ernst, ärztl. Direktor  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Postfach 68  
CH-8029 Zürich, Schweiz