

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik  
der Universität Würzburg  
Direktor: Prof. Dr. med. H. Beckmann

**SELBSTWAHRNEHMUNG UND SOZIALE ANPASSUNG  
IN BERUF UND PRIVATLEBEN SCHIZOPHREN ERKRANKTER**

Inaugural - Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von  
Thomas Brotzler  
aus Würzburg

Würzburg, Februar 1992

Referent: Prof. Dr. med. H. Beckmann  
Korreferent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Lang  
Dekan: Prof. Dr. med. H. K. Müller-Hermelink

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Februar 1994

Der Promovend ist Arzt

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1	Einführung ..... 1
1.1	Stand bisheriger Forschung ..... 1
1.1.1	prämorbidie Persönlichkeit ..... 1
1.1.2	Ausgang ..... 3
1.1.3	Partnerschaften ..... 5
1.1.4	Selbst- und Fremdurteil ..... 7
1.1.5	Bewältigungsstrategien ..... 7
1.1.6	Vergleich der Geschlechter ..... 8
1.2	Fragestellung der eigenen Untersuchung ..... 9
2	Methodik ..... 10
2.1	Probandenauswahl ..... 10
2.2	Untersuchungsinstrumente ..... 11
2.2.1	semistrukturiertes Interview ..... 11
2.2.2	Erfassung der Verlässlichkeit im Interview ..... 12
2.2.3	Erfassung der Krankheitsschwere ..... 13
2.2.4	SANS (scale for the assessment of negativ symptoms) ..... 14
2.2.5	EWL 60-S (Eigenschaftswortliste) ..... 16
2.2.5.1	Durchführung an Patienten ..... 16
2.2.5.2	Durchführung an der Vergleichsgruppe ..... 16
2.2.6	Fragebogen zur Bewältigung von Krankheitssymptomen ..... 17
2.3	Durchführung der Untersuchung ..... 18
2.4	statistische Methoden ..... 19
3	Resultate ..... 20
3.1	das BKH Werneck und sein Einzugsgebiet ..... 20
3.2	soziodemographischer Vergleich zu Bayern und der BRD ..... 22
3.3	Daten von Teilnehmern u. -ablehnern im Vergleich ..... 24
3.4	EWL 60-S ..... 34
3.4.1	interne Daten der Referenzgruppe ..... 34
3.4.2	Referenzgruppe und Patienten im Vergleich ..... 37
3.4.3	Vergleich innerhalb der Patientengruppe ..... 40
3.5	subjektive Wahrnehmung von Behandlung ..... 45

3.5.1	Gespräche und Medikation .....	45
3.5.2	Bewältigungsstrategien .....	55
3.6	Verlässlichkeit der Angaben im Interview .....	57
3.7	Krankheit und soziale Anpassung der Teilnehmer .....	58
3.7.1	Krankheitsindizes .....	58
3.7.2	familiäre Situation, Gruppenverhalten in Kindheit und Jugend, erste Partnerschaften .....	59
3.7.3	schulische Ausbildung .....	71
3.7.4	berufliche Ausbildung .....	75
3.7.5	Erziehung, schulische und berufliche Ausbildung bei Patienten mit Suchtproblem/frühen Drogenerfahrungen .....	78
3.7.6	Erziehung, schulische und berufliche Ausbildung bei Patienten aus broken-home-Familien .....	82
3.7.7	Berufstätigkeit im zeitlichen Ablauf .....	89
3.7.7.1	formale Aspekte des Verlaufs .....	89
3.7.7.2	inhaltliche Aspekte der einzelnen Tätigkeiten .....	96
3.7.8	Partnerschaften im zeitlichen Ablauf .....	105
3.7.8.1	formale Aspekte des Verlaufs .....	105
3.7.8.2	inhaltliche Aspekte der einzelnen Beziehungen .....	112
3.7.9	derzeitige Lebenssituation .....	120
3.7.10	Gruppenverhalten derzeit, Vergleich der Geschlechter ....	125
3.7.11	Gruppenverhalten derzeit, Vergl. zu Kindheit und Jugend .	127
4	Lebensgeschichte der Patienten im Zusammenhang .....	130
4.1	Biographien und Krankheitsverläufe .....	130
4.2	Zusammenfassung .....	173
5	abschließende Zusammenfassung und Diskussion .....	174
6	Literaturverzeichnis .....	181
7	Widmung und Danksagung	
8	Lebenslauf	

## 1 Einführung

### 1.1 Stand bisheriger Forschung

Schizophrenie als Erkrankung wirkt sich elementar auf das Leben und Erleben der Betroffenen aus. Nicht nur die unmittelbare psychotische Erfahrung und die Reaktion der Umwelt darauf, sondern spezifische und unspezifische Folgen der Erkrankung, wie persistierende psychotische Elemente, schizophrene Strukturverformung oder asthenische Syndrome, deren Integration in das Erleben des Patienten, sein Krankheitskonzept und entwickelte Bewältigungsstrategien beeinflussen das In-der-Welt Sein des Betroffenen, konstituieren den sozialen Ausgang der Erkrankung. Verschiedenste Faktoren, u.a des psychosozialen Kontextes wurden als modulierend wirksam erkannt, so z.B. die prämorbid Ausgangssituation des Betroffenen, damit verbunden die Integrationsfähigkeit seiner Persönlichkeit, aber auch die Tragfähigkeit des nicht zuletzt vom Betroffenen selbst ausgestalteten sozialen Umfelds, schließlich aber auch Mechanismen der Stigmatisierung und Ausgrenzung durch die Umwelt.

Es läßt sich sicher sagen, daß durch Weiterentwicklung somatischer, rehabilitativer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze schizophrener Erkrankungen einer größeren Gruppe Betroffener eine soziale Auseinandersetzung - mit allen Chancen und Gefahren - auch im Laufe der Erkrankung ermöglicht wird.

Im folgenden seien einige wichtige Untersuchungsergebnisse zur sozialen Anpassung Schizophrener vor und nach Erkrankung angeführt:

#### 1.1.1 prämorbid Persönlichkeit

In einem einzigartigen Überblick mit 936 Literaturstellen faßt FRITSCH 1976 Ergebnisse zur prämorbid Persönlichkeit und Anpassung zusammen: In den Untersuchungen zur prämorbid Persönlichkeit nimmt trotz aller vielfältigen und teils widersprüchlichen Befunde das Konzept der Schizoidie und Introversionsneigung der später schizophren Erkrankten breiten Raum ein. Die prämorbid psychosexuelle Entwicklung zeigt deutliche Defizite: Kontakthemmung, geringeres sexuelles Interesse, unsichere Orientierung und Mangel an Gelegenheit, schließlich ein geringes Ausmaß von Eheschließungen. Seltener wird über vorzeitige Erregbarkeit, stürmisches Sexualleben oder Triebenthemmungen berichtet. Über Intelligenz und schuli-

schen Erfolg liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Eindeutiger wird jedoch eine Diskrepanz zwischen erstrebtem und erreichtem Ziel beschrieben: Mißverhältnis zwischen Intelligenz und erreichtem Sozialstatus, geringerer beruflicher Erfolg als die Geschwister.

ANGST et al. berichteten 1985 über die Anwendung des FPI an über 6300 jungen Männern anlässlich deren Rekrutierung. Die bis 10 Jahre danach schizophren Erkrankten hatten rückblickend, somit prämorbid im Sinne von eindeutig präpsycho-tisch, deutlich höhere FPI-Scores in Richtung Ungeselligkeit und Introversion.

Gegenüber einer gesunden Vergleichsgruppe stellten ISELE et al. (1985) im Rahmen der prospektiven WHO-Studie eine schon prämorbid schlechtere Ausgangsposition in Lebenssituation und sozialer Anpassung fest: das soziale Netzwerk war qualitativ und quantitativ deutlich beeinträchtigt, oft durch eine starke Bindung an die und Verharren in der Ursprungsfamilie gekennzeichnet. Schizophrene taten sich schwer, enge Bindungen einzugehen, zogen sich von schon existierenden, v.a. heterosexuellen Beziehungen, zurück. Beschäftigungslosigkeit zeigte sich in einem größeren Ausmaß. Eine genauere Analyse zeigte auch bei äußerlich intakten Verhältnissen erhebliche Probleme.

Auch gegenüber schizoaffektiv und v.a. affektiv Erkrankten imponiert eine schlechtere prämorbid Anpassung im sozialen und sexuellen Bereich, betont bei männlichen Schizophrenen, wie MUESER et al. 1990 ausführen.

Verschiedene Skalen zur retrospektiven Erfassung der prämorbid Anpassung wurden im angloamerikanischen Raum entwickelt, um bei dem erkannten Zusammenhang zwischen prämorbid Anpassung und Krankheitsausgang als Prognoseinstrumente zu fungieren (WITTMANN, 1941; PHILIPPS, 1953; ULLMANN, GIOVANNONI, 1964; GITTELMANN-KLEIN, 1969).

Theorien über die Herkunftsfamilie, im Umfeld der Arbeiten von Bateson, Laing, Lidz, Alanen et al. (Verursachung durch "double bind", "marital schism and skew", überfürsorgliche oder feindselige Mütter, experimentell erfasste familiäre Interaktions- und elterliche Sprachstörungen), Leff, Vaughn, Birley, Brown et al. (Rückfallprovokation durch hohe Scores an "expressed emotions") sowie ihre derzeitige Relevanz faßt HIRSCH 1979 zusammen: keine Spezifität für Eltern Schizo-

phrener, aber sicher im Einzelfall potentiell krankheitsverschlechternd im Sinne eines chronischen Stressors und Auslösereizes.

Wenig Studien liegen über die Rolle der Religion bei Schizophrenen und ihren Eltern vor. Nach einer Untersuchung von WILSON et al. von 1983 beschränkte sich in den Ursprungsfamilien Schizophrener das religiöse Engagement auf Schuldzuweisung und Androhung. Die Mütter waren religiös mehr engagiert, insgesamt wesentlich dominanter wie die geographisch und emotional häufiger abwesenden Väter. Schizophrene beklagten entsprechend einen damaligen Mangel an Wärme und väterlicher Anteilnahme, widmeten sich selten religiösen Praktiken.

Familienstatistische Untersuchungen werden von SCHMIDT und TÖLLE 1977 referiert: im Vergleich mit Familien endogen Depressiver, Neurotiker und Alkoholiker sind Schizophrene häufiger entweder als Einzelkind oder in großen Familien aufgewachsen. Eine bevorzugte Geschwisterposition ließ sich nicht festmachen. Hingewiesen wird auf die widersprüchlichen Ergebnisse und die erheblichen Unterschiede des methodischen Vorgehens der zitierten Studien.

### 1.1.2 Ausgang

In den drei herausragenden und weithin bekannten Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenen (BLEULER M, 1972; CIOMPI, MÜLLER, 1976; HUBER et al., 1979) wird unabhängig voneinander von günstigen Langzeitverläufen in etwa der Hälfte der Fälle gesprochen. Die Vielgestalt der möglichen Ausgänge deutet sich schon in den dort beschriebenen 8 bzw. 15 Verlaufstypen an. CIOMPI schlußfolgert 1980, "daß sich die Verläufe bei näherem Zusehen als 'fast so vielgestaltig wie das Leben selbst' erweisen".

Bei diesem weiten Spektrum und der Komplexität des Krankheitsausgangs erscheinen die einzelnen Facetten, wie etwa psychopathologischer (Symptome, Institutionskarriere) und sozialer (Arbeit, soziale Kontakte) Ausgang nur schwach miteinander verbunden (DEJONG et al., 1986; HIRSCHBERG, 1985). GLAZER et al. fanden 1981, daß - von der Symptomebene her - depressive Verstimmung noch am stärksten mit sozialer Dysfunktion zusammenhing.



Die Verbindung der einzelnen Aspekte des Ausgangs erscheinen etwa als "open linked systems", die untereinander verzahnt und von der psychischen Krankheit insgesamt betroffen sind, in den Einzelaspekten aber in erheblichem Ausmaß von spezifischeren Variablen abhängen (STRAUSS, CARPENTER, 1972). Im Sinne der Verzahnung finden sich so etwa starke Zusammenhänge zwischen Beschäftigungslosigkeit und verarmten Sozialkontakte.

SCHUBART et al. stellten 1986 auf dem Gebiet des sozialen Ausgangs die stärksten Beeinträchtigungen in den Gebieten heterosexuelle Rolle, soziale Aktivitäten und Arbeitsbewährung fest.

Die deutlichen Defizite des Sozialverhaltens zeigten sich experimentell in geringer Gruppenintegration, sozialem Rückzug, aber auch offenem Kampf-/Fluchtverhalten (SINGH, 1981). Über das soziale Netzwerk Schizophrener berichteten ANGERMEYER und LAMMERS 1986: ein Literaturüberblick bestätigt den prognostisch positiven Einfluß eines tragfähigen sozialen Unterstützungssystem. In einer empirischen Studie wird die große Rolle der Herkunfts-, die wesentlich geringere Rolle einer eigenen Familie erkannt, was bei der hohen Zahl Lediger oder Geschiedener nicht verwundert. Wichtig, wenn auch selten verfügbar, waren Freunde außerhalb der Familie als enge Vertraute. Mitpatienten übernahmen oft diesen Part. Der Status quo wurde häufig als unbefriedigend bezeichnet, die noch bestehenden Beziehungen als instabiler und ambivalenter erlebt. Mehrfachhospitalisierte, hier betont Männer, waren sozial deutlich schlechter integriert. Schizophrene zeigten gegenüber einer gesunden, allerdings nicht parallelisierten Vergleichsgruppe weniger Bindungen, soziale Integration und subjektive Zufriedenheit mit ihrer Situation. Mit einem Vergleich der sozialen Netzwerke Erst- und Mehrfachhospitalisierter beschäftigten sich LIPTON et al. 1981. Die kürzlich Erkrankten zeigten deutlich breitere, verzahnere Netzwerke, dabei Beziehungen mit geringerem Abhängigkeitsaspekt.

CROTTY und KULYS warfen 1986 im Zusammenhang mit der späten oder nicht erfolgenden Loslösung Schizophrener vom ursprünglichen Zuhause die Frage nach der Belastung der Herkunftsfamilie auf: diese stieg bei reduziertem sozialen Netzwerk des Kranken. Wesentliche Bezugspersonen waren insgesamt oft Mütter, selten Partner.

Über den beruflichen Werdegang und die Schichtzugehörigkeit Schizophrener und ihrer Väter berichten GOLDBERG und MORRISON 1963: Väter entsprachen in der

Schichtzugehörigkeit zur Geburt der später Erkrankten einer allgemeinen Verteilung, konnten im weiteren ihre berufliche Stellung und Zugehörigkeit ausbauen. Schizophrene zeigten im Vergleich zu ihren sonstigen Angehörigen keinen schlechteren Schulabschluß, wohl aber ein wesentlich schlechteres Beschäftigungsniveau.

CIOMPI verwies 1980 auf den Einfluß, den Etikettierung und Stigmatisierung durch die Umwelt auf den Ausgang haben. Wider eigenes Erwarten fanden aber ANGERMEYER et al. 1985 keinen Einfluß von verschiedenen Gemeindegrößen (Großstadt, Kleinstadt, Land) auf subjektiv empfundene Stigmatisierung und Stigmabewältigung. Die Autoren diskutieren die sich vollziehende Nivellierung des Stadt-Land-Gefälles als Teilursache.

Auch Zukunftserwartungen von Patienten, Angehörigen und Therapeuten scheinen den sozialen Ausgang maßgeblich zu beeinflussen: im Sinne von "self fulfilling prophecies" stellten diese Zukunftserwartungen bessere prognostische Indikatoren als andere, allgemeine, situative und psychopathologische Variablen dar (DAUWALDER et al., 1984).

### 1.1.3 Partnerschaften

Die geringere Heiratsrate und Kinderzahl Schizophrener ist Ergebnis zahlreicher Untersuchungen (z.B. ESSEN-MOLLER, 1935; KALLMANN, 1938). MUNK-JORGENSEN fand 1987 außerdem höhere Heiratsraten sowohl bei weiblichen als auch bei spät diagnostizierten Schizophrenen. Verheiratete Männer erschienen weniger krank als verheiratete Frauen, was zu der Hypothese führte, daß Frauen, die im traditionellen Verständnis im Haushalt verbleiben, erst später aus einer gesellschaftlichen Akzeptanz herausfallen. REICH und THOMPSON bestätigten 1985 den Befund, daß schizophrene Frauen häufiger verheiratet sind wie Männer. Sie erklärten dies damit, daß verheiratete Männer in einer traditionellen Gesellschaft zwei Aufgaben (Ehemann und Ernährer) übernehmen, verheiratete Frauen dagegen nur eine (Ehefrau).

ERLENMEYER-KIMLING verglich 1969 zwei Kohorten Schizophrener, eine vor 1934-36), die andere nach Einführung der Neuroleptika (1954-56) Ersthospitalisierte. Letztere Gruppe war deutlich häufiger verheiratet und hatte mehr Kinder. NESTOROS et al. erklärten diesen Effekt durch eine erhöhte soziale Attraktivität durch

neuroleptische Medikation, trotz der bekannten hemmenden Wirkungen auf das Sexualverhalten. HILGER et al. kamen 1983 zu anderen Ergebnissen: die Kinderzahl der Gesamtgruppe und männlicher Schizophrener war im Vergleich zu einer repräsentativen Vergleichsgruppe in beiden Kohorten (1949-50, 1965-67) geringer, die Fertilität von Frauen und Verheirateten beiderlei Geschlechts unterschied sich aber nicht. Die Fertilität Schizophrener folgte einem allgemeinen Trend des Geburtenrückgangs, auf niedrigerem Niveau.

In einer Verlaufsstudie wurde gefunden, daß Ehekonstanz Schizophrener über längere Zeit mit einer besseren Gesamtprognose, verbesserten Sozialkontakten und weniger beeinträchtigter Arbeitsfähigkeit korreliert (FÜRER, 1988).

Das Intimleben Schizophrener scheint sowohl durch Mangel an Interesse, Gelegenheit und Befriedigung gekennzeichnet (LYKETSOS, 1983).

RABOCH fand 1984 beim Vergleich mit einer gepaarten gynäkologischen Vergleichsgruppe bei schizophrenen Frauen eine deutlich verzögerte Entwicklung, zugleich zum Untersuchungszeitpunkt deutlich mehr Partnerlosigkeit, geringere sexuelle Aktivität und Ansprechbarkeit.

Zu dem gleichen Ergebnis erheblicher psychosexueller Dysfunktion schizophrener Frauen im Vergleich zu einer gesunden Kontrolle kamen FRIEDMAN und HARRISON 1984. Weiter waren schizophrene Frauen in der Kindheit, aber auch nach Auftreten psychotischer Symptomatik, wesentlich häufiger sexuell mißbraucht worden.

Über Auffälligkeiten der Partner Schizophrener liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. HAGNELL und KREITMAN berichten 1974 in einer Gesamtpopulation eine erhebliche Konkordanz psychisch kranker Ehepaare. ALANEN und KINNUNEN (1975) sowie FOWLER und TSUANG (1975) fanden bei Ehepartnern Schizophrener ein hohes Ausmaß von Persönlichkeitsstörungen.

HELL dagegen stellte in seiner Untersuchung von 1982 an 103 Ehepaaren mit einem schizophrenen Mitglied keine deutlichen psychischen Auffälligkeiten der Partner fest, somit kein "assortative mating". Ein wichtiger Befund war aber dort, daß sich die jeweils gesunden Partner umso unattraktiver fanden, je mehr Krankheitsphasen sie bisher miterlebt hatten.

BUDEBERG und KESSELRING fanden in ihrer Untersuchung 1978 ebenfalls keine Unterschiede der psychischen Gesundheit von Ehepartnern Schizophrener zur Durchschnittsbevölkerung. Auffälligkeiten der Partner wurden eher als Reaktionen auf die schizophrene Erkrankung gesehen. Eine enge Wechselbeziehung zwischen Auftreten und Verlauf der schizophrenen Erkrankung einerseits und der Dynamik der Paarbeziehung andererseits schien dagegen oft zu bestehen. Verheiratete Schizophrene erschienen primärpersönlich weniger schizoid als vielmehr passiv-abhängig, infantil oder rastlos-überaktiv.

#### 1.1.4 Selbst- und Fremdurteil

Inhalt mehrerer Studien war der Grad der Übereinstimmung zwischen dem Urteil des Betroffenen und seiner Bezugspersonen bezüglich sozialer Anpassung. Meßinstrument war die Social Adjustment Scale. Während WEISSMAN und BOTHWELL 1976 die Anwendbarkeit des Instrument im Selbsturteil Schizophrener noch bezweifelten, stellten GLAZER et al. 1982 gute Übereinstimmung der Selbst- und Fremdurteile fest. Zum gleichen Ergebnis kamen McCREADIE et al 1987.

#### 1.1.5 Bewältigungsstrategien

Untersuchungen zeigen ein erhebliches Ausmaß verschiedenster Strategien zur Bewältigung der schizophrenen Symptomatik, ebenso eine aktive Rolle der Beteiligten (LANGE, 1981; CARR, 1988).

THURM und HÄFNER berichteten 1987, daß ein Großteil schizophrener Erkrankter - individuell nach der bisherigen Erfahrung mit der eigenen Krankheit ausgestaltet - sowohl ihre spezifische Vulnerabilität als auch ihre individuellen Prodromalzeichen vor einer drohenden psychotischen Dekompensation kannten und entsprechende Präventionsstrategien entwickelten.

COHEN und BERK fanden 1985 "dagegen ankämpfen" als häufigste Bewältigungsstrategie, gefolgt von "nichts tun, akzeptieren". Die am seltensten gewählten Strategien waren "Hilflosigkeit" und "Alkohol oder Drogen". Frauen beteten häufiger und

nahmen eher Medikamente, sonst fanden sich zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede.

Vorberichte, daß bestimmte Bewältigungsstrategien bei bestimmten Symptomkonstellationen bevorzugt würden, konnten CARR und KATSIKITIS 1987 nicht bestätigen. Sie fanden vielmehr ein jeweils individuell ausgestaltetes und pauschal angewandtes Coping-Arsenal.

BÖKER und BRENNER stellten 1984 bei zwei Dritteln der Betroffenen differenzierte, v.a. problemlösungsorientierte Kompensationsversuche fest. Deren Ausmaß hängt mit dem Ausmaß sub-jektiv erlebter Basisstörungen zusammen.

Über die Schwierigkeit, Selbstheilungsversuche und Bewältigungskompetenzen im klinischen Alltag wahrzunehmen und für die Therapie fruchtbar zu machen, berichteten dieselben Autoren schon 1983. So verweisen sie z.B auf die paranoide Symptombildung als möglicherweise schöpferische Abwehr des drohenden psychischen Zusammenbruchs, was für den Patienten also einen letzten Halt darstellen kann, äußerlich aber als psychotisch und damit behandlungsbedürftig erscheint.

#### 1.1.6 Vergleich der Geschlechter

In seiner Literaturübersicht des unterschiedlichen Verlaufs schizophrener Psychosen berichtet ANGERMEYER 1989, daß, wenn sich Unterschiede der Geschlechter in den verschiedenen Ausgangskategorien zeigen, diese fast ausnahmslos zuungunsten der Männer ausfallen. Dies zeigt sich sowohl für die soziale Adaptation als auch für Psychopathologie und Institutionskarriere.

HÄFNER et al. berichten 1991 über die spätere Ersterkrankung von Frauen, verweisen in diesem Zusammenhang auf die erhebliche Bedeutung, die die zeitliche Position des Erkrankungsbeginns im Lebenslauf zumindest für den sozialen Ausgang der Krankheit hat.

Über schlechtere prämorbidie Anpassung und früheren Krankheitsbeginn von schizophrenen Männern bei vergleichbaren Scores auf der Symptomebene berichtete DWORKIN in einer Zwillingsstudie 1990.

Die von mancher Seite beschriebene Rollenkehr im Geschlechtsverhalten Schizophrener konnte ANGERMEYER 1990 nicht bestätigen. Männer und Frauen zeigten mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Letztere entsprachen zudem geschlechtstypischen Verhaltensmustern.

#### 1.2 Fragestellung der eigenen Untersuchung

Die vorliegende Arbeit erfaßte in einer retrospektiven Erhebung das bisherige Leben schizophrener Erkrankter in ihrer sozialen Auseinandersetzung, in ihrem durch die Krankheit behinderten Kampf um einen Platz in der Gesellschaft. In die Erfassung flossen sowohl objektive Faktoren, wie z.B. erreichter Schulabschluß, als auch subjektive Wertungen der Patienten, wie z.B. erinnertes schulisches Engagement, ein.

Trotz aller Verfälschungsmöglichkeiten wurden subjektive Wertungen - da das Selbstbild konzipierend - explizit mit einbezogen.

Vor dem Hintergrund des obigen Literaturüberblicks wurden nun für die eigene Arbeit folgende Fragestellungen formuliert:

Lassen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Krankheitsindizes und sozialer Anpassung für ein konsekutiv in ein psychiatrisches Krankenhaus der Regelversorgung aufgenommenes Kollektiv Schizophrener aufzeigen? Finden sich Unterschiede der Studienteilnehmer zu -ablehnern und Kollektiven der Volkszählung?

Wie gestalten sich Beruf und Privatleben schizophrener Erkrankter in einer Längsschnittbetrachtung, welchen Raum nehmen in den einzelnen Jahren vor und nach Erkrankung und im Vergleich der Geschlechter die verschiedenen Arten von Tätigkeit und Partnerschaft ein, gibt es dabei inhaltliche Veränderungen?

Welche Rolle spielen (frühe) Suchtproblematik und broken-home-Konstellation für die weitere soziale Anpassung?

Welche Richtungen zeigen sich in der Selbstwahrnehmung früher und jetzt im Vergleich zu einer Referenzgruppe? Finden sich innerhalb der Gruppe schizophrener Erkrankter Zusammenhänge zwischen sozialen Defiziten und verstärkter Negativattribution?

Wie ist das Ausmaß und der subjektive Erfolg von Bewältigungsstrategien, wie werden Behandlung und Nebenwirkungen erlebt?

Wie verlässlich erscheinen die Angaben Schizophrener in den einzelnen Bereichen sozialer Anpassung?

## 2 Methodik

### 2.1 Probandenauswahl

In einem mehrstufigen Verfahren wurden schizophrene Patienten, die im Rekrutierungszeitraum 01.06.1990 bis 31.05.1991 zur stationären Aufnahme in das Nervenkrankenhaus Schloß Werneck kamen, ausgewählt:

In einem ersten Schritt wurden alle Patienten, die die vorläufige Diagnose einer Schizophrenie nach ICD-9 hatten, selektiert.

In einem zweiten Schritt wurden dann folgende Einschlusskriterien angelegt:

- Diagnose einer Schizophrenie auch nach DSM-III.
- Ersterkrankung vor mindestens 3 Jahren.
- seit mindestens einem Jahr erster Wohnsitz im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses.
- Lebensalter 20 bis unvollendete 50 Jahre.

Durch folgende Ausschlusskriterien ergab sich dann in einem dritten Schritt die endgültige Probandengruppe:

- affektive und mischbildhafte Erkrankungen in der Vorgeschichte.
- primäre Abhängigkeiten, Alkohol- und Drogenpsychosen.

- Oligophrenien, dementielle Entwicklungen.

- als längerfristig anzusehende Unterbringung im Langzeit- bzw. Pflegebereich.

Eine Katamnesedauer von mindestens 3 Jahren wurde gewählt, weil zum einen nach Auffassung von HUBER (1987) nach dieser Zeit stabilere Verläufe zu erwarten sind, zum anderen die Diagnose besser abgesichert ist. So ist z.B. eine sequentiell schizoaffektive Erkrankung eher erkennbar.

Kriterium der Abgrenzung und des möglichen Ausschlusses bei Suchtproblematik war einerseits die Feststellung, ob die Droge weiterhin einen eindeutig die Psychose unterhaltenden Effekt hatte, weiterhin die Frage, ob vom Probanden aufgrund der Komponenten seiner Suchtpersönlichkeit überhaupt verlässliche Angaben zu erwarten waren.

Die Beschränkung auf Patienten des Akut- und rehabilitativen Bereichs ergab sich aus dem Ansatz der Studie, schizophrene Patienten in aktueller sozialer Auseinandersetzung zu untersuchen. Deswegen wurde der Pflege- und Langzeitbereich ausgespart, obwohl dort mancher Patient weniger wegen der Schwere seiner psychischen Erkrankung als wegen fehlender Möglichkeit der Anbindung an Familie und komplementärer Dienste verblieb.

## 2.2 Untersuchungsinstrumente

### 2.2.1 semistrukturiertes Interview

Kernstück der Untersuchung war ein nach Eindrücken eines Probelaufs modifiziertes semistrukturiertes Interview, das bei einem Zeitaufwand von zwei bis drei Stunden pro Proband in einer oder mehreren Sitzungen durchgeführt wurde.

Das Interview sah die Besprechung folgender Bereiche - dabei von neutralen Themen zu affektiv belastenderen fortschreitend - vor:

- schulische Ausbildung.
- berufliche Ausbildung.

- Berufstätigkeit (chronologisch).
- Status der Eltern.
- aktuelle Lebensumstände.
- Verhältnis zu den Eltern.
- Gruppenverhalten in Kindheit und Jugend.
- Gruppenverhalten derzeit.
- Einstellung zu Betreuung und Medikation.
- erste Erfahrungen mit Beziehungen und Partnerschaften.
- Beziehungen und Partnerschaften (chronologisch).
- jetzige Beziehung.

Die Antworten im Detail der einzelnen Bereiche bestanden - je nach Frage - aus Jahresangaben oder Ausprägungen. Letztere ergaben sich aus Ausführungen und Einschätzungen der Patienten, wurden dann einem inhaltlich vorab definiertem Ausprägungsgrad zugeordnet.

### 2.2.2 Erfassung der Verlässlichkeit im Interview

Um einen Eindruck von Differenziertheit oder möglicher Realitätsferne der Angaben und Einschätzungen der Patienten zu bekommen, wurden die Patientenangaben mit den Krankengeschichten verglichen. Diese sind auf durchwegs hohem Niveau geführt: durch eine klare Maßgabe des ärztlichen Direktors und entsprechendes Engagement der behandelnden Ärzte finden sich neben den jeweiligen Aufnahme-, wöchentlichen Verlaufs- und Entlaßberichten inklusive Epikrise und Arztbrief breit angelegt Informationen über Biographie, aktuelle soziale Situation und Psychodynamik,

so daß die Umstände der jeweiligen Aufnahme und die Person des Patienten in seinem sozialen Gefüge auch im Nachlesen plastisch erscheinen.

Ebenso wurde die aktuelle Einschätzung durch Kollegen und Pflegepersonal für die einzelnen Themenbereiche des semistrukturierten Interviews sowie für die angegebenen Bewältigungsstrategien die jeweilige Verlässlichkeit berücksichtigt.

Mit "sehr verlässlich" wurde bewertet, wenn die Angaben von großer Differenziertheit und Introspektionsvermögen zeugten und weitestgehend durch die Krankengeschichte bestätigt wurden.

Mit "verlässlich" wurde bewertet, wenn die Angaben zwar Diskrepanzen zu entsprechenden Einschätzungen der Krankengeschichte aufwiesen, insgesamt aber doch schlüssig wirkten, die Diskrepanzen somit eher Erinnerungsschwörung als Verfälschungstendenzen zuzuordnen waren.

Mit "wenig verlässlich" wurde bewertet, wenn deutliche Diskrepanzen, wie etwa starke Tendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit oder auch retrospektiver Pathologisierung auftraten. Die Richtung der Tendenz wurde nicht vermerkt. Ebenfalls entsprechend bewertet wurden offensichtlich unschlüssige, stark widersprüchliche oder ambivalente Einschätzungen.

Sofern fremdanamnestiche Einschätzungen keinen ausreichenden Vergleich erlaubten, wurde mit "nicht abschätzbar" bewertet.

In Rahmen der Studie interessierte, ob sich signifikante Unterschiede der Verlässlichkeit der Angaben in den verschiedenen, affektiv unterschiedlich besetzten Bereichen beschreiben lassen.

### 2.2.3 Erfassung der Krankheitsschwere

Eine sinnvolle Einschätzung der Schwere einer psychischen Erkrankung ist mit einfachen und eindimensionalen Methoden kaum ausreichend gewährleistet. Eine so schlechte Zahl wie etwa Hospitalisierungshäufigkeit allein kann z.B. sicher nichts darüber aussagen, ob dieser oder jener Aufenthalt bei anderem Umfeld oder höherer

Dichte an niedergelassenen Nervenärzten oder komplementären Diensten nicht hätte vermieden oder verkürzt werden können.

Es erschien deswegen gerechtfertigt, die Schwere der Erkrankung mit einem möglichst breitem Ansatz zu erfassen. So fanden neben der unten erwähnten SANS Verwendung:

- Ersterkrankungsalter (EE).
- Katamnesedauer (KD).
- Hospitalisierungszahl (HZ).
- Hospitalisierungsdauer (HD)
- Indizes von HZ und HD pro KD und Lebensalter.

#### 2.2.4 SANS (scale for the assessment of negative symptoms)

ANDREASON beschrieb 1982 eine auf beobachtbaren Verhaltensweisen konstruierte Skala zur Erfassung von Negativsymptomatik in 5 Bereichen (Affektverflachung, Alogie, Apathie, Anhedonie und Aufmerksamkeitsstörung), die "scale for the assessment of negative symptoms (SANS)".

1990 verglich die gleiche Autorin das mit der SANS erfasste Ausmaß von Negativsymptomatik bei Schizophrenen, Manikern und endogenen Depressiven, die einer stationären psychiatrischen Therapie bedurften. Weder für Einzelitems noch für Bereiche konnte irgendeine Diagnosespezifität festgestellt werden. Schizophrene unterschieden sich aber im Ausmaß von Affektverflachung und Alogie hochsignifikant von affektiv Erkrankten. Im Bereich von Anhedonie/Ungeselligkeit teilten sie höhere Werte mit Depressiven gegenüber Manikern. In einer weiteren, kleinen Studie zeigten sich Positivsymptome bei einer Nachuntersuchung nach 4 Jahren gegenüber dem Ausgangswert um 50 Prozent vermindert, während im Bereich der Negativsymptome nur Aufmerksamkeitsstörung eine vergleichbare Abnahme zeigte, Affektverflachung, Apathie und Anhedonie sich höchstens um 21 Prozent verminderten.

Geratet wurde anhand des unveröffentlichten Manuals von ANDREASEN aus dem Jahre 1984. Das Item "Parathymie" wurde nicht erfasst, weil es zum einen in der Originalbeschreibung in den Ausprägungen nicht definiert wurde, seine Zuordnung zu Produktiv- oder Residualsymptomatik andererseits kontrovers diskutiert wird.

Grundlagen der Bewertung waren:

Für den Bereich "affektive Verflachung" und "Alogie" der augenblicksbezogene Eindruck im semistrukturierten Interview und bei Exploration.

Zusätzlich für die Bereiche "Apathie", "Anhedonie" und "Aufmerksamkeit" Informationen aus der Krankengeschichte und Einschätzungen der jeweils behandelnden Kollegen und Pflegekräfte. Wichtig war in diesen Bereichen sozialer Auseinandersetzung, daß die Bewertung nicht augenblicksbezogen sein konnte, sondern ein Zeitintervall einschließen mußte. Angesichts der besonderen Umstände der Patienten (kürzliche psychotische Dekompensation, erst frische Remission unter oft noch symptomsuppressiv/remissionerhaltender Medikamentendosis) erstreckte sich der Beurteilungszeitraum auf die Wochen vor psychotischer Dekompensation zu Hause sowie das Verhalten des Patienten auf Station nach eingetretener Remission. Somit flossen in die Beurteilung auch seine Leistung in Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie seine Stellung unter Mitpatienten der Station ein.

Die Höhe neuroleptischer Medikation zum Untersuchungszeitpunkt wurde in Milligramm Chlorpromazin-Äquivalent sowie in Milligramm nicht-klassischer Neuroleptika (Lepone, Nipolept) erfasst, eine anpassende Korrektur der Medikamentenhöhe beim eigentlichen Rating jedoch - den Empfehlungen ANDREASEN's folgend - nicht durchgeführt.

Die wichtigen, aber in der SANS leider unberücksichtigten Bereiche Hostilität und Kritikschwäche fanden Einzug in die Bewertung der Verlässlichkeit (s.o.).

### 2.2.5 EWL 60-S (Eigenschaftswortliste)

#### 2.2.5.1 Durchführung an Patienten

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die von JANKE und DEBUS (1978) konzipierte Eigenschaftswortliste in einem neuen Kontext verwandt:

Die im CIPS (Collegium internationale psychiatriae scalarum) aufgeführte Kurzform der Eigenschaftswortliste, die EWL 60-S, wurde reduziert um die Items Nr. 4, 13, 37, 53 und damit um den Subtest E (Benommenheit). Die Durchführung bezog sich auch nicht auf das augenblickliche Befinden, sondern explizit auf die zwei Bereiche "Kindheit und Jugend" und "derzeit: Zeitraum der letzten vier Wochen". Hier wurden die Patienten aufgefordert, anzugeben, wie sie sich insgesamt fühlten. Als Antwortschema war die Auswahl zwischen "sehr häufig" (Punktwert 4), "eher häufig" (3), "eher selten" (2) und "sehr selten" (1) gegeben. Für die 14 Subtests und 6 Bereiche wurden dann jeweils Durchschnittswerte berechnet. Das Ergebnis der Auswertung wurde mit den Patienten nachbesprochen. Die Rückmeldung war insgesamt positiv, die Patienten fanden zum allergrößten Teil ihre Selbstwahrnehmung hinreichend beschrieben.

Es war nicht Absicht der Untersuchung, mit der EWL eine Persönlichkeitsdiagnostik im engeren Sinn durchzuführen. Es ging vielmehr um die Erfassung der Selbstwahrnehmung, des Selbstbildes, um Positiv- und Negativattributionen in verschiedenen Epochen. Im Rahmen der Studie interessierten Vergleiche innerhalb der Gruppe schizophrener Erkrankter, auch die Gegenüberstellung zu einer Referenzgruppe psychisch gesunder Berufstätiger.

#### 2.2.5.2 Durchführung an der Vergleichsgruppe

Den Patienten wurde eine die EWL anonym ausfüllende Vergleichsgruppe, die als Referenzgruppe diente, an die Seite gestellt.

Für diesen Zweck wurde das Pflegepersonal des Bezirkskrankenhauses Schloß Werneck um die Mitarbeit gebeten. Diese Gruppe ist sicher nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, aber tendenziell repräsentativ für qualifiziert im sozialen Bereich arbeitende psychisch Gesunde.

Auf den Stationen wurde eine dem Stand der festen Mitarbeiter des Pflegepersonals entsprechende Anzahl an Kuverts ausgeteilt. Darin fanden sich:

- Informationen über Sinn und Ablauf der Studie.
- ein Blatt mit Fragen zu Geschlecht, Alter in 10-Jahresintervallen sowie Vorhandensein und Ausmaß einschneidender Lebensereignisse.
- die modifizierte EWL 60-S.

Sinn der Erhebung der EWL bei einer Vergleichsgruppe war es, die entsprechenden Befunde der Patienten abzustützen. Der Einfluß von Geschlecht, Alter sowie Vorhandensein und Ausmaß einschneidender Lebensereignisse auf die Befindensänderung zwischen definierten Bezugszeiträumen "Kindheit und Jugend" und "derzeit: Zeitraum der letzten vier Wochen" bei psychisch gesunden, qualifiziert Beschäftigten wurde erfasst.

#### 2.2.6 Fragebogen zur Bewältigung von Krankheitssymptomen

Ein für die Zwecke der Untersuchung konzipierter Fragebogen zur Bewältigung von Krankheitssymptomen erfasste Häufigkeit und subjektiven Erfolg verschiedener Bewältigungsstrategien. Zugleich wurde nach Akuität oder Chronizität des Auftretens von Krankheitssymptomen gefragt.

Gefragt wurde in diesem Rahmen nach aktiven (Aktivität, mit anderen sprechen, dagegen ankämpfen) und passiven (Rückzug, mit sich selber ausmachen, Hilflosigkeit) Strategien, ferner nach institutioneller Inanspruchnahme (Ärzte, Medikamente), schließlich nach Gebrauch von Suchtmitteln (Alkohol, Drogen) und einem persönlichen Geheimrezept.

Bevor dem Patienten der Fragebogen in die Hand gegeben wurde, wurde mit ihm jeweils besprochen und festgehalten, welche Krankheitssymptome er erinnert, auf welche Symptome der Fragebogen sich also bezieht.

### 2.3 Durchführung der Untersuchung

Die letztendliche Form der Untersuchung ergab sich aus einem Probelauf mit schon vor Beginn der Rekrutierungsphase aufgenommenen Patienten. Hierbei wurden Praktikabilität der verwendeten Methoden, Annahme der Themen durch die Patienten im Detail geprüft.

Das letztendlich semistrukturierte Interview entwickelte sich in diesem Rahmen aus einer ursprünglichen Fragebogenform. Form und Inhalt wurden der Gesprächsbereitschaft und -fähigkeit der schizophränen Patienten angepaßt.

Nicht realisierbar erschien die ursprünglich vorgesehene Exploration von nahen Bezugspersonen zu Themen sozialer Anpassung der Patienten. Im Probelauf zeigte sich große Unvollständigkeit: Bezugspersonen waren entweder zeitlich/örtlich nicht verfügbar oder die Patienten erklärten Vorbehalte gegen die Befragung ihrer Bezugspersonen.

Die schließlich für die Untersuchung rekrutierten Patienten wurden nach Remission produktiver Symptomatik, bei einsetzender Stabilisierung vom Autor angesprochen und um ihre Mitarbeit bei der Studie gebeten. In Einzelfällen war auch das motivationelle Engagement der behandelnden Kollegen hilfreich.

Vor dem eigentlichen Interview, das zwei bis drei Stunden dauerte, und - je nach Intensität des Kontakts - an einem oder zwei Terminen durchgeführt wurde, wurde Einsicht in die Krankengeschichte genommen. Zwischen zwei Terminen oder nach dem Interview, bei also schon bestehenden Kontakt, bekamen die Patienten nach einer entsprechenden Unterweisung die Fragebögen an die Hand. Zuletzt wurde noch mit behandelnden Kollegen und Pflegekräften Rücksprache genommen.

Den Patienten wurde schließlich vor dem Gespräch der Zweck der Untersuchung noch einmal wie folgt erklärt: es gehe um die Erfahrungen, die der Betreffende im Laufe seines Lebens in beruflicher und privater Hinsicht gesammelt hätte, auch darum, inwieweit sich seine Situation seit Erkrankung geändert hätte, inwieweit die psychische Erkrankung bis heute Einfluß auf sein Leben nehme.

### 2.4 statistische Methoden

Die statistischen Berechnungen erfolgten mit dem "statistical package for the social sciences" (SPSS) in der PC-Version.

Zur Anwendung kam die lineare Regressionsanalyse, ferner die nichtparametrischen Verfahren des Wilcoxon-Mann-Whitney-Tests und der Chiquadrat-Analyse. Auf sonstige, parametrische Verfahren wurde verzichtet, da nur ein Teil der intervallskalierten Merkmale nach Prüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test eine Normalverteilung aufwies.

Auswahl und Einsatz der Verfahren erfolgten nach den Angaben von SIEGEL und CASTELLAN (1988). In diesem Sinne kam die Chiquadrat-Analyse nur dann zur Anwendung, wenn höchstens 20 Prozent der Felder eine Größe erwarteter Nennungen von unter 5 aufwiesen.

Die Signifikanzniveaus wurden nach allgemeinem Gebrauch wie folgt festgelegt: eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 10 Prozent ( $\alpha < 0.10$ ) charakterisierte einen tendenziellen (T), eine solche von unter 5 Prozent ( $\alpha < 0.05$ ) einen signifikanten (S), eine solche von unter 1 Prozent ( $\alpha < 0.01$ ) einen hochsignifikanten (H) Unterschied.

Zur graphischen Darstellung im Text: Chiquadrat-Analysen machen einen Gutteil der Tabellen aus, sind wie folgt aufgebaut: die Überschrift, erläutert jeweils die in Zusammenhang gebrachten Dimensionen. Wo Spalten- und Tabellenbezeichnungen aus Gründen einer knappen Darstellung abgekürzt werden mußten, ergibt sich die Bedeutung aus dem auf die Tabelle hinweisenden Text. In der eigentlichen Tabelle finden sich in den Fällen, in denen eine statistische Analyse durchgeführt wurde, zwei übereinander geschriebene Werte pro Feld: oben der tatsächliche, unten der erwartete Wert (siehe hierzu auch die jeweilige linke obere Ecke: "Count", darunter "Expected Value"). Am Rand der Tabelle finden sich Spalten- und Zeilensummen, darunter die jeweiligen Prozentangaben. Unten findet sich dann von links nach rechts der errechnete Wert Chi, die Signifikanz und die Zahl der Felder mit einem Erwartungswert unter 5.



Die jeweils verwendeten statistischen Verfahren sind in den einzelnen Tabellen und Abbildungen vermerkt (Chiquadrat-Analyse = Chi, Wilcoxon-Mann-Whitney-Test = Mann).

### 3 Resultate

#### 3.1 das BKH Werneck und sein Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet des BKH Werneck umfaßt die Landkreise des östlichen Unterfrankens, die Einwohnerzahl ist Ende 1989 mit 504.085 Personen ausgewiesen.

Die Klinik hat 300 Betten im Behandlungsbereich und 350 Betten im Pflegebereich. Entlassungen aus dem Langzeit- und Pflegebereich machten 1990 nur 2.3% der Gesamtentlassungen aus.

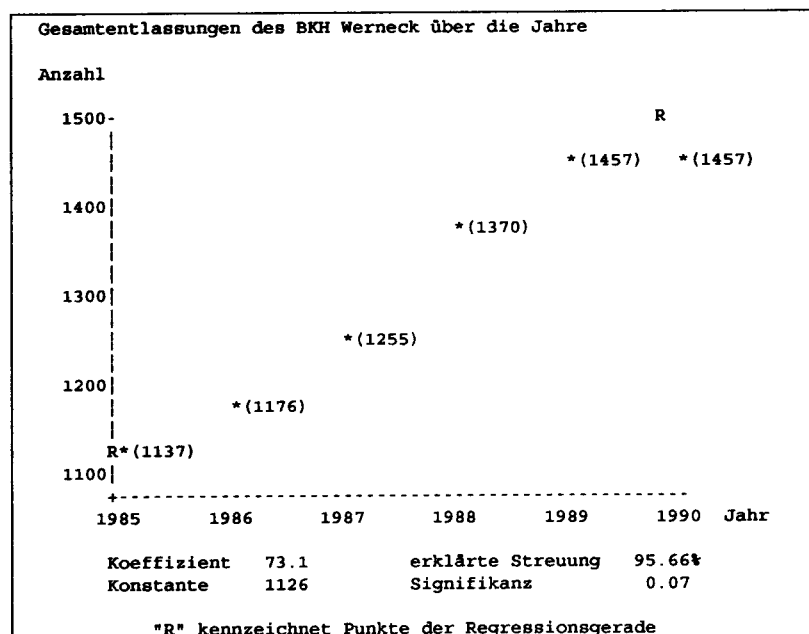


Abb. 1

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Gesamtentlassungszahlen der Klinik. Dabei zeigt sich ein kontinuierliches Anwachsen über die Jahre. In der linearen Regressionsanalyse läßt sich dieser Prozeß im Trend absichern.

Tabelle 1 schlüsselt die Entlassungsdiagnosen der Patienten nach Gruppen des ICD-9 weiter auf. Erfasst wurden nur solche Gruppen, die in einem der Jahre mindestens ein Prozent der Entlassungsdiagnosen ausmachten. Für alle Gruppen, die über die ganzen Jahre hin mehr als ein Prozent der entlassenen Patienten beschrieben, wurde ebenfalls die lineare Regressionsanalyse angewandt. Keine der Gruppen erreichte dabei signifikantes Niveau, d.h. die Schwankungen über die Jahre scheinen zufälliger Natur zu sein.

aufgeschlüsselte Diagnosen der Gesamtentlassungen							
ICD	Diagnosegruppen	1985	1986	1987	1988	1989	1990
290	org. Psychosen	9.1	12.0	12.8	13.9	14.8	11.9
291	Alk. psychosen	2.2	3.0	3.1	2.5	1.4	1.8
293	ak. exog. Reakt. typ	*	1.1	1.0	1.0	*	*
294	and. org. Psychosen	*	*	1.0	*	1.2	*
295	schiz. Psychosen	23.0	29.0	25.9	24.3	26.8	23.5
296	affekt. Psychosen	22.5	18.9	21.9	19.2	20.5	19.0
297	paranoide Syndrome	*	1.2	*	*	*	*
298	and. nichtorg. Psych.	1.0	1.4	1.8	1.4	1.7	2.3
300	Neurosen	3.9	3.2	3.5	3.6	2.8	3.9
301	Persönl. störungen	*	1.3	*	*	*	2.8
303	Alkoholabhängigkeit	12.8	13.3	14.0	12.7	15.2	14.5
304	Med./Drogenabhängigkeit	3.0	4.3	3.0	6.2	3.4	4.9
305	Med./Drog. mißbr. o. Abh.	1.5	*	1.2	*	1.0	1.0
308	akute Belast. reaktionen	2.3	1.9	3.5	2.7	2.7	3.3
309	Anpassungsstörungen	3.9	3.2	3.9	3.8	1.9	3.6
317	leichter Schwachsinn	1.2	1.9	1.8	1.9	1.6	2.3
318	and. ausgepr. Schwachs.	*	1.0	*	*	*	*
345	Epilepsien	*	*	*	1.0	1.1	*
	andere u. Gruppen < 1%	13.6	3.3	1.6	5.8	3.9	5.2

\*\*\* kennzeichnet Gruppen < 1 %

Tab. 1

### 3.2 soziodemographischer Vergleich zu Bayern und der BRD

Die Tabellen 2 bis 5 vergleichen schulisch-berufliche Situation, Beziehungsstatus und Haushaltgröße bei Patienten, den Einwohnern Bayerns und der BRD. Die Vergleichsdaten entstammen den Ergebnissen der Volkszählung Mai 1987, beziehen sich allerdings im Unterschied zur Studie (Altersintervall 20 bis 49 Jahre) bis auf die schulische Situation (15 bis 64 Jahre) auf Personen jeglichen Alters. Die Tabellen sollen einen größenordnungsmäßigen Eindruck geben, auf eine statistische Analyse wurde bewußt verzichtet.

Bei Männern fällt eine gegenüber bayerischem und Bundesschnitt hohe Prozentzahl von Realschul- und Gymnasialabsolventen auf, bei Frauen eine relativ hohe Prozentzahl von Hauptschul-, zu Lasten von Realschulabsolventinnen.

Schulabschluß (Männer)			
Percent	Hauptsch.	Realsch.	Gymnas.
Deutschl.	63.4	18.5	18.1
Bayern	67.3	15.9	16.8
Patient.	52.2	21.7	26.1

Schulabschluß (Frauen)			
Percent	Hauptsch.	Realsch.	Gymnas.
Deutschl.	63.0	24.3	12.7
Bayern	66.0	23.2	10.7
Patient.	72.2	16.7	11.1

Tab. 2

Bezüglich aktueller Berufstätigkeit imponiert im Vergleich das relativ niedrigere Ausmaß an Beschäftigung bei Männern und das relativ höhere Ausmaß an Frauen.

Nicht erwerbstätig ist hier definiert als erwerbslos, Nicht-Erwerbsperson oder anders versorgt (Rente, Vermögen, Eltern, ...).

Beim aktuellen Beziehungsstatus ist der Unterschied zur Vergleichspopulation bei beiden Geschlechtern, bei Männern noch deutlicher, offensichtlich. Erfasst wurde nur verheiratet/nicht verheiratet. Verwitwet, geschieden oder nicht-eheliche Gemeinschaft wurden nicht aufgeschlüsselt, da die Vergleichsdaten der Volkszählung die nicht-eheliche Gemeinschaften nicht erfassen.

Berufstätigkeit				
Percent	Männer		Frauen	
	nein	ja	nein	ja
Deutschl.	43.2	56.8	67.1	32.2
Bayern	41.0	59.0	64.6	35.4
Patient.	69.2	30.8	57.9	42.1

Tab. 3

aktuelle Beziehung				
Percent	Männer		Frauen	
	nicht vh	verheir.	nicht vh	verheir.
Deutschl.	48.9	51.1	53.4	46.6
Bayern	49.1	50.9	53.0	47.0
Patient.	100.0	0.0	63.7	26.3

Tab. 4

Bezüglich der Haushaltssituation bestehen keine großen Unterschiede zu den Vergleichsdaten von Bayern und der BRD. Auffällig ist aber die relativ hohe Prozentzahl von Patienten, die in Dreipersonenhaushalten, meist bei den Eltern, leben. Die größeren Familieneinheiten (5 Personen und mehr) sind bei Patienten relativ unterre-

präsentiert. Die vorliegenden Daten der Volkszählung differenzieren bei Haushaltsgrößen von 2 und mehr Personen zwischen den Geschlechtern nicht mehr.

aktuelle Haushaltsgröße (Anzahl Personen)					
Percent	1	2	3	4	5
Deutschl.	33.4	28.4	17.7	13.7	6.7
Bayern	31.9	27.7	18.1	14.6	7.8
Patient.	33.3	26.2	23.8	14.3	2.4

Tab. 5

### 3.3 Daten von Studienteilnehmern und -ablehnern im Vergleich

Im Rekrutierungszeitraum 01.06.1990 bis 31.05.1991 wurden im BKH Schloß Werneck 1701 Patienten entlassen. In diesem Zeitraum wurden 75 Patienten nach oben aufgeführten Ein- und Ausschlußkriterien für die Studie rekrutiert. Dies entspricht einem knappen Sechstel der - in Extrapolation der Zahlen von Tabelle 1- im Bezugszeitraum zu erwartenden Entlassenen der ICD-Gruppe 295. Patienten (60.0%) an der Untersuchung teil. Über die mutmaßlichen Hinderungsgründe der restlichen 30 Patienten, die sich nach Durchsicht der Krankengeschichte und nach Rücksprache mit den behandelnden Kollegen ergab, gibt Tabelle 6 Auskunft.

rekrutierte Patienten, Teilnehmer und Ablehner, Ablehnungsgründe			
Percent	Frequency	Valid Percent	Cum
teilgenommen	45	60.0	60.0
abgelehnt, davon			
-im Rahmen der Erkrankung	19	25.3	85.5
-sonstige Bedenken	7	9.3	94.7
-organisatorisch	4	5.3	100.0
	75	100.0	

Tab. 6

Mit Ablehnung "im Rahmen der Erkrankung" waren Patienten gemeint, die aus einer stark negativistisch-aggressiven Grundhaltung heraus, durch starke Antriebs- und Motivationsdefizite oder durch augenscheinlich chronische, latent vorhandene Ängste die Teilnahme ablehnten. Gut ein Viertel der rekrutierten Patienten ließ sich dieser Kategorie zuordnen.

"Sonstige Bedenken" wurden Patienten zugeordnet, die ihre Ablehnung aus Gesichtspunkten der Intimität der Themen, des nicht erwünschten weiteren Kontakts neben dem Therapeuten u.ä. begründeten. Diese Gründe spielten bei knapp einem Zehntel eine Rolle.

"Organisatorische Gründe" waren schließlich bei Patienten mit z.B. längerem Belastungsurlaub, nur kurzem Aufenthalt oder vorzeitiger Entweichung ausschlaggebend, fanden sich bei nur gut 5 Prozent.

wichtige soziodemographische Vergleichsdaten und Krankheitsindizes von Studienteilnehmern und Ablehnern			
	Teilnehmer(%)	Ablehner(%)	Sign. (Chi)
Geschlecht (männlich)	57.78	73.33	.2587
absolvierte weiterführende Schule	35.56	30.00	.8026
abgeschlossene Berufsausbildung	48.89	56.67	.6711
allein wohnend	35.56	33.33	1.0000
ohne Beziehung	73.33	90.00	.1407
ohne Kinder	86.67	76.67	.4182
bestehende Pflegschaft	55.55	76.67	.1051
ohne derzeitige Tätigkeit	62.22	83.33	.1135
	Teilnehmer	Ablehner	Sign. (Mann)
Lebensalter (LA) *	34.05 ± 6.41	38.12 ± 1.21	.006
Ersterkrankungsalter *	23.68 ± 6.03	24.88 ± 6.56	.424
Anzahl Hospitalisationen (HZ)	6.44 ± 4.27	6.55 ± 4.33	1.000
Dauer Hospitalisationen (HD)**	17.73 ± 16.00	20.79 ± 21.21	.765
Katamnesedauer (KD)*	10.37 ± 5.05	13.34 ± 6.73	.060
HD/LA (%)	4.57 ± 4.45	4.55 ± 4.39	.859
HD/KD (%)	15.67 ± 13.57	14.61 ± 13.36	.701
HZ/LA (alle ... Jahre)	8.39 ± 6.85	10.00 ± 8.00	.419
HZ/KD (alle ... Jahre)	3.00 ± 3.84	2.52 ± 1.67	.314

Tab. 7

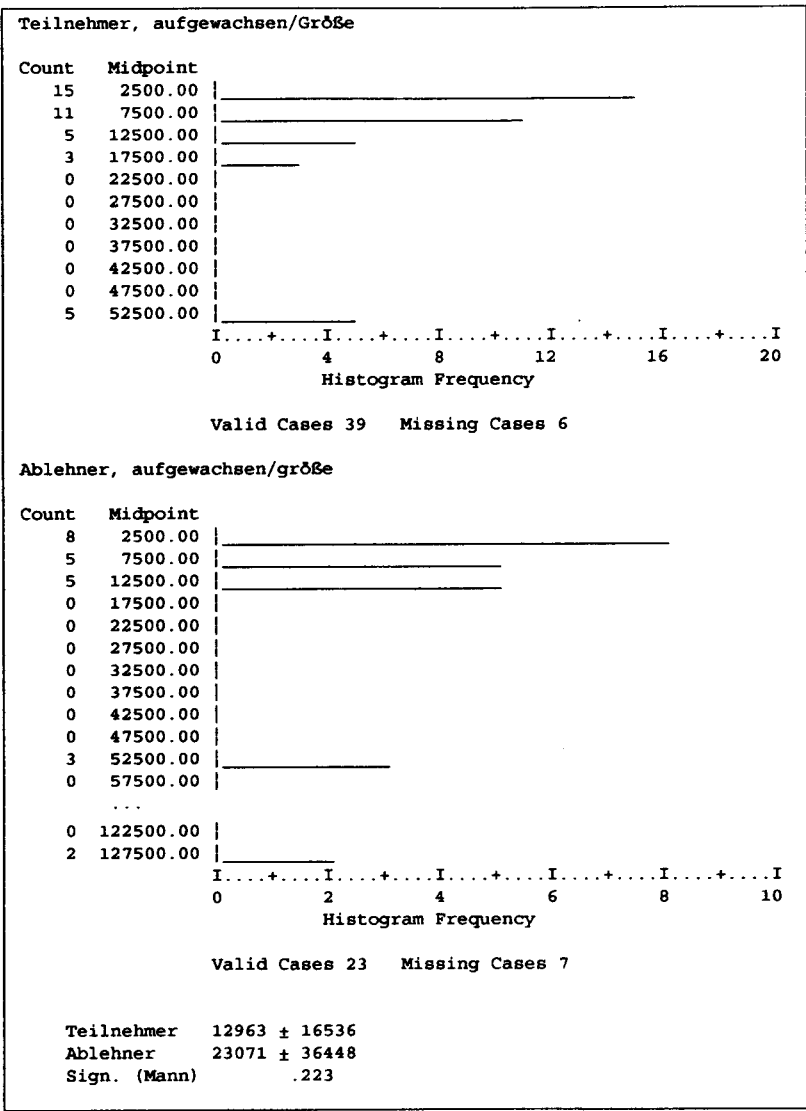


Abb. 2

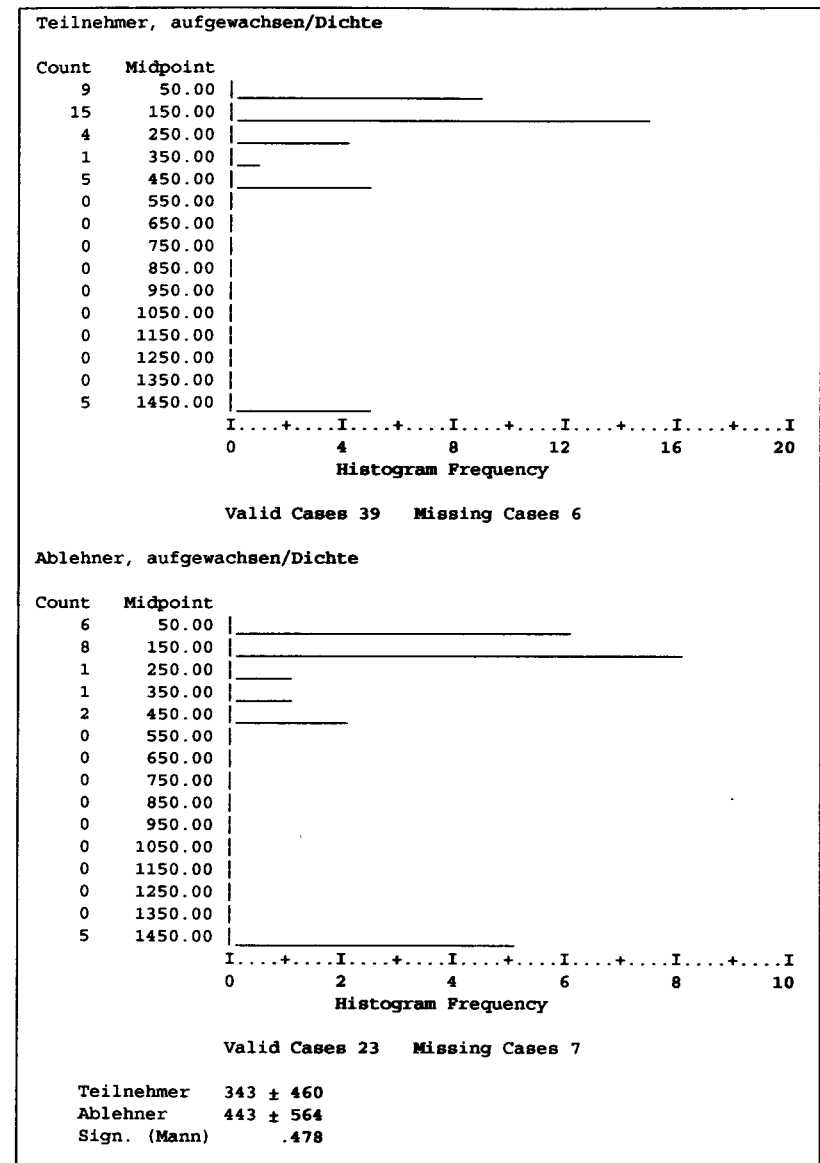


Abb. 3

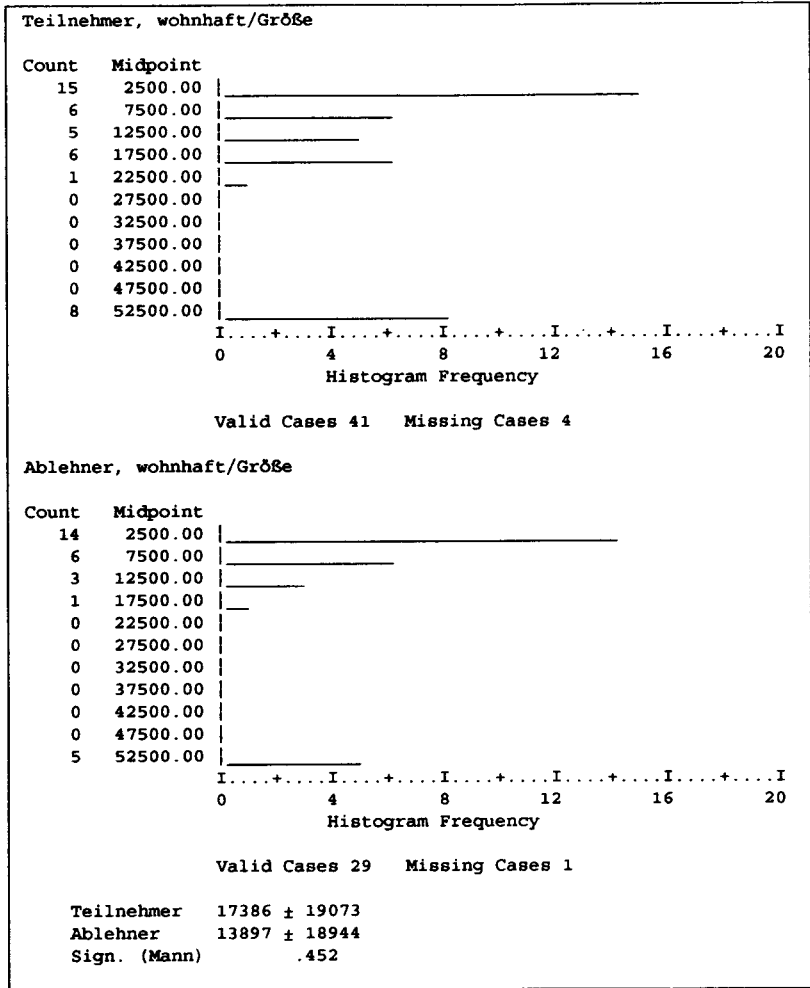


Abb. 4

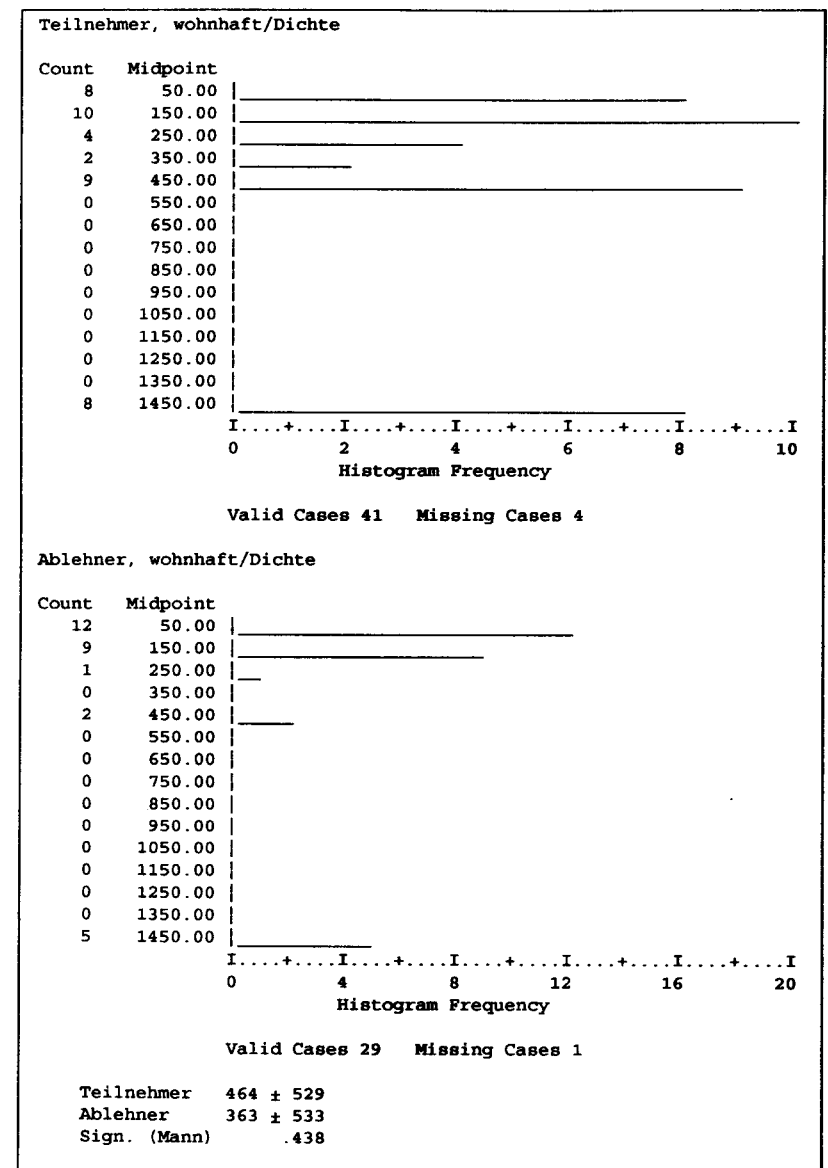
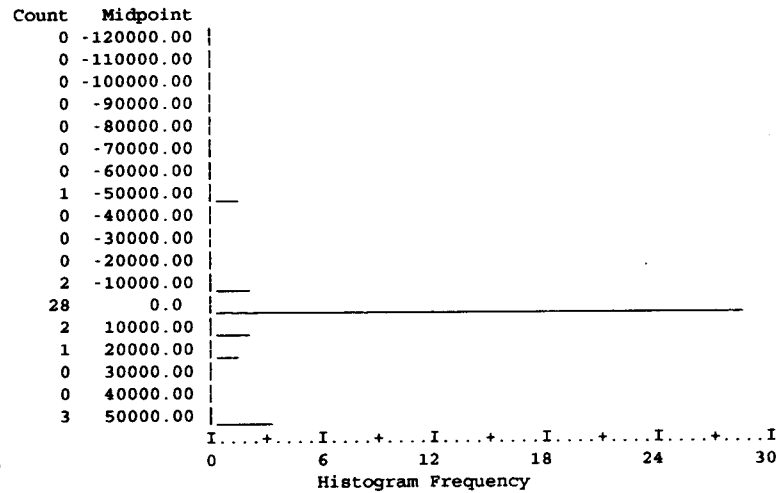


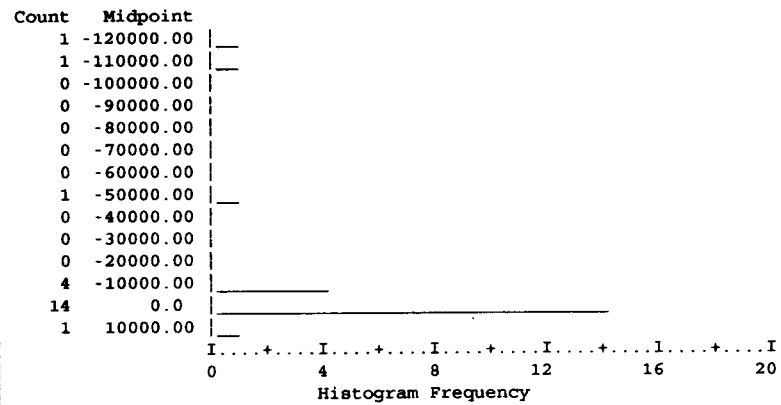
Abb. 5

## Migration (Größe) bei Teilnehmern



Valid Cases 37

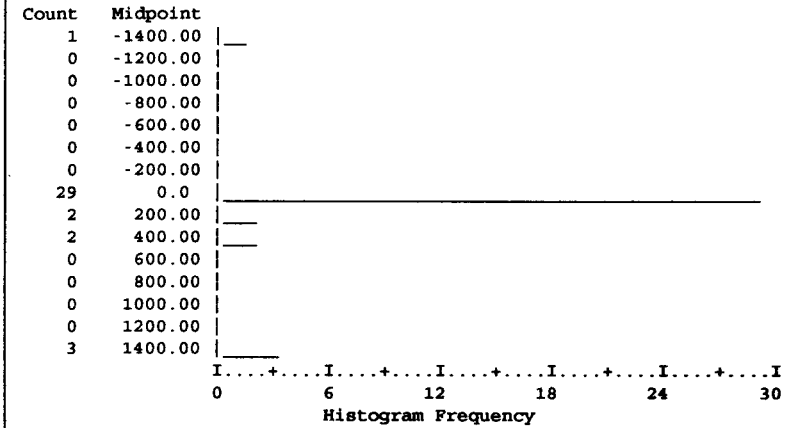
## Migration (Größe) bei Ablehnern



Valid Cases 22

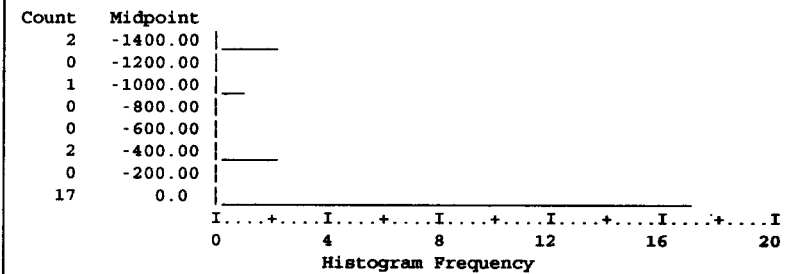
Abb. 6

## Migration (Dichte) bei Teilnehmern



Valid Cases 37

## Migration (Dichte) bei Ablehnern



Valid Cases 22

Abb. 7

Teilnehmer und Ablehner vs. Dichtemigration				
Count	kleiner	gleich	größer	Row Total
Teilnehmer	3 5.6	27 25.7	7 5.6	37 62.7%
Ablehner	6 3.4	14 15.3	2 3.4	22 37.3%
Column Total	9 15.3%	41 69.5%	9 15.3%	59 100.0%

Teilnehmer und Ablehner vs. Größemigration				
Count	kleiner	gleich	größer	Row Total
Teilnehmer	3 6.3	27 25.7	7 5.0	37 62.7%
Ablehner	7 3.7	14 15.3	1 3.0	22 37.3%
Column Total	10 16.9%	41 69.5%	8 13.6%	59 100.0%

Tab. 8

Tab. 7 zeigt im oberen Teil nominal- und ordinalskalierte, im unteren Teil rationalskalierte Vergleichsdaten der wesentlichen Bereiche sozialer Anpassung von Studienteilnehmern und -ablehnern.

Bezüglich Schule, Berufsausbildung und Wohnsituation zeigen sich keine Unterschiede. Es findet sich bei den Ablehnern eine Häufung des männlichen Geschlechts, der Beziehungslosigkeit, der bestehenden Pflegschaft und der derzeitigen Tätigkeitslosigkeit, die aber in keinem Bereich signifikantes Niveau erreicht.

Die Vergleichsgruppe der Ablehner ist hochsignifikant älter und tendenziell länger erkrankt. Dagegen zeigen sich bezüglich Ersterkrankungsalter, Anzahl und Dauer der Hospitalisationen sowie daraus errechneten Indizes keine statistisch relevanten Unterschiede.

Die Abbildungen 2 bis 5 geben einen Eindruck von Größe und Einwohnerdichte (Einwohner pro Quadratkilometer) der Herkunfts- und aktuellen Wohnorte. Studienteilnehmer und -ablehner sind jeweils gegenübergestellt. 13 Patienten des Gesamtkollektivs wuchsen außerhalb des Einzugsgebiets auf, Zahlen über Ortsgröße und -dichte lagen hier nicht vor. Bei 5 Patienten des Gesamtkollektivs ist derzeit die

weitere Wohnsituation nach Entlassung noch ungeklärt, sie wurden deswegen nicht berücksichtigt.

Der optische Eindruck wie auch die Streuungsmaße lassen erkennen, daß eine Normalverteilung jeweils nicht vorliegt.

Vielmehr zeichnet sich in der Größe- und Dichteverteilung die zweigipflige Struktur des Einzugsgebiets des BKH Werneck ab: mehrheitlich ländlich, mit einigen kleineren Städten bis 20000 Einwohnern und einer größeren Stadt mit über 53000 Einwohnern. Ein Unterschied der Herkunft und des jetzigen Wohnortes von Studienteilnehmern und -ablehnern fällt nicht in's Auge.

Die Abbildungen 6 und 7 zeigen Ausmaß und Richtung der Migration von Herkunft zu jetzigem Wohnort bei Studienteilnehmern und -ablehnern. Ortsgrößen und -dichten wurden in Schritten zu 10000 Einwohnern bzw. 200 Einwohner pro Quadratkilometer gruppiert. Durch die gruppierungsbedingte Rasterung werden manche Details allerdings nicht sichtbar.

Die Tabelle 8 faßt die Abbildungen 2 bis 7 zusammen. Jeweils gut zwei Drittel der beiden Gruppen wohnen in gleicher Ortsgröße bzw. -dichte ihrer Kindheit und Jugend. Im Übrigen zeigt sich bei Ablehnern ein verglichen mit den Teilnehmern deutlich stärkeres Abwandern in kleinere Einheiten. Der Unterschied ist augenfällig, die geringe Feldgröße verunmöglicht aber eine statistische Analyse.

Die Differenz der Migrationsrichtungen von Ortsgröße und -dichte bei Ablehnern erklärt sich dadurch, daß zwei Patienten mittlerweile in größeren, aber weniger dicht besiedelten Orten, ein Patient in einem kleineren, aber dichter besiedelten Ort leben.

Die Verteilung der Prägnanztypen residuärer Veränderungen bei den Patienten der Studie nähert sich den von HUBER 1987 beschriebenen Häufigkeiten der verschiedenen Ausgänge (Tab. 9) an.

In der Studie wurden die Prägnanztypen "Vollremission" und "minimal oder leicht residuär" zusammengefasst, da eine Unterscheidung zwischen beiden Typen psychopathologischen Ausgangs im Einzelfall bei den noch weitgehend unter symptom-suppressiver Medikation stehenden und oft postremissive Erschöpfung erleidenden Patienten kaum möglich war. Zum Vergleich sind die Häufigkeiten der beiden relevanten Ausgangstypen auch in der Aufstellung von HUBER zusammengefasst. Patienten mit dem Verlauf einer chronisch reinen Psychose fanden sich in der Studie nicht.

## Remissionstyp n. Huber bei Studienteilnehmern

Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
min. oder leicht res.	24	53.3	53.3
erhebl. reine Def.	6	13.3	66.7
Strukturverf. o. Ps.	2	4.4	71.1
gemischtes Residuum	8	17.8	88.9
typ. schiz. Def.ps.	4	8.9	97.8
chronische reine Ps.	0	0.0	97.8
Strukturverf. m. Ps.	1	2.2	100.0

## Huber "Schizophrenie, Erträge d. Forschung..."

Value Label	Valid Percent	Cum Percent
min. oder leicht res.	56.6	56.6
erhebl. reine Def.	5.8	62.4
Strukturverf. o. Ps.	3.0	65.4
gemischtes Residuum	16.6	82.0
typ. schiz. Def.ps.	10.8	92.7
chronische reine Ps.	4.2	96.8
Strukturverf. m. Ps.	3.2	100.0

Tab. 9

## 3.4 EWL 60-S

## 3.4.1 interne Daten der Referenzgruppe

Im Rahmen der Durchführung der EWL 60-S an der Vergleichsgruppe wurden 215 Fragebögen (100%) an Pflegekräfte, die feste Mitarbeiter des Bezirkskrankenhauses Schloß Werneck sind, ausgeteilt.

114 Personen (53.02%) nahmen an der Vergleichsuntersuchung teil, was für eine gute Akzeptanz der Untersuchung spricht.

Von diesen füllten 101 Personen (46.98%) die Fragebögen vollständig und nach gegebener Instruktion aus.

2 Personen waren jünger als 20 Jahre, 7 Personen älter als 49 Jahre, so daß 92 Fragebögen von Probanden, die sowohl korrekt ausgefüllt hatten wie auch in den relevanten Altersintervallen lagen (42.79%), verblieben.

Tabelle 10 zeigt ein Überwiegen weiblicher Probanden, eine Betonung der Alterstufen 20-29 und 30-39 Jahre sowie eine mehrheitliche Angabe von keinem einschneidenden, das Befinden stark beeinflussendem Lebensereignis.

## EWL-Referenzgruppe: Geschlecht, Alter und einschneidende Lebensereignisse

Geschlecht	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
männlich	34	37.0	37.0
weiblich	58	63.0	100.0

Alter	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
20 bis 29 Jahre	34	37.0	37.0
30 bis 39 Jahre	35	38.0	75.0
40 bis 49 Jahre	23	25.0	100.0

einschneidende Lebensereignisse	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
nein	54	58.7	58.7
einmal	25	27.2	85.9
mehrfach	13	14.1	100.0

Tab. 10

## EWL-Referenzgruppe: Zusammenhänge zwischen Alter und Geschlecht

Count	20 - 29	30 - 39	40 - 49	Row
Exp Val	Jahre	Jahre	Jahre	Total
männlich	9 12.6	13 12.9	12 8.5	34 37.0%
weiblich	25 21.4	22 22.1	11 14.5	58 63.0%
Column	34	35	23	92
Total	37.0%	38.0%	25.0%	100.0%

Chi-Square	Significance	Cells with E.F. < 5
3.89111	.1429	1 of 6 (16.7 %)

Tab. 11



Die Tabellen 11 bis 13 setzen Alter, Geschlecht und einschneidende Lebensereignisse in Beziehung. Die nicht unerwartete Betonung jüngerer Frauen und älterer Männer erbrachte kein signifikantes Niveau. In gleichem Sinne wirkte sich das Geschlecht auf die Antwort nach einschneidenden Lebensereignissen nicht aus. Keine deutlichen Unterschiede finden sich schließlich im Zusammenhang von Alter und Ausprägung der Antwort nach einschneidenden Lebensereignissen. Hier konnte wegen der geringen Feldgröße eine statistische Analyse nicht durchgeführt werden.

EWL-Referenzgruppe: Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und Geschlecht				
Count Exp Val	keine L. ereign.	einmal	mehrfach	Row Total
männlich	22 20.0	8 9.2	4 4.8	34 37.0
weiblich	32 34.0	17 15.8	9 8.2	58 63.0
Column Total	54 58.7%	25 27.2%	13 14.1%	92 100.0
Chi-Square .80912	Significance .6673	Cells with None	E.F.< 5	

Tab. 12

EWL-Referenzgruppe: Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und Alter				
Count Exp Val	keine L. ereign.	einmal	mehrfach	Row Total
20-29 J.	17 20.0	14 9.2	3 4.8	34 37.0%
30-39 J.	22 20.5	6 9.5	7 4.9	35 38.0%
40-49 J.	15 13.5	5 6.3	3 3.3	23 25.0%
Column Total	54 58.7%	25 27.2%	13 14.1%	92 100.0%

Tab. 13

### 3.4.2 Referenzgruppe und Patienten im Vergleich

Tabelle 14 gibt Aufschluß über die Häufigkeit von extremen EWL-Antworten bei Patienten und der Referenzgruppe. Signifikant mehr extreme Antworten finden sich bei Patienten in Kindheit und Jugend.

EWL: Ausprägung extremer Antworten (sehr häufig, sehr selten)			
	Referenzgruppe	Patienten	Sign. (Mann)
Kindheit und Jugend derzeit	16.82 ± 10.48	22.46 ± 13.55	.021
	17.77 ± 11.37	19.40 ± 13.54	.633

Tab. 14

Die Tab. 15 bis 17 zeigen das Ergebnis der Untersuchung auf Mittelwertsunterschiede, zusammengesetzt aus Einzeluntersuchungen nach Mann-Whitney innerhalb der verschiedenen Gruppen, die die Eigenschaftswortliste ausfüllten.

Kindheit und Jugend, Patienten und Referenzgruppe im Vgl. (Mann)			
Allgemeine Desaktivität			
		G	G G G G
Mean	Group	1	2 3 4
1.6387	Grp 1		
1.6464	Grp 2		
1.7615	Grp 3		
1.9698	Grp 4	H	S
Angst/Deprimiertheit			
		G	G G G G
Mean	Group	2	1 3 4
1.8972	Grp 2		
1.9100	Grp 1		
1.9154	Grp 3		
2.1776	Grp 4	S	S

Tab. 15

derzeit, Patienten und Referenzgruppe im Vergleich (Mann)

Leistungsbezogene Aktivität

Mean	Group	G	G	G	G
2.5490	Grp 4	4	2	3	1
2.9568	Grp 2	H			
3.0985	Grp 3	H			
3.1163	Grp 1	H			

Allgemeine Desaktivität

Mean	Group	G	G	G	G
1.7017	Grp 1	1	2	3	4
1.8164	Grp 2				
2.1846	Grp 3	T			
2.5067	Grp 4	H	H		

Extraversion/Introversion

Mean	Group	G	G	G	G
.2105	Grp 4	4	3	2	1
.5308	Grp 3	T			
.6216	Grp 2	H			
.6874	Grp 1	H			

Allgemeines Wohlbefinden

Mean	Group	G	G	G	G
2.4227	Grp 4	4	3	2	1
2.6362	Grp 3				
2.8384	Grp 2	S			
2.9563	Grp 1	H			

Emotionale Gereiztheit

Mean	Group	G	G	G	G
2.0202	Grp 1	1	2	4	3
2.1168	Grp 2				
2.3913	Grp 4	H			
2.3977	Grp 3	S			

Angst/Deprimiertheit

Mean	Group	G	G	G	G
1.6296	Grp 1	1	2	3	4
1.7928	Grp 2				
2.1654	Grp 3	H			
2.4777	Grp 4	H	H		

Tab. 16

Unterschied, Patienten und Referenzgruppe im Vergleich (Mann)

Leistungsbezogene Aktivität

Mean	Group	G	G	G	G
-.3310	Grp 4	4	2	1	3
.0800	Grp 2	T			
.2252	Grp 1	H			
.3669	Grp 3	H			

Allgemeine Desaktivität

Mean	Group	G	G	G	G
.0620	Grp 1	1	2	3	4
.1708	Grp 2				
.4246	Grp 3	T			
.5450	Grp 4	H	T		

Extraversion/Introversion

Mean	Group	G	G	G	G
-.1515	Grp 4	4	2	3	1
.1304	Grp 2				
.1438	Grp 3				
.2270	Grp 1	S			

Allgemeines Wohlbefinden

Mean	Group	G	G	G	G
-.3940	Grp 4	4	3	2	1
-.1062	Grp 3				
.0292	Grp 2				
.1435	Grp 1	H			

Emotionale Gereiztheit

Mean	Group	G	G	G	G
-.2268	Grp 2	2	1	4	3
-.1172	Grp 1				
.1655	Grp 4	S	S		
.3008	Grp 3	S	S		

Angst/Deprimiertheit

Mean	Group	G	G	G	G
-.2819	Grp 1	1	2	3	4
-.1048	Grp 2				
.2508	Grp 3	H			
.3023	Grp 4	H	S		

Tab. 17

Verwendet wurden die EWL-Bereiche "Leistungsbezogene Aktivität", "Allgemeine Desaktivität", Extraversion/Introversion", "Allgemeines Wohlbefinden", "Emotionale Gereiztheit" und "Angst/Deprimiertheit", jeweils für "Kindheit und Jugend", "derzeit (Zeitraum der letzten 4 Wochen)" sowie dem errechneten Unterschied.

Gruppe 1 entspricht Pflegepersonal ohne einschneidendes Lebensereignis in den vergangenen 3 Monaten, Gruppe 2 mit einem, Gruppe 3 mit mehreren oder einem sehr schweren solchen Ereignis, Gruppe 4 ist schließlich die Patientengruppe.

Bezüglich Kindheit und Jugend beschreiben sich Pflegekräfte der einzelnen Gruppen nicht unterschiedlich. Schizophrene Patienten geben hingegen schon für diese Zeit ein größeres Ausmaß sowohl an Desaktivität als auch an Angst und Deprimiertheit an. Hervorgehoben sei, daß sie sich als damals nicht introvertierter als die Referenzgruppe schildern.

Bei den Beschreibungen des derzeitigen Befindens zeigen sich jetzt auch Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der Pflegekräfte: Gruppe 3 beschreibt sich als tendenziell desaktiver und hochsignifikant ängstlich-deprimierter als Gruppe 1, obwohl die Anweisung des Fragebogens "einschneidendes Lebensereignis" nicht nur negativ definierte. Schizophrene Patienten schließlich weisen bei der Schilderung des jetzigen Befindens in allen Bereichen außer bei "emotionaler Gereiztheit" die stärksten Ausprägungen eines negativen Selbstkonzepts auf, in einem sich signifikant abhebenden Ausmaß.

Bei den errechneten Differenzen zwischen "Kindheit und Jugend" und "derzeit" zeigen sich die oben beschriebenen Unterschiede weiterhin. Zu beachten ist, daß sich Schizophrene trotz eines größeren Ausmaßes an Desaktivität, Angst und Deprimiertheit in Kindheit und Jugend in diesen Bereichen auch in der errechneten Differenz gegenüber der Gruppe 1 hochsignifikant unterscheiden.

### 3.4.3 Vergleich innerhalb der Patientengruppe

Die Tabellen 18 bis 20 erfassen Zusammenhänge zwischen der Lebenssituation in Kindheit/Jugend sowie derzeit und der Selbstwahrnehmung der jeweiligen Epochen, ausgedrückt in Positiv- (leistungsbezogene Aktivität, Extraversion im Vgl. zu Introversion, allgemeines Wohlbefinden) und Negativattributionen (allgemeine Desaktivität, emotionale Gereiztheit, Angst/Deprimiertheit) der EWL.

Um Information zu bündeln, wurde eine sehr kompakte Form der Darstellung gewählt. Verglichen wurden jeweils 2 Gruppen, z.B. Patienten mit begonnener weiterführender Schule vs. ohne solche, oder Patienten ohne enge Freunde vs. solche mit mindestens einem.

Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und Selbstwahrnehmung in Kindheit und Jugend (Mann-Whitney)						
	Positivattributionen			Negativattributionen		
	leist.   Aktiv.	Extrav.   Introv.	allgem.   Wohlbef.	allgem.   Desakt.	emotion   Gereizt	Angst/   Deprim.
<b>Ausbildung</b>						
weiterführende Schule begonnen	+					
weiterführende Schule absolviert						
berufliche Ausbildung begonnen				-	-	-
berufliche Ausbildung absolv.						
<b>Gruppenverhalten</b>						
keine engen Freunde	-	-		+	+	+
starke Einsamkeit	(S)	(T)		(S)	(H)	(S)
schlechter Kont.		-	-	+		
schlechte Akzept.	-	-	-	+	+	
passive Stellung		-				
schlechte Durchs. fähigkeit	-	-	-	+	+	+
Interessenausüb. alleine	(H)	(H)	(H)	(H)	(S)	(H)
<b>Beziehungen</b>						
späte Erfahrungen mit and. Geschl.		-		+	+	+
neg. erste Erfahr. mit and. Geschl.		(S)		(T)	(T)	(S)
						+
						(T)

Tab. 18

Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und Selbstwahrnehmung derzeit (Mann-Whitney) 1						
	Positivattributionen			Negativattributionen		
	leist. Aktiv.	Extrav. Intro.	allgem. Wohlbef.	allgem. Desakt.	emotion Gereizt	Angst/ Deprim.
<b>Bewältigung</b>						
Rückzug/Ablenkung (häufig)						
Aktivität (häufig)						
mit sich selber ausmachen (häuf.)						
mit anderen sprechen (häufig)				- (S)	- (T)	- (T)
Hilflosigkeit (häufig)			- (T)	+ (S)	+ (S)	+ (H)
dagegen ankämpfen häufig)						
zu Ärzten gehen/ Med. nehmen (häuf.)						
Alkohol/Drogen (häufig)						
<b>Gruppenverhalten</b>						
keine engen Freunde						
starke Einsamkeit						
schlechter Kont.	- (T)	- (H)	- (S)			
schlechte Akzept.	- (S)		- (S)	+ (S)	+ (T)	+ (T)
passive Stellung	- (H)	- (S)	- (H)	+ (H)	+ (S)	+ (H)
schlechte Durchs. fähigkeit	- (S)	- (H)	- (H)	+ (S)		+ (S)
Interessenausüb. alleine						

Tab. 19

Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und Selbstwahrnehmung derzeit (Mann-Whitney) 2						
	Positivattributionen			Negativattributionen		
	leist. Aktiv.	Extrav. Intro.	allgem. Wohlbef.	allgem. Desakt.	emotion Gereizt	Angst/ Deprim.
<b>akt. Situation</b>						
nur andere als Geldverdiener				+ (T)		+ (T)
andere entschei- den über Geld	- (S)			+ (S)	+ (S)	+ (T)
andere versorgen Haushalts						
andere entschei- den ü. gem. Aktiv				+ (S)		
<b>Tätigkeit</b>						
ohne aktuelle Beschäftigung				- (T)		- (T)
<b>Behandlungseffekte</b>						
Gespräche ohne subj. Nutzen						
Medikamente ohne subj. Nutzen				+ (T)	+ (H)	+ (T)

Tab. 20

Leere Felder signalisieren, daß kein Unterschied der Gruppen besteht. Ein "+", bedeutet einen positiven Zusammenhang. So beschreibt sich z.B. die Gruppe mit schlechter Durchsetzungsfähigkeit in Kindheit/Jugend damals als (hochsignifikant) ängstlich/deprimierter als die Vergleichsgruppe. Entsprechend bedeutet ein "-" einen negativen Zusammenhang, d.h. im gleichen Beispiel: diese Gruppe beschreibt sich mit (hochsignifikant) geringerem allgemeinen Wohlbefinden als die Vergleichsgruppe. Das erreichte Signifikanzniveau findet sich jeweils unter dem "+" bzw. "-".

Im Bereich der schulisch-beruflichen Ausbildung finden sich keine deutlichen Zusammenhänge zwischen begonnener und absolvierter Schule, absolvierter Berufsausbildung einerseits und Selbstbeschreibung andererseits. Signifikante Zusammenhänge in Richtung einer starken Negativattribution finden sich allerdings bei der Gruppe ohne begonnene berufliche Ausbildung. Es entsteht der Eindruck, daß Beginn einer beruflichen Ausbildung überhaupt einen größeren Einfluß auf das Selbstbild hat wie die erfolgreiche Absolvierung.

Im Bereich früheren Gruppenverhaltens erstaunt der geringe bzw. fehlende Zusammenhang der Selbstbeschreibung mit starken Einsamkeitsgefühlen, schlechtem Kontakt und passiver Stellung in Gruppen. Die anderen Kategorien (kein enger Freund, schlechte Akzeptanz, geringe Durchsetzungsfähigkeit und Interessenausübung allein) gehen in die erwartete Richtung verstärkter Negativattribution der jeweils sozial beeinträchtigten Gruppe.

Negative Zuschreibungen stehen in deutlich engerer Verbindung mit später Erfahrung mit ersten Partnern als mit negativen ersten Erfahrungen überhaupt.

Die Zusammenhänge zwischen Ausmaß entwickelter Bewältigungsstrategien und Selbstwahrnehmung sind insgesamt erstaunlich gering. Ein häufiges "mit anderen sprechen" geht mit vergleichsweise hoher Positiv-, ein hohes Ausmaß von "Hilflosigkeit" mit hoher Negativattribution einher. Andere Strategien, wie "Rückzug/Ablenkung", "mit sich selber ausmachen", "dagegen ankämpfen", "Ärzte/Medikamente" oder "Alkohol/Drogen" wirken sich im untersuchten Kollektiv nicht auf das Selbstbild aus.

Im derzeitigen Gruppenverhalten zeigen sich interessante Änderungen im Vergleich zu Kindheit/Jugend: kein enger Freund, starke Einsamkeitsgefühle und Interessenausübung allein zeigen eine Indifferenz der Vergleichsgruppen, schlechter Kontakt, Akzeptanz, Durchsetzungsfähigkeit und passive Stellung in der Gruppe zeigen dagegen einen starken Zusammenhang in der erwarteten Richtung einer Negativattribution der beeinträchtigten Gruppe.

Kein Geld aus eigener Kraft zu verdienen geht mit weniger Negativattribution einher als das Gefühl, finanzielle Entscheidungen ausschließlich durch andere getroffen zu sehen. Keine Unterschiede des Selbstbild zeigen sich im Zusammenhang mit Zuständigkeit für den Haushalt. Stärkere Desaktivität findet sich bei der Gruppe, die Entscheidungen über gemeinsame Aktivitäten ausschließlich bei anderen aufgehoben wissen.

Der Zusammenhang zwischen aktueller Beschäftigungslosigkeit und relativ geringerer Negativattribution erstaunt auf den ersten Blick. Die verstärkte emotionale Gereiztheit, Angst und Deprimiertheit bei aktuell Beschäftigten dürfte hier Ausdruck und Folge der gegenüber der unbeschäftigten Vergleichsgruppe deutlich stärkeren sozialen Auseinandersetzung zu sein, scheint eine wesentlich größere Rolle zu spielen als Resignation und Negativattribution bei der Gruppe mit Versorgungsabhängigkeit.

Interessant sind die Zusammenhänge zwischen subjektiven Behandlungseffekten und der Selbstbeschreibung. Die als hilfreich bzw. nicht hilfreich erlebten Gespräche ändern nichts am Selbstbild, deutlich stärkere Positivattribution zeigt sich hingegen bei der Gruppe mit subjektiv positiv erlebter Medikamentenwirkung.

Bei den in Tabelle 21 erfassten Bereichen der EWL in "Kindheit/Jugend", "derzeit" und Unterschied zwischen den beiden zeigen sich zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede auf signifikantem Niveau.

EWL 60-S im Geschlechtsvergleich	
Befinden in "Kindheit/Jugend"	Sign. (Mann)
Leistungsbezogene Aktivität	.6540
Allgemeine Desaktivität	.1585
Extraversion/Introversion	.9790
Allgemeines Wohlbefinden	.4364
Emotionale Gereiztheit	.1115
Angst/Deprimiertheit	.1359
Befinden "derzeit"	
Leistungsbezogene Aktivität	.7420
Allgemeine Desaktivität	.3036
Extraversion/Introversion	.4506
Allgemeines Wohlbefinden	.3366
Emotionale Gereiztheit	.1700
Angst/Deprimiertheit	.1423
Unterschied "Kindheit/Jugend" u. "derzeit"	
Leistungsbezogene Aktivität	.8693
Allgemeine Desaktivität	.9781
Extraversion/Introversion	.5374
Allgemeines Wohlbefinden	.4508
Emotionale Gereiztheit	.7631
Angst/Deprimiertheit	.8802

Tab. 21

### 3.5 subjektive Wahrnehmung von Behandlung

#### 3.5.1 Gespräche und Medikation

Tab. 22 beschreibt die bewusst erlebten Effekte von Gesprächen und neuroleptischer Medikation. Knapp zwei Drittel der Patienten empfanden Gespräche als wichtig, eine kleine Gruppe davon betonte, daß sie das Ausmaß an stattfindenden Gesprächen als zu gering erachten. Gut drei Viertel erlebten positive Wirkungen von Neuroleptika am eigenen Leib. Von dieser Gruppe brachten die Hälfte die neuroleptische Wirkung mit einem spezifisch antipsychotischem Effekt und Heilung i.e.S. in Verbindung, die andere Hälfte berichtete unspezifisch etwa über ein gesteigertes Wohlbefinden, Gelöstheit und Konzentrationsfähigkeit.

bewußt erlebte Behandlungseffekte			
Gespräche			
Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
wichtig	26	57.8	57.8
wichtig, aber zu wenig	3	6.7	64.4
unwichtig	16	35.6	100.0
Neuroleptika			
Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
antipsychotisch	17	37.8	37.8
wohltuend	17	37.8	75.6
kein Effekt	11	24.4	100.0

Tab. 22

Tabelle 23 zeigt die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Krankheitsindizes bzw. SANS-Scores und den bewußt erlebten Behandlungseffekten. Zu "Gespräche hilfreich" wurden die Angaben "wichtig" und "wichtig, aber zu wenig", zu "Medikamente hilfreich" die Angaben "antipsychotisch" und "wohltuend" zusammengefasst.

Signifikant profitieren jüngere Patienten nach ihrer Einschätzung mehr von Gesprächen, während ältere Patienten Medikamenten signifikant, später erkrankte Patienten tendenziell mehr hilfreiche Wirkungen zuschreiben.

Kein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen subjektiven Behandlungseffekten und weiteren Krankheitsindizes, wie Katamnesedauer, Anzahl und Dauer der Hospitalisationen und deren Abhängigkeit von Lebensalter und Katamnesedauer.

Ein geringeres Ausmaß an Affektverflachung (signifikant) und Alogie (hochsignifikant), tendenziell auch eine geringergradige Aufmerksamkeitsstörung im sozialen Kontext findet sich, wie durchaus zu erwarten war, bei Patienten, die Gespräch als hilfreich empfinden. Sie scheinen von der Gesprächssituation durch besseren kognitiven und affektiven Ausdruck mehr zu profitieren. Dieser Effekt schlägt sich auch auf die Summenwerte der SANS nieder (signifikant bei der Summe der Einzelwertungen, hochsignifikant bei der Summe der Globalwertungen).

Interessanterweise scheint das Ausmaß an residualer, mit der SANS erfassbarer Symptomatik, keinen Effekt auf die Wahrnehmung der Medikamentenwirkung zu haben, mit einer Ausnahme (tendenziell niedrigere Anhedonie bei Patienten mit positiver Medikamentenerfahrung).

Einfluß von Krankheitsindizes und SANS-Scores auf bewußt erlebte Behandlungseffekte			
Gespräche	hilfreich	nicht hilfreich	Sign. (Mann)
Lebensalter (LA)*	32.67 ± 5.74	36.56 ± 6.96	.049
Ersterkrankungsalter*	22.93 ± 5.74	25.04 ± 6.48	.231
Anzahl Hospitalisationen (HZ)	5.62 ± 2.77	7.94 ± 5.96	.403
Dauer Hospitalisationen (HD)**	16.03 ± 15.99	20.81 ± 16.04	.336
Katamnesedauer (KD)*	9.77 ± 5.06	11.45 ± 5.00	.213
HD/LA (%)	4.39 ± 4.80	4.90 ± 3.85	.507
HD/KD (%)	16.37 ± 15.23	14.40 ± 10.21	.981
HZ/LA (alle ... Jahre)	8.34 ± 6.89	8.49 ± 7.01	.740
HZ/KD (alle ... Jahre)	3.40 ± 4.50	2.24 ± 2.15	.767
Affektverflachung	9.03 ± 4.88	12.69 ± 5.44	.037
Alogie	2.93 ± 2.93	5.63 ± 2.58	.002
Anergie	5.14 ± 2.63	6.13 ± 3.20	.292
Anhedonie	9.10 ± 3.33	10.06 ± 3.82	.298
Aufmerksamkeitsstörungen	1.76 ± 1.64	2.75 ± 1.84	.085
Summe Einzelwertungen	27.97 ± 10.29	37.25 ± 11.59	.015
Summe Globalwertungen	8.62 ± 2.83	11.19 ± 2.93	.009
Medikamente			
	hilfreich	nicht hilfreich	Sign. (Mann)
Lebensalter (LA)*	35.51 ± 5.94	29.54 ± 5.88	.013
Ersterkrankungsalter*	24.62 ± 6.16	20.79 ± 4.73	.063
Anzahl Hospitalisationen (HZ)	6.59 ± 4.69	6.00 ± 2.76	.979
Dauer Hospitalisationen (HD)**	17.56 ± 16.72	18.27 ± 14.23	.588
Katamnesedauer (KD)*	10.89 ± 5.09	8.74 ± 4.79	.245
HD/LA (%)	4.32 ± 4.66	5.35 ± 3.82	.224
HD/KD (%)	14.30 ± 12.54	19.90 ± 16.28	.182
HZ/LA (alle ... Jahre)	8.89 ± 7.20	6.83 ± 5.64	.329
HZ/KD (alle ... Jahre)	3.29 ± 4.16	2.07 ± 2.56	.158
Affektverflachung	10.71 ± 4.92	9.18 ± 6.56	.260
Alogie	4.03 ± 3.02	3.45 ± 3.33	.472
Anergie	5.18 ± 2.61	6.45 ± 3.45	.246
Anhedonie	8.88 ± 3.59	11.18 ± 2.64	.086
Aufmerksamkeitsstörungen	2.29 ± 1.90	1.55 ± 1.13	.282
Summe Einzelwertungen	31.09 ± 11.20	31.82 ± 13.12	.937
Summe Globalwertungen	9.53 ± 2.93	9.55 ± 3.73	.915

Tab. 23

Die Abbildungen 8 und 9 zeigen Art und Ausmaß der bei den Studienteilnehmern verwendeten neuroleptischen Medikation.

39 von 45 Patienten (86.7%) bekamen klassische Neuroleptika, mit einer Spanne von 40 bis 5320 mg, wobei 37 Patienten Medikation im Bereich bis 1500 mg hatten. Die Streuungsmaße zeigen erhebliche Divergenz (Durchschnitt 680 mg, Modalwert 0 mg, Medianwert 410 mg).

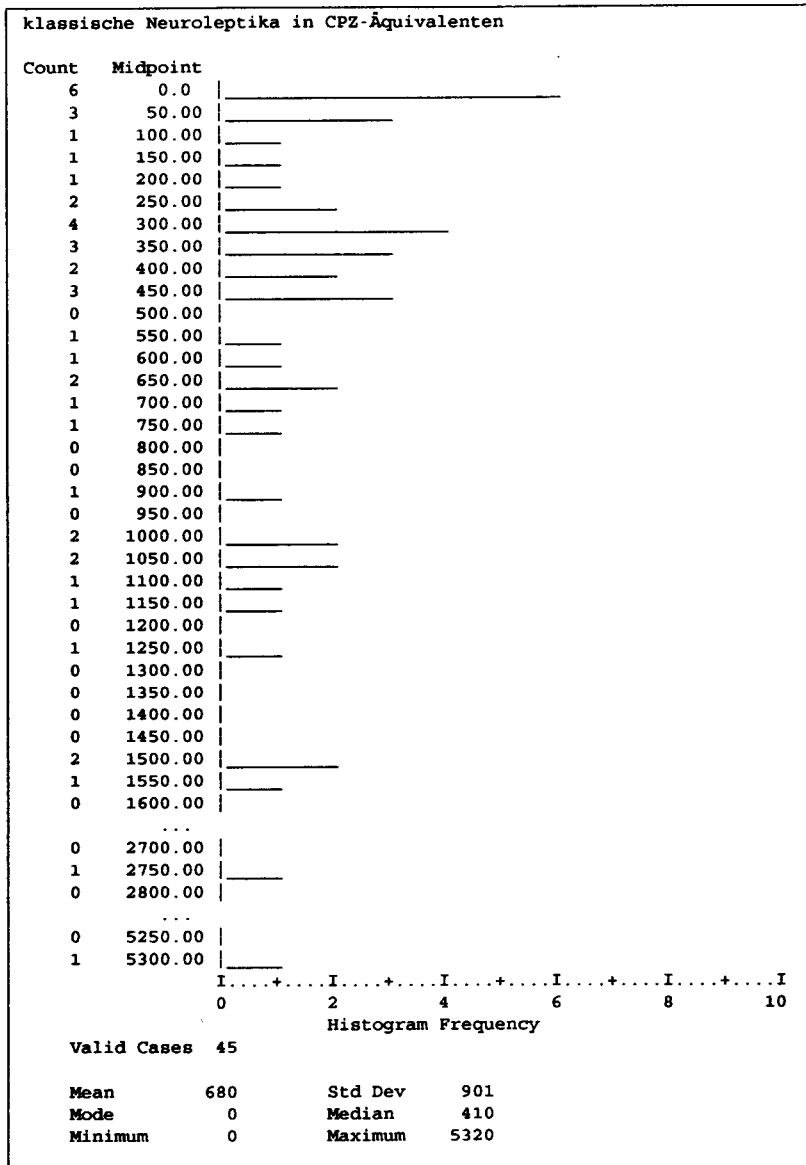


Abb. 8

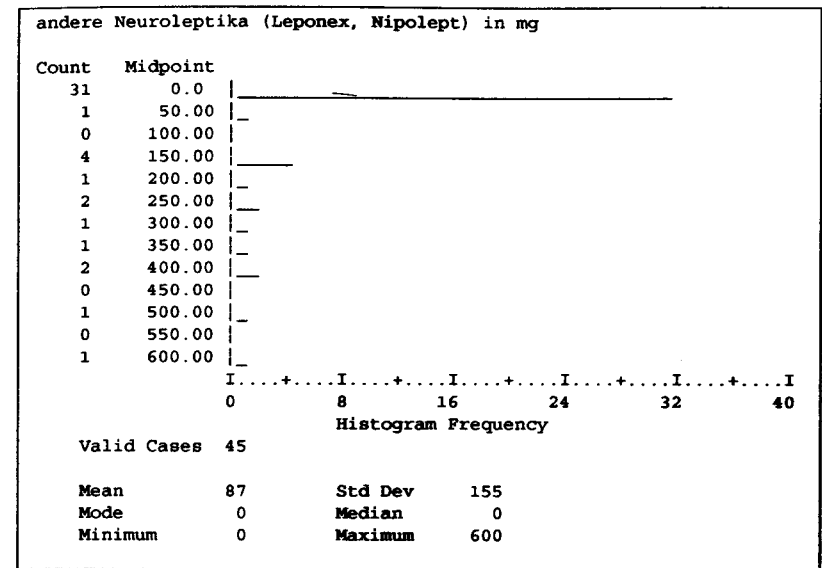


Abb. 9

14 von 45 Patienten (31.1%) bekamen andere, neue Neuroleptika wie Leponex oder Nipolept, mit einer Spanne von 50 bis 600 mg. Der Durchschnitt liegt hier bei 87 mg, Modal- und Medianwert liegen bei 0 mg.

Die Abbildungen 10 bis 13 zeigen das Ausmaß klassischer neuroleptischer Medikation bei den Gruppen von Patienten, die zum einen über extrapyramidale Störungen, zum anderen über Nebenwirkungen überhaupt klagten und den entsprechenden Gruppen ohne Beschwerden im Vergleich.

Sowohl bei den Gruppen mit/ohne EPS und mit/ohne NW überhaupt zeigt sich ein tendenzieller Unterschied: die körperlich subjektiv mehr beeinträchtigten Patientengruppen bekommen jeweils geringere Dosen neuroleptischer Therapie, sicher ein Effekt der Dosisanpassung bei erlebten Nebenwirkungen. Ein entsprechender Unterschied läßt sich bei nach anderen Nebenwirkungsprofilen und Aspekten subjektiv wahrgenommener Behandlungseffekte geordneter Gruppen nicht festmachen.

Tab. 24 beschreibt das Ausmaß an bewußt erlebten Nebenwirkungen neuroleptischer Therapie.

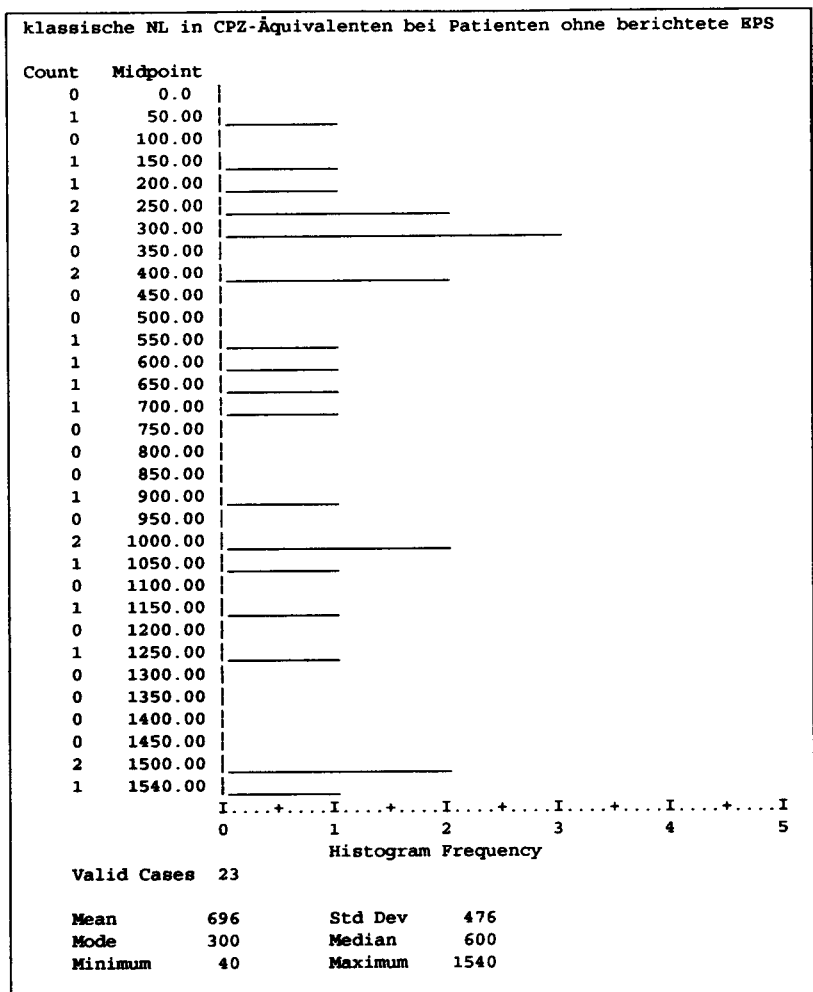


Abb. 10

Knapp die Hälfte der Patienten kennt extrapyramidale, jeweils knapp ein Viertel vegetative und sedierende Effekte. Knapp ein Achtel beschreibt kognitiv-affektive Ausdruckerschwernis ("wie eingemauert, unter Glas", "konnte mich gar nicht äußern"), eine kleine Gruppe erlebte die neuroleptische Medikation als Traumatisierung ("vollgepumpt"). Ein gutes Sechstel nennt keine unerwünschten Effekte.

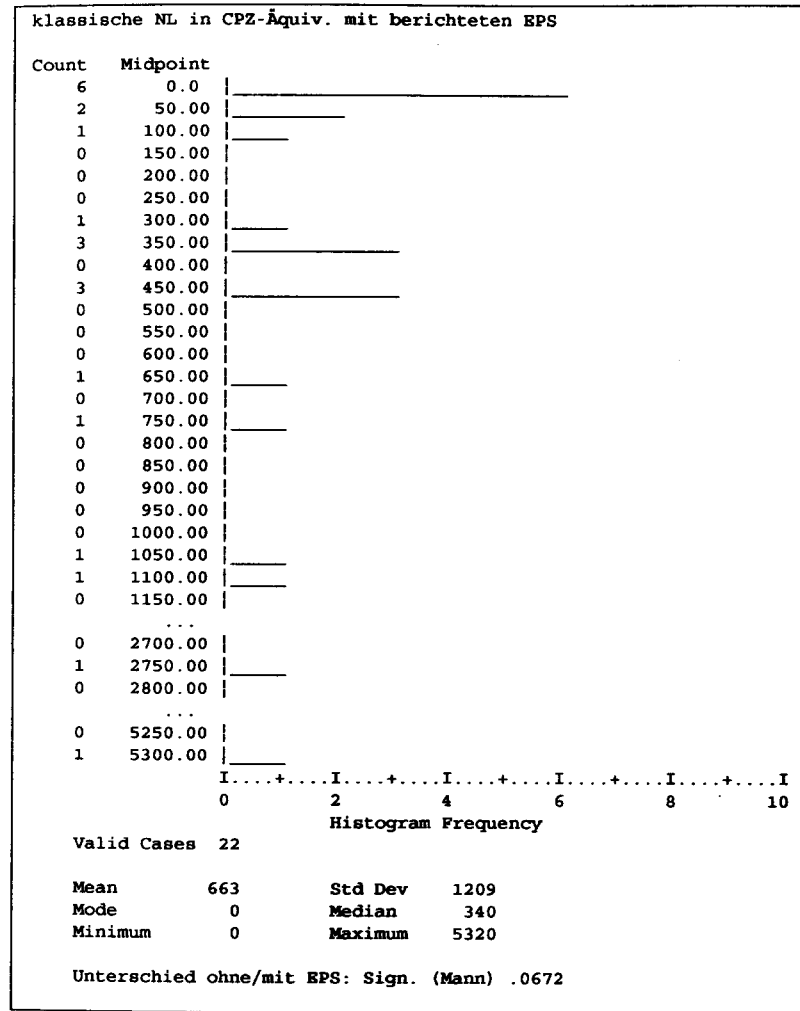


Abb. 11

Tab. 25 zeigt keine Abhängigkeit zwischen subjektiv wahrgenommenem Erfolg von Gesprächen und neuroleptischer Medikation. Knapp die Hälfte der Patienten empfanden Gespräche und Medikation zugleich als positiv, knapp ein Zehntel zog aus beidem keinen subjektiven Erfolg.



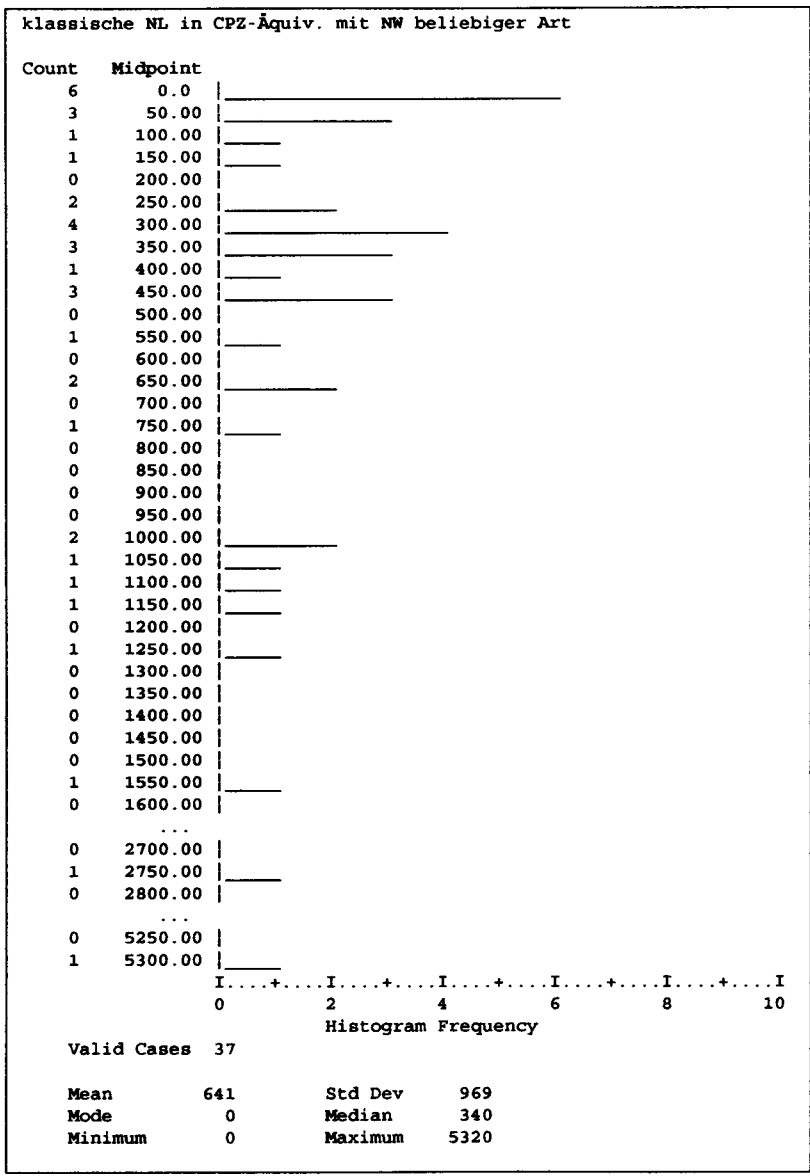


Abb. 12

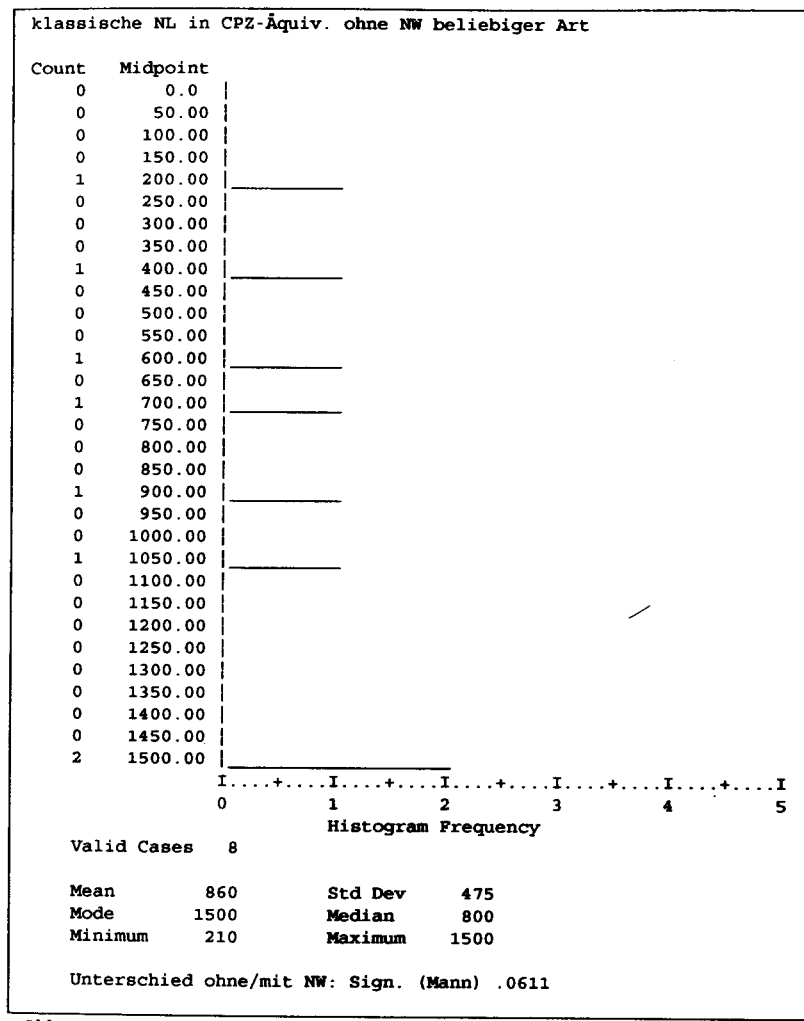


Abb. 13

subjektiv erlebte Nebenwirkungen neuroleptischer Therapie		
extrapyramidal		
	Frequency	Percent
nein	23	51.1
ja	22	48.9
vegetative NW		
	Frequency	Percent
nein	35	77.8
ja	10	22.2
sedierende NW		
	Frequency	Percent
nein	34	75.6
ja	11	24.4
Ausdruckerschwernis		
	Frequency	Percent
nein	39	86.7
ja	6	13.3
Traumatisierung		
	Frequency	Percent
nein	42	93.3
ja	3	6.7
ohne NW		
	Frequency	Percent
nein	37	82.2
ja	8	17.8

Tab. 24

Gespräche vs. NL-Wirkung			
Count	Medikamente	nicht	Row
Exp. Val.	hilfreich	hilfreich	
Gespräche	22	7	29
wichtig	21.9	7.1	64.4%
unwichtig	12	4	16
	12.1	3.9	35.6%
Column	34	11	45
Total	75.6%	24.4%	100.0%

Tab. 25

### 3.5.2 Bewältigungsstrategien

Die Tab. 26 bis 31 zeigen Ausmaß und subjektiv wahrgenommenen Erfolg von verschiedenen Bewältigungsstrategien. Für die Auswertung wurden die Ratings "gelegentlich" und "häufig" sowie "nicht hilfreich" und "unentschieden" zusammengefaßt.

Im Bereich der Innenwendung werden Strategien wie "Rückzug und Ablenkung" von etwa drei Viertel, "mit sich selber ausmachen" und "Hilflosigkeit" von etwa zwei Drittel der Patienten gelegentlich oder gar häufig angewandt. Signifikant häufiger wird ein hohes Ausmaß von "Rückzug und Ablenkung" als hilfreich empfunden, eine entsprechende Tendenz findet sich bei "mit sich selber ausmachen". Für "Hilflosigkeit" ergibt sich kein entsprechender Zusammenhang.

Im Bereich der Außenwendung werden Strategien wie "Aktivität" und "mit anderen sprechen" von jeweils etwa drei Viertel gelegentlich oder gar häufig angewandt. "Dagegen ankämpfen" findet sich in diesem Ausmaß bei fast neun Zehntel der Patienten. Ein hohes Ausmaß sowohl von "Aktivität" als auch "mit anderen sprechen" wird augenfällig häufiger als hilfreich empfunden. Bei "dagegen ankämpfen" zeigen sich Tendenzen in die gleiche Richtung, eine statistische Analyse wird aber bei allen drei Strategien durch die geringe Feldgröße verunmöglicht.

Das Ergebnis ließe sich wie folgt interpretieren: Bei schizophrenen Patienten findet sich ein durchgehend hohes Ausmaß an aktiven und passiven Bewältigungsversuchen der Erkrankung. Eine hilfreiche Funktion erfüllen "Rückzug und Ablenkung", aber auch "Aktivität" und "mit anderen sprechen", während "dagegen ankämpfen" müssen im Selbstbild des Patienten vielleicht mehr eine Notwendigkeit, "Hilflosigkeit" mehr eine Realität, beides aber eher ohne erkennbaren Nutzen, darstellt.

Ausmaß und subj. Erfolg von Rückzug / Ablenkung			
Count	hilfreich	nicht hilfr.,	Row
Exp Val		unentschieden	
nie,	1	10	11
sehr selten	5.1	5.9	25.6%
gelegentl.,	19	13	32
häufig	14.9	17.1	74.4%
Column	20	23	43
Total	46.5%	53.5%	100.0%
Chi-Square	Significance	Cells with E.F. < 5	
6.42139	.0113	None	

Tab. 26

Ausmaß und subj. Erfolg von Aktivität			
Count Exp Val	hilfreich	nicht hilfr., unentschieden	Row
nie, sehr selten	2 7.3	10 4.7	12 27.9%
gelegentl., häufig	24 18.7	7 12.3	31 72.1%
Column Total	26 60.5%	17 39.5%	43 100.0%

Tab. 27

Ausmaß und subj. Erfolg von "mit sich selber ausmachen"			
Count Exp Val	hilfreich	nicht hilfr., unentschieden	Row
nie, sehr selten	3 6.2	11 7.8	14 32.6%
gelegentl., häufig	16 12.8	13 16.2	29 67.4%
Column Total	19 44.2%	24 55.8%	43 100.0%
Chi-Square 3.09843	Significance .0784	Cells with E.F. < 5 None	

Tab. 28

Ausmaß und subj. Erfolg von "mit anderen sprechen"			
Count Exp Val	hilfreich	nicht hilfr., unentschieden	Row
nie, sehr selten	3 6.3	7 3.7	10 23.3%
gelegentl., häufig	24 20.7	9 12.3	33 76.7%
Column Total	27 62.8%	16 37.2%	43 100.0%

Tab. 29

Ausmaß und subj. Erfolg von Hilflosigkeit			
Count Exp Val	hilfreich	nicht hilfr., unentschieden	Row
nie, sehr selten	5 2.6	9 11.4	14 32.6%
gelegentl., häufig	3 5.4	26 23.6	29 67.4%
Column Total	8 18.6%	35 81.4%	43 100.0%

Tab. 30

Ausmaß und subj. Erfolg von "dagegen ankämpfen"			
Count Exp Val	hilfreich	nicht hilfr., unentschieden	Row
nie, sehr selten	0 2.4	5 2.6	5 11.6%
gelegentl., häufig	21 18.6	17 19.4	38 88.4%
Column Total	21 48.8%	22 51.2%	43 100.0%

Tab. 31

### 3.6 Verlässlichkeit der Angaben im Interview

Tabelle 32 zeigt die Ausprägung von Verlässlichkeit der Patientenangaben in den verschiedenen Bereichen des semistrukturierten Interviews. Die prozentualen Mittelwerte der einzelnen Bereiche wurden mit den Ausprägungen über alle Bereiche verglichen.

Insgesamt erschienen die Angaben, über alle Bereiche gemittelt, in über drei Viertel der alle verlässlich oder gar sehr verlässlich. Knapp zehn Prozent waren insgesamt nicht beurteilbar.

Erwähnt seien im folgenden nur die Bereiche, die sich vom Gesamtergebnis auf mindestens signifikantem Niveau unterschieden.

Überdurchschnittlich verlässliche Angaben finden sich in den Bereichen schulische Ausbildung und Status der Eltern.

Überdurchschnittlich wenig verlässliche Angaben finden sich in den Bereichen des früheren und jetzigen Gruppenverhaltens, des Umgangs mit psychischer Erkrankung, der Beziehungsanamnese und der jetzigen Partnerschaft.

Auf ein hohes Ausmaß an nicht beurteilbaren Angaben ist dies zurückzuführen in den Bereichen Umgang mit psychischer Erkrankung, Beziehungsanamnese und jetziger Beziehung. Zum Umgang mit psychischer Erkrankung und Beziehungsanamnese fehlen oft ausreichende Informationen in der Krankengeschichte, um die Verlässlichkeit abschätzen zu können. Im Bereich der jetzigen Beziehung entsteht die Nicht-Beurteilbarkeit aus der häufigen Partnerlosigkeit der Patienten.

Die Ergebnisse stützen durchaus die Annahme, daß die Irritation des schizophränen Patienten mit zunehmender affektiver Belastung des Gesprächsthemas steigt. Zusätzlich scheinen Effekte der Darstellung in Richtung sozialer Erwünschtheit beim früheren und jetzigen Gruppenverhalten eine Rolle zu spielen.

Verlässlichkeit der Angaben der verschiedenen Bereiche (%), bezogen auf Durchschnittswerte aller Bereiche

	nicht beurt.	wenig verläßl.	sehr verläßl.	Sign. (Chi)	
schulische Ausbildung	0.0	4.4	51.1	44.4	.005
berufliche Ausbildung	6.7	6.7	53.3	33.3	.420
Berufstätigkeit	0.0	17.8	46.7	35.6	.068
Status der Eltern	2.2	0.0	66.7	31.1	.012
aktuelle Lebensumstände	0.0	11.1	51.1	37.8	.071
Verhältnis zu den Eltern	2.2	13.3	60.0	24.4	.349
Gr.verh. in Kindh. und Jug.	0.0	26.7	62.2	11.1	.001
Gruppenverhalten derzeit	0.0	24.4	64.4	11.1	.003
Umgang mit psych. Erkrank.	22.2	22.2	35.6	20.0	.005
Einstellung zur Behandlung	0.0	13.3	53.3	33.3	.143
erste Partnerschaften	13.3	4.4	62.2	20.0	.200
Beziehungsanamnese	24.4	15.6	42.2	17.8	.007
jetzige Beziehung	55.6	8.9	22.2	13.3	.000
über alle Bereiche	9.9	12.8	51.6	25.7	

Tab. 32

### 3.7 Krankheit und soziale Anpassung der Teilnehmer

#### 3.7.1 Krankheitsindizes

Die Tabelle 33 führt Krankheitsindizes der Teilnehmer im Geschlechtsvergleich auf. Die teilnehmenden Frauen sind tendenziell älter, signifikant später erkrankt. In Katamnesedauer, Hospitalisationszahl und -dauer finden sich keine Unterschiede. Die teilnehmenden Männer zeigen eine signifikant raschere Wiederaufnahme im Lauf der

Erkrankung. Außerdem sind sie - gemessen an ihrem Lebensalter - tendenziell länger hospitalisiert.

Sowohl in den Einzel- wie in den Summenwertungen der SANS finden sich im Geschlechtsvergleich keine Unterschiede (Tab. 34).

Krankheitsindizes im Geschlechtsvergleich	Geschlecht		Sign. (Mann)
	männlich	weiblich	
Lebensalter (LA)	32.47 ± 6.15	36.22 ± 6.27	.079
Ersterkrankungsalter (EE)	22.04 ± 5.03	25.93 ± 6.66	.028
Hospitalisationsanzahl (HZ)	7.12 ± 4.39	5.53 ± 4.03	.187
Hospitalisationsdauer (HD)	20.15 ± 17.44	14.42 ± 13.53	.210
Katamnesedauer (KD)	10.46 ± 4.87	10.24 ± 5.41	.774
HD/LA (%)	5.26 ± 4.85	3.63 ± 3.75	.085
HD/KD (%)	17.94 ± 15.15	12.56 ± 10.64	.228
HZ/LA (alle ... Jahre)	6.63 ± 5.02	10.80 ± 8.31	.129
HZ/KD (alle ... Jahre)	2.03 ± 2.02	4.31 ± 5.22	.043

Tab. 33

SANS im Geschlechtsvergleich	Geschlecht		Sign. (Mann)
	männlich	weiblich	
Affektverflachung	9.62 ± 4.74	11.32 ± 6.03	.406
Alogie	3.69 ± 2.53	4.16 ± 3.74	1.000
Anergie	6.00 ± 2.79	4.79 ± 2.86	.157
Anhedonie	9.23 ± 2.55	9.74 ± 4.56	.643
Aufmerksamkeitsstörungen	2.15 ± 1.91	2.05 ± 1.58	.972
Summe Einzelwertungen	30.69 ± 9.44	32.05 ± 14.19	.982
Summe Globalwertungen	9.54 ± 2.66	9.53 ± 3.69	.945

Tab. 34

#### 3.7.2 familiäre Situation, Gruppenverhalten in Kindheit und Jugend, erste Partnerschaften

Die Tabellen 35 bis 37 erfassen das von den Teilnehmern in Kindheit und Jugend erinnerte elterlich-erzieherische Milieu im Geschlechtsvergleich.

Gut die Hälfte der Teilnehmer erinnern eine strenge Erziehung, zwei Fünftel eine starke, in die Erziehung hereinreichende religiöse Bindung der Eltern. Knapp zwei Fünftel stufen ihr damaliges Auskommen mit den Eltern als schlecht oder ambivalent ein, gut zwei Fünftel hingegen als gut. Im Vergleich der Geschlechter zeigen sich Richtungen bezüglich einer häufiger streng religiösen Erziehung bei Mädchen sowie

eines häufiger schlechteren Auskommen von Jungen mit ihren Eltern. Statistisch faßbare Unterschiede ergeben sich aber nicht, auch für den Erziehungsstil nicht.

Geschlecht vs. Erziehungsstil				
Count Exp Val	streng	weder noch	liberal	Row Total
männlich	14 13.3	8 9.2	4 3.5	26 57.8%
weiblich	9 9.7	8 6.8	2 2.5	19 42.2%
Column Total	23 51.1%	16 35.6%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 35

Geschlecht vs. religiöse Bindung der Eltern				
Count Exp Val	sehr	etwas	nicht	Row Total
männlich	8 10.4	11 10.4	7 5.2	26 57.8%
weiblich	10 7.6	7 7.6	2 3.8	19 42.2%
Column Total	18 40.0%	18 40.0%	9 20.0%	45 100.0%
Chi-Square	2.86943	Sign. .2382	Cells with E.F. < 5 1 OF 6 ( 16.7%)	

Tab. 36

Geschlecht vs. früheres Auskommen mit den Eltern					
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	ambiva- lent	Row Total
männlich	7 5.7	5 5.1	9 9.7	3 3.4	24 57.1%
weiblich	3 4.3	4 3.9	8 7.3	3 2.6	18 42.9%
Column Total	10 23.8%	9 21.4%	17 40.5%	6 14.3%	42 100.0%

Tab. 37

Die Tabellen 38 bis 44 streifen das Gruppenverhalten der Teilnehmer in Kindheit und Jugend im Geschlechtsvergleich.

Geschlecht vs. Freunde in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	keine(n)	ein bis zwei	drei o. mehr	Row Total
männlich	5 5.2	9 9.8	12 11.0	26 57.8%
weiblich	4 3.8	8 7.2	7 8.0	19 42.2%
Column Total	9 20.0%	17 37.8%	19 42.2%	45 100.0%
Chi-Square	.40668	Sign. .8160	Cells with E.F. < 5 1 OF 6 ( 16.7%)	

Tab. 38

Geschlecht vs. Einsamkeitsgefühle in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	häufig	gelegent- lich	selten	Row Total
männlich	4 5.2	6 7.5	16 13.3	26 57.8%
weiblich	5 3.8	7 5.5	7 9.7	19 42.2%
Column Total	9 20.0%	13 28.9%	23 51.1%	45 100.0%
Chi-Square	2.68588	Sign. .2611	Cells with E.F. < 5 1 OF 6 ( 16.7%)	

Tab. 39

Ein Fünftel berichtet, damals über weite Strecken keinen engen Freund/ Vertrauten außerhalb der Familie gehabt zu haben. Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich nicht. Ebenfalls ein Fünftel berichtet über häufige Einsamkeitsgefühle in der damaligen Zeit, auch hier ohne Unterschied zwischen den Geschlechtern. Ein gutes Viertel berichtet über einen damaligen schlechten Kontakt zu Gleichaltrigen, ebenfalls ein gutes Viertel darüber, sich von Gleichaltrigen damals nicht akzeptiert zu fühlen.

Über zwei Fünftel blieben in Gruppen überwiegend passiv. Knapp zwei Fünftel fühlen sich kaum durchsetzungsfähig. Ihre Interessen und Hobbies übten ein knappes Drittel in der Regel allein aus, ein knappes Drittel in der Regel mit anderen, ein gutes Drittel über weite Strecken in einem Verein. Bei diesem letzten Punkt der Interessenausübung zeigt sich eine Tendenz zum Alleinsein in stärkerem Ausmaß bei Mädchen. In den sonstigen Aspekten des damaligen Gruppenverhaltens unterscheiden sich die Geschlechter nicht auf signifikantem Niveau.

Geschlecht vs. Kontakt in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	Row Total
männlich	7 6.9	8 9.8	11 9.2	26 57.8%
weiblich	5 5.1	9 7.2	5 6.8	19 42.2%
Column Total	12 26.7%	17 37.8%	16 35.6%	45 100.0%
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5		
1.59178	.4512	None		

Tab. 40

Geschlecht vs. Akzeptanz durch andere in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	Row Total
männlich	7 6.9	13 11.6	6 7.5	26 57.8%
weiblich	5 5.1	7 8.4	7 5.5	19 42.2%
Column Total	12 26.7%	20 44.4%	13 28.9%	45 100.0%
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5		
1.14917	.5629	None		

Tab. 41

Geschlecht vs. Stellung in Gruppen in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	passiv	weder noch	aktiv	Row Total
männlich	8 11.0	12 11.0	6 4.0	26 57.8%
weiblich	11 8.0	7 8.0	1 3.0	19 42.2%
Column Total	19 42.2%	19 42.2%	7 15.6%	45 100.0%

Tab. 42

Geschlecht vs. Durchsetzungsfähigkeit in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	Row Total
männlich	10 9.8	12 12.7	4 3.5	26 57.8%
weiblich	7 7.2	10 9.3	2 2.5	19 42.2%
Column Total	17 37.8%	22 48.9%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 43

Geschlecht vs. Interessenausübung in Kindheit und Jugend				
Count Exp Val	allein	gemein- sam	Verein	Row Total
männlich	6 8.3	7 8.3	13 9.5	26 59.1%
weiblich	8 5.7	7 5.7	3 6.5	18 40.9%
Column Total	14 31.8%	14 31.8%	16 36.4%	44 100.0%
Chi-Square	Significance	Cells with E.F. < 5		
5.25488	.0723	None		

Tab. 44

Die Tabelle 45 gibt Auskunft über die Einstellung der Eltern zu ersten Erfahrungen mit Partnerschaften. Knapp zwei Fünftel der Teilnehmer erinnern eine diesbezüglich strenge Einstellung ihrer Eltern, mit einer deutlichen Richtung größerer Strenge bei Mädchen, die aber kein signifikantes Niveau erreicht.

Aus den Tabellen 46 und 47 ist ersichtlich, daß eine knappe Hälfte sich bezüglich erster Beziehungen als Spätzünder empfand. Eine negative diesbezügliche Erinnerung weisen ein knappes Viertel auf. Bei den Geschlechtern zeigt sich eine weitgehende Gleichverteilung.

Die Abbildungen 14 bis 18 geben Auskunft über Zeitpunkt erste Interesses (am anderen Geschlecht, erster loser und fester Beziehungen sowie erster und regelmäßiger Sexualität).

25 von 26 Männern und 17 von 19 Frauen berichteten über den Zeitpunkt ersten Interesses. Bei Männern ist die Altersverteilung mittelständig, mit einem Durchschnitt von 13.2 Jahren, bei Frauen ist die Altersverteilung rechtsschief, mit einem Durchschnitt von 15.4 Jahren. Der Unterschied erreicht hochsignifikantes Niveau.

21 von 26 Männern und 17 von 19 machten Angaben über den Zeitpunkt erster loser Beziehungen. Bei Männern ist die Spanne (10 bis 28 Jahre) wesentlich größer als bei Frauen (12 bis 23 Jahre). Männer haben etwas früher erste lose Beziehungen (16.1 Jahre) als Frauen (17.3 Jahre).

16 von 26 Männern und 15 von 19 Frauen machten Angaben über erste feste Beziehungen. Die Altersverteilung ist vergleichbar, bei Frauen findet sich eine Ausreiserin. Die Altersunterschiede sind sehr gering (19.4 Jahre bei Männern, 19.3 Jahre bei Frauen).

17 von 26 Männern und 15 von 19 Frauen machten Angaben über den Zeitpunkt erster sexueller Erfahrungen. Die Altersverteilung ist bei Männern deutlich, bei Frauen angedeutet linksschief, die Spanne ist bei Männern größer. Die Altersunterschiede sind sehr gering (18.4 Jahre bei Männern, 18.5 Jahre bei Frauen).

13 von 26 Männern und 12 von 19 Frauen machten Angaben über den Zeitpunkt regelmäßiger sexueller Erfahrungen. Auch hier ist die Spanne bei Männern größer. Die Altersunterschiede sind sehr gering (18.3 Jahre bei Männern, 18.5 Jahre bei Frauen).

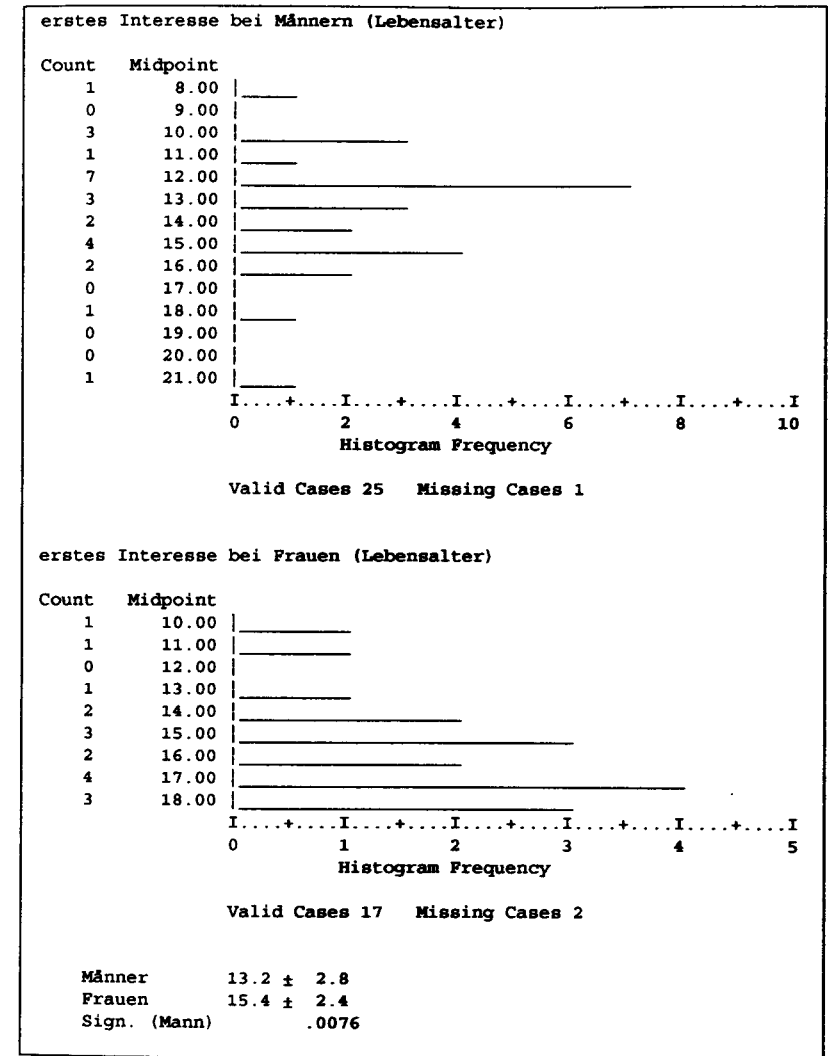
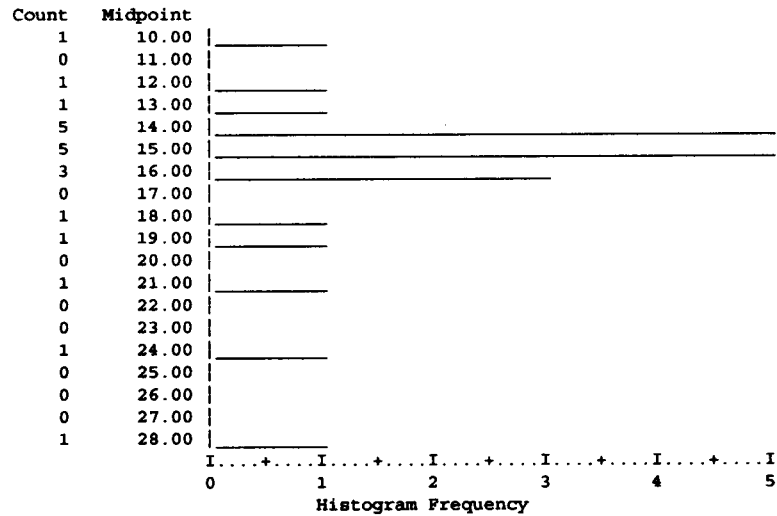
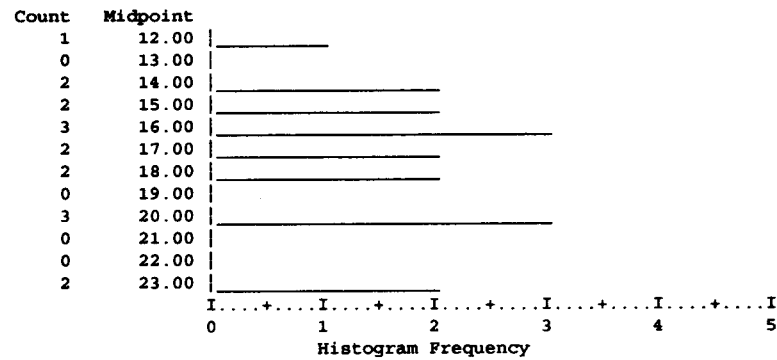


Abb. 14

erste lose Beziehungen bei Männern (Lebensalter)



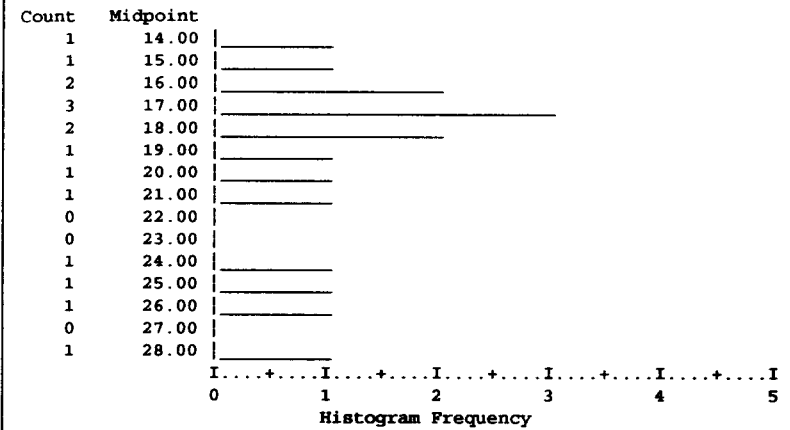
erste lose Beziehungen bei Frauen (Lebensalter)



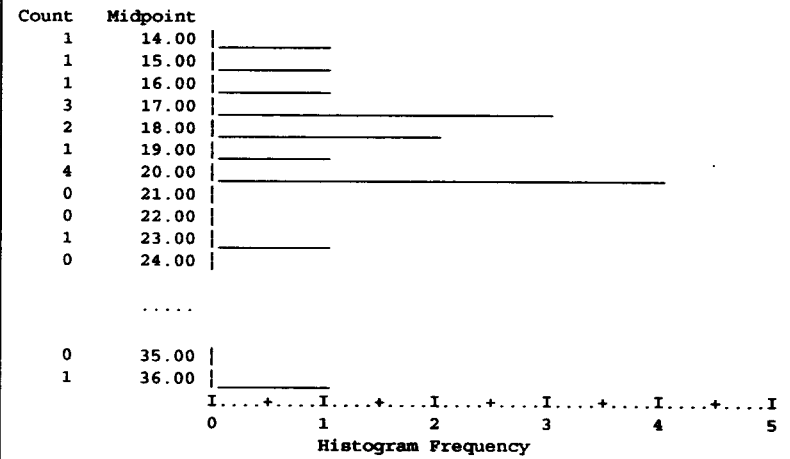
Männer 16.1 ± 4.1  
 Frauen 17.3 ± 3.1  
 Sign. (Mann) .1003

Abb. 15

erste feste Beziehungen bei Männern (Lebensalter)



erste feste Beziehungen bei Frauen (Lebensalter)

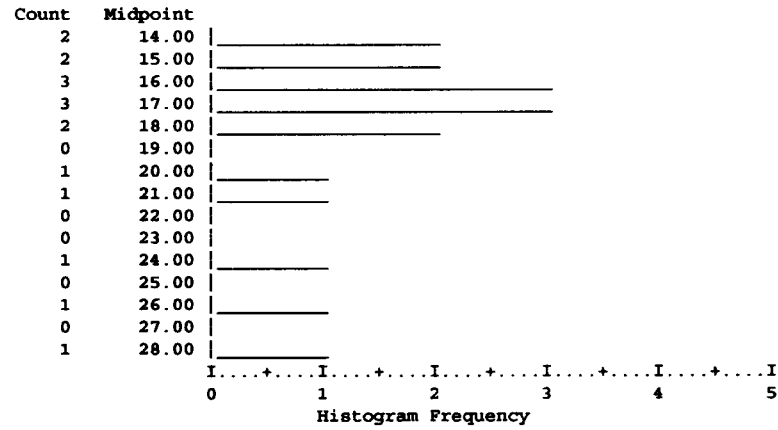


Männer 19.4 ± 4.2  
 Frauen 19.3 ± 5.2  
 Sign. (Mann) .9049

Abb. 16

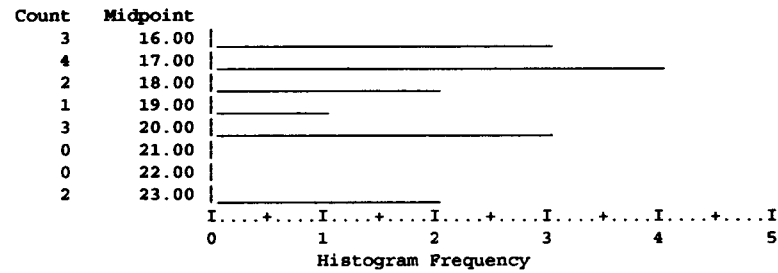


## erste Sexualität bei Männern (Lebensalter)



Valid Cases 17 Missing Cases 9

## erste Sexualität bei Frauen (Lebensalter)

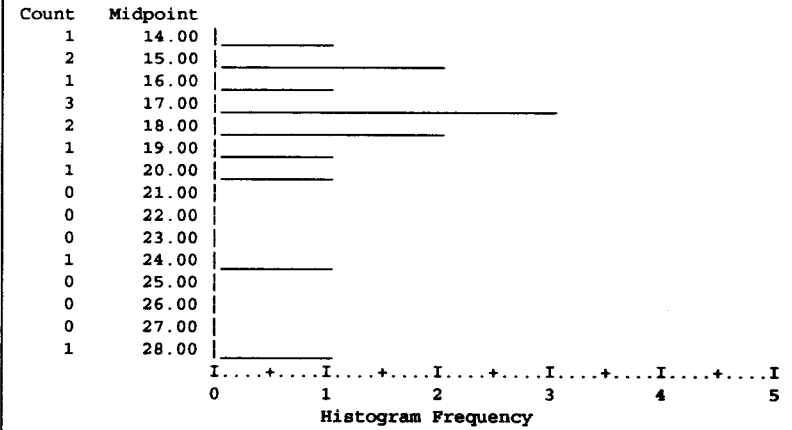


Valid Cases 15 Missing Cases 4

Männer	18.4 ± 4.2
Frauen	18.5 ± 2.3
Sign. (Mann)	.3905

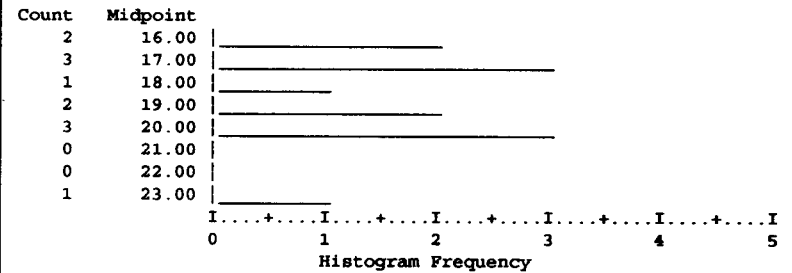
Abb. 17

## regelmäßige Sexualität bei Männern (Lebensalter)



Valid Cases 13 Missing Cases 13

## regelmäßige Sexualität bei Frauen (Lebensalter)



Valid Cases 12 Missing Cases 7

Männer	18.3 ± 3.9
Frauen	18.5 ± 2.1
Sign. (Mann)	.4093

Abb. 18

## Geschlecht vs. Einstellung der Eltern zu ersten Erfahrungen mit Partnerschaften

Count Exp Val	streng	weder noch	liberal	Row Total
männlich	7 9.4	8 6.4	9 8.2	24 58.5%
weiblich	9 6.6	3 4.6	5 5.8	17 41.5%
Column Total	16 39.0%	11 26.8%	14 34.1%	41 100.0%
Chi-Square 2.54464	Sign. .2802	Cells with E.F. < 5 1 OF 6 ( 16.7%)		

Tab. 45

## Geschlecht vs. Zeitpunkt der ersten Erfahrungen mit Partnerschaften

Count Exp Val	spät	weder noch	früh	Row Total
männlich	11 11.7	9 8.8	4 3.5	24 58.5%
weiblich	9 8.3	6 6.2	2 2.5	17 41.5%
Column Total	20 48.8%	15 36.6%	6 14.6%	41 100.0%

Tab. 46

## Geschlecht vs. Qualität der ersten Erfahrungen mit Partnerschaften

Count Exp Val	negativ	weder noch	positiv	Row Total
männlich	5 5.9	10 9.4	9 8.8	24 58.5%
weiblich	5 4.1	6 6.6	6 6.2	17 41.5%
Column Total	10 24.4%	16 39.0%	15 36.6%	41 100.0%
Chi-Square .41703	Sign. .8118	Cells with E.F. < 5 1 OF 6 ( 16.7%)		

Tab. 47

## 3.6.3 schulische Ausbildung

Die Tabellen 48 und 49 vergleichen höchste besuchte Schulart und den erreichten Schulabschluß.

## höchste Schulart vs. höchster Schulabschluß bei männlichen Teilnehmern

Count	kein Abschluß	Haupt- schul- abschluß	Real- schul- abschluß	Gymna- sial- abschluß	Row Total
Hauptsch. besuch	2	10			12 46.2
Realschul besuch		2	2		4 15.4
Gymnasial besuch	1		3	6	10 38.5
Column Total	3 11.5	12 46.2	5 19.2	6 23.1	26 100.0

Tab. 48

## höchste Schulart vs. höchster Schulabschluß bei weiblichen Teilnehmern

Count	kein Abschluß	Haupt- schul- abschluß	Real- schul- abschluß	Gymna- sial- abschluß	Row Total
Hauptsch. besuch	1	12			13 68.4
Realschul besuch		1	2		3 15.8
Gymnasial besuch			1	2	3 15.8
Column Total	1 5.3	13 68.4	3 15.8	2 10.5	19 100.0

Tab. 49

Geschlecht vs. Schulbesuch, zusammengefasst			
Count Exp Val	Normal- schule	weiter- führende Schule	Row Total
männlich	12 14.4	14 11.6	26 57.8%
weiblich	13 10.6	6 8.4	19 42.2%
Column Total	25 55.6%	20 44.4%	45 100.0%

Chi-Square Sign. Cells with E.F. < 5  
1.39486 .2376 None

Tab. 50

Geschlecht vs. höchster Schulabschluss zusammengefasst			
Count Exp Val	keiner/ Normal- schule	weiter- führende Schule	Row Total
männlich	15 16.8	11 9.2	26 57.8%
weiblich	14 12.2	5 6.8	19 42.2%
Column Total	29 64.4%	16 35.6%	45 100.0%

Chi-Square Sign. Cells with E.F. < 5  
.62671 .4286 None

Tab. 51

Von 26 Männern besuchten 10 das Gymnasium, 4 die Realschule und 12 die Hauptschule. 6 absolvierten das Gymnasium, 5 die Realschule, 12 die Hauptschule, 3 erreichten keinen Schulabschluss.

Von 19 Frauen besuchten 3 das Gymnasium, 3 die Realschule und 13 die Hauptschule. 2 absolvierten das Gymnasium, 3 die Realschule, 13 die Hauptschule, 1 erreichte keinen Schulabschluss.

Geschlecht vs. Schulengagement			
Count Exp Val	unter- durch- schnittl	durch- oder überd.	Row Total
männlich	6 6.4	20 19.6	26 57.8%
weiblich	5 4.6	14 14.4	19 42.2%
Column Total	11 24.4%	34 75.6%	45 100.0%

Tab. 52

Geschlecht vs. Schulleistungen			
Count Exp Val	unter- durch- schnittl	durch- oder überd.	Row Total
männlich	7 7.5	19 18.5	26 57.8%
weiblich	6 5.5	13 13.5	19 42.2%
Column Total	13 28.9%	32 71.1%	45 100.0%

Chi-Square Sign. Cells with E.F. < 5  
.00005 .9941 None

Tab. 53

Der vorzeitige schulische Abgang ist im einzelnen aus den Tabellen ersichtlich. Insgesamt erreichten 18 von 26 Männern (69.2%), 16 von 19 Frauen (84.2%) ihr ursprüngliches schulisches Ziel.

Die Tabellen 50 und 51 fassen die Ergebnisse der Tabellen 48 und 49 zur statistischen Analyse zusammen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich in Richtung einer besseren schulischen Qualifikation der Männer, erreichen aber kein statistisches Niveau.

Geschlecht vs. Versetzungsprobleme			
Count Exp Val	nie	gelegent oder häufig	Row Total
männlich	14 16.8	12 9.2	26 57.8%
weiblich	15 12.2	4 6.8	19 42.2%
Column Total	29 64.4%	16 35.6%	45 100.0%
Chi-Square 2.02255	Sign. .1550	Cells with E.F. < 5 None	

Tab. 54

Geschlecht vs. Wiederholungen			
Count Exp Val	nie	einmal oder mehrmals	Row Total
männlich	17 19.1	9 6.9	26 57.8%
weiblich	16 13.9	3 5.1	19 42.2%
Column Total	33 73.3%	12 26.7%	45 100.0%
Chi-Square 1.14332	Sign. .2850	Cells with E.F. < 5 None	

Tab. 55

Die Tabellen 52 und 53 geben Auskunft über subjektive Einschätzungen des ehemaligen schulischen Engagement und der erreichten Leistungen. Jeweils etwa ein Viertel erinnern, in Relation zu den ehemaligen Klassenkameraden, ein unterdurchschnittliches Ausmaß an Engagement und Leistungen. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich keine statistischen Unterschiede.

Die Tabellen 54 und 55 geben Auskunft über schulische Versetzungsprobleme und Klassenwiederholungen. Ein gutes Drittel hatte mindestens gelegentliche Versetzungsprobleme, ein gutes Viertel blieb mindestens einmal sitzen. Frauen stehen in dieser Hinsicht besser da als Männer, der Unterschied erreicht jedoch kein statistisches Niveau.

### 3.7.4 berufliche Ausbildung

höchste Ausbildungsart vs. höchster Ausbildungsabschluß bei männlichen Teilnehmern			
Count	kein Abschluß	Lehr- abschluß	Total
keine Ausbild.	1		1 3.8%
Lehre	8	11	19 73.1%
Studium	4	2	6 23.1%
Column Total	13 50.0%	13 50.0%	26 100.0%

Tab. 56

höchste Ausbildungsart vs. höchster Ausbildungsabschluß bei weiblichen Teilnehmern			
Count	kein Abschluß	Lehr- abschluß	Total
keine Ausbild.	6		6 31.6%
Lehre	4	9	13 68.4%
Column Total	10 52.6%	9 47.4%	19 100.0%

Tab. 57

Die Tabellen 56 und 57 geben detaillierte Aufstellungen über Ausbildungsart und -abschluß.

25 von 26 Männern begannen eine berufliche Ausbildung, 6 davon ein Studium, 19 eine Lehre. Keiner konnte das Studium absolvieren, 13 ihre Lehrausbildung, 13 erreichten keinen beruflichen Abschluß.

13 von 19 Frauen begannen eine berufliche Ausbildung, ausschließlich Lehren. Davon konnten 9 ihre Lehrausbildungen erfolgreich absolvieren.

Geschlecht vs. höchste Ausbildungsart				
Count Exp Val	keine	Lehre	Studium	Row Total
männlich	1 4.0	19 18.5	6 3.5	26 57.8%
weiblich	6 3.0	13 13.5	0 2.5	19 42.2%
Column Total	7 15.6%	32 71.1%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 58

Geschlecht vs. höchster Ausbildungsabschluß			
Count Exp Val	keine	Lehre	Row Total
männlich	13 13.3	13 12.7	26 57.8%
weiblich	10 9.7	9 9.3	19 42.2%
Column Total	23 51.1%	22 48.9%	45 100.0%
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5	
.00000	1.0000	None	

Tab. 59

Insgesamt erreichten - einschließlich derer, die keine berufliche Ausbildung begonnen - 12 von 26 Männern (46.2%), 15 von 19 Frauen (78.9%) ihr ursprüngliches berufliches Ziel. Die Teilnehmer ohne angefangene berufliche Ausbildung ausgenommen, erreichten ihr Ziel 11 von 25 Männern (44%), 9 von 13 Frauen (69.2%).

Die Tabellen 58 und 59 fassen die Ergebnisse der Tabellen 56 und 57 zusammen.

Im gleichen Ausmaß begannen Männer und Frauen Lehrausbildungen. Weibliche Teilnehmer fingen aber öfters keine berufliche Ausbildung, Männer öfters ein Studium an. Die Unterschiede sind augenfällig, eine statistische Berechnung ist allerdings wegen der geringen Feldgrößen nicht möglich.

Geschlecht vs. Ausbildungsengagement			
Count Exp Val	unter- durch- schnittl.	durch- oder überd.	Row Total
männlich	7 5.3	17 18.7	24 66.7%
weiblich	1 2.7	11 9.3	12 33.3%
Column Total	8 22.2%	28 77.8%	36 100.0%

Tab. 60

Geschlecht vs. Ausbildungsleistungen			
Count Exp Val	unter- durch- schnittl.	durch- oder überd.	Row Total
männlich	9 7.3	15 16.7	24 66.7%
weiblich	2 3.7	10 8.3	12 33.3%
Column Total	11 30.6%	25 69.4%	36 100.0%

Tab. 61

Beim erreichten Berufsabschluß zeigen sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht mehr: Männer begannen zwar häufiger eine Ausbildung, konnten einen Abschluß aber nur in einem den Frauen vergleichbaren Ausmaß erreichen.

36 von 38 Teilnehmern, die eine berufliche Ausbildung begannen, machten Angaben über subjektives Engagement und Leistung in der Ausbildung. Zwischen den Geschlechtern finden sich geringe Unterschiede zugunsten der Frauen (Tab. 60 und 61).

Die Tabellen 62 und 63 stellen die Berufsausbildungen von Vätern/Söhnen bzw. Müttern/Töchtern gegenüber.

Von den Vätern absolvierten 2 ein Studium, 21 eine Lehre, 3 haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Die entsprechenden Söhne, Teilnehmer der Studie, fallen in der beruflichen Ausbildung demgegenüber ab. Der Unterschied ist augenfällig, eine statistische Berechnung ist aber wegen der geringen Feldgrößen nicht möglich.

Count Exp Val	keine Ausbild.	Lehre	Studium	Row Total
Vater	3 8.0	21 17.0	2 1.0	26 50.0%
Sohn	13 8.0	13 17.0	0 1.0	26 50.0%
Column Total	16 30.8%	34 65.4%	2 3.8%	52 100.0%

Tab. 62

Count Exp Val	keine Ausbild.	Lehre	Studium	Row Total
Mutter	16 13.0	3 6.0	0 0.0	19 50.0%
Tochter	10 13.0	9 6.0	0 0.0	19 50.0%
Column Total	26 68.4%	12 31.6%	38 100.0%	
Chi-Square 3.04487	Sign. .0810	Cells with E.F. < 5 None		

Tab. 63

Von den Müttern absolvierten 3 eine Lehre, 16 haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Die entsprechenden Töchter, Teilnehmerinnen der Studie, zeigen demgegenüber tendenziell eine bessere berufliche Qualifikation.

### 3.7.5 Erziehung, schulische und berufliche Ausbildung bei Patienten mit Suchtproblem/frühen Drogenerfahrung

Die Tabellen 64 bis 66 geben Auskunft über das Suchtproblem der Teilnehmer.

Tabelle 64 erfasst das Suchtproblem nach Substanz, aufgeschlüsselt nach Geschlecht. Knapp ein Drittel der Teilnehmer hatten oder haben ein Suchtproblem, die Hälfte davon kombiniert Alkohol und harte Drogen. In gut einem Zehntel ist das Alkoholproblem, in gut 5 Prozent das Drogenproblem isoliert.

Count Exp Val	keines	Alkohol	Drogen	Alk. und Drogen	Row Total
männlich	14	4	1	7	26 57.8
weiblich	17	1	1		19 42.2
Column Total	31 68.9	5 11.1	2 4.4	7 15.6	45 100.0

Tab. 64

Count Exp Val	nein	ja	Row Total
männlich	14 17.9	12 8.1	26 57.8
weiblich	17 13.1	2 5.9	19 42.2
Column Total	31 68.9	14 31.1	45 100.0
Chi-Square 4.94553	Sign. .0262	Cells with E.F. < 5 None	

Tab. 65

Wie aus den Tabellen 65 und 66 ersichtlich, überwiegen im Geschlechtsvergleich die Männer beim generellen Suchtproblem hochsignifikant. Entsprechende Unterschiede zeigen sich bei der frühen Drogenerfahrung, hier lassen sich wegen der geringen Feldgröße allerdings keine Signifikanzen errechnen.

Frühe Drogenerfahrung meint hier Beginn bis zum 16. Lebensjahr. Sämtliche 9 Teilnehmer dieser Gruppe hatten in dieser Zeit Erfahrung mit harten Drogen. In einem Fall war das Problem schon mit 13 Jahren ausgebildet. Die 5 Teilnehmer mit isoliertem Alkoholproblem begannen mit dem Konsum erst im Erwachsenenalter.

## Geschlecht vs. frühe Drogenerfahrung

Count Exp Val	ja	nein	Row Total
männlich	8 5.2	18 20.8	26 57.8
weiblich	1 3.8	18 15.2	19 42.2
Column Total	9 20.0	36 80.0	45 100.0

Tab. 66

## religiöse Bindung der Eltern

## frühe Drogenerfahrung

Count Exp Val	sehr rel. geb	etwas rel. geb	nicht rel. geb	Row Total
frühe D. erfahr.	1 3.6	4 3.6	4 1.8	9 20.0%
nein	17 14.4	14 14.4	5 7.2	36 80.0%
Column Total	18 40.0%	18 40.0%	9 20.0%	45 100.0%

## Suchtproblem

Count Exp Val	sehr rel. geb	etwas rel. geb	nicht rel. geb	Row Total
Sucht- problem	3 5.6	5 5.6	6 2.8	14 31.1%
kein S. problem	15 12.4	13 12.4	3 6.2	31 68.9%
Column Total	18 40.0%	18 40.0%	9 20.0%	45 100.0%

Chi-Square Sign. Cells with E.F. < 5  
7.15438 .0280 1 OF 6 ( 16.7%)

Tab. 67

## frühe Drogenerfahrung vs. Versetzungsprobleme

Count Exp Val	nie	gelegentlich oder häufig	Row Total
frühe D. erfahr.	4 5.8	5 3.2	9 20.0%
nein	25 23.2	11 12.8	36 80.0%
Column Total	29 64.4%	16 35.6%	45 100.0%

Tab. 68

## Suchtproblem vs. Versetzungsprobleme

Count Exp Val	nie	gelegentlich oder häufig	Row Total
Sucht- problem	6 9.0	8 5.0	14 31.1%
kein S. problem	23 20.0	8 11.0	31 68.9%
Column Total	29 64.4%	16 35.6%	45 100.0%

Tab. 69

In den Tabellen 67 bis 73 sind Unterschiede der prämorbid Sozialisation von Patienten mit Suchtproblem/früher Drogenerfahrung aufgeführt.

Bezüglich der Einschätzung der früheren familiären Situation ergaben sich Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Suchtproblem nur im Bereich religiöser Bindung der Eltern: Eltern von Patienten ohne Suchtproblem waren religiös signifikant mehr gebunden, für Eltern von Patienten ohne frühes Drogenproblem ergab sich eine ähnliche Richtung (Tab. 67). In anderen Bereichen, wie Strenge der Erziehung oder früheres Auskommen insgesamt ergaben sich keine Unterschiede.

Bezüglich des Gruppenverhaltens in Kindheit und Jugend (Anzahl enger Freunde, Einsamkeitsgefühle, Kontaktbereitschaft, Akzeptanz durch andere, Stellung in der Gruppe und Durchsetzungsfähigkeit) ergaben sich zwischen Patienten mit und ohne Suchtproblem keine nennenswerten Unterschiede.

frühe Drogenerfahrung vs. Klassenwiederholungen			
Count Exp Val	nie	mindest. einmal	Row Total
frühe D. erfahr.	4 6.6	5 2.4	9 20.0%
nein	29 26.4	7 9.6	36 80.0%
Column Total	33 73.3%	12 26.7%	45 100.0%

Tab. 70

Suchtproblem vs. Klassenwiederholungen			
Count Exp Val	nie	mindest. einmal	Row Total
Sucht- problem	7 10.3	7 3.7	14 31.1%
kein S. problem	26 22.7	5 8.3	31 68.9%
Column Total	33 73.3%	12 26.7%	45 100.0%

Tab. 71

Patienten mit Suchtprobleme und frühem Drogenbeginn hatten mehr Versetzungsprobleme (Tab. 68 und 69) und Klassenwiederholungen (Tab. 70 und 71). Im erreichten Schulabschluß unterschieden sie sich aber nicht von der Gruppe ohne Suchtproblem (Tab. 72). Signifikanzen konnten für den schulischen Bereich wegen der geringen Feldgrößen nicht errechnet werden.

Zwischen Patienten mit und ohne frühe Drogenerfahrungen ergaben sich keine Unterschiede zwischen angestrebter und erreichter beruflicher Ausbildung. Ein Unterschied zeigte sich allerdings in Richtung eines geringeren Ausbildungsengagements bei Patienten mit Suchtproblem (Tab. 73). Signifikanzen konnten für den Bereich beruflicher Ausbildung wegen der geringen Feldgrößen nicht errechnet werden.

frühe Drogenerfahrung vs. höchster Schulabschluß			
Count Exp Val	Normal- schule	weiterf. Schule	Row Total
frühe D. erfahr.	4 5.8	5 3.2	9 20.0%
nein	25 23.2	11 12.8	36 80.0%
Column Total	29 64.4%	16 35.6%	45 100.0%

Tab. 72

Suchtproblem vs. Ausbildungsengagement			
Count Exp Val	unter- durch- schnittl	durch- oder überd.	Row Total
Sucht- problem	6 2.9	7 10.1	13 36.1%
kein S. problem	2 5.1	21 17.9	23 63.9%
Column Total	8 22.2%	28 77.8%	36 100.0%

Chi-Square    Sign.    Cells with E.F. < 5  
4.74940    .0293    1 of 4 ( 25.0%)

Tab. 73

### 3.7.6 Erziehung, schulische und berufliche Ausbildung bei Patienten aus broken-home-Familien

Tabelle 74 geht auf Details der jeweiligen Herkunftsfamilien ein. Aus den Interviews und nach Durchsicht der Krankengeschichten ergaben sich Hinweise auf erhebliche Störungen in der Herkunftsfamilie in 22 Fällen. In 10 Fällen war die elterliche Beziehung äußerlich aufrechterhalten. Bei den restlichen 12 Herkunftsfamilien war in 5 Fällen die Scheidung formell vollzogen worden. In je 2 Fällen entzog sich der Kindsvater durch Verlassen der Familie und Suizid. Eine Familie war durch den natürlichen Tod des Vaters, eine weitere durch die langjährige Hospitalisation des ebenfalls schizophoren erkrankten Vaters unvollständig. In einem Fall wurde die Tochter die Tochter



als Kleinkind aus der Familie ausgegliedert, zu Pflegeeltern gegeben, angeblich aus finanziellen Gründen.

Details der Herkunftsfamilien			
Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
intakte Familie	23	51.1	51.1
"broken-home", davon	22	48.9	100.0
äußerlich aufrechterhaltene familiäre Bindung	10	45.5	45.5
aufgelöste Bind., davon	12	54.5	100.0
formelle Scheidung	5	41.7	41.7
frühes Verlassen der Familie durch den Vater	2	16.7	58.4
früher Suizid des Vaters	2	16.7	75.1
natürlicher Tod d. Vaters	1	8.3	83.4
lange Hospitalisation des Vaters	1	8.3	91.7
Ausgliederung aus d. Fam.	1	8.3	100.0

Tab. 74

Tabelle 75 faßt die mutmaßlichen Umstände der familiären Zerrüttung zusammen. Eine "laute" Form fand sich in 18 Fällen, mit erheblichen Spannungen, teilweise Tätlichkeit, oft unter Alkoholeinfluß. Eine "stille" Form war in den restlichen 4 Fällen zu verzeichnen. 2 Väter setzten sich früh von der Familie ab. In einem Fall waren die Eltern beide die meiste Zeit auf Reisen, brachten kaum Zeit für den einzigen Sohn auf, in einem weiteren Fall wurde die Tochter als 4. von 8 Geschwistern als Zweijährige zu einer Pflegefamilie im gleichen Dorf gegeben, konnte auch im weiteren nie eine Beziehung zu den leiblichen Eltern aufbauen.

Die Tabelle 76 faßt die Fälle zusammen, in denen ein Elternteil eine schon in der Jugend des Teilnehmers manifeste psychische Auffälligkeit hatte. Die Zahlen sind als Mindestmaß zu verstehen, es ist ein wesentlich größeres Ausmaß an elterlicher Pathologie zu vermuten. Die realen Eindrücke von Eltern aus broken-home-Familien in den Krankengeschichten sind blaß, da diese für die Angehörigenarbeit in der Regel nicht persönlich zur Verfügung stehen.

mutmaßliche Umstände d. familiären Zerrüttung bei Teilnehmern aus broken-home-Familien			
Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
"broken-home", davon	22		
erhebliche Spannungen und Tätlichkeiten	18	81.8	81.8
frühes Absetzen eines Elternteils	2	9.1	90.9
Vernachlässigung u. Ausgliederung aus d. Familie	2	9.1	100.0

Tab. 75

psychische Störungen eines Elternteils in der Jugend v. Teilnehmern aus broken-home-Familien			
Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
nicht offenkundig	14	63.6	63.6
offenkundig	8	36.4	100.0
davon			
gesicherte Schizophrenie	3	37.5	37.5
gesicherter Alkoholismus	3	37.5	75.0
Suizide	2	25.0	100.0

Tab. 76

Als gesichert und schon in der Jugend der Teilnehmer manifest darf die psychische Störung von 8 Elternhälften angesehen werden. 3 litten an Schizophrenie, 3 an schwerem Alkoholismus mit Wesensveränderung, 2 begingen Suizid. In einem dieser Fälle wurde der Suizid von der Mutter verheimlicht, der Vater vergiftete sich nach Familienüberlieferung unabsichtlich.

Die Tabellen 77 und 78 gehen auf das Suchtverhalten von Teilnehmern aus broken home-Familien ein.

Entgegen der Erwartung zeigen sich weder in der Betrachtung des generellen Suchtproblems noch des frühen Drogenbeginns Unterschiede zur Gesamtheit der Teilnehmer, bei der sich in einem knappen Drittel überhaupt ein Suchtproblem und in einem Fünftel ein früher Drogenbeginn, d.h. vor dem 16. Lebensjahr, findet.

Suchtproblem bei Teilnehmern aus broken-home-Familien					
Count Exp Val	keines	Alkohol	Drogen	Alk. und Drogen	Row Total
broken-home	15 15.2	3 2.4	2 2.0	2 2.4	22 48.9%
intakt	16 15.8	2 2.6	2 2.0	3 2.6	23 51.1%
Column Total	31 68.9%	5 11.1%	4 8.9%	5 11.1%	45 100.0%

Tab. 77

früher Drogenbeginn bei Teilnehmern aus broken-home-Familien			
Count Exp Val	ja	nein	Row Total
broken-home	4 4.4	18 17.6	22 48.9%
intakt	5 4.6	18 18.4	23 51.1%
Column Total	9 20.0%	36 80.0%	45 100.0%

Tab. 78

Die Tabellen 79 und 80 erfassen die subjektiv erlebte familiäre Atmosphäre in intakten und broken-home-Familien. Teilnehmer aus letzteren schildern die Erziehung strenger, das frühere Auskommen mit ihnen häufiger in Richtung schlecht und ambivalent. In der religiösen Bindung der Eltern zeigen sich keine augenfälligen Unterschiede. Statistische Berechnungen konnten wegen der geringen Feldgröße nicht durchgeführt werden.

Tabelle 81 streift das Gruppenverhalten in der Jugend von Teilnehmern aus intakten und broken-home-Familien.

Tendenziell häufiger übten letztere ihre Interessen in einem Verein aus, während Teilnehmer aus intakten Familien mehr mit Gleichaltrigen ohne Organisation eines Vereins zusammen waren.

Erziehungsstil bei Patienten aus broken-home-Familien				
Count Exp Val	streng	weder noch	liberal	Row Total
broken-home	15 11.2	3 7.8	4 2.9	22 48.9%
intakt	8 11.8	13 8.2	2 3.1	23 51.1%
Column Total	23 51.1%	16 35.6%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 79

Auskommen mit den Eltern in der Jugend bei Patienten broken-home-Familien					
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	ambiva- lent	Row Total
broken-home	7 5.0	2 4.5	7 8.5	5 3.0	21 50.0%
intakt	3 5.0	7 4.5	10 8.5	1 3.0	21 50.0%
Column Total	10 23.8%	9 21.4%	17 40.5%	6 14.3%	42 100.0%

Tab. 80

In den sonstigen Bereichen wie Anzahl enger Freunde, Einsamkeitsgefühle, Kontaktbereitschaft, Akzeptanz durch andere, Stellung in der Gruppe und Durchsetzungsfähigkeit finden sich zwischen den beiden Gruppen keine augenfälligen Unterschiede.

Bezüglich höchster Schulart, Versetzungsproblemen, Klassenwiederholungen und erreichtem Schulabschluß unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht.

Patienten aus broken-home-Familien weisen im schulischen Engagement weniger Extreme als die Vergleichsgruppe auf. Die schulischen Leistungen werden sogar deutlich häufiger als überdurchschnittlich erinnert (Tab. 82 und 83). Statistische Berechnungen ließen sich wegen der geringen Feldgröße nicht durchführen.

Bezüglich begonnener beruflicher Ausbildung, Engagement, Leistung und Abschluß fallen Patienten aus broken-home-Familien nicht ab.

Interessenausübung in Kindheit und Jugend  
bei Patienten aus broken-home-Familien

Count Exp Val	allein	gemein- sam	Verein	Row Total
broken- home	7 7.0	4 7.0	11 8.0	22 50.0%
intakt	7 7.0	10 7.0	5 8.0	22 50.0%
Column Total	14 31.8%	14 31.8%	16 36.4%	44 100.0%
Chi-Square 4.82143	Sign. .0898	Cells with E.F. < 5 None		

Tab. 81

Schulengagement bei Teilnehmern aus broken-  
home-Familien

Count Exp Val	unter- durchs.	durchs.	über durchs.	Row Total
broken- home	2 5.4	18 12.7	2 3.9	22 48.9%
intakt	9 5.6	8 13.3	6 4.1	23 51.1%
Column Total	11 24.4%	26 57.8%	8 17.8%	45 100.0%

Tab. 82

Schulleistungen bei Teilnehmern aus broken-  
home-Familien

Count Exp Val	unter- durchs.	durchs.	über durchs.	Row Total
broken- home	5 6.4	11 12.7	6 2.9	22 48.9%
intakt	8 6.6	15 13.3	0 3.1	23 51.1%
Column Total	13 28.9%	26 57.8%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 83

### 3.7.7 Berufstätigkeit im zeitlichen Ablauf

#### 3.7.7.1 formale Aspekte des Verlaufs

Die Tabellen 84 bis 88 und Abbildungen 19 bis 21 geben Aufschluß über die Entwicklung der Berufstätigkeit in den verschiedenen Qualitäten im prä- und postmorbiden Bereich.

Zum Zustandekommen der Tabellen und Abbildungen: der prä-morbide Bereich der Berufstätigkeit wurde erfaßt ab Schulabschluß bis zur Ersterkrankung nach oben gegebenen Kriterien, der postmorbide Bereich ab Ersterkrankung bis zum Untersuchungsdatum. Der nach jahreweiser, prozentualer Erfassung der verschiedenen Qualitäten von Berufstätigkeit verbleibende Rest eines Jahres wurde weggelassen, wenn es sich um sechs oder weniger Monate handelte, und auf ein volles Jahr hochgerechnet, wenn es sieben oder mehr Monate waren. Die Zeitspannen der verschiedenen Bereiche wurden erfasst, wenn mindestens drei Patienten verblieben. Die Fallzahlen sind jeweils in den Tabellen aufgeführt. Dementsprechend sind Verzerrungen am rechten Ende der Abbildungen plausibler.

Die Abbildungen geben einen optischen Eindruck, die Tabellen führen Zahlen und Signifikanzen auf.

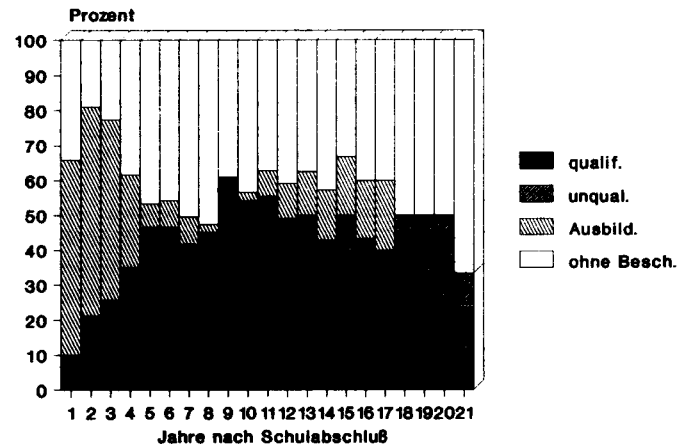
Abbildung 19 sowie Tabelle 84 und 85 geben einen Eindruck von prä- und postmorbider Berufstätigkeit für alle Patienten ohne Aufschlüsselung der Geschlechter.

Prä-morbid zeigt sich nach Schulabschluß ein rasch einsetzendes, erhebliches Ausmaß an beruflicher Ausbildung, das zum achten Jahr hin absinkt. Ein geringeres Ausmaß beruflicher Ausbildung ist noch bis zum 17. Jahr zu verzeichnen, es taucht in der Aufschlüsselung der Geschlechter wegen geringer Fallzahlen jedoch nicht mehr auf. Im dritten Jahr setzt qualifizierte Arbeit ein, die über die Jahre ein zwar geringes, aber relativ konstantes Ausmaß erreicht. Unqualifizierte Arbeit ist von Anfang an vorhanden, erreicht um das 10. Jahr ein Maximum, um dann recht konstant zu bleiben. Ein nicht unerhebliches Ausmaß an Beschäftigungslosigkeit ist von Anfang an vorhanden, nimmt über die Jahre des prä-morbiden Verlaufs kontinuierlich zu.

Im postmorbiden Verlauf finden sich qualifizierte und unqualifizierte Arbeit in einem vergleichsweise geringen, aber relativ konstantem Ausmaß. Berufliche Ausbildung spielt eine geringe Rolle bis zum 10. postmorbiden Jahr. Eine noch geringere Rolle spielt berufliche Rehabilitation. Das Ausmaß der Beschäftigungslosigkeit entspricht im ersten Jahresabschnitt gut 50 Prozent, erreicht gegen Ende des erfassten postmorbiden Bereichs etwa 80 Prozent.

Die Abbildungen 20 und 21 sowie die Tabellen 86 bis 88 schlüsseln die Berufstätigkeit nach den verschiedenen Qualitäten für die Geschlechter auf.

### Berufstätigkeit vor Ersterkrankung (alle Patienten)



### Berufstätigkeit nach Ersterkrankung (alle Patienten)

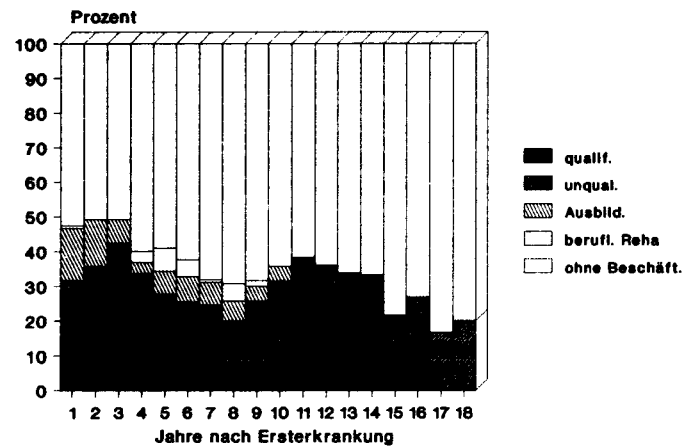


Abb. 19

### Berufstätigkeit vor Ersterkrankung (%)

Jahre nach Ersterkrankung	qualifiziert	unqualifiziert	Ausbildung	ohne Beschäft.	Anz. Pat.
1	0.0	10.0	55.8	34.2	39
2	0.0	21.4	59.7	18.9	35
3	3.3	22.5	51.7	22.5	33
4	8.3	26.7	26.7	38.3	31
5	17.5	29.2	6.7	46.6	28
6	16.7	30.0	7.5	45.8	26
7	15.4	26.4	7.8	50.4	25
8	16.7	28.3	2.5	52.5	20
9	22.0	39.0	0.0	39.0	18
10	20.0	34.2	2.5	43.3	15
11	21.5	34.0	7.3	37.2	14
12	25.0	24.2	10.0	40.8	10
13	25.0	25.0	12.5	37.5	8
14	28.5	14.4	14.4	42.7	7
15	33.3	16.7	16.7	33.3	6
16	16.7	26.6	16.7	40.0	6
17	20.0	20.0	20.0	40.0	5
18	25.0	25.0	0.0	50.0	4
19	25.0	25.0	0.0	50.0	4
20	25.0	25.0	0.0	50.0	4
21	0.0	33.3	0.0	66.7	3

Tab. 84

### Berufstätigkeit nach Ersterkrankung (%)

Jahre nach Ersterkrankung	qualifiziert	unqualifiziert	Ausbildung	berufl. Rehabil.	ohne Beschäft.	Anzahl Pat.
1	11.7	20.0	15.0	0.8	52.5	44
2	15.0	20.8	13.4	0.0	50.8	44
3	16.7	25.8	6.7	0.0	50.8	44
4	15.6	18.2	3.1	3.2	59.9	41
5	10.6	17.3	6.5	6.6	59.0	35
6	9.9	15.7	7.3	4.8	62.3	32
7	8.1	16.6	6.5	0.7	68.1	32
8	6.7	13.3	5.8	5.0	69.2	30
9	7.5	18.3	4.2	1.7	68.3	25
10	10.8	20.8	4.2	0.0	64.2	22
11	12.5	25.8	0.0	0.0	61.7	17
12	17.2	18.8	0.0	0.0	64.0	14
13	17.8	16.1	0.0	0.0	66.1	12
14	16.7	16.7	0.0	0.0	66.6	12
15	11.7	10.0	0.0	0.0	78.3	10
16	14.8	12.2	0.0	0.0	73.0	8
17	0.0	16.7	0.0	0.0	83.3	6
18	0.0	20.0	0.0	0.0	80.0	5

Tab. 85

Zur optischen Auswertung des prämorbidem Bereichs: sowohl Männer wie Frauen zeigen ein deutliches Ausmaß an beruflicher Ausbildung im direkten Anschluß an die Schule. Bei Männern setzt ab dem vierten, bei Frauen ab dem dritten Jahr qualifizierte, im Ausmaß ansteigende Tätigkeit ein. Bei Frauen ist das Anwachsen stetig, bei Männern zeigt sich dieser Effekt durch die wesentlich kürzere prämorbidem Zeitspanne auch, aber nicht so deutlich. Unqualifizierte Arbeit ist bei beiden Geschlechtern von Beginn an vorhanden, bei Männern in einem konstanten, bei Frauen in einem bis zum 10. Jahr nach Schulabschluß steigendem, dann wieder abfallendem Ausmaß. Die Beschäftigungslosigkeit nimmt über die Jahre schon prämorbid zu, zeigt aber von Jahr zu Jahr eine recht große Variabilität. Bei den im längeren prämorbidem Verlauf bleibenden Frauen ist eine deutliche Polarisierung zwischen qualifizierter Arbeit und Beschäftigungslosigkeit zu verzeichnen.

In der statistischen Analyse des Vergleichs der Geschlechter bezüglich prämorbidem Berufstätigkeit zeigen sich wenig Unterschiede. Bezüglich Ausbildung, qualifizierter und unqualifizierter Tätigkeit sowie Beschäftigungslosigkeit lassen sich keine Signifikanzen errechnen. Die Tendenz in einigen Jahresabschnitten zu einem größeren Ausmaß beruflicher Ausbildung bei Männern spiegelt die Situation einer protrahierten Qualifizierung, vorwiegend universitärer Art, wieder.

Zur optischen Auswertung des postmorbidem Bereichs: berufliche Ausbildung spielt jetzt eine deutlich geringere Rolle, die entsprechenden Bestrebungen der Männer, ebenfalls vorwiegend universitärer Art, wirken auch hier protrahiert. Qualifizierte Arbeit findet sich bei Männern durchgehend, wenn auch im recht geringem Ausmaß, bei den Frauen ab dem achten Jahr gar nicht mehr. Unqualifizierte Arbeit ist bei beiden Geschlechtern durchgehend zu verzeichnen, auch hier allerdings im recht geringem Ausmaß. Bei Frauen wiederum deutlicher als bei Männern ist im längeren postmorbidem Bereich eine Polarisierung zwischen unqualifizierter Arbeit und Beschäftigungslosigkeit zu verzeichnen. Eine nur sehr kleine Rolle spielt bei beiden Geschlechtern die postmorbidem berufliche Rehabilitation. Eine relative Häufung ist bei beiden Geschlechtern etwa vom dritten Jahr an zu verzeichnen, ab dem neunten Jahr spielt sie gar keine Rolle mehr. Das Ausmaß von Beschäftigungslosigkeit ist erheblich, beginnt bei beiden Geschlechtern etwa bei 50 Prozent des jeweiligen Jahresabschnitts, wächst dann bei den Frauen nach optischem Eindruck rascher, stabilisiert sich im längeren postmorbidem Verlauf bei 60 bis 80 Prozent.

In der statistischen Analyse lassen sich allerdings auch für den postmorbidem Bereich beruflicher Anpassung im Geschlechtervergleich wenig Unterschiede ausmachen: Nach Erkrankung scheinen Männer noch mehr Ausbildungsbestrebungen zu haben, wofür die Signifikanz im zweiten Jahresabschnitt spricht. Für qualifizierte und unqualifizierte Arbeit ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Beschäftigungslosigkeit der Frauen ist in den Jahresabschnitten neun und zehn signifikant höher.

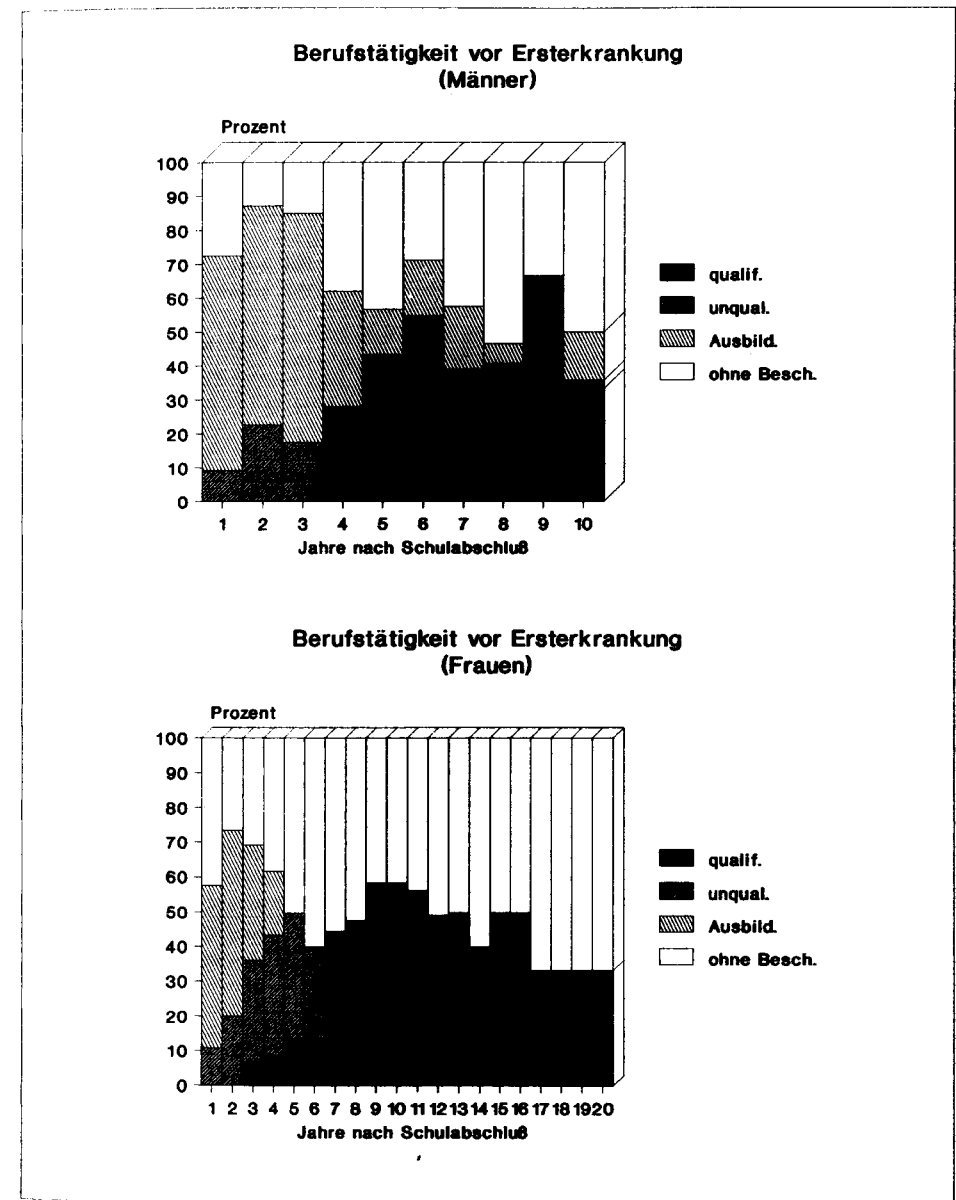
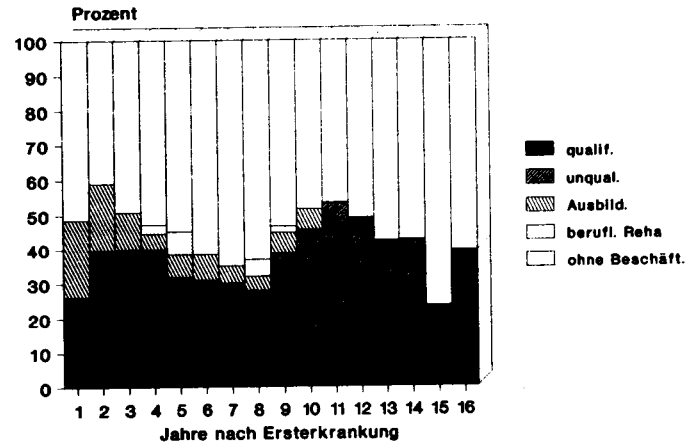


Abb. 20

### Berufstätigkeit nach Ersterkrankung (Männer)



### Berufstätigkeit nach Ersterkrankung (Frauen)

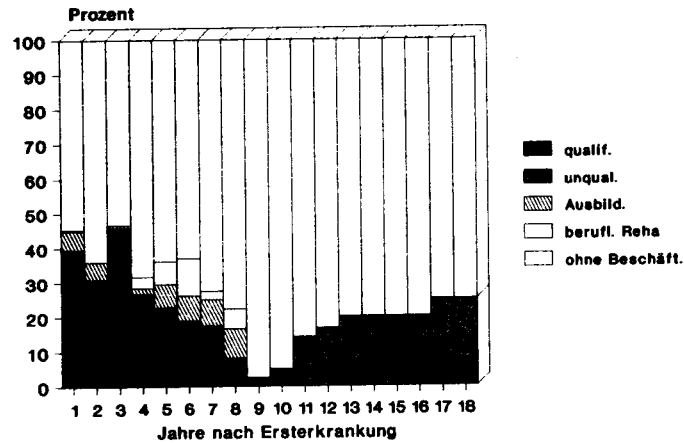


Abb. 21

### Berufstätigkeit vor Ersterkrankung, Monate pro Jahr, nach Geschlechtern, (Mann-Whitney)

Jahre nach Schulabsch.	qual.		unqual.		Ausbild.		ohne Besch.		Anz. Pat.	
	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)
1	0.0	0.0	9.2	10.8	63.3	46.7	27.5	42.5	22	17
2	0.0	0.0	22.8	20.0	64.6	53.3	12.8	26.7	20	15
3	0.0	6.7	17.5	29.2	67.5 T	33.3	15.0	30.8	18	15
4	9.0	8.3	19.0	35.0	34.0	18.3	38.1	38.4	16	15
5	21.7	13.3	21.7	36.4	13.3	0.0	43.3	50.3	14	14
6	23.3	11.7	31.4	28.3	16.4	0.0	28.9	60.0	12	14
7	18.3	14.2	20.8	30.3	18.3	0.0	42.6	55.5	11	14
8	20.0	15.0	20.8	32.6	5.8	0.0	53.4	52.4	7	13
9	33.3	16.7	33.3	41.7	0.0	0.0	33.4	41.6	6	12
10	33.3	16.7	2.5	41.7	14.2 T	0.0	50.0	41.6	3	12
11		16.7		39.6		0.0		43.7		12
12		19.2		30.0		0.0		50.8		8
13		16.7		33.3		0.0		50.0		6
14		20.0		20.0		0.0		60.0		5
15		25.0		25.0		0.0		50.0		4
16		25.0		25.0		0.0		50.0		4
17		33.3		0.0		0.0		66.7		3
18		33.3		0.0		0.0		66.7		3
19		33.3		0.0		0.0		66.7		3
20		33.3		0.0		0.0		66.7		3

Tab. 86

### Berufstätigkeit nach Ersterkrankung, Monate pro Jahr, nach Geschlechtern, (Mann-Whitney)

Jahre nach Ersterkran.	qual.		unqual.		Ausbild.		Rehab.		Anz. Pat.	
	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)
1	14.0	8.9	12.2	30.6	22.3	5.4	0.0	0.4	26	19
2	20.2	9.2	19.4	21.7	19.4 S	5.0	0.0	0.0	26	19
3	16.7	15.8	23.3	30.0	10.8	0.8	0.0	0.0	26	19
4	17.0	14.2	22.9	12.5	4.5	1.7	2.8	3.3	23	19
5	10.0	10.6	21.7	12.3	6.7	6.6	6.7	6.5	20	16
6	11.7	7.3	19.2	11.6	7.5	7.3	0.0 T	10.7	19	14
7	10.8	5.0	19.2	12.5	5.0	7.5	0.0	2.5	19	14
8	10.6	0.0	17.3	8.3	4.1	8.3	4.9	5.8	19	12
9	11.9	0.0	26.8	2.5	6.0	0.0	1.9	0.0	17	9
10	16.0	0.0	29.4	5.0	6.1	0.0	0.0	0.0	15	8
11	20.8	0.0	32.5	14.2	0.0	0.0	0.0	0.0	11	7
12	28.6	0.0	20.3	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	9	6
13	28.6	0.0	13.6	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8	5
14	28.3	0.0	14.2	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7	5
15	23.3	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5	5
16	39.2	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3	5
17		0.0		25.0		0.0		0.0		4
18		0.0		25.0		0.0		0.0		4

Tab. 87

Jahre nach Ersterkran	ohne Besch.		Anz. Pat.	
	(m)	(w)	(m)	(w)
1	51.5	54.7	26	19
2	41.0	64.1	26	19
3	49.2	53.4	26	19
4	52.8	68.3	23	19
5	54.9	64.0	20	16
6	61.6	63.1	19	14
7	65.0	72.5	19	14
8	63.1	77.6	19	12
9	53.4 S	97.5	17	9
10	48.5 S	95.0	15	8
11	46.7 T	85.8	11	7
12	51.1	83.3	9	6
13	57.8	80.0	8	5
14	57.5	80.0	7	5
15	76.7	80.0	5	5
16	60.8	80.0	3	5
17		75.0		4
18		75.0		4

Tab. 88

## 3.7.7.2 inhaltliche Aspekte des einzelnen Tätigkeiten

Count	männlich		weiblich		Row Total
	vor EE	nach EE	vor EE	nach EE	
unqualifiziert	28	30	19	22	99
	29.8	29.8	19.2	20.2	50.5%
qualifiziert	6	20	7	14	47
	14.1	14.1	9.1	9.6	24.0%
Lehre	20	4	12	3	39
	11.7	11.7	7.6	8.0	19.9%
Studium	5	5	0	1	11
	3.3	3.3	2.1	2.2	5.6%
Column Total	59	59	38	40	196
	30.1%	30.1%	19.4%	20.4%	100.0%
Chi-Square	31.05630		Sign.	.0003	Cells with E.F. < 5
					4 OF 16 ( 25.0%)

Tab. 89

Tabelle 89 gibt Auskunft über die Anzahl von Berufstätigkeiten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Zeitabschnitt vor und nach Ersterkrankung. Auch innerbetriebliche Änderungen, so z.B. Änderung der Tätigkeit wurden als separate Tätigkeiten erfasst.

Es finden sich 196 Episoden mindestens einmonatiger Berufstätigkeit, 99 davon unqualifiziert, 47 qualifiziert, 39 Lehrausbildungen und 11 Studien. 9 Episoden beruflicher Rehabilitation wurden - da erst nach Ersterkrankung einsetzend - zur statistischen Analyse nicht erfasst. Bei Männern finden sich 118 Tätigkeiten (etwa 4.5 pro Patient), bei Frauen 78 (etwa 4.1 pro Patientin). Die Tätigkeiten verteilen sich hälftig auf den prä- und postmorbiden Bereich. Qualifizierte Tätigkeiten sind in der Anzahl bei beiden Geschlechtern prämorbid gegenüber dem Erwartungswert vermindert, postmorbid erhöht. Lehrausbildungen sind bei beiden Geschlechtern prämorbid gegenüber dem Erwartungswert erhöht, postmorbid vermindert. Studien sind bei Männern prä- und postmorbid gegenüber Erwartung erhöht, bei Frauen vermindert. Die Unterschiede zeigen sich insgesamt auf hochsignifikantem Niveau.

Die Tabellen 90 bis 93 zeigen die subjektiven Einschätzungen der Patienten zum Auskommen in den jeweiligen Berufstätigkeiten. Erfragt wurden Auskommen mit Kollegen, Vorgesetzten, Arbeitsbedingungen und Lohn. Nicht verwertbare Antworten sind nicht aufgeführt. Übrig bleiben 171 Episoden von Berufstätigkeit. Die Antwortkategorien "gut" und "mittel" wurden zusammengefasst.

Count	männlich		weiblich		Row Total
	vor EE	nach EE	vor EE	nach EE	
schlecht	9	12	4	9	34
	10.3	10.9	6.8	6.0	19.9%
mittel o. gut	43	43	30	21	137
	41.7	44.1	27.2	24.0	80.1%
Column Total	52	55	34	30	171
	30.4%	32.2%	19.9%	17.5%	100.0%
Chi-Square	3.68010		Sign.	.2981	Cells with E.F. < 5
					None

Tab. 90

Das jeweilige Auskommen mit Kollegen wird von knapp 20 Prozent als schlecht beschrieben. Die postmorbiden Angaben ("nach EE") eines schlechten Auskommens sind bei beiden Geschlechtern über Erwartung hoch. Signifikante Unterschiede zwischen prä- und postmorbid sowie Männern und Frauen zeigen sich aber insgesamt nicht.

Auskommen mit Vorgesetzten					
Count	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Row
Exp Val	vor EE	vor EE	nach EE	nach EE	Total
schlecht	16	7	20	10	53
	16.2	10.6	17.1	9.0	31.2%
mittel	36	27	35	19	117
o. gut	35.8	23.4	37.9	20.0	68.8%
Column	52	34	55	29	170
Total	30.6%	20.0%	32.4%	17.1%	100.0%
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5			
2.61795	.4544	None			

Tab. 91

In knapp einem Drittel aller Berufstätigkeiten wird das Auskommen mit den Vorgesetzten als schlecht beschrieben. Männer berichten postmorbid über ein schlechteres, Frauen prämorbid über ein besseres Auskommen, die Unterschiede sind aber nicht signifikant.

Auskommen mit Arbeitsbedingungen					
Count	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Row
Exp Val	vor EE	vor EE	nach EE	nach EE	Total
schlecht	8	4	18	4	34
	10.3	6.8	10.9	6.0	19.9%
mittel	44	30	37	26	137
o. gut	41.7	27.2	44.1	24.0	80.1%
Column	52	34	55	30	171
Total	30.4%	19.9%	32.2%	17.5%	100.0%
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5			
8.57120	.0356	None			

Tab. 92

Über ein schlechtes Auskommen mit den Arbeitsbedingungen wird insgesamt in knapp 20 Prozent aller Berufstätigkeiten berichtet. Prämorbid findet sich bei beiden Geschlechtern ein relativ besseres, postmorbid bei Männern ein deutlich schlechteres Auskommen. Die Unterschiede sind insgesamt signifikant.

Auskommen mit Lohn					
Count	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Row
Exp Val	vor EE	vor EE	nach EE	nach EE	Total
schlecht	7	7	8	3	25
	7.6	5.0	8.0	4.4	14.6%
mittel	45	27	47	27	146
o. gut	44.4	29.0	47.0	25.6	85.4%
Column	52	34	55	30	171
Total	30.4%	19.9%	32.2%	17.5%	100.0%
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5			
1.53936	.6732	2 OF 8 ( 25.0%)			

Tab. 93

In knapp 15 Prozent wird über ein schlechtes Auskommen mit dem Lohn berichtet. Signifikante Unterschiede zwischen prä- und postmorbid sowie Männern und Frauen zeigen sich insgesamt nicht.

Gründe des Abbruchs der einzelnen Berufstätigkeiten zusammengefasst					
Count	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Row
Exp Val	vor EE	vor EE	nach EE	nach EE	Total
nicht	4	3	4	9	20
verwertbar	6.1	3.9	6.0	4.0	10.3
psychotisch	16	7	17	6	46
erkrankt	14.0	9.0	13.8	9.2	23.7
Schwier. an	15	9	24	14	62
Arb. stelle	18.9	12.1	18.5	12.5	32.0
Verbesser.,	20	10	10	8	48
abgeschlossen	14.6	9.4	14.4	9.6	24.7
fam., and.	4	9	3	2	18
Gründe	5.5	3.5	5.4	3.6	9.3
Column	59	38	58	39	194
Total	30.4	19.6	29.9	20.1	100.0
Chi-Square	Sign.	Cells with E.F. < 5			
28.10923	.0053	4 OF 20 ( 20.0%)			

Tab. 94



Tabelle 94 zeigt die zusammengefassten Gründe des Abbruchs der jeweiligen Tätigkeiten. "Psychotisch erkrankt" im prämorbidem Bereich sind Ausdruck der Ersterkrankung am Ende der Phase. Psychotische Erkrankung stand in einem knappen Viertel am Ende der Berufstätigkeiten, bei Männern über, bei Frauen unter Erwartung häufig. Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle waren in einem knappen Drittel ausschlaggebend, prämorbid bei beiden Geschlechtern unter, postmorbid über Erwartung häufig. Abbruch der Tätigkeit im Rahmen eines Abschlusses oder einer befristeten Stelle findet sich in einem knappen Viertel der Fälle, prämorbid bei Männern über, postmorbid bei beiden Geschlechtern unter Erwartung häufig. Familiäre und andere Gründe waren in einem knappen Zehntel ausschlaggebend, prämorbid bei Frauen über, postmorbid bei beiden Geschlechtern unter Erwartung häufig.

Gründe des Abbruchs der einzelnen Berufstätigkeiten im Detail					
Count	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Row
Exp Val	vor EE	vor EE	nach EE	nach EE	Total
nicht verwertbar	4	3	4	9	20 10.3
psychotisch erkrankt	16	7	17	6	46 23.7
Schwier. m. Vorgesetz.	3	1	7	4	15 7.7
Schwier. m. Kollegen	1	2		5	8 4.1
Schwier. m. Arbeit	11	5	15	5	36 18.6
Schwier. m. Lohn		1	2		3 1.5
Verbesser. gefunden	3	2	1	1	7 3.6
regulär abgeschlossen	17	8	9	7	41 21.1
familiäre Gründe		6		1	7 3.6
and., auß. Gründe	4	3	3	1	11 5.7
Column Total	59	38	58	39	194
	30.4	19.6	29.9	20.1	100.0

Tab. 95

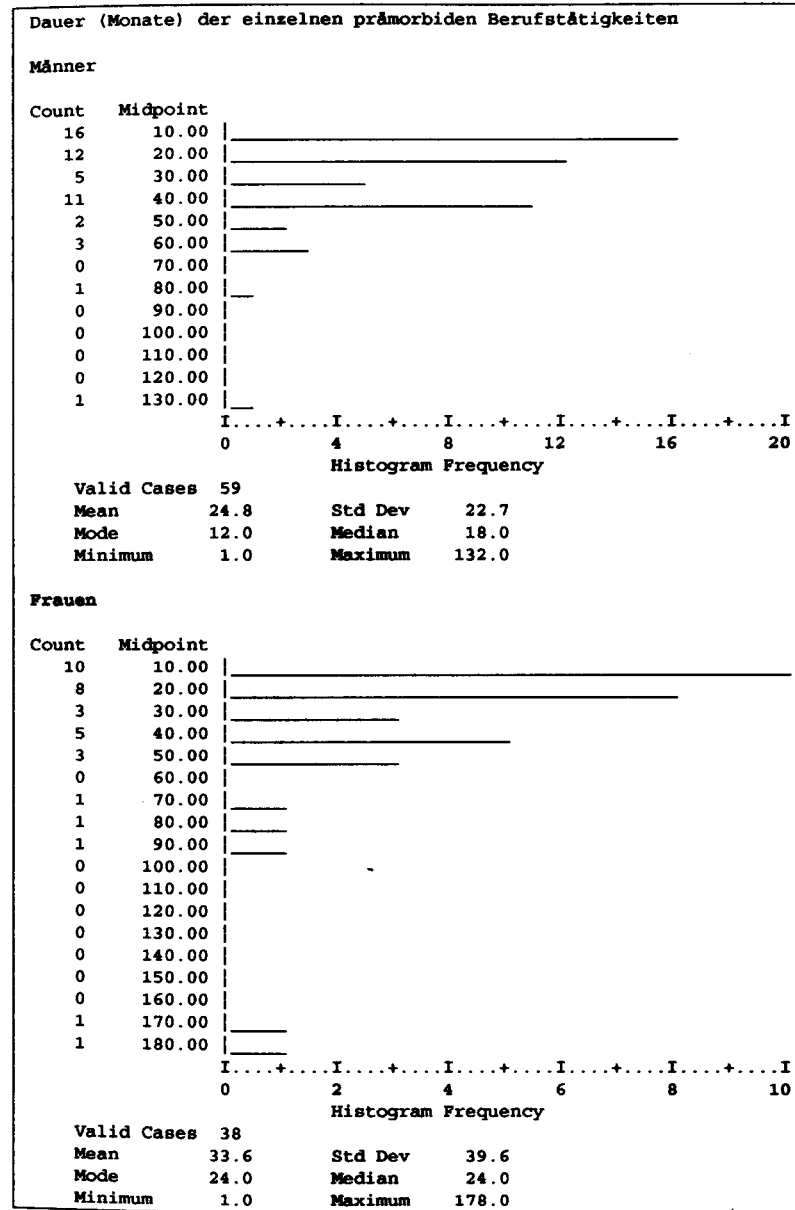


Abb. 22

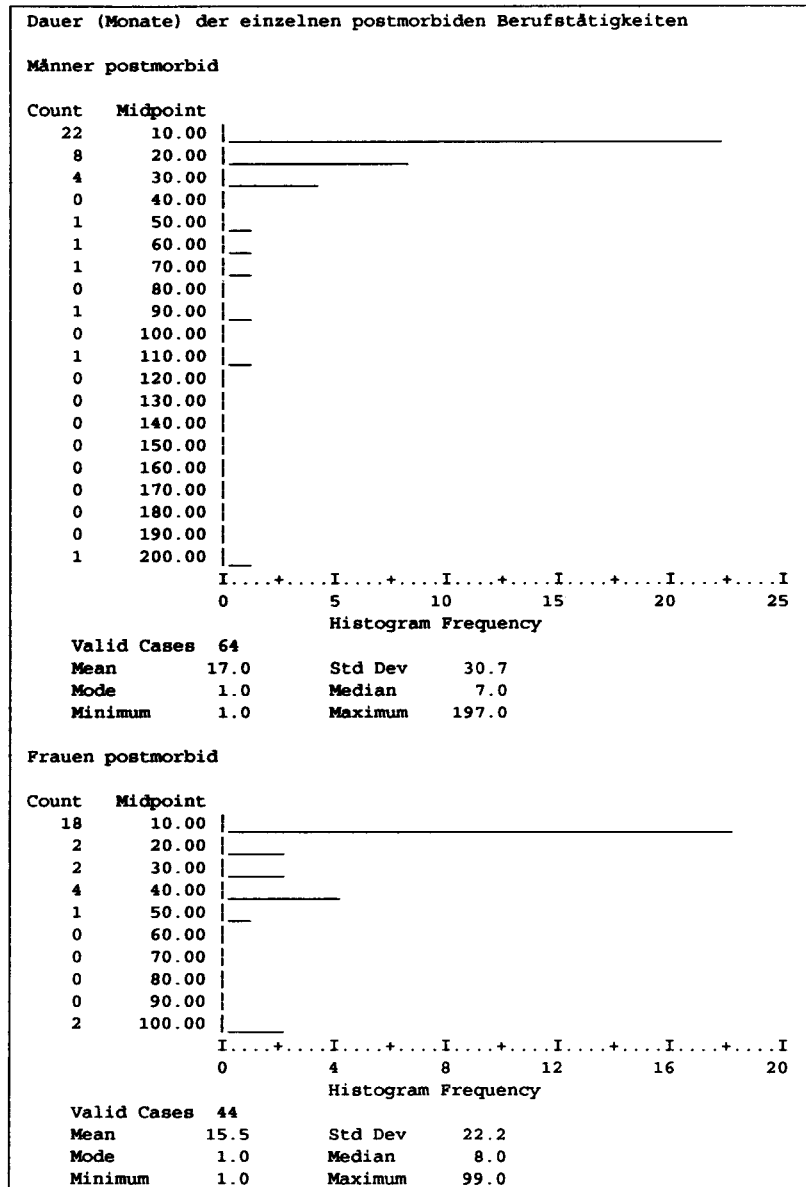


Abb. 23

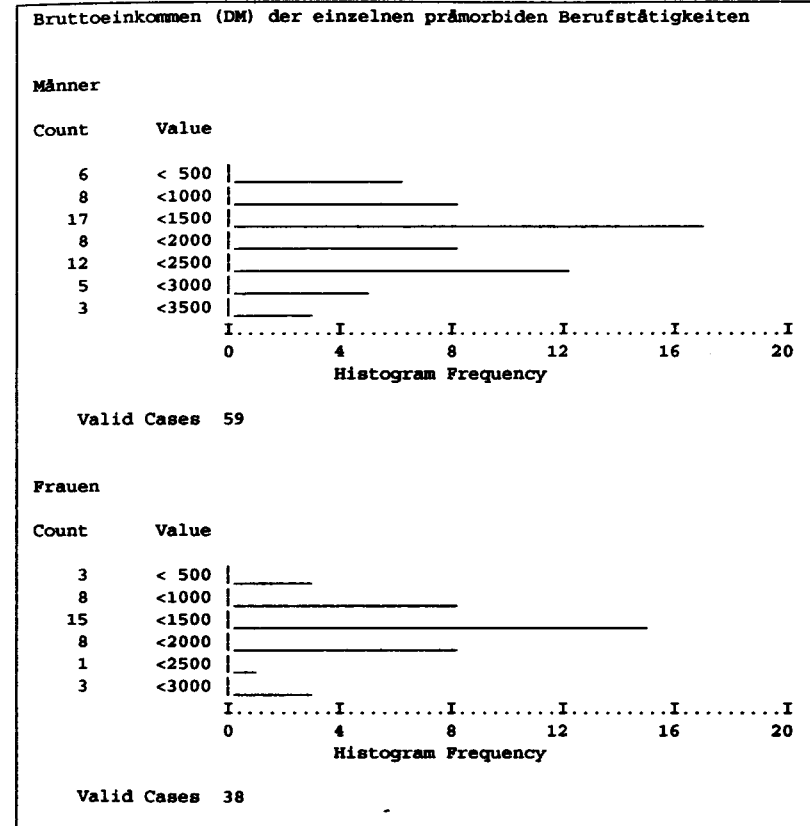


Abb. 24

Die Tabelle 95 schlüsselt die Abbruchgründe im Detail auf.

Die Abbildungen 22 und 23 veranschaulichen die Dauer der einzelnen Berufstätigkeiten. Aufgeschlüsselt wurde nach männlich/weiblich sowie prä-/postmorbid. In Tabelle 96 wurden Signifikanzen der Unterschiede in der Dauer der Tätigkeiten errechnet. Gruppe 1 entspricht Männern prä-morbid, Gruppe 2 Frauen prä-morbid, Gruppe 3 Männern postmorbid, Gruppe 4 Frauen postmorbid.

Die durchschnittlich längsten Tätigkeiten mit knapp 34 Monaten weisen Frauen prä-morbid auf. Es folgen Männer prä-morbid mit knapp 25 Monaten, dann Männer postmorbid mit knapp 17 Monaten, dann Frauen postmorbid mit knapp 16 Monaten.

Männer und Frauen prämorbid unterscheiden sich von Männern und Frauen postmorbid hochsignifikant.

Die Abbildungen 24 und 25 veranschaulichen die Verteilung der Bruttoeinkommensgruppen. Die Aufschlüsselung und die Gruppeneinteilung in Tabelle 97 entspricht der oben aufgeführten Tabelle der Dauer der Berufstätigkeiten.

Die einkommensstärkste Gruppe in den jeweiligen Tätigkeiten sind Männer postmorbid, es folgen Männer prämorbid, dann Frauen prä- und postmorbid. Männer postmorbid unterscheiden sich signifikant von Frauen prä- und postmorbid. Ein tendenzieller Unterschied findet sich noch bei Männern prämorbid zu Frauen postmorbid.

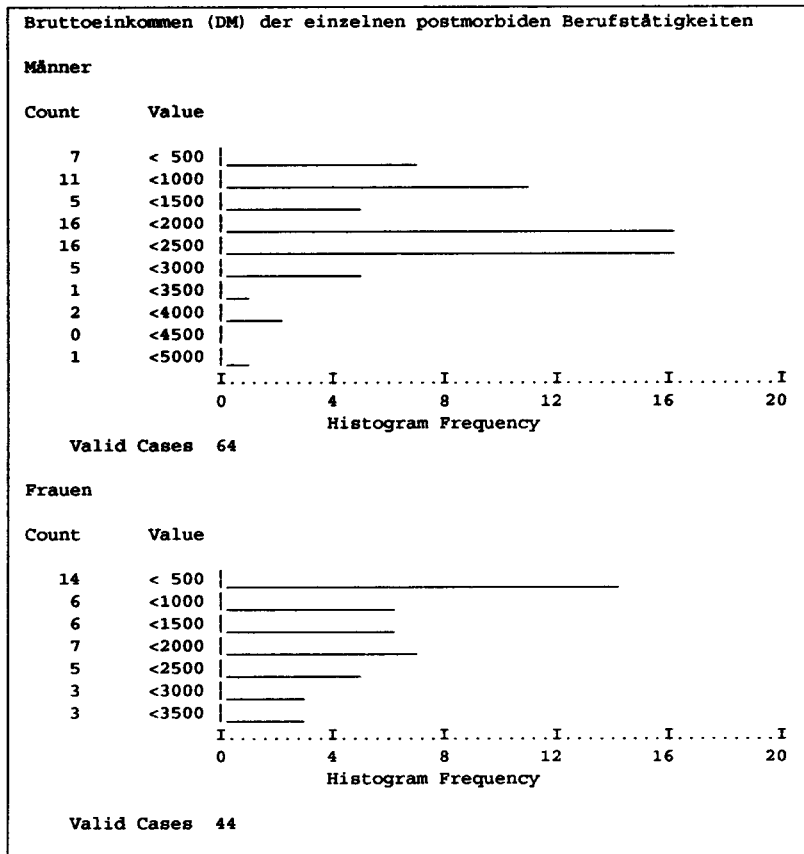


Abb. 25

Dauer der Tätigkeiten (Monate)		
	(Mann-Whitney)	G G G G r r r r p p p p
Mean	Group	4 3 1 2
15.5455	Grp 4	
16.9531	Grp 3	
24.7797	Grp 1	H H
33.6316	Grp 2	H H

Tab. 96

Bruttoeinkommen		
	(Mann-Whitney)	G G G G r r r r p p p p
	Group	4 2 1 3
niedrig	Grp 4	
.	Grp 2	
.	Grp 1	T
hoch	Grp 3	S S

Tab. 97

### 3.7.8 Partnerschaften im zeitlichen Ablauf

#### 3.7.8.1 formale Aspekte des Verlaufs

Die Abbildung 26 und die Tabellen 98 bis 99 geben einen Eindruck über den zeitlichen Ablauf von Partnerschaften in den verschiedenen Qualitäten im prä- und postmorbiden Bereich.

Die Darstellung der Daten entspricht der der oben aufgeführten Berufstätigkeit. Erfasst wurden Partnerschaften mit einer Dauer über drei Monate. Als relevanter Beginn des prämorbid Bereichs wurde der Zeitpunkt erster loser Beziehungen auch kurzer Dauer gewählt. Waren auch diese nicht vorhanden, entsprach der Zeitpunkt ersten Interesses dem Beginn des prämorbid Bereichs.

Heirat spielt zu Beginn des prämorbid Bereichs insgesamt eine nur geringe Rolle, nimmt dann im weiteren Verlauf an Bedeutung erheblich zu. Feste Beziehungen finden sich bis zum 16. Jahr des prämorbid Bereichs in einem nahezu konstanten

Ausmaß. Lose Beziehungen spielen nur anfangs eine allerdings recht geringe Rolle. Die Partnerlosigkeit liegt anfangs bei zwei Dritteln der Zeit, nimmt im folgenden insgesamt deutlich ab.

Im postmorbiden Bereich dominiert Partnerlosigkeit, insgesamt in drei Viertel der Zeit. Heirat findet sich im gesamten postmorbiden Bereich, feste Partnerschaften bis zum 12. postmorbiden Jahr, beides allerdings in einem recht geringen Ausmaß. Lose Partnerschaften spielen demgegenüber fast gar keine Rolle.

Die Abbildungen 27 und 28 sowie die Tabellen 100 bis 101 schlüsseln Partnerschaften in den verschiedenen Qualitäten für die Geschlechter auf.

Zur optischen Auswertung des prä-morbiden Bereichs: eheliche Partnerschaften finden sich bei Männern erst ab dem 8., bei Frauen dagegen schon im 1. prä-morbiden Jahr, hier in einem erheblichen Ausmaß. Bei beiden Geschlechtern findet sich im Verlauf ein Anwachsen ehelicher Gemeinschaften, bis zu einem Drittel bei Männern und zwei Dritteln bei Frauen im letzten prä-morbiden Jahr. Feste Partnerschaften spielen bei beiden Geschlechtern von Beginn an eine vergleichbare Rolle. Bei Männern finden sich feste Partnerschaften im etwa gleichbleibenden Ausmaß im gesamten prä-morbiden Verlauf, bei Frauen in sinkendem Ausmaß bis zum 9. prä-morbiden Jahr. Lose Beziehungen spielen bei beiden Geschlechtern eine nur sehr geringe Rolle. Bei Männern treten sie früher auf wie bei Frauen. Partnerlosigkeit findet sich bei Männern anfangs in erheblichem (etwa 80 Prozent), im weiteren Verlauf abnehmenden Ausmaß (gut 30 Prozent). Demgegenüber ist Partnerlosigkeit bei Frauen anfangs geringer ausgeprägt. Das Ausmaß variiert, zeigt aber weniger Systematik wie bei Männern.

In der statistischen Analyse zeigt sich der Unterschied der ehelichen Bindung bis zum siebten Jahr hochsignifikant, bis zum neunten signifikant. Unterschiede in festen und losen Beziehungen erreichen über die Jahre kein signifikantes Niveau. Das Ausmaß der Partnerlosigkeit ist bei Männern im ersten sowie vierten bis siebten Jahr signifikant höher.

Zur optischen Auswertung des postmorbiden Bereichs: eheliche Beziehungen finden sich bei Männern nur noch sporadisch, bei Frauen durchgehend, durchschnittlich in einem Drittel der Zeit. Feste Beziehungen finden sich bei Männern bis zum 10., bei Frauen bis zum 13. postmorbiden Jahr, in einem jeweils eher geringem Ausmaß. Lose Beziehungen sind bei beiden Geschlechtern sporadisch. Das Ausmaß der Partnerlosigkeit ist bei beiden Geschlechtern im Ausmaß etwa gleichbleibend, bei Männern in über 90 Prozent, bei Frauen in etwa 50 Prozent.

In der statistischen Analyse ist der Unterschied der ehelichen Bindungen bis zum 10., der der Partnerlosigkeit bis zum 12. postmorbiden Jahr mindestens signifikant. Bezüglich fester und loser Partnerschaften errechnen sich keine signifikanten Unterschiede.

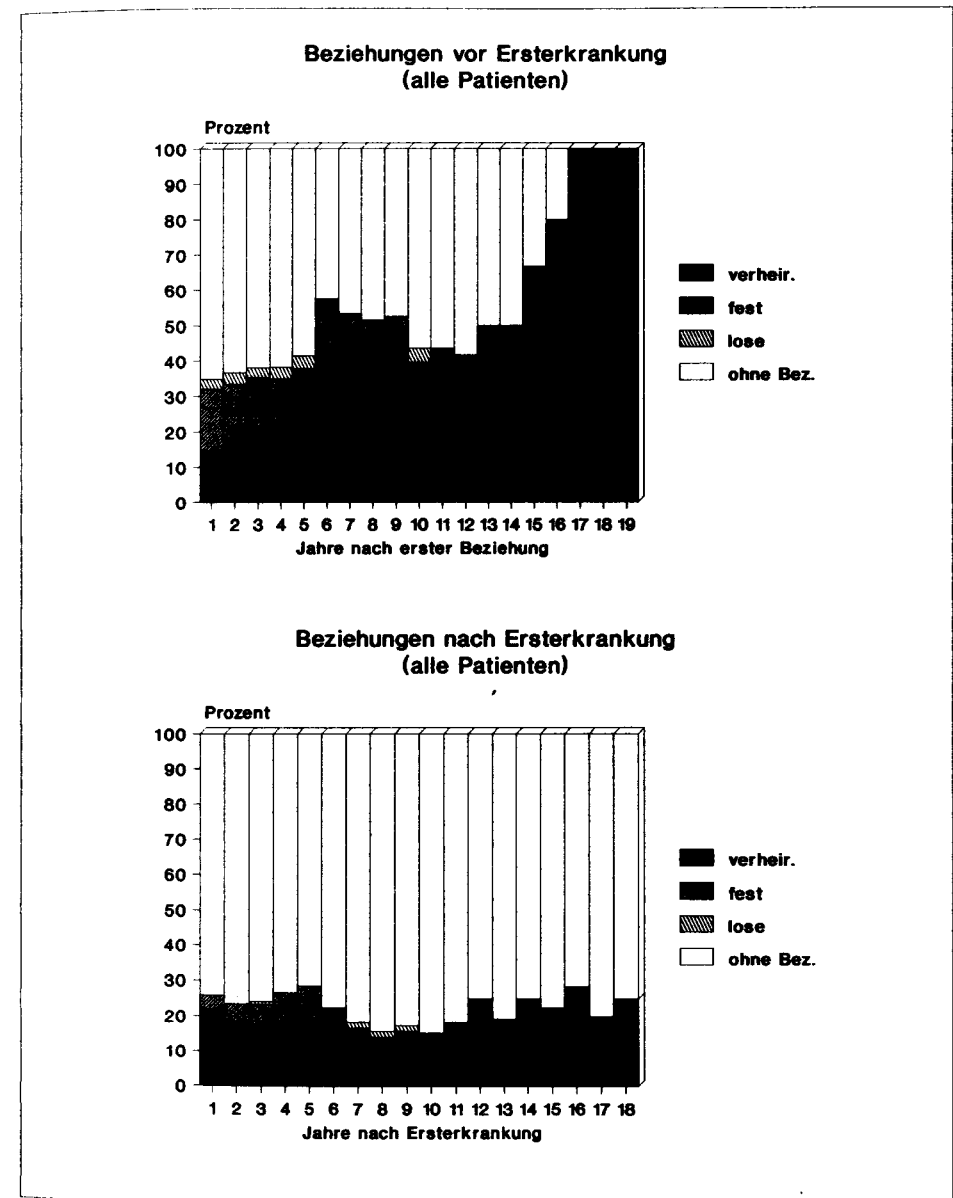


Abb. 26

Beziehungen vor Ersterkrankung (%)					
Jahre nach er- ster Beziehung	verheira- tet	feste Beziehung	lose Beziehung	ohne Beziehung	Anzahl Patient.
1	14.4	17.7	2.7	65.2	35
2	16.7	16.7	3.3	63.3	30
3	16.9	18.5	2.7	61.9	30
4	20.8	14.2	3.3	61.7	29
5	27.7	10.2	3.5	58.6	27
6	38.3	19.2	0.0	42.5	21
7	33.3	20.0	0.0	46.7	21
8	42.0	9.5	0.0	48.5	19
9	40.8	11.7	0.0	47.5	17
10	33.1	6.5	4.0	56.4	12
11	33.0	10.6	0.0	56.4	12
12	30.0	11.7	0.0	58.3	10
13	37.5	12.5	0.0	50.0	8
14	37.5	12.5	0.0	50.0	8
15	50.0	16.7	0.0	33.3	6
16	60.0	20.0	0.0	20.0	5
17	100.0	0.0	0.0	0.0	3
18	100.0	0.0	0.0	0.0	3
19	100.0	0.0	0.0	0.0	3

Tab. 98

Beziehungen nach Ersterkrankung (%)					
Jahre nach Ersterkrankung	verheira- tet	feste Beziehung	lose Beziehung	ohne Beziehung	Anzahl Patient.
1	21.7	4.2	0.0	74.1	41
2	17.2	6.3	0.0	76.5	41
3	15.1	8.3	0.8	75.8	41
4	15.8	10.9	0.0	73.3	37
5	18.9	9.7	0.0	71.4	33
6	14.2	8.3	0.0	77.5	30
7	12.5	4.2	1.7	81.6	30
8	10.8	3.3	1.7	84.2	28
9	13.3	2.5	1.7	82.5	23
10	14.4	0.9	0.0	84.7	21
11	12.5	5.8	0.0	81.7	16
12	16.7	8.3	0.0	75.0	12
13	19.2	0.0	0.0	80.8	11
14	25.0	0.0	0.0	75.0	11
15	22.5	0.0	0.0	77.5	9
16	28.3	0.0	0.0	71.7	7
17	20.0	0.0	0.0	80.0	5
18	25.0	0.0	0.0	75.0	4

Tab. 99

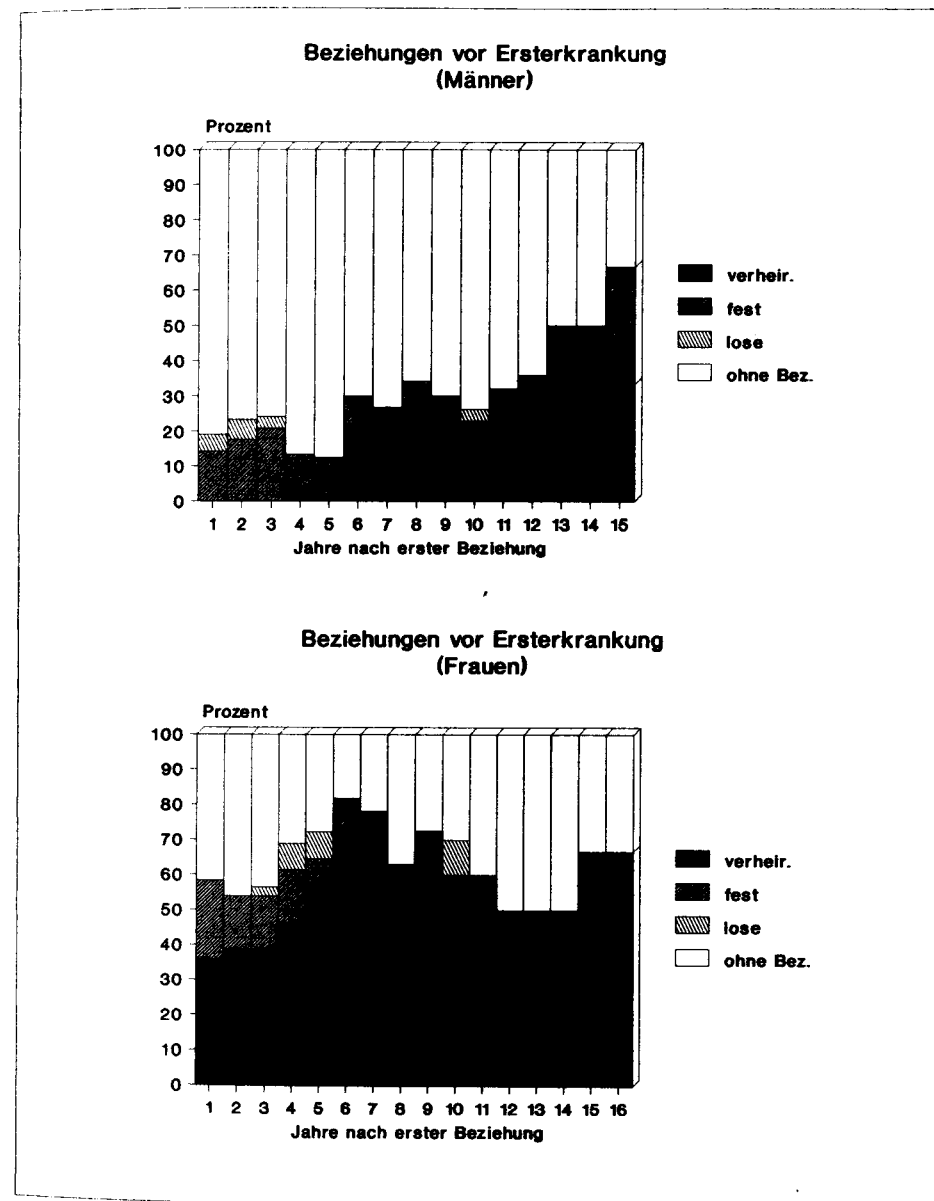
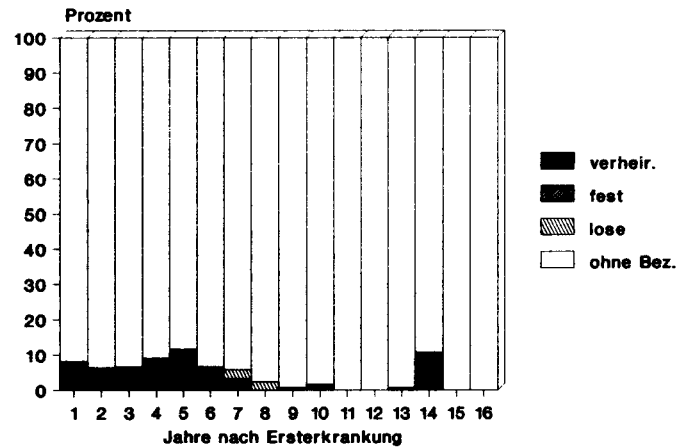


Abb. 27

Beziehungen nach Ersterkrankung  
(Männer)



Beziehungen nach Ersterkrankung  
(Frauen)

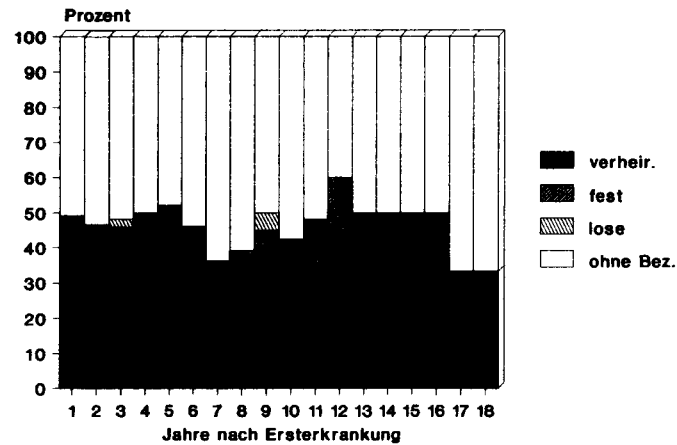


Abb. 28

Beziehungen vor Ersterkrankung, Monate pro Jahr, nach Geschlechtern,  
(Mann-Whitney)

Jahre nach Erstbezieh.	verheiratet		feste Bez.		lose Bez.		ohne Bez.		Anz. Pat.	
	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)
1	0.0	H 35.8	14.2	22.5	5.0	0.0	80.8	S 41.7	21	14
2	0.0	H 38.6	17.5	15.3	5.8	0.0	76.7	T 46.1	17	13
3	0.0	H 38.6	20.8	15.3	3.3	2.5	75.9	T 43.6	17	13
4	0.0	H 46.1	13.3	15.3	0.0	7.5	86.7	H 31.1	16	13
5	0.0	H 57.0	12.5	7.6	0.0	7.6	87.5	H 27.8	14	13
6	0.0	H 72.5	30.0	9.2	0.0	0.0	70.0	S 18.3	10	11
7	0.0	H 64.6	26.7	13.5	0.0	0.0	73.3	H 21.9	10	11
8	12.5	S 63.0	21.7	T 0.0	0.0	0.0	65.8	S 37.0	8	11
9	12.5	S 66.7	17.5	5.8	0.0	0.0	70.0	T 27.5	8	9
10	13.2	60.0	9.8	0.0	3.2	10.0	73.8	T 30.0	7	5
11	14.4	60.0	17.8	0.0	0.0	0.0	67.8	40.0	7	5
12	16.7	50.0	19.2	0.0	0.0	0.0	64.1	50.0	6	4
13	25.0	50.0	25.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	4	4
14	25.0	50.0	25.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	4	4
15	33.3	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	33.4	33.3	3	3
16		66.7		0.0		0.0		33.3		3

Tab. 100

Beziehungen nach Ersterkrankung, Monate pro Jahr, nach Geschlechtern  
(Mann-Whitney)

Jahre nach Erkrankung	verheiratet		feste Bez.		lose Bez.		ohne Bez.		Anz. Pat.	
	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)	(m)	(w)
1	3.3	H 46.7	5.0	2.5	0.0	0.0	91.7	H 50.8	24	17
2	0.0	H 40.8	6.5	5.8	0.0	0.0	93.5	H 53.3	24	17
3	0.0	H 35.8	6.7	10.0	0.0	2.5	93.3	H 51.7	24	17
4	0.0	H 37.5	9.2	12.5	0.0	0.0	90.8	H 50.0	21	16
5	0.0	H 44.6	11.7	7.5	0.0	0.0	88.3	S 47.9	19	14
6	0.0	H 35.5	6.7	10.6	0.0	0.0	93.3	S 53.9	18	12
7	0.0	H 31.0	3.3	5.3	2.5	0.0	94.2	S 63.7	18	12
8	0.0	S 30.0	0.0	9.2	2.5	0.0	97.5	S 60.8	18	10
9	0.0	S 37.5	0.8	7.5	0.0	5.0	99.2	H 50.0	15	8
10	0.0	H 42.5	1.7	0.0	0.0	0.0	98.3	S 57.5	14	7
11	0.0	T 33.3	0.0	15.0	0.0	0.0	100	S 51.7	10	6
12	0.0	T 40.0	0.0	20.0	0.0	0.0	100	S 40.0	7	5
13	0.8	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	99.2	50.0	7	4
14	10.8	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	89.2	50.0	7	4
15	0.0	T 50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	T 50.0	5	4
16	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	50.0	3	4
17		33.3		0.0		0.0		66.7		3
18		33.3		0.0		0.0		66.7		3

Tab. 101

### 3.7.8.2 inhaltliche Aspekte der einzelnen Beziehungen

Tabelle 102 greift in Ergänzung zum Vorigen den aktuellen Beziehungsstatus auf. Egen der unterschiedlich langen postmorbiden Verläufe sind die Daten mit den oben aufgeführten Zahlen nicht direkt vergleichbar. Auch in der Erhebung des aktuellen Beziehungsstatus zeigt sich ein hochsignifikant größeres Ausmaß an Beziehungen (verheiratet, fest und lose) bei Frauen.

Geschlecht vs. aktueller Beziehungsstatus, zusammengefasst				
Count Exp Val	nein	ja	Row Total	
männlich	26 19.1	0 6.9	26 57.8%	
weiblich	7 13.9	12 5.1	19 42.2%	
Column Total	33 73.3%	12 26.7%	45 100.0%	
Chi-Square 19.27913	Significance .0000	Cells with E.F. < 5 None		

Tab. 102

Die Tabelle 103 differenziert die bestehenden Beziehungen nach ihrer Qualität. Knapp drei Viertel haben derzeit keine Beziehung, ein knappes Sechstel eine lose oder feste Freundschaft, gut ein Zehntel ist verheiratet.

Geschlecht vs. aktueller Beziehungsstatus, im Detail					
Count Exp Val	keine Bezieh.	lose Freunds.	feste Freunds.	verhei- ratet	Row Total
männlich	26 19.1	0 2.3	0 1.7	0 2.9	26 57.8%
weiblich	7 13.9	4 1.7	3 1.3	5 2.1	19 42.2%
Column Total	33 73.3%	4 8.9%	3 6.7%	5 11.1%	45 100.0%

Tab. 103

Tabelle 104 erfaßt Details und subjektive Einschätzungen der bestehenden Beziehungen. Diese werden - soweit Angaben der Teilnehmer vorliegen - mehrheitlich als dauerhaft eingeschätzt. Die subjektive Zufriedenheit ist begrenzt, mehrheitlich findet sich ein "weder noch". Über die Rolle der Sexualität in den bestehenden Beziehungen liegen wenig Angaben vor, mehrheitlich in Richtung eines geringen Stellenwertes.

Details der bestehenden Beziehungen			
Value Label	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
<b>aktuelle Beziehung</b>			
nein	33	73.3	73.3
ja	12	26.7	100.0
<b>Sexualität</b>			
unwichtig	4	33.3	33.3
wichtig	2	16.7	50.0
keine Angaben	6	50.0	100.0
<b>globales Urteil</b>			
unharmonisch	2	16.7	16.7
weder noch	7	58.3	75.0
harmonisch	1	8.3	83.3
keine Angaben	2	16.7	100.0
<b>geschätzte Dauerhaftigkeit</b>			
kurz	1	8.3	8.3
länger	3	25.0	33.3
lebenslang	5	41.7	75.0
keine Angaben	3	25.0	100.0

Tab. 104

Aus Tabelle 105 geht hervor, daß nur knapp ein Siebtel der Teilnehmer leibliche Kinder hat. Männliche Teilnehmer sind komplett ohne Kinder. Eine statistische Analyse ist wegen der geringen Feldgröße nicht möglich.

Tabelle 106 faßt die Anzahl der Beziehungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Epochen prä- und postmorbid zusammen. Eine statistische Analyse konnte wegen der geringen Feldgrößen nicht durchgeführt werden.

Prä-morbid bleiben 16 (35.6%), postmorbid 19 (42.2%), über beiden Epochen 11 Patienten (26.7%) ohne Beziehung. Auch ohne statistische Berechnung imponiert die wesentlich höhere Partnerlosigkeit der männlichen Teilnehmer in beiden Epochen.

Nur 6 Patienten (13.3%) hatten prämorbid, 9 Patienten (22.2%) postmorbid mehr als eine Beziehung. Hier sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht augenfällig. 3 Patienten machten zu ihren Beziehungen keine Angaben.

Geschlecht vs. Anzahl von Kinder				
Count Exp Val	0	1	2	Row Total
männlich	26 22.5	0 .6	0 2.9	26 57.8%
weiblich	13 16.5	1 .4	5 2.1	19 42.2%
Column Total	39 86.7%	1 2.2%	5 11.1%	45 100.0%

Tab. 105

Anzahl der Beziehungen nach Geschlecht und Epoche						
Count Exp Val	männlich vor EE	weiblich vor EE	Row Total	männlich nach EE	weiblich nach EE	Row Total
keine Angaben	2 1.7	1 1.3	3 6.7%	2 1.7	1 1.3	3 6.7%
keine	12 9.3	4 6.8	16 35.6%	15 11.0	4 8.0	19 42.2%
eine	8 11.5	12 8.4	20 44.4%	4 7.5	9 5.5	13 28.9%
zwei	1 1.1	1 0.8	2 4.4%	3 4.1	4 3.0	7 15.6%
drei	3 2.3	1 1.7	4 8.9%	1 1.1	1 0.8	2 4.4%
vier	0 .0	0 .0	0 0.0%	1 0.6	0 0.4	1 2.2%
Column Total	26 57.8%	19 42.2%	45 100.0%	26 57.8%	19 42.2%	45 100.0%

Tab. 106

Tabelle 107 führt Art der verschiedenen Beziehungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Epoche, auf. Auch hier wurde auf Signifikanzberechnungen wegen der geringen Feldgrößen verzichtet.

Von prä- zu postmorbid findet sich ein relativer Zuwachs von losen Beziehungen und Ehen, dagegen eine relative Abnahme von festen Beziehungen. Ehen machen prämorbid ein gutes Viertel, postmorbid ein knappes Drittel aller Bindungen aus. Sowohl prä- als auch postmorbid zeigen Männer auch in der Anzahl von Beziehungen eine über Erwartung hohe Anzahl von festen Beziehungen auf Kosten von Ehen, Frauen dagegen eine über Erwartung hohe Anzahl von Ehen auf Kosten von festen Beziehungen.

Art der Beziehungen nach Geschlecht und Epoche						
Count Exp Val	männlich vor EE	weiblich vor EE	Row Total	männlich nach EE	weiblich nach EE	Row Total
lose	1 2.3	2 2.1	3 8.3%	2 2.1	4 2.5	6 16.2%
fest	17 10.9	6 9.8	23 63.9%	13 9.8	6 11.5	19 51.4%
verheiratet	1 5.7	9 5.1	10 27.8%	2 5.1	10 6.0	12 32.4%
Column Total	19 52.8%	17 47.2%	36 100.0%	17 45.9%	20 54.1%	37 100.0%

Tab. 107

Die Tabellen 108 bis 110 geben Auskunft über Beziehungsdauer, Altersunterschied der Partner und Latenz Bekanntschaft-Beziehung. Wie schon oben, entspricht Gruppe 1 Männern prämorbid, Gruppe 2 Frauen prämorbid, Gruppe 3 Männern postmorbid und Gruppe 4 Frauen postmorbid.

Die kürzeste durchschnittliche Beziehungsdauer weisen Männer postmorbid mit gut 9, die längste Frauen prämorbid mit knapp 70 Monaten auf. Männer postmorbid unterscheiden sich hochsignifikant von den anderen Gruppen.

Männliche Teilnehmer hatten prämorbid die relativ jüngsten Partnerinnen (-2.53 Jahre), weibliche Teilnehmer prämorbid die relativ ältesten Partner (+4.33 Jahre), ein hochsignifikanter Unterschied. Ebenfalls hochsignifikant ist der Unterschied zwischen Männern prämorbid und Frauen postmorbid. Männer und Frauen unterscheiden sich hingegen postmorbid im Altersunterschied der Partner nicht mehr.



Signifikante Unterschiede in der Latenz zwischen Bekanntschaft und Beginn der Beziehung bestehen nicht. Eine Tendenz zeigt sich zwischen Männern prämorbid (gut 6 Monate) und Frauen (gut 19 Monate).

Beziehungsdauer (Monate)					
			G	G	G
			r	r	r
(Mann-Whitney)			p	p	p
Mean	Group		3	1	4
9.29	Grp 3				
28.21	Grp 1	H			
45.70	Grp 4	H			
68.06	Grp 2	H			

Tab. 108

Altersunt. der Partner (Jahre)					
			G	G	G
			r	r	r
(Mann-Whitney)			p	p	p
Mean	Group		1	3	4
-2.53	Grp 1				
+1.94	Grp 3	S			
+3.25	Grp 4	H			
+4.33	Grp 2	H T			

Tab. 109

Latenz Bek.-Beziehung (Monate)					
			G	G	G
			r	r	r
(Mann-Whitney)			p	p	p
Mean	Group		1	4	3
6.17	Grp 1				
10.67	Grp 4	T			
12.20	Grp 3				
19.33	Grp 2				

Tab. 110

Die Tabelle 111 berichtet über Umstände des Kennenlernens. Verwertbare Informationen lagen bei 66 der insgesamt 73 Beziehungen vor. Ein gutes Fünftel aller postmorbiden Beziehungen über 3 Monate bahnte sich über eine Bekanntschaft in Krankenhaus oder komplementärer Einrichtung an. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern ist nicht augenfällig. Auf Signifikanzberechnungen wurde auch hier wegen der geringen Feldgrößen verzichtet.

wo kennengelernt?						
Count	männlich	weiblich	Row	männlich	weiblich	Row
Exp Val	vor EE	vor EE	Total	nach EE	nach EE	Total
Kr.haus,	0	0	0	3	4	7
Reha, WG	2.0	1.4	0.0%	1.8	1.8	20.6%
privat,	19	13	32	14	13	27
Arbeit	17.0	11.6	100.0%	15.2	15.2	79.4%
Column	19	13	32	17	17	34
Total	59.4%	40.6%	100.0%	50.0%	50.0%	100.0%

Tab. 111

Die Tabellen 112 bis 114 geben Auskunft über die schulisch-berufliche Situation der jeweiligen Partner. Damit die Details nicht verloren gehen, wurden die Daten nicht zusammengefasst, die Freiheitsgrade nicht reduziert, so daß auch hier Signifikanzberechnungen wegen der zu geringen Feldgrößen nicht möglich waren.

Über die Schulbildung der jeweiligen Partner liegen verlässliche Informationen in 61 der insgesamt 73 Beziehungen vor. Auffällig ist das deutliche relative Anwachsen von postmorbiden Partnern mit Hauptschulbesuch bei entsprechendem Absinken von Partnern mit Gymnasialbesuch. Dieser Effekt kommt vor allem bei Männern zum Tragen, während bei Frauen die Schulbildung der Partner insgesamt ausgewogener ist.

Über die berufliche Bildung der jeweiligen Partner liegen verlässliche Informationen in 54 der insgesamt 73 Beziehungen vor. Postmorbide wächst die Zahl von Partnern mit Lehrausbildung an. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß der prämorbid Bereich - definiert ab Beginn einer ersten losen Freundschaft, bei Fehlen einer solchen der Zeitpunkt erster Verliebtheit - bei den meisten Patienten in der Schulzeit begann. Augenfällig ist das Anwachsen der Zahl postmorbider Partner ohne Berufsausbildung, noch deutlicher ist das Absinken der Zahl postmorbider Partner mit Studium. Bei Männern findet sich prämorbid eine über Erwartung hohe Zahl von Partnerinnen mit Studium, die sich postmorbide in das Gegenteil verkehrt. Bei Frauen ist das Bild insgesamt ausgeglichener.

Für den Bereich der Berufstätigkeit der jeweiligen Partner zum Zeitpunkt der Beziehung liegen verlässliche Angaben in 47 der insgesamt 73 Beziehungen vor. Postmorbid wächst die Anzahl von Partnern ohne oder mit unqualifizierter Beschäftigung, bei entsprechendem Rückgang qualifizierter Tätigkeit. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern erscheinen hier nicht groß.

Schulbildung der Partner						
Count Exp Val	männlich vor EE	weiblich vor EE	Row Total	männlich nach EE	weiblich nach EE	Row Total
Hauptsch.	8 12.4	10 9.0	18 58.1%	11 11.0	13 9.6	24 80.0%
Realsch.	1 .9	0 .6	1 3.1%	2 .8	0 .7	2 6.7%
Gymnas.	9 4.7	3 3.4	12 38.7%	3 4.2	1 3.7	4 13.3%
Column Total	18 58.1%	13 41.9%	31 100.0%	16 53.3%	14 46.7%	30 100.0%

Tab. 112

Berufsbildung der Partner						
Count Exp Val	männlich vor EE	weiblich vor EE	Row Total	männlich nach EE	weiblich nach EE	Row Total
keine	2 2.9	2 2.7	4 14.8%	3 2.5	4 2.9	7 26.9%
Lehre	6 8.5	8 7.8	14 51.9%	9 7.2	9 8.5	18 69.2%
Studium	6 2.6	3 2.5	9 33.3%	0 2.3	1 2.6	1 3.8%
Column Total	14 51.9%	13 48.1%	27 100.0%	12 22.6%	14 26.4%	26 100.0%

Tab. 113

Berufstätigkeit der Partner						
Count Exp Val	männlich vor EE	weiblich vor EE	Row Total	männlich nach EE	weiblich nach EE	Row Total
keine	1 1.2	1 2.1	2 9.1%	2 1.6	3 2.1	5 20.0%
unqual.	1 1.4	2 2.4	3 13.6%	2 1.9	3 2.4	5 20.0%
qualif.	6 5.4	11 9.5	17 77.3%	7 7.5	8 9.5	15 60.0%
Column Total	8 36.4%	14 63.6%	22 100.0%	11 44.0%	14 56.0%	25 100.0%

Tab. 114

psychische Krankheit der Partner						
Count Exp Val	männlich vor EE	weiblich vor EE	Row Total	männlich nach EE	weiblich nach EE	Row Total
keine	19 15.9	15 14.2	34 94.4%	14 14.2	13 16.7	27 73.0%
Psychose	0 1.8	0 1.6	0 0.0%	3 1.6	4 1.9	7 18.9%
Alk/Drog	0 1.0	2 .9	2 5.6%	0 .9	2 1.1	2 5.4%
sonstig.	0 .3	0 .2	0 0.0%	0 .2	1 .3	1 2.7%
Column Total	19 52.8%	17 47.2%	36 100.0%	17 45.9%	20 54.1%	37 100.0%

Tab. 115

Tabelle 115 gibt schließlich einen Eindruck vom Vorliegen psychischer Krankheit bei den jeweiligen Partnern. Einschränkend gilt natürlich, daß kein direkter Eindruck der Partner vorlag, in der überwiegenden Zahl war die Krankheit der entsprechenden Partner aber auch in der Krankengeschichte dokumentiert. Bei den vorliegenden Zahlen dürfte es sich also um Mindestzahlen handeln. Überraschend hoch ist mit einem knappen Fünftel die Anzahl postmorbider, psychotisch erkrankter Partner. Alkohol- oder Drogenproblematik spielt bei einem weiteren knappen Zehntel eine Rolle. Prä-morbid beschränkt sich nach dem gewonnenen Eindruck die psychische Auffälligkeit der Partner auf Alkohol- oder Drogenproblematik in knapp 6 Prozent. Beim Vergleich

der Geschlechter schneiden die Männer sogar besser ab: prämorbid weisen sie eine über Erwartung hohe Anzahl von Partnerinnen ohne psychische Auffälligkeiten auf, während Frauen postmorbid eine relativ geringere Anzahl psychisch Unauffälliger als Partner haben.

### 3.7.9 derzeitige Lebenssituation

Die Tabellen 116 bis 118 geben Auskunft über Wohnsituation und Haushaltsgröße und -führung der Teilnehmer im Geschlechtervergleich.

Count Exp Val	ohne Wohnsitz	allein	mit Eltern	mit Partner	mit Bekannt.	Row Total
männlich	2 1.2	7 8.1	13 10.4	0 4.0	4 2.3	26 57.8%
weiblich	0 .8	7 5.9	5 7.6	7 3.0	0 1.7	19 42.2%
Column Total	2 4.4%	14 31.1%	18 40.0%	7 15.6%	4 8.9%	45 100.0%

Tab. 116

Count Exp Val	1	2	3	4	5	Row Total
männlich	8 7.7	5 6.0	8 5.5	1 3.3	1 .5	23 54.8%
weiblich	6 6.3	6 5.0	2 4.5	5 2.7	0 .5	19 45.2%
Column Total	14 33.3%	11 26.2%	10 23.8%	6 14.3%	1 2.4%	42 100.0%

Tab. 117

Count Exp Val	getrennt	teilw. gemeins.	gemeins.	Row Total
männlich	9 8.9	2 1.1	13 14.0	24 55.8%
weiblich	7 7.1	0 .9	12 11.0	19 44.2%
Column Total	16 37.2%	2 4.7%	25 58.1%	43 100.0%

Tab. 118

Count Exp Val	andere	gemeins.	Patient	Row Total
männlich	7 7.3	5 5.0	12 11.7	24 55.8%
weiblich	6 5.7	4 4.0	9 9.3	19 44.2%
Column Total	13 30.2%	9 20.9%	21 48.8%	43 100.0%

Chi-Square Sign. Cells with E.F. < 5  
.03569 .9823 1 OF 6 ( 16.7%)

Count Exp Val	gering	mittel	sehr	Row Total
männlich	5 4.5	7 6.7	12 12.8	24 55.8%
weiblich	3 3.5	5 5.3	11 10.2	19 44.2%
Column Total	8 18.6%	12 27.9%	23 53.5%	43 100.0%

Tab. 119

Ein knappes Drittel aller Teilnehmer wohnt allein, 40% mit den Eltern. Männer wohnen relativ häufiger mit Eltern und Bekannten, Frauen häufiger mit Partner zusammen. Der Unterschied ist augenfällig, Signifikanzen lassen sich wegen der geringen

Feldgrößen allerdings nicht errechnen (Tab. 116). Über vier Fünftel wohnen in einem Haushalt bis maximal 3 Personen. Männer finden sich häufiger in Drei-, Frauen häufiger in Vierpersonenhaushalten (Tab. 117). Fast zwei Drittel führen einen Haushalt gemeinsam oder teilweise gemeinsam. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nicht augenfällig (Tab. 118).

Die Tabellen 119 bis 122 streifen die derzeitige soziale Situation der Patienten sowie deren subjektive Zufriedenheit.

Geschlecht vs. Entscheidung in Geldangelegenheiten				
Count Exp Val	andere	gemeins.	Patient	Row Total
männlich	10 7.8	5 6.7	9 9.5	24 55.8%
weiblich	4 6.2	7 5.3	8 7.5	19 44.2%
Column Total	14 32.6%	12 27.9%	17 39.5%	43 100.0%
Chi-Square 2.41484	Sign. .2990	Cells with E.F. < 5 None		

Geschlecht vs. diesbezügliche Zufriedenheit				
Count Exp Val	gering	mittel	sehr	Row Total
männlich	6 5.0	9 10.0	9 8.9	24 55.8%
weiblich	3 4.0	9 8.0	7 7.1	19 44.2%
Column Total	9 20.9%	18 41.9%	16 37.2%	43 100.0%
Chi-Square .67777	Sign. .7126	Cells with E.F. < 5 1 OF 6 ( 16.7%)		

Tab. 120

Wie aus Tabelle 119 ersichtlich, verdienen in über zwei Drittel der Haushalte die Teilnehmer mit, in knapp der Hälfte sind sie hauptsächliche Geldverdiener. Hier muß allerdings das knappe Drittel der allein Wohnenden bedacht werden. Nur ein knappes

Fünftel äußert eine geringe Zufriedenheit mit ihrer diesbezüglichen Situation. Ein Unterschied der Geschlechter in Status und Zufriedenheit auf signifikantem Niveau zeigt sich nicht.

Tabelle 120 zeigt auf, daß in einem knappen Drittel finanzielle Entscheidungen der Teilnehmer in der Regel von anderen getroffen werden. Ein knappes Fünftel aller Teilnehmer äußert über die Organisation ihrer finanziellen Entscheidungen eine nur geringe Zufriedenheit. Ein Unterschied der Geschlechter auf signifikantem Niveau findet sich nicht.

Tabelle 121 zeigt auf, daß in über der Hälfte der Fälle die Teilnehmer allein ihren Haushalt versorgen. In einem knappen Viertel übernehmen andere diese Aufgabe. Frauen überwiegen deutlich in der alleinigen Zuständigkeit für den Haushalt, während Männer öfters diese Aufgaben abgenommen sind. Männer sind mit dem Arrangement richtungsmäßig zufriedener. Signifikanzen lassen sich wegen der geringen Feldgrößen nicht errechnen.

Geschlecht vs. Zuständigkeit für Haushalt				
Count Exp Val	andere	gemeins.	Patient	Row Total
männlich	9 5.6	6 5.6	9 12.8	24 55.8%
weiblich	1 4.4	4 4.4	14 10.2	19 44.2%
Column Total	10 23.3%	10 23.3%	23 53.5%	43 100.0%

Geschlecht vs. diesbezügliche Zufriedenheit				
Count Exp Val	gering	mittel	sehr	Row Total
männlich	1 1.7	10 12.3	13 10.0	24 55.8%
weiblich	2 1.3	12 9.7	5 8.0	19 44.2%
Column Total	3 7.0%	22 51.2%	18 41.9%	43 100.0%

Tab. 121

Wie aus Tabelle 122 ersichtlich, werden Entscheidungen über gemeinsame Aktivitäten in über der Hälfte gemeinsam gefällt. Bei der starken Fraktion der vorwiegend selber entscheidenden Teilnehmer ist das knappe Drittel allein Wohnender zu berücksichtigen. Über fünf Sechstel sind diesbezüglich mittel oder sehr zufrieden. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich keine statistisch faßbaren Unterschiede.

Geschlecht vs. Entscheidung über gemeinsame Aktivitäten				
Count	andere	gemeins.	Patient	Row Total
Exp Val				
männlich	1 2.2	15 12.3	8 9.5	24 55.8%
weiblich	3 1.8	7 9.7	9 7.5	19 44.2%
Column Total	4 9.3%	22 51.2%	17 39.5%	43 100.0%

Geschlecht vs. diesbezügliche Zufriedenheit				
Count	gering	mittel	sehr	Row Total
Exp Val				
männlich	3 3.5	12 11.1	9 9.4	24 58.5%
weiblich	3 2.5	7 7.9	7 6.6	17 41.5%
Column Total	6 14.6%	19 46.3%	16 39.0%	41 100.0%

Tab. 122

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in den einzelnen Bereichen den Teilnehmern in unterschiedlichem Ausmaß die Angelegenheiten aus der Hand genommen sind. Das höchste Ausmaß an Unzufriedenheit der Teilnehmer ist in Aspekten des Geldverdienens und der Entscheidung über finanzielle Angelegenheiten zu verzeichnen, in diesen Bereichen sind die Teilnehmer auch am ehesten von anderen abhängig. Auch relativ häufig sind oder fühlen sich die Teilnehmer nicht zuständig für den Haushalt, Männer in noch erheblich stärkerem Ausmaß. Hier resultiert allerdings keine über Erwartungen hohe Unzufriedenheit. Relativ problemlos imponiert der Bereich der Entscheidungen über gemeinsame Aktivitäten, hier ist auch die geringste Unzufriedenheit aller Bereiche zu verzeichnen.

### 3.7.10 Gruppenverhalten derzeit, Vergleich der Geschlechter

Die Tabellen 123 bis 129 streifen das derzeitige Gruppenverhalten. Zu den Einzelergebnissen und zum Vergleich mit den Entsprechungen in Kindheit und Jugend siehe unten. Hier sei erwähnt, daß sich statistisch faßbare Unterschiede des derzeitigen Gruppenverhaltens zwischen den Geschlechtern, soweit errechenbar, nicht festmachen lassen.

Geschlecht vs. Freunde derzeit				
Count	keine(n)	ein bis zwei	drei o. mehr	Row Total
Exp Val				
männlich	16 14.4	8 9.2	2 2.3	26 57.8%
weiblich	9 10.6	8 6.8	2 1.7	19 42.2%
Column Total	25 55.6%	16 35.6%	4 8.9%	45 100.0%

Tab. 123

Geschlecht vs. Einsamkeitsgefühle derzeit				
Count	häufig	gelegentlich	selten	Row Total
Exp Val				
männlich	7 5.8	10 11.6	9 8.7	26 57.8%
weiblich	3 4.2	10 8.4	6 6.3	19 42.2%
Column Total	10 22.2%	20 44.4%	15 33.3%	45 100.0%

Chi-Square    Sign.    Cells with B.F. < 5  
1.13866    .5659    1 OF 6 ( 16.7%)

Tab. 124

Geschlecht vs. Kontakt derzeit				
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	Row Total
männlich	11 11.6	12 11.0	3 3.5	26 57.8%
weiblich	9 8.4	7 8.0	3 2.5	19 42.2%
Column Total	20 44.4%	19 42.2%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 125

Geschlecht vs. Akzeptanz durch and. derzeit				
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	Row Total
männlich	7 7.5	14 13.3	5 5.2	26 57.8%
weiblich	6 5.5	9 9.7	4 3.8	19 42.2%
Column Total	13 28.9%	23 51.1%	9 20.0%	45 100.0%

Chi-Square Sign. Cells with E.F. < 5  
.19072 .9090 1 OF 6 ( 16.7%)

Tab. 126

Geschlecht vs. Stellung in Gruppen derzeit				
Count Exp Val	passiv	weder noch	aktiv	Row Total
männlich	13 15.0	11 9.8	2 1.2	26 57.8%
weiblich	13 11.0	6 7.2	0 .8	19 42.2%
Column Total	26 57.8%	17 37.8%	2 4.4%	45 100.0%

Tab. 127

Geschlecht vs. Durchsetzungsfähigk. derzeit				
Count Exp Val	schlecht	mittel	gut	Row Total
männlich	11 12.7	12 9.8	3 3.5	26 57.8%
weiblich	11 9.3	5 7.2	3 2.5	19 42.2%
Column Total	22 48.9%	17 37.8%	6 13.3%	45 100.0%

Tab. 128

Geschlecht vs. Interessenausübung derzeit				
Count Exp Val	allein	gemein- sam	Verein	Row Total
männlich	16 16.0	8 8.3	2 1.8	26 59.1%
weiblich	11 11.0	6 5.7	1 1.2	18 40.9%
Column Total	27 61.4%	14 31.8%	3 6.8%	44 100.0%

Tab. 129

### 3.7.11 Gruppenverhalten derzeit, Vergleich zu Kindheit und Jugend

Die Tabellen 130 bis 136 vergleichen die subjektiven Angaben der Teilnehmer zum Gruppenverhalten in "Kindheit und Jugend" und "derzeit".

Über die Hälfte nennen derzeit keinen engen Freund/Vertrauten außerhalb der Familie, hochsignifikant mehr als in Kindheit und Jugend.

Bezüglich Einsamkeitsgefühlen zeigt sich auf signifikantem Niveau ein Übergang von "selten" zu "gelegentlich".

Fast die Hälfte bezeichnet ihren derzeitigen Kontakt zu anderen als schlecht, hochsignifikant mehr als in Kindheit und Jugend.

Die Teilnehmer beurteilen ihre Akzeptanz durch andere und ihre Durchsetzungsfähigkeit richtungsmäßig negativer, der Unterschied erreicht jedoch kein signifikantes Niveau.

Über die Hälfte erleben sich in Gruppen als passiv, hochsignifikant mehr als in Kindheit und Jugend.

Während über zwei Drittel ihre Interessen früher mit anderen, auch im Verein ausübten, bleiben derzeit fast zwei Drittel diesbezüglich allein, ein Unterschied auf hochsignifikantem Niveau.

Freunde			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
0	20.0	55.6	
1-2	37.8	35.6	
>3	42.2	8.9	
Signifikanz (Chi) .000			

Tab. 130

Einsamkeitsgefühle			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
häufig	20.2	22.2	
geleg.	28.9	44.4	
selten	51.1	33.3	
Signifikanz (Chi) .033			

Tab. 131

Kontakt zu anderen			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
schlecht	26.7	44.4	
mittel	37.8	42.2	
gut	35.6	13.5	
Signifikanz (Chi) .000			

Tab. 132

Akzeptanz durch andere			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
schlecht	26.7	28.9	
mittel	44.4	51.1	
gut	28.9	20.0	
Signifikanz (Chi) .325			

Tab. 133

Stellung in Gruppen			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
passiv	42.2	57.8	
weder noch	42.2	37.8	
aktiv	15.6	4.4	
Signifikanz (Chi) .001			

Tab. 134

Durchsetzungsfähigkeit			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
schlecht	37.8	48.9	
mittel	48.9	37.8	
gut	13.3	13.3	
Signifikanz (Chi) .272			

Tab. 135

Interessenausübung vorwiegend			
Value	Kindh. u. Jug. (%)	derzeit (%)	
allein	31.8	61.4	
gemeinsam	31.8	31.8	
im Verein	36.4	6.8	
Signifikanz (Chi) .000			

Tab. 136

#### 4 Lebensgeschichte der Patienten im Zusammenhang

##### 4.1 Biographien und Krankheitsverläufe

Nachstehend finden sich die Biographien der untersuchten 45 Patienten. Sie seien als wichtiger Bestandteil der Arbeit erwähnt, um einen zusammenhängenden Eindruck von den Bemühungen, Erfolgen und Rückschlägen der Betroffenen zu geben, und, um nicht zusätzlich einer fragmentierenden Sichtweise vom Leben schizophrener Erkrankter, das von vornherein schon aus genug Bruchstücken besteht, Vorschub zu leisten.

Es soll am Schluß des Abschnitts versucht werden, in sozialer Hinsicht exemplarische Verläufe zusammen- bzw. herauszustellen.

###### Pat. Nr. 1

Herr A., geb. 8/67, wuchs in Schweinfurt, mit einer 2 Jahre jüngeren Schwester auf. Der Vater war Heizungsmonteur, die Mutter arbeitete als Einzelhandelskauffrau, war zuletzt Hausfrau. In der Ehe der Eltern gab es erhebliche Spannungen. Herr A. wurde von seinem Vater oft geschlagen. Die Eltern trennten sich, als Herr A. 10 Jahre alt war. Die Mutter heiratete noch einmal, der Stiefvater, als Obermonteur tätig, wurde erzieherisch tätig. Herr A. erinnert eine liberale, religiös nicht gebundene Erziehung, hatte zu seiner Mutter ein sehr vertrauensvolles, zu seinem Stiefvater ein eher distanzierendes Verhältnis. Primärpersönlich schildert sich Herr A. als eher zurückhaltend und schüchtern, aber dennoch mit gutem Kontakt zu anderen und vielseitig interessiert.

In der Hauptschule zeigte er wenig Engagement, hatte keine Versetzungsprobleme, schloß aber mit mäßigen Noten ab. Seit dem 14. Lebensjahr hatte er Drogenerfahrungen, ab dem 16. Lebensjahr spitzte sich das Alkohol- und Drogenproblem zu. 17-jährig begann er eine Lehre als Heizungsmonteur, brach nach Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten nach 1 1/2 Jahren ab. Juli 1986 beging er unter Drogeneinfluß einen Suizidversuch, wurde erstmals stationär aufgenommen, unter der Diagnose einer symptomatischen, differentialdiagnostisch auch endogenen Psychose. Er war anfangs stark denkzerfahren, äußerte im weiteren seinen Vorsatz, aus der Drogenszene herauszugehen.

Nach der Entlassung im August 1986 mußte er bis Ende 1987 eine Jugendstrafe wegen eines begangenen Bankraubes im Rahmen von Beschaffungskriminalität absitzen. Noch davor trennte er sich von seiner ersten und bisher einzigen festen Freundin, die er von der Schule kannte und mit der er seit seinem 14. Lebensjahr recht fest zusammen war. Auch früher gab es schon Eifersüchteleien und kurzzeitige Trennungen, im Drogenrausch kam es jetzt zu einer heftigen Szene, die er später sehr be-reute.

Nach der Entlassung hatte Herr A. zwischenzeitlich eine eigene Wohnung, ging aber keiner regelmäßigen Berufstätigkeit nach, betrieb nur hin und wieder Schwarzarbeit, bezog Arbeitslosengeld. Schon im Oktober 1988 kam es zur erneuten stationären Aufnahme. Weiter bewegte er sich im Drogenmilieu, wenngleich seine Erkrankung nunmehr als endogenes Geschehen gesehen werden konnte.

Weitere, sich länger hinziehende Aufenthalte folgten Ende 1989 und Mitte 1990. Seine Wohnung ist mittlerweile aufgelöst, er ist ohne Beruf und Partnerschaft. Seine Mutter ist seine Pflegerin, akzeptiert seinen Lebenswandel nicht. Herr A. hat zu ihr mittlerweile ein eher distanzierendes Verhältnis.

Er selber spricht von einem großen, blutenden Herz, von seinem inneren Chaos, kann Klinik und Medikamente momentan nur als Beeinträchtigung erleben, bezeichnet sich selber als einen "Spinner ohne Leistung, der keine realistische Perspektive hat", der allenfalls "in der Drogenszene Zuflucht" findet.

Ein Ende des jetzigen Aufenthaltes ist noch nicht abzusehen. Früher lehnte Herr A. schon einmal eine berufliche Rehabilitation ab, die jetzigen Bemühungen sind durch seine sehr wenig gefestigte Motivation erschwert.

###### Pat. Nr. 2

Frau Ö., geb. 4/57, wuchs in einer kleinen Stadt, als 3. von 4 Geschwistern, auf. Ihr Vater arbeitete als gelernter Schmied und Schlosser, ist schon im 10. Lebensjahr von Frau Ö. gestorben. Sie hatte zu ihm ein recht gutes Verhältnis. Ihre Mutter ist Hausfrau, bezieht eine Witwenrente. Frau Ö. hat zu ihr kein gutes Auskommen, die Mutter wird als stimmungs-labil und schwierig im Kontakt beschrieben. Primärpersönlich war Frau Ö. sensibel, oft für sich allein, zurückhaltend im Kontakt.

Sie besuchte die Hauptschule, erbrachte dort unterdurchschnittliche Leistungen, "mogelte sich" nach ihrem Bekunden so durch, ging ohne Abschluß ab. Es wurde bei ihr schon eine genuine Epilepsie diagnostiziert, die Intelligenz zeigte sich in einer Testung als grenzwertig im unteren Normbereich. Nach der Schule versuchte sie eine Lehre zur Näherin, hörte dann nach einem halben Jahr auf, angeblich wegen Druck der Familie. Anschließend arbeitete sie 2 Jahre als Laufmädchen, hörte wegen einer Schwangerschaft auf, arbeitete dann 1980 wieder für 3 Jahre als angeleitete Kraft in der Produktion, ab 1985 zweimal je ein halbes Jahr als Küchenhilfe. Weitere, kurzzeitige Tätigkeiten folgten ab 1989.

Mit 16 Jahren beging Frau Ö. einen Suizidversuch. Erste diagnostisch richtungsweisende Auffälligkeiten zeigten sich im Herbst 1983. Weitere, zweimonatige stationäre Aufenthalte nach Wiedererkrankungen folgten 1984 und 1986.

Frau Ö. wurde mit 16 Jahren vergewaltigt. Sie wurde schwanger, wurde vom selben Mann 17-jährig zur Heirat gedrängt. Die Ehe war von Anfang an zerrüttet, es kam zu



heftigen Streitereien, Frau Ö. erinnert sich auch an massive Einflußnahme der Schwiegermutter. Nachdem die Beziehung schon lange beendet war, erfolgte die Scheidung erst Ende 1989. Zwischenzeitlich hatte sie 1986 2 Monate eine weitere Beziehung. Nach ihrer Scheidung ging Frau Ö. dann - Anfang 1990 - eine zweite Ehe mit einem Türken, den sie 5 Monaten kannte, ein. Im Zuge der erneuten Erkrankung von Frau Ö. gab es erhebliche Auseinandersetzungen in der Partnerschaft. Sie schätzt die weitere Perspektive als sehr unsicher ein. Auch ihr Ehemann ist arbeitslos. Frau Ö. selber machte zuletzt erhebliche Schulden, kümmerte sich um ihre Angelegenheiten nicht mehr. Auch stört sie, daß die ganze Verwandtschaft ihres Mannes vermeintlich auf ihre Kosten lebt.

#### Pat. Nr. 3

Frau F., geb. 1/61, wuchs als mittlere von 3 Schwestern im ländlichen Milieu auf. Ihr Vater war Bahnbeamter, ist mittlerweile berentet. Die Mutter ist Hausfrau, wird als impulsiv, wortgewaltig und dominant geschildert. Frau F. erinnert eine strenge und sehr religiöse Erziehung, schildert sich selbst aber als primärpersönlich fröhlich und unbeschwert.

Sie besuchte die Hauptschule, dannach die Hauswirtschafts- und Berufsfachschule. Sie war recht strebsam, schaffte das Abitur 1980 mit guten Leistungen. Nach der Schule absolvierte sie erfolgreich die Ausbildung zur Krankenschwester, zeigte sich recht engagiert.

1982 ging sie eine Beziehung ein, in der sie persönlich und finanziell sehr ausgenutzt wurde. Andererseits verkraftete sie die Trennung nach 2 1/2 Jahren nicht, sie dekompenierte erstmals psychotisch. Im weiteren konnte sie sich von der Beziehung nie endgültig lösen, sie behielt ein inneres, vergeistigtes Bild der vergangenen Beziehung in sich. Im Kontakt zu anderen ist sie mittlerweile zurückgezogen, empfindet sich als wesentlich weniger attraktiv wie früher, leidet sehr an ihren Einsamkeitsgefühlen.

Sie war, von kürzeren Zeiten der Arbeitslosigkeit abgesehen, in ihrem erlernten Beruf tätig. Bei den jeweiligen Stellen hielt sie es jedoch kaum länger wie ein Jahr aus. Für die Patienten engagierte sie sich jeweils sehr, konnte sich jedoch oft nur schlecht in das Team einfügen, geriet in Auseinandersetzungen mit Kollegen und Vorgesetzten, dekompenierte zwischenzeitlich immer wieder, auch nach eigenmächtigem Absetzen der Medikamente. Im stationären Verlauf wird deutlich, daß Frau F. versucht, sich über ihre qualifizierte Arbeit zu stabilisieren. Die angeratene berufliche Rehabilitation schlug sie jeweils aus, kehrte immer wieder in ihren Beruf zurück, ohne aus ihren früheren Erfahrungen lernen zu können. Ebenso gestaltet sich die ambulante Anbindung und die Medikamentencompliance schwierig. Eine Pflugschaft besteht nicht.

Sie bewohnt derzeit allein eine eigene Wohnung in einer Kleinstadt. Der Kontakt zu den Eltern ist zur Zeit spärlich, aus der Distanz das Auskommen aber besser. Zur einen Schwester besteht ein inniges Verhältnis.

#### Pat. Nr. 4

Frau M., geb. 3/44, wuchs im ländlichen Milieu auf. Ihre Eltern hatten eine Vollerwerbslandwirtschaft. Der Vater ist von cholericem Temperament, gilt als "Stichler", die Mutter ist ordnungsbewußt, perfektionistisch und magenleidend. Frau M. erinnert aber eine insgesamt glückliche Kindheit. Primärpersönlich beschreibt sie sich als ebenfalls ordnungsbewußt, fast penibel und arbeitsam, im Wesen ansonsten eher empfindsam, ängstlich und anklammernd, im Kontakt außerhalb der Familie gememmt.

Frau M. besuchte die Hauptschule, galt als recht intelligent, schloß mit guten Noten ab. Eine berufliche Ausbildung konnte sie nicht machen, stattdessen half sie in der Landwirtschaft, arbeitete zudem bis Herbst 1967 in angelernter Tätigkeit als Näherin.

Ende 1964 heiratete sie einen 9 Jahre älteren Mann, den sie seit Jahren kannte. Er war ihre erste und einzige Beziehung. Nachdem das erste von 2 Kindern unterwegs war, hörte sie mit der Arbeit auf, kümmerte sich um den Haushalt, nahm aber zuletzt wieder eine teilzeitige Putzstelle, in einer Bäckerei an. Ihr Mann ist Weinkelnermeister, arbeitet derzeit, zu 30% als Schwerbehinderter anerkannt, als Parkwächter.

Recht spät erst, 1986, erkrankte sie erstmals mit Wahngestimmtheit und einer katatonen Symptomatik. Zwischenzeitlich remittierte sie gut, kam jetzt mit einer stuporösen Symptomatik zur Aufnahme. Es besteht Pflugschaft.

Mit ihren Lebensumständen ist Frau M. im Großen und Ganzen zufrieden. Es gibt zwar nicht allzuviel Gemeinsamkeiten mit ihrem Ehemann, häufiger kam es auch schon zum Streit, wobei er sie auch schon schlug, andererseits sieht sie keine Perspektive, ihre Lebensumstände zu ändern. Die Familie lebt im Heimatdorf von Frau M., für längere Zeit hat sie es noch nie verlassen.

#### Pat. Nr. 5

Frau E., geb. 1/45, wuchs als 4. von 6 Geschwistern im ländlichen Milieu auf. Die Eltern hatten eine Landwirtschaft, der Vater ist mittlerweile gestorben. Sie lebt heute noch im gleichen Dorf mit ihrem Mann. Sie erinnert sich an eine sehr behütete, religiös gefärbte Erziehung, vor allem der Vater war streng. Früher war sie schon schüchtern und ruhig, nur im Familienkreis aus sich herausgehend, in der Arbeit recht belastbar.

Sie absolvierte die Hauptschule mit durchschnittlichen Noten, danach eine Ausbildung zur Schwesternhelferin. Als Stationshilfe arbeitete sie bis Anfang 1973. Nach der Ersterkrankung Ende 1972 machte ihr die Arbeit zunehmend weniger Spaß, sie blieb zu Hause und versorgte den kleinen Haushalt.

In der Psychose zeigte sich früher eine in den Ursprüngen allerdings nicht ganz unverständliche Eifersuchtsthematik, begleitet von akustischen Halluzinationen, zuletzt eher eine coenästhetische Symptomatik mit deutlichem Potentialverlust. Es besteht eine Pflegschaft.

Ihr späterer Ehemann ist 8 Jahre älter wie sie, lernte Bäcker, arbeitet als Staplerfahrer bei der Bundesbahn. Sie kannte ihn schon seit der Kindheit, heiratete ihn 18-jährig. Es war und blieb ihre einzige feste Beziehung. Die Ehe blieb kinderlos, Frau E. wollte die Belastung nicht. Der Ehemann hat ein Alkoholproblem, von zeitweiligen Zerwürfnissen wird berichtet, das Paar war zwischenzeitlich schon einmal getrennt. Die Ehe wird von Frau E. selber als nicht sehr harmonisch beschrieben. Es gebe nur wenig Gemeinsamkeiten, allerdings kann sie sich eine Trennung nicht vorstellen.

Frau E. lebt heute noch mit ihrem Mann im Dorf ihrer Herkunft, im Haus der Schwiegereltern. Dort hat sie wenig zu sagen, ihr Mann befindet sich zwischen den Stühlen. Die sozialen Kontakte beschränken sich im wesentlichen auf die Ehe. Das Verhältnis zur eigenen Mutter ist im wesentlichen entspannt, es besteht ein gelegentlicher, nicht zu intensiver Kontakt.

#### Pat. Nr. 6

Frau L., geb. 6/54, wuchs in einer Kleinstadt, mit einem älteren Bruder, auf. Ihr Vater war Ingenieur, erkrankte 25-jährig ebenfalls an Schizophrenie, war lange Jahre hospitalisiert, ist schon verstorben. Ihre Mutter arbeitete als Kontoristin, ist mittlerweile berentet. Sie erinnert eine strenge Erziehung, eine sehr ambivalente Einstellung ihrerseits zu den Eltern, vor allem zur dominanten Mutter. Primärpersönlich schildert sie sich als ordentlich, arg penibel, dabei aber beliebt und mit großem Freundes- und Bekanntenkreis.

Sie besuchte die Hauptschule, tat sich in der Schule leicht, erreichte einen qualifizierten Abschluß. Im Anschluß begann sie eine Ausbildung zur Zahnarzthelferin, war motiviert, absolvierte diese 1972 erfolgreich, arbeitete anschließend noch ein Jahr in der gleichen Praxis. 1973 ging eine erste feste Beziehung in die Brüche, nach einem Aufenthalt im Ausland arbeitete sie Anfang 1974 bis Ende 1979 qualifiziert, wechselte dann nach Auseinandersetzungen mit Arbeitskollegen in ein zahntechnisches Labor, fühlte sich dort aber nicht wohl und begann nach einem halben Jahr eine Umschulung zur Kinderkrankenschwester. Auch mit den dortigen Anforderungen kam sie nur schlecht zurecht, erkrankte dann schließlich Anfang 1981 zum ersten Mal. Eine zwischenzeitlich eingeleitete berufliche Rehabilitationsmaßnahme brach sie nach

6 Monaten ab. Im weiteren wurde ihr Durchhaltevermögen auf der Arbeit wesentlich weniger. 1983 bis 1987 hatte sie Stellen in insgesamt 5 Zahnarztpraxen, brach dort jeweils nach einem 1/2 bis 3/4 Jahr ab, war zwischendurch immer wieder arbeitslos. Ende 1987 bis Ende 1988 war Frau L. erneut in einer beruflichen Rehabilitation, ohne allerdings im weiteren beruflich wieder Fuß fassen zu können. Sie wurde schließlich zeitberentet.

Frau L. lebt jetzt mit der Mutter im 2-Personen-Haushalt. Sie berichtet sehr zwiespältig von ihrer Mutter, es gibt häufige Spannungen zwischen den beiden, vor allem in Zeiten der wieder beginnenden Psychose. Frau L. realisiert einen reduzierten Kontakt zu ihrer Umwelt. Sie geht zwar immer noch gern auf andere Leute zu, die Zahl der Freunde hat sich aber deutlich reduziert. Ihre Interessen haben sich eingeschränkt, sie übt sie meistens allein aus.

Frau L. realisiert ihre Krankheit und die resultierenden Einbußen recht gut. Die erneute Erkrankung kündigt sich kaum prodromal an, sie fühlt sich jeweils davon wie überrollt. Die ambulante Anbindung und Medikamentencompliance ist ansonsten recht gut.

Eine erste feste Beziehung, 6 Monate während, hatte sie mit 18 Jahren. Es folgten 1978, 1980 und 1983 weitere zwar feste, aber jeweils nicht lang anhaltende Freundschaften. Seit knapp 2 Jahren hat sie nun eine von ihr als recht harmonisch empfundene, perspektivisch für länger gedachte Beziehung, die allerdings eher lose ist. Intimität spielt keine Rolle, an festere Bindung wie Heirat und gemeinsame Kinder wird nicht gedacht.

#### Pat. Nr. 7

Herr T., geb. 1/54 wuchs als ältestes von 8 Kindern bei Haßfurt auf. Der Vater arbeitete als Hilfsarbeiter, ist mittlerweile berentet. Die Mutter arbeitete kurzfristig ungelernt, kümmerte sich dann um die Kinder. Die familiären Verhältnisse waren finanziell und persönlich schwierig, um Vater, der recht streng und dominant war, andere kaum zu Wort kommen liess, hatte Herr T. in der Jugend ein sehr schlechtes Verhältnis. Die Mutter war nachgiebiger, konnte sich gegen ihren Ehemann nicht durchsetzen. Herr T. hatte eine sehr rebellische Phase, konsumierte vom 16. bis 18. Lebensjahr harte Drogen, auch ziemliche Mengen Alkohol, was in dieser Zeit Grund heftiger Auseinandersetzungen war.

Er besuchte die Hauptschule, galt als ruhiger und besonnener Schüler, zeigte anfangs sehr gutes Engagement und Leistungen, ließ dann jedoch bei zunehmenden Drogenproblem rapide nach, verließ die Schule vorzeitig. Im Anschluß begann er eine Lehre als Industriekaufmann, war auch dort fleißig. Sein Suchtproblem spitzte sich wieder zu, so daß er 1973, wenige Tage vor der Prüfung die Lehre abbrach. Im gleichen Jahr zeigten sich erste, diagnostisch richtungsweisende Auffälligkeiten,

er wurde das erste Mal stationär behandelt. Über die nächsten 7 Jahre konnte er, unterbrochen von kürzeren Krankheitszeiten, als angelernter Arbeiter in verschiedenen Bereichen, teilweise im Akkord, in einer größeren Firma arbeiten. 1980 kam er mit der Arbeit zunehmend schlecht zurecht, war in der Folge arbeitslos. Das Wohnen in einer Übergangseinrichtung 1982 brach er nach einigen Monaten ab. 1983 wurde er zeitberentet. Es kam zu weiteren stationären Aufenthalten 1983, 1985 und 1989. 1984 war ein Bruder bei einem Verkehrsunfall zu Tode gekommen, was Herr T. anfangs sehr gefasst aufnahm, im Lauf der weiteren Jahre jedoch immer wieder psychotisch verarbeitete. So wählte er einmal, der Bruder wäre umgebracht worden. Zur jetzigen stationären Aufnahme hörte er die Stimme des verstorbenen Bruders, bot ein extrem verängstigtes Bild mit Schlafstörungen und coenästhetischen Beschwerden.

Er wohnt jetzt schon seit einiger Zeit wieder bei den Eltern, das Verhältnis hat sich insgesamt, auch zu seinem Vater, sehr gebessert. Er erinnert mit Bedauern die früheren Auseinandersetzungen. Mit seinen Lebensumständen ist er im Großen und Ganzen zufrieden. Er bezieht Rente, seine Mutter ist seine Pflegerin. Seine sozialen Bezüge sind eingeschränkt, aber nicht gänzlich abgerissen, er beschäftigt sich viel mit Sport und Lesen, vornehmlich allein.

Erste Interesse an Mädchen hatte er mit 18 Jahren, er erlebt sich als Spätzünder. 1977 hatte er eine erste Beziehung, zu einer 4 Jahre jüngeren Frau, die als gelernte Haushälterin arbeitete. Die Beziehung ging über ein knappes Jahr, auch die Heirat war vorgesehen. Die Trennung erfolgte im Rahmen der erneuten Erkrankung von Herrn T., auch ging seine Freundin fremd. Herr T. erinnert die Trennung als sehr schmerzlich, hatte im weiteren keine feste Beziehung mehr.

#### Pat. Nr. 8

Frau H., geb. 1/53, wuchs in einer nordrhein-westfälischen Großstadt, mit einem älteren Bruder, auf. Die Eltern zogen dann in das Einzugsgebiet. Ihr Vater arbeitete als gelernter Bergmann, zuletzt auch als Sägewerkarbeiter, ist mittlerweile berentet, die Mutter ist Hausfrau, geht putzen. Frau H. erinnert eine unbeschwerte Kindheit und Jugend, eine frohe Atmosphäre zu Hause bei einer gewährenden Erziehung.

In der Realschule war sie fleißig, schloß mit durchschnittlichen Leistungen 1969 ab. Danach lernte Frau H. Arzthelferin, zeigte noch während der Ausbildung erste deutliche psychische Auffälligkeiten, nachdem sie eine kurze, schmerzliche Affäre mit einem Pharmavertreter hatte, der sie vollkommen ausgenutzt hatte. Die Ausbildung schloß sie 1972 erfolgreich ab, arbeitete danach noch knapp 2 Jahre in der gleichen Praxis. Eine erneute psychotische Dekompensation führte zum ersten stationären Aufenthalt. Im Anschluß wurde Frau H. wesentlich inkonstanter in ihren Arbeitsleistungen: 2 Monate als Phonotypistin, dann wieder 2 Monate als Arzthelferin, schließlich die nächsten 15 Jahre immer wieder Arbeitsversuche, die jeweils schnell

wieder abgebrochen wurden, 1976 einmal für 2 Monate der Versuch, sich auf einer Fachschule zur Erzieherin zu qualifizieren.

In den letzten Jahren engagierte sie sich zunehmend religiös, in freikirchlichen Gemeinschaften. Dort fand sie Gemeinschaft und Ansprache, die sie sich auf sonstigen Wege mittlerweile gar nicht mehr verschaffen konnte, auch einen gewissen Trost wegen der von ihr schmerzlich wahrgenommenen Residualsymptomatik mit Antriebsarmut, Anhedonie und sozialem Rückzug. In der religiösen Betätigung konnte sie tiefere Gefühle empfinden. Ihre Eltern waren über ihr zunehmendes religiöses Engagement, mit teilweise missionarischem Einschlag, nicht sehr erfreut. So mußte Frau H. für ein nur geringes Entgelt in der Küche eines Missionsheimes arbeiten.

Schließlich distanzierte Frau H. sich selber etwas von der religiösen Gemeinschaft, fand eine Stelle in der Küche eines privaten Altenheimes. Eine zwischenzeitlich begonnene berufliche Rehabilitation brach sie nach kurzem ab.

Derzeit wohnt sie bei den Eltern, sie zieht sich dort viel zurück, nimmt Angebote der Eltern zu gemeinsamen Aktivitäten kaum wahr. Das Verhältnis ist jetzt wesentlich konfliktreicher wie früher.

Eine längere, feste Beziehung hatte Frau H. noch nicht, nur kürzere und eher lose Partnerschaften. So lernte Frau H. vor 2 Jahren bei einem stationären Aufenthalt einen wesentlich älteren Mann kennen, ist formell mit ihm verlobt, sieht ihn aber nur selten. Sie empfindet die Beziehung nicht als erfüllt und glücklich, eine Trennung wurde schon öfters erwogen.

#### Pat. Nr. 9

Herr G., geb. 11/54, wuchs in einer Kleinstadt auf, als 2. von 3 Geschwistern. Sein Vater war Arzt, starb 1975. Die Mutter ist ebenfalls Ärztin. Er erinnert eine zwar religiös orientierte, aber doch liberale Erziehung.

Er besuchte das Gymnasium, tat sich schwer, wiederholte 3 Schuljahre, ging in der 11. Klasse ab, besuchte dann die Fachoberschule, machte dort Abitur mit mäßigem Durchschnitt. Im Anschluß studierte er 2 Semester Elektrotechnik, danach 1 Semester Bauingenieurwesen, brach wegen Überforderung ab, jobte noch kurzzeitig. Eine berufsbildende Maßnahme 1982 mußte wegen psychotischer Exazerbation nach kurzem abgebrochen werden. Eine berufliche Rehabilitation brach Herr G. Ende 1985 nach einem guten Jahr wegen mangelndem Interesse ab. 1986 bis 1989 arbeitete er recht erfolgreich in einer Werkstatt für Behinderte.

Mit 18 Jahren zeigte er erste deutliche psychische Auffälligkeiten im Sinne einer Ersterkrankung, mit 24 Jahren kam es zur ersten Hospitalisation. Eine Pflugschaft besteht seit 1979.

Herr G. wohnt mit Mutter und Bruder. Das familiäre Auskommen beschreibt er insgesamt als gut und freundschaftlich, im Rahmen psychotischer Exazerbationen kommt es aber zu Hause auch zu Auseinandersetzungen, gelegentlich Tätlichkeiten. Von definierten Aufgaben ist er weitgehend entbunden, andere entscheiden für ihn. Er verspürt vor allem eine deutliche Antriebsminderung, lebt in den Tag hinein, steht spät auf. Eine berufliche Perspektive hat er nicht. Er ist viel für sich, übt seine Hobbies allein aus.

Intime Kontakte hatte er ab 19, feste Beziehungen ergaben sich jedoch noch nicht.

Pat. Nr. 10

Herr M., geb. 1/57, wuchs in einer kleinen Stadt, als 4. von 5 Kindern, auf. Der Vater arbeitete als gelernter Maler/Verputzer, hatte ein Alkoholproblem, starb 1978. Die Mutter war bei der Bundeswehr angestellt, wurde 1983 berentet. Die Ehe der Eltern war nicht harmonisch, wurde 1975 geschieden. Als Kind war Herr M. ängstlich, schüchtern und kontaktarm, hatte kaum Freunde, galt als körperlich schwach, hing sehr an der Mutter, idealisierte früher zwischenzeitlich aber auch den Vater.

Er besuchte die Hauptschule, tat sich dort recht schwer, die Versetzung erschien häufig gefährdet. Intellektuell galt er als grenzwertig begabt. Er beendete die Schule mit unterdurchschnittlichen Leistungen, begann eine Lehre zum Kfz-Mechaniker, bestand diese im theoretischen Teil 1976 jedoch nicht. 1977 bis 1978 war er bei der Bundeswehr, erinnert dies als seine glücklichste Zeit. Ab 1979 arbeitete er 12 Monate in Akkordarbeit, hörte wegen zunehmender prodromaler Schlaflosigkeit und Unruhe auf. Er hatte weiter nur noch kurze Arbeitsversuche, verließ dann schließlich gar nicht mehr das Haus, bis es Anfang 1982 zur ersten stationären Aufnahme kam. Auch im weiteren konnte er beruflich nicht mehr Fuß fassen, ist seit 1983 frühberentet, bezieht 1200 DM monatlich. Er wohnt in eigener Wohnung, allerdings in Nähe zur Mutter, die sich um ihn kümmert, seinen Haushalt führt, ihm generell alles abnimmt. Im Rahmen der Pflegschaft, die sie mittlerweile abgegeben hat, traf sie auch finanzielle Entscheidungen. Herr M. leidet an seinen Lebensumständen, darunter, keine berufliche Perspektive, keine Partnerin zu haben. Die Anbindung an den sozialpsychiatrischen Dienst ist recht gut. Zwischenzeitlich bildete sich ein, allerdings geringgradiger sekundärer Alkoholabusus aus. Wegen erheblicher Schulden, die er zwischenzeitlich machte, gibt es manche Konflikte trotz der starken Mutterbindung.

Erstes Interesse an Mädchen hatte Herr A. erst spät, eine feste Beziehung hatte er bisher noch nicht.

Pat. Nr. 11

Herr K., geb. 7/52, wuchs in einer größeren Stadt, als 7. von 9 Kindern auf. Seine Eltern sind mittlerweile beide verstorben. Der Vater war Angestellter einer Behörde, die Mutter gelernte Verkäuferin, später als Hausfrau tätig. Herr K. erinnert sich an eine recht strenge Erziehung seiner Eltern. Primärpersönlich beschreibt er sich als offen und hilfsbereit, immer Freunde habend, im Kontakt zu Mädchen aber sehr scheu. Im Zuge seiner geplanten Ablösung von zu Hause gab es erhebliche Auseinandersetzungen, endgültig lösen konnte er sich nicht.

In der Hauptschule zeigte er eher mäßige Leistungen, schloß dann mit durchschnittlichen Noten ab. Seine auf Druck des Vaters 1967 begonnene Lehre zum Kaufmannsgehilfen mußte er 1969 wegen Ersterkrankung, die aber ambulant aufgefangen werden konnte, kurzzeitig unterbrechen. Ende 1970 konnte er sie erfolgreich, mit durchschnittlichen Noten abschließen. In den mittlerweile 20 Jahren seitdem hatte er 24 (!) verschiedenen Stellen, so in seinem erlernten Beruf, dann einige Male als Fahrer, als Taxifahrer, als Tierpfleger, im Akkord, als Leiharbeiter, dann - nach einer Umschulung 1980 zum Rohrschweißer - bis 1982 in diesem Beruf, ebenfalls wieder in verschiedenen Beschäftigungen. 1982 heiratete er. Er pflegte seine Mutter, beerbte sie nach ihrem Tod, fand dann 1989 wieder Arbeit als Schweißer. Bis heute hält er es selten länger als ein halbes Jahr an einer Stelle aus, findet aber erstaunlicherweise immer wieder Anstellung, ohne größere Fehlzeiten, ist zum jetzigen Aufenthalt so auch qualifiziert beschäftigt, in ungekündigter Stellung. Als Gründe für seine jeweiligen Wechsel gibt Herr K. abwechselnd zu geringe Bezahlung und erneute Erkrankung an. Häufig führt er auch bittere Klage über seiner Darstellung nach hintertriebene Arbeitgeber, gegen die er schon manchen Prozeß vor dem Arbeitsgericht führte.

Feste Beziehungen hatte er lange Zeit nicht, erst mit 28 Jahren. 1982 heiratete er eine 18 Jahre ältere Frau, erinnert sich an eine anfangs glückliche Zeit, trennte sich aber schon 1984 wieder von ihr, als er von ihren Schulden und Unterschlagungen erfuhr. Im weiteren blieb er allein, lebt in eigener Wohnung, kommt einigermaßen zurecht, leidet aber an seiner Kontaktarmut und häufigen Einsamkeitsgefühlen. Die Geschwister haben sich bis auf einen Bruder von ihm distanziert. Eine Pflegschaft besteht nicht.

Pat. Nr. 12

Frau S., geb. 2/60, wuchs im ländlichen Milieu, mit 3 weiteren Geschwistern, auf. Sie lebt noch heute in ihrem Dorf, zusammen mit ihrem Vater, einer Tante und einem Bruder. Die Verhältnisse sind recht desolat, die ganze Familie ist im psychiatrischen Sinn auffällig, der Bruder schon, ebenfalls wegen schizophrener Psychose, in Behandlung. Die Familie ist im Dorf weitgehend isoliert. Frau S. schildert ihren Vater als früher recht problematisch. Ihre Mutter, die mittlerweile gestorben ist, hätte oft eine beschützende Rolle eingenommen. Schon primärpersönlich schildert sich Frau S. als sehr kontaktarm, damals aber noch unternehmungslustiger. Ihre Interessen übte sie, wie heute weitgehend alleine aus. Freunde hatte und hat

sie kaum, ihr ein und alles sind ihre Schäferhunde. Die Familie hatte eine Landwirtschaft, früher betrieb sie der Vater, danach der Bruder, der landwirtschaftlicher Meister ist. Seit einiger Zeit ist sie verpachtet, die Familie lebt vom Pächtertrag sowie dem Einkommen von Frau S. und der Tante.

Frau S. besuchte die Hauptschule, zeigte recht gute Leistungen, schloß 1975 mit "gut" ab. Danach besuchte sie 1 Jahr eine Hauswirtschaftsschule, war dann 1 Jahr in der Kinderpflege. Ab 1979 arbeitete sie als Stationshilfe in einem Krankenhaus, erbrachte dort über Jahre konstante und gute Leistungen. Anfang 1987 erkrankte sie erstmals mit typischen Erstrangsymptomen, geriet in diesem Zuge in Streit mit Kollegen und Vorgesetzten. Nach der stationären Behandlung nahm sie ihre Arbeit wieder auf, erkrankte Anfang 1990 wieder, kündigte wahninduziert ihre Stellung, lebte von Erspartem. Sie bereut jetzt ihre Entscheidung, will sie möglichst wieder rückgängig machen. Es besteht Pflugschaft.

Über Partnerschaften wollte Frau S. keine näheren Angaben machen. Früher hatte sie einmal einen Freund, der damals unerwartet starb. Sie leidet bei ihren starken Kontaktschwierigkeiten sehr unter ihrer Partnerlosigkeit.

Pat. Nr. 13

Herr L., geb. 8/51, wuchs in Bad Neustadt auf. Der Vater, von Beruf Maurermeister, war Mitinhaber einer Baufirma, die Anfang 1990 Konkurs machte, ist mittlerweile berentet. Die Mutter suizidierte sich 1979, anlässlich eines stationären Aufenthalts von Herrn L. Dieser nahm die Nachricht damals sehr gelassen hin. Primärpersönlich schildert er sich als eher still, hatte andererseits guten Kontakt, war auch in verschiedenen Vereinen sportlich aktiv. Seine Kindheit und Jugend erinnert er nicht als gute Zeit. Die Eltern, vornehmlich der Vater, waren viel auf Reisen, sie kümmerten sich nach Empfinden von Herrn L. wenig um ihn, er spürte keine Geborgenheit, kam nicht gut mit ihnen aus, auch war die Ehe der Eltern nicht gut. Leibliche Geschwister hatte er nicht, nur eine später eine Halbschwester, aus einer neuen Beziehung seines Vaters nach dem Tod der Mutter. Schon früh, mit 14 Jahren, begann Herr L. zu trinken, 16-jährig hatte er regelmäßige Erfahrung mit Marihuana und LSD, 21-jährig mit Opiaten.

Trotzdem besuchte er mit durchschnittlichen Leistungen das Gymnasium, blieb einmal sitzen, schloß dann mit 3.1 ab. Im Anschluß machte er eine Maurerlehre, schloß diese 1971 erfolgreich ab. Er nahm danach ein Studium zum Bauingenieur auf, brach dieses allerdings nach kurzem ab, nachdem sein Drogenproblem wieder vordergründig wurde. Für 1 1/2 Jahre ging er nach Afghanistan, saß nach seiner Rückkehr wegen Drogenbesitzes 1/2 Jahr ein. Trotzdem wurde er nicht ausgemutert, sondern leistete danach Wehrdienst ab. Ein Versuch, sich im Anschluß zum Bautechniker zu qualifizieren, scheiterte ebenfalls nach kurzem. 1974 zeigten sich erste, diagnostisch richtungsweisende psychische Auffälligkeiten, es kam zum ersten stationären Aufenthalt. Wiederholte Aufenthalte wegen psychotischer Exazerbation,

aber auch zur Entgiftung und längerfristigen Entwöhnungsbehandlung, wobei die Polytoxikomanie zuletzt als sekundär eingeschätzt wurde, schlossen sich bis 1980 an. Zwischenzeitlich konnte er, durch jeweilige Erkrankung und stationäre Behandlung im Betrieb des Vaters arbeiten, vornehmlich im kaufmännischen Sektor, dieser hatte mit ihm viel Geduld. Herr L. stabilisierte sich in der Folgezeit psychisch und in der Arbeitsleistung. Das Drogenproblem trat in den Hintergrund, Herr L. nahm keine harten Drogen mehr, konsumierte Mitte der 80er noch einmal Marihuana. Das Auskommen mit dem Vater ist seit einiger Zeit wieder besser. Nach dem Konkurs konnte der Vater Herrn L. dem neuen Geschäftsinhaber vermitteln. Er arbeitet noch dort, macht sich allerdings mehr - realistische - Sorgen, daß jetzt auch höhere Erwartungen an ihn wie in früheren Zeiten gestellt werden.

Herr L. lebt derzeit in eigener Wohnung in Bad Neustadt. Er hat nicht mehr so viele Freunde wie früher, hat auch seinen Interessen- und Bekanntenkreis reduziert. Ein Arbeitskollege wohnt im gleichen Haus, dieser kennt ihn und seine Defizite recht gut, kümmert sich seit einiger Zeit um ihn.

Herr L. hatte schon früh - mit 15 Jahren - eine festere Beziehung zu einem Mädchen, das später in Ausbildung zur Sprechstundenhilfe war. Die Eltern waren in dieser Hinsicht sehr liberal eingestellt. Wegen seiner Drogenprobleme endete die Beziehung nach knapp 3 Jahren. Seitdem hatte Herr L. keine längere Beziehung mehr.

Pat. Nr. 14

Frau E., geb. 9/52, wuchs als 2. von 3 Kindern im ländlichen Milieu auf. Der Vater war Landwirt, hatte ein leichtes Alkoholproblem, starb 1970, die Mutter kümmerte sich um Landwirtschaft und Kinder. Sie erinnert eine religiös geprägte, aber nicht zu strenge Erziehung, wurde verwöhnt. Als Kind war sie verhältnismäßig viel für sich, kkontaktscheu, galt als körperlich schwach, im Wesen als zart und verträumt. Sie erlebt sich jetzt als offener und kontaktfreudiger wie früher.

In der Hauptschule war sie strebsam, wenngleich ihr das Lernen auch etwas schwer fiel, Sie schloß die Schule, später auch die Lehre zur Einzelhandelskauffrau mit durchschnittlichen Leistungen erfolgreich ab. 1973 fand sie - 22-jährig - qualifizierte Anstellung in einer größeren Firma, die sie auch heute noch inne hat. Im Intervall ist ihre Arbeitsleistung im Betrieb anerkannt, auch hat sie einen verständnisvollen und engagierten Personalchef, so daß ihre krankheitsbedingten Fehlzeiten getragen werden.

Frau E. hat eine gute ambulante Anbindung und medikamentöse Compliance. 34-jährig erkrankte sie erstmals, seitdem kam es zu 3 stationären Aufenthalten. Die produktive Symptomatik zeigt einen raschen Beginn und rasche Remission, zurück bleibt eine von außen betrachtet gewisse verminderte Einfühlbarkeit. Eine Pflugschaft besteht nicht.

Erste Bekanntschaften hatte sie mit 17 Jahren. 20-jährig begann sie eine 7 Jahre währende Beziehung, die wegen Eifersucht und Untreue auseinander ging. Anfang 1985 lernte sie ihren jetzigen Partner, der ebenfalls schizopren erkrankt ist, kennen, ging mit ihm nach 7 Jahren ohne festen Partner ihre momentan weiterhin bestehende Beziehung ein. Diese ist eher lose ausgestaltet, das Paar wohnt nicht in gemeinsamer Wohnung. Heirat ist nach Angaben von Frau E. nicht dringlich, obwohl die Beziehung eine längere Perspektive darstellt.

Frau E. wohnt so allein in eigener Wohnung, in städtischer Umgebung. Die Ablösung von zu Hause hat stattgefunden, das Verhältnis zur Mutter ist mittlerweile etwas distanziert, es besteht gelegentlicher Kontakt.

#### Pat. Nr. 15

Herr K., geb. 5/57, wuchs im ländlichen Milieu, als ältestes von 4 Geschwistern, auf. Der Vater ist gelernter Dreher, als Arbeiter beschäftigt, die Mutter Hausfrau, daneben wird noch eine kleine Landwirtschaft betrieben. Herr K. erinnert sich an die Zeit bis zum Realschulabschluß als recht glückliche Zeit. Das Auskommen mit den Eltern wäre einigermaßen gut gewesen, allerdings hätten diese ihm in der Erziehung wenig durchgehen lassen, die Kinder hätten früh mit anpacken müssen.

Herr K. besuchte die Hauptschule, zeigte durchschnittliche Leistungen, hatte keine Versetzungsprobleme. 1972 begann er eine Lehre zum Starkstrommechaniker, absolvierte diese erfolgreich. Im Anschluß besuchte er die Berufsaufbauschule, machte dort die mittlere Reife, im Anschluß das Bayernkolleg, machte 1980 Abitur, ebenfalls mit passablen Noten. Ab Ende 1981, schon nach Ersterkrankung, nahm er in Erlangen, gegen den Willen der Eltern, ein Studium der Elektrotechnik auf, führte es dann in Schweinfurt weiter, hatte aber zunehmende Konzentrationsschwierigkeiten, zeigte flüchtige Beziehungsetzungen im Sinne von Beeinträchtigung und Verfolgung, war im Kontakt zunehmend isoliert, Noch 1987 machte er Prüfungen, die ihn bis kurz vor den Abschluß seines Studiums brachten, er ließ sich dann aber längere Zeit beurlauben.

Erste deutliche psychische Auffälligkeiten zeigten sich Ende 1980, Herr K. wurde deswegen auch aus der Bundeswehr vorzeitig entlassen. Situativer Auslöser war eine damals nach einem halben Jahr in die Brüche gegangene Beziehung. Herr K. konnte lange die Trennung nicht überwinden, die Thematik gestaltete sich schließlich liebeswahnhaft aus. Er stellte seiner ehemaligen Freundin über lange Jahre nach, wurde Ende 1987 bis Anfang 1990 deswegen gar nach 63 untergebracht. Zuletzt zeigte die Symptomatik seiner psychischen Krankheit eine Änderung, weg von einer ausgestanzten Wahnsymptomatik, hin zu einem akut psychotischen und verworrenen Bild.

Nach seiner Entlassung Anfang 1990 bekam er eine qualifizierte Stelle, tat sich auf der Arbeit aber zunehmend schwer, verliebte sich dort auch unglücklich, wurde

schließlich suizidal. Die weitere Perspektive ist noch nicht gänzlich geklärt. Die geringe Compliance von Herrn K. gegenüber der ambulanten Nachbetreuung und der Medikation verschlechtern die Prognose. Herr K. selber behält sich vor, eventuell einen neuen Anlauf im Studium zu probieren.

Nach studienbedingten Aufenthalten in Erlangen und Schweinfurt wohnt Herr K. jetzt wieder bei den Eltern. Sein Vater ist der Gebrechlichkeitspfleger, es kommt häufig zu häuslichen Auseinandersetzungen.

#### Pat. Nr. 16

Frau G., geb. 8/60, wuchs im ländlichen Milieu, als 2. von 4 Geschwistern auf. Der Vater ist Elektromeister, betreibt ein eigenes Geschäft. Die Mutter ist gelernte Bürokauffrau, hilft gelegentlich im Betrieb, ist ansonsten Hausfrau. Frau G. war ein freundliches, brav erscheinendes Kind, ordentlich, ruhiger wie andere. Das Auskommen mit den Eltern war bis zur Pubertät recht gut, sie erinnert eine wenig strenge Erziehung.

Schon früh nach der Pubertät, mit 13 Jahren, geriet sie in die Drogenszene. Ihre schulischen Leistungen - sie besuchte ein Gymnasium - sanken stark ab, sie war nur wenig motiviert, wiederholte eine Klasse, schaffte gerade noch die mittlere Reife. Ein halbes Jahr arbeitete sie im Altenheim, wollte ursprünglich einen sozialen Beruf lernen, brach dann jedoch ab, hing eine Zeitlang in einer für Drogenkonsum einschlägig bekannten WG herum, erkrankte 1978 erstmals. Eine Pflegschaft besteht seit 1979.

Beruflich und privat konnte sie bis heute nicht mehr recht Fuß fassen. Häufiger kam es zu Hospitalisationen, eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme 1983/84 verlief anfangs erfolgreich, Frau G. wurde jedoch vorzeitig von den Eltern aus der Maßnahme herausgenommen.

Mit 17 Jahren hatte Frau G. eine erste feste Beziehung, zu einem ebenfalls Drogenabhängigen. Die Trennung erfolgte im Rahmen ihrer Erkrankung. 1984/85 und 1986/87 folgten weitere Beziehungen, beide Partner waren ebenfalls psychisch krank. Seit 2 Jahren ist sie mit einem ebenfalls schizopren erkrankten, wesentlich jüngeren Mann zusammen. Die Beziehung gestaltet sich äußerst kompliziert, Frau G. befindet sich im ständigen Zwiespalt zwischen Anlehnungsbedürfnis und Angst, zur Last zu fallen. Schon häufig wurde die Trennung beschlossen, dann wieder zurückgenommen.

Frau G. realisiert ihre schweren, krankheitsbedingten Einbußen. Es zeichnet sich jetzt ein längerer Aufenthalt an. Frau G. erreicht kaum ein gewisses Maß an psychischer Stabilität, dekompensiert kurzzeitig immer wieder psychotisch, kann für sich auch kaum Perspektiven artikulieren.

Das Verhältnis zu den Eltern ist jetzt wieder besser. Zwischenzeitlich war es vornehmlich zum Vater recht gespannt, sie fühlte sich bevormundet. Der Vater betrachtete ihre Erkrankung lange Zeit als Drückebergerei.

Pat. Nr. 17

Herr Sch., geb. 11/53, wuchs in einem größeren Dorf auf, mit einem 4 Jahre älteren Bruder. Der Vater, gelernter Melzer und Bierbrauer, vergiftete sich im ersten Lebensjahr von Herrn Sch. nach Familienüberlieferung unbeabsichtigt, suizidierte sich wohl. Seine Mutter, früher Arbeiterin, ist jetzt berentet. Primärpersönlich schildert sich Herr Sch. als zurückgezogen und einzelgängerisch, dabei selbstunsicher und wenig nach außen lassend, zugleich mit hohen Ansprüchen an sich und später ehrgeizig. Er erinnert ein an sich gutes Verhältnis zur Mutter, wenngleich er in der Familie neben dem älteren Bruder verblasste. Er wurde halb von der Mutter, halb von seiner Großmutter erzogen, vermißte schon in seiner Kindheit eine männliche Orientierung.

Er besuchte die Volksschule, im Anschluß 2 Jahre die Realschule, damals mit geringem Engagement und unterdurchschnittlichen Leistungen. Versetzungsprobleme hatte er zwar nicht, die mittlere Reife machte er 1970 jedoch nur mit sehr mäßigen Noten. Schon in der Schulzeit wird von Konzentrationsstörungen berichtet. 1970 begann er eine Ausbildung im kaufmännischen Bereich, arbeitete in der Stadtverwaltung, fand aber über 6 Jahre keinen Abschluß seiner Ausbildung. Nach Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten hörte er dort auf, arbeitete ein halbes Jahr in einem Musikgeschäft, besuchte dann ab Ende 1976 das Gymnasium, zeigte dort in den ersten beiden Jahre sehr gute Motivation und Leistungen, ließ danach in Konzentration und Leistung deutlich nach. Neben diesen Konzentrationsstörungen zeigten sich damals noch keine diagnostisch richtungsweisenden Auffälligkeiten. 1980 legte er das Abitur ab, mit durchschnittlichen Leistungen, studierte im Anschluß 2 Semester Informatik, dann 1 Semester Elektrotechnik, konnte in beiden Studiengängen den Anforderungen nicht genügen. 1983 begann er den Studiengang zum Wirtschaftsingenieur, schleppte sich über die Jahre, kam im Studium allerdings nicht recht voran. Mitte 1989 gab er dann sein Studium auf, arbeitet seitdem als angelernter Arbeiter in einer Verpackungsfirma.

1973 hatte er eine erste feste Beziehung. Nach seiner Erinnerung wollte ihn die Freundin recht stark an ihn binden, er löste sich nach 2 Jahren. Im Anschluß lernte er seine spätere Frau, von Beruf Erzieherin und 1 Jahr jünger wie er, kennen. Seine ersten Erfahrungen mit Frauen sind für ihn eher negativ getönt, er erlebte sich als recht gehemmt im Kontakt, es fiel ihm schwer, Gefühle zu erwidern, auch sprach sich seine Mutter deutlich gegen eine zu frühe Bindung aus. Im Anfang der zweiten Partnerschaft fühlte er sich aber deutlich beflügelt, die Schule ging ihm gut von der Hand, er fühlte auch zunehmende Selbstständigkeit und hatte Hoffnung, seinem Elternhaus endlich zu erwachsen, andererseits erlebt er seine Frau in der Erinnerung

auch als Mutterersatz. 1984 heiratete er, 1986 wurde die Tochter geboren. Deutliche Spannungen ergaben sich zwischen seiner Ehefrau und seiner Mutter, es ging um Machtkämpfe und Zuständigkeiten der beiden Frauen, später auch um die Notwendigkeit psychiatrischer Therapie. Schon früh fiel der Ehefrau die zeitweilig starken Konzentrationsschwierigkeiten, schließlich eine anklingend paranoide Haltung von Herrn Sch. auf, während die Mutter dies bagatellisierte. Mitte 1987 kam es zu ersten, diagnostisch richtungsweisenden Auffälligkeiten mit Verfolgungs- und Bedrohungsgefühl, die jedoch ambulant abgefangen werden konnten. Herr Sch. zog sich in der Partnerschaft mehr und mehr zurück, hielt sexuelle Abstinenz. Anfang 1988 trennte sich das Paar, die Scheidung war 1990. Herr Sch. hält zu seiner Ex-Frau mittlerweile einen freundschaftlichen Kontakt.

Eine Zuspitzung der Symptomatik machte 1990 erstmals 2 stationäre Behandlungen notwendig. Derzeit lebt er allein, ist in ungekündigter Stellung als angelernter Arbeiter.

Pat. Nr. 18

Hr. Sch., geb. 9/62, wuchs in Haßfurt, mit 2 älteren Brüdern, auf. Sein Vater ist gelernter Rechtsanwaltsgehilfe, arbeitete als Beamter im höheren Dienst, war 2 Jahre lang Bürgermeister, in seiner Berufstätigkeit viel außer Haus, ist mittlerweile berentet. Die Mutter ist gelernte Zahnarzthelferin, arbeitete nur kurz, kümmerte sich danach um die Kindererziehung. Der Vater, im Wesen sehr arbeitsam und ordentlich, hatte zu Hause nicht viel Autorität. Einer seiner älteren Brüder hätte für ihn mehr Vorbildfunktion gehabt. Die Mutter, ebenfalls mit sehr ordnungsbewußten, fast zwanghaften Zügen, war zu Hause die dominante Figur. Herr Sch. war zu Hause das Nesthäkchen, auch der Lieblingssohn, wurde ziemlich verwöhnt, hatte eine starke Mutterbindung. Primärpersönlich schildert Herr Sch. sich als vielseitig interessiert und lebhaft, zugleich weich und anlehnbungsbedürftig. Er hatte guten Kontakt, war eine Zeitlang auch Kapitän einer Fußballmannschaft.

Er besuchte das Gymnasium, galt als intelligent, zeigte bis 16 durchschnittliche Leistungen, war an Sprachen interessiert, tat sich mit Naturwissenschaften schwerer. In dieser Zeit entwickelte sich bei ihm ein deutliches Drogenproblem, er verlor sein schulisches Interesse, sank in den Schulleistungen deutlich ab, wiederholte die 10. Klasse, wurde in die 12. Klasse nur probeweise versetzt, scheiterte dort und ging von der Schule mit mittlerer Reife ab. Zeitgleich geriet Herr Sch. in eine sehr rebellische Phase, ging in totale Opposition zu seinen Eltern. Erste psychische Auffälligkeiten führten Mitte 1980 zum ambulanten Kontakt mit einem Nervenarzt. Herr Sch. war parathym, gleichzeitig verängstigt und unsicher, zeigte deutliche Konzentrationsstörungen und einen deutlichen sozialen Rückzug. Massive Tätlichkeiten gegen die Eltern führten 1980/81 zu ersten stationären Aufenthalten in kurzer Folge, jeweils mit polizeilicher Einweisung. Eine Pflugschaft wurde früh errichtet. Herr Sch. konnte Ende 1981 wieder etwas Fuß fassen, absolvierte das Berufsgrundschuljahr als Gärtner, war theoretisch sehr gut, in den praktischen Leistungen aber schwach.

Nach einem weiteren stationären Aufenthalt 1984 fand er eine halbjährige Anstellung als Gemeindearbeiter, im Rahmen einer ABM-Stelle. Weiterhin bestand ein erhebliches Drogen-, auch Alkoholproblem. 1984 erneuter stationärer Aufenthalt, mittlerweile stellte sich der Suchtmittelmißbrauch zum einen als verzweifelter Selbstheilungsversuch, zum anderen als jeweiliger Auslöser für eine erneute Exazerbation und für Tötlichkeit in der toxischen Enthemmung heraus. Kontakte hatte er fast nur noch zu Bekannten aus der Drogenszene. Ab 1984 befand er sich mit einigen Unterbrechungen in verschiedenen Übergangswohnrichtungen. Zwischenzeitlich kam es 1987 zu mehreren schweren Suizidversuchen. Anfang 1988 bis Mitte 1990 war er, weiterhin in Übergangseinrichtungen wohnend, in Lehrausbildung zum Hochbaufacharbeiter, konnte mit theoretisch guten, praktisch ausreichenden Leistungen abschließen. Zuletzt war er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, auch dort war er bei weiterbestehendem Alkoholkonsum, Ruhestörung und Sachbeschädigung nicht mehr tragbar. Zuletzt war er ohne festen Wohnsitz, er kann aber wieder bei den Eltern wohnen. Diese sind mittlerweile recht erschöpft, haben die Pflegschaft abgegeben.

Eine erste und bisher einzige feste Beziehung hatte Herr Sch. im Alter von 18 Jahren, zu einem 1 1/2 Jahre jüngeren Mädchen, das er schon seit 3 Jahren, aus der Schule kannte. Er bezeichnet sich in dieser Hinsicht als Spätzünder, erinnert sich aber gern an diese Zeit. Die psychotische Erkrankung, konkret seine starke Eifersucht führten nach 3 Monaten zur Trennung. Zwischenzeitlich hatte er keine weitere feste Beziehung, nur kurz zu einer Mitpatientin, leidet sehr unter seinem Alleinsein.

#### Pat. Nr. 19

Frau Sch., geb. 12/49, wuchs in einem kleinen Dorf, mit 7 weiteren Geschwistern, auf. Ihr Vater war Fabrikarbeiter, ist mittlerweile berentet, die Mutter ist Hausfrau. Frau Sch. erinnert eine recht strenge Erziehung ihrer Eltern, sie hatte kein gutes Auskommen mit ihnen. Sie wurde von ihnen sehr zu Hause belassen, durfte erst mit 18 Jahren ausgehen. Nach ihrer Schilderung wäre die Ehe der Eltern schlecht gewesen, jeden Tag hätte es Krach gegeben. Der Vater wäre herrisch und bis in's Krankhafte eifersüchtig auf seine Frau gewesen. hätte ihr vor den Kindern laufend Szenen gemacht, diese und die Kinder auch bis zur Bewußtlosigkeit geschlagen. Oft hätte Frau Sch. den Impuls gehabt, wegzulaufen. Primärpersönlich schildert sie sich aber dennoch als lebhaft und kontaktfähig.

Frau Sch. besuchte die Realschule, war bemüht, brachte aber nur unterdurchschnittliche Leistungen, ging dann, nachdem ihre Versetzung gefährdet war, mit Hauptschulabschluß ab. Ihre Intelligenz erschien im unteren Normbereich. Im Anschluß begann sie eine Ausbildung zur Verkäuferin, brach jedoch nach einem Jahr ab, nahm - wohl auch auf Betreiben der Mutter - eine finanziell lukrativere Arbeit als angelehrte Kraft im Akkord in einer größeren Textilfirma an. Sie beendete die Tätigkeit im Zuge ihrer Schwangerschaft und Heirat. 1988 fand sie noch einmal Einstieg in den Beruf, arbeitete 3 Monate als Akkordarbeiterin in einer Lebkuchenfabrik.

Erstes Interesse an Männern hatte Frau Sch. erst spät mit 18 Jahren. Ihren Mann, einen amerikanischen Soldaten, lernte sie mit 19 Jahren kennen, heiratete ihn mit 20 Jahren, nachdem sie von ihm schwanger wurde. Das Paar hatte schließlich 4 Kinder, geboren 70, 73, 77 und 79. Frau Sch. erinnert eine anfangs ganz gute Zeit in der Ehe, vor allem, als beide für insgesamt 4 Jahre in den USA waren. Später war die Ehe mehr und mehr zerrüttet, der Ehemann hatte ein schweres Alkoholproblem, war jähzornig und schlug seine Frau. Er versagte bei der Arbeit, wurde degradiert, war eigenbrötlerisch und ohne Freunde. Die Scheidung erfolgte Mitte 1980. Im Anschluß zeigte Frau Sch. zunehmend Verhaltensauffälligkeit und Verwahrlosungstendenz, konnte die Kinder nicht mehr adäquat versorgen, so daß sie in Pflegefamilien gegeben wurden. Frau Sch. machte zu dieser Zeit erhebliche Schulden, schließlich wurde die Wohnung zwangsgeräumt, ihr wurde ein Platz in einem Altenheim zugewiesen.

Zwischenzeitlich hatte Frau Sch. viele, rasch wechselnde Männerbekanntschaften, ein deutlich promiskuitives Verhalten. Sie spricht nicht darüber, aber es ist sehr wahrscheinlich, daß sie sich auch prostituiert hat und es auch weiterhin tut, damit ihren Lebensunterhalt aufbessert. Sie lebt derzeit in eigener Wohnung in Kitzingen, mit den Nachbarn gibt es erhebliche Schwierigkeiten, wobei Frau Sch. jegliche eigene Verantwortung dafür weit von sich weist. Es steht ihr jetzt die Kündigung für die Wohnung in Aussicht.

Seit einigen Monaten besteht nach Angaben von Frau Sch. eine erneute lose Beziehung, mehr auf freundschaftlicher Ebene, ohne Intimität, von ihr bewußt so ausgestaltet.

Frau Sch. erkrankte erstmals 1979, der weitere Verlauf gestaltete sich recht blande, vordergründig waren eine Wesensänderung, Antriebseinbußen und Defizite im sozialen Bereich, bei weitestgehend fehlender Krankheitseinsicht. Schon früh wurde eine Gebrechlichkeitspflegschaft errichtet.

#### Pat. Nr. 20

Frau B., geb. 6/52, wuchs mit 5 weiteren Geschwistern im ländlichen Milieu auf. Ihr Vater arbeitete als Schneider, ihre Mutter war Arbeiterin, sind beide mittlerweile berentet. Sie erinnert eine zwar liebevolle, aber strenge Erziehung. Die Möglichkeit einer Berufsausbildung wurde ihr verwehrt. So arbeitete sie ein Jahr angelehrt in der Kleiderfabrik des Dorfes, bis sie mit 18 Jahren heiratete, um diese Zeit schon das erste Mal schwanger war. Schon früher war sie nach ihren Angaben still und zurückhaltend, wenig durchsetzungsfähig, sehr der Familie verbunden.

Ihr Ehemann, der 5 Jahre älter ist, und den sie 2 Jahre kannte, war ihre erste und einzige Beziehung. Er arbeitet als Verkaufsleiter in Kassel, trägt die Familie finanziell, trifft die wesentlichen Entscheidungen. Obwohl Frau B. stolz ist, die Er-



ziehung ihrer 2 Kinder gemeistert zu haben, ist sie jedoch mit ihrer Lebenssituation nur teilweise zufrieden. Sie ist weiterhin sehr der Familie verbunden, hat ansonsten jedoch niemand, um ihr Herz auszuschütten. Es wäre durchaus ihr Wunsch gewesen, in die Stadt zu ziehen, sie konnte sich damit jedoch nicht durchsetzen. Ihr Mann ist beruflich unter der Woche selten zu Hause, braucht am Wochenende dann ssein Erholung. Die ältere Tochter ist mittlerweile schon ausgezogen. Auch räumlich ist Frau B. gebunden, sie hat keinen Führerschein.

Zur ersten Erkrankung und stationären Behandlung kam es 1974/75, danach in jeweils etwa 5-jährigen Abständen. Im Intervall zeigt sich eine recht gute soziale Anpassung, Frau B. kommt mit Haushalt und Kindererziehung gut zurecht. Im Kontakt außerhalb der Familie ist sie noch ängstlicher und zurückhaltender. Sie meidet Neues, ist schneller irritierbar wie früher. Eine Pflegschaft besteht nicht.

#### Pat. Nr. 21

Herr G., geb. 3/59, wuchs im ländlichen Milieu, als ältestes von 4 Geschwistern auf. Sein Vater ist Elektromeister, betreibt noch ein eigenes Geschäft. Die Mutter ist gelernte Bürokauffrau, hilft gelegentlich im Betrieb, ist ansonsten Hausfrau. Herr G. erinnert sich an eine recht gewährende Erziehung, wobei sein Verhältnis zur Mutter recht innig war, zum Vater eher distanziert. Primärpersönlich beschreibt er sich als kontaktfähig und beliebt.

Bis zur 7. Klasse bewährte er sich im Gymnasium recht gut, hatte dann nach eigenem Bekunden andere Sachen im Kopf, vor allem erste Drogenerfahrungen. Er blieb zweimal sitzen, kam auf die Realschule, schaffte dort mit Mühe und nur mit Fürsprache der Eltern die mittlere Reife. Ein späterer Versuch der Qualifikation auf der Fachoberschule scheiterte bald, ebenso wie eine kaufmännische Umschulung 1984. Kurzzeitig arbeitete er 1978 im väterlichen Betrieb, 1979 auch einmal als Schiffsjunge, was er jedoch nach 2 Monaten wegen Heimweh abbrach.

Ende 1979 kam es zur ersten stationären Behandlung, unter der Diagnose einer drogeninduzierten, differentialdiagnostisch hebephrenen Psychose, 2 Jahre später zur Entwöhnungsbehandlung bei Polytoxikomanie. Herr G. wurde wieder rückfällig, auch eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme 1983/84 brachte keinen Erfolg. Recht durchgehend konnte er Anfang 1987 bis Ende 1989 in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten. Die längeren stationären Aufenthalte hatten mittlerweile trotz weiterhin polytoxikomanen Verhaltens im Intervall die Diagnose einer endogenen Psychose gesichert. Der Vater hat die Pflegschaft mittlerweile abgegeben.

Zuletzt hatte er nur noch seltene Gelegenheitsjobs, keinen festen Wohnsitz mehr. Er verwehrte zunehmend, es kam zu kriminellen Delikten. Er beklagt seine Antriebslosigkeit und zunehmende soziale Isolation. Zu den Eltern besteht ein insgesamt beruhigteres, aber oft immer noch gespanntes Verhältnis.

Mehrere feste Partnerschaften hatte er zwischen 18 und 25, seitdem nicht mehr. Sein wenig stabiles derzeitiges Befinden verzögert die geplante Entlassung in eine therapeutische Wohngemeinschaft und die erneute Vermittlung in die Werkstatt für Behinderte.

#### Pat. Nr. 22

Herr Z., geb. 10/54 wuchs als älterer von 2 Brüdern in einem größeren Dorf auf. Der Vater ist pensionierter Beamter, hat sich aus kleinen Verhältnissen hochgearbeitet. Herr Z. empfand ihn oft als Arbeitstier, stur, sehr auf seinem Standpunkt beharrend. Zu seiner Mutter hatte Herr Z. schon immer ein innigeres Verhältnis. Er ist "mehr aus ihrem Holz geschnitzt". Im Großen und Ganzen erinnert Herr Z. eine recht glückliche Kindheit, distanzierte sich aber in der späteren Jugend, in seiner Ablösung sehr von den Eltern, hatte politisch und weltanschaulich ganz andere Auffassungen. Primärpersönlich schildert sich Herr Z. als optimistisch, offen und extravertiert, mit gutem Kontakt zu anderen.

Er besuchte das Gymnasium, war bis zur 10. Klasse im Internat, bekam dort wegen der Freundschaft zu einem Mädchen Schwierigkeiten, wechselte in eine Schule in der Nähe seiner Eltern. Er war ansonsten in Engagement und Leistungen ein durchschnittlicher Schüler, mehr an Geisteswissenschaften interessiert. Die 12. Klasse mußte er wegen Versagen in Mathematik wiederholen. Schließlich legte er das Abitur mit einem Schnitt von 3,3 ab.

1977 begann er ein Lehramtsstudium, sein Wunschberuf. Mitte 1982 zeigten sich erste psychische Auffälligkeiten, die nachträglich als Erkrankungsbeginn gesehen werden können. Bis dahin war er im Studium gut zurecht gekommen, war kurz vor dem Abschluß. Als es dann auf die Prüfungen zuing, auch eine Beziehung in die Brüche ging, kam er akut psychotisch erstmals in stationäre Behandlung. Übergangsweise nahm er eine Arbeit als Lagerarbeiter an, erschöpfte sich dort an der von ihm als sehr monoton empfundenen Arbeit, war dann recht perspektivlos, wechselte zum Studiengang der Politologie. Sporadisch versuchte er in den nächsten Jahren, im Studium am Ball zu bleiben, was ihm kaum gelang. Er konnte nur einige Scheine machen, war ansonsten durch Konzentrationsschwierigkeiten und zwischenzeitliche Erkrankungen gehandikapt. Ein Umschulungsversuch 1987 zum Steuergehilfen scheiterte ebenfalls nach kurzem.

Ein eigenes Zimmer am Studienort hat er mittlerweile aufgelöst, er ist wieder zu den Eltern gezogen. Dort gab es zeitweilig starke Spannungen. Seine Mutter ist schon geraume Zeit schizophren erkrankt, sein Bruder seit 1987. Vater und Bruder leben mittlerweile in einer Nachbarwohnung, um den teilweise extremen Spannungen mit Tätlichkeiten auf beiden Seiten vorzubeugen. Herr Z. wohnt mit seiner Mutter in der anderen Wohnung. Mit seinen Lebensumständen ist er derzeit nur wenig zufrieden, fühlt sich finanziell und in wichtigen Entscheidungen von anderen abhängig. Sein

Studium hat er mittlerweile unterbrochen, er kümmert sich um eine Umschulung zum Altenpfleger.

Interesse an Mädchen und erste lose Beziehungen hatte Herr Z. schon früh, erinnert diese ersten Erfahrungen als positiv. Die Eltern waren in dieser Hinsicht recht streng eingestellt. Eine erste feste Beziehung hatte Herr Z. mit 19 Jahren, eine weitere, länger gehende mit 23 Jahren zu einer 19-jährigen. Durch Beginn des Studiums verlor er sie aus den Augen. Weitere feste und längere Beziehungen hatte er 1978 und 1980. Bei letzterer, zu einer 8 Jahre jüngeren Gymnasiastin dachte er sogar an Heirat. Als schwierig erwiesen sich der Altersunterschied und die recht unterschiedlichen Einstellungen. Die Trennung erfolgte dann im Rahmen des prodromalen Erkrankungsbeginns 1982. Seit dieser Zeit lebt Herr Z. ohne Partnerin.

#### Pat. Nr. 23

Frau H., geb. 7/63, wuchs im ländlichen Milieu, mit 3 weiteren Geschwistern, auf. Die Eltern betreiben ein kleines Lebensmittelgeschäft, der Vater ist gelernter Einzelhandelskaufmann. Er wird als recht schwach, die Mutter dagegen als dominant beschrieben. Der Familienbetrieb kann die Familie allein nicht ernähren, er ist zusätzlich im Großhandel angestellt. Frau H. erinnert eine recht strenge Erziehung. So hätten die Eltern jeweils rasch durchgegriffen, wären im weiteren gegenüber ihrer Entfaltung in Beziehungen doch recht bedenklich gewesen. Eine regelrechte Ablösung von zu Hause konnte Frau H. nie vollziehen, sie war immer das Nesthäkchen, war auch in ihrer späteren Ehe oft mehr bei den Eltern als beim Ehemann. Primärpersönlich schildert sie sich als zurückhaltend und still, dabei jedoch durchaus in sich ruhend. Eine wichtige Stütze war und ist ihr das Orgelspielen, das sie vom 14. Lebensjahr an betrieb und das ihr eine wesentliche Ausdrucksmöglichkeit ihres inneren Erlebens gab.

Frau H. absolvierte die Realschule mit durchschnittlichen Leistungen, ohne Versetzungsprobleme und größeren Auffälligkeiten. Recht geschickt stellte sie sich in Buchführung, BWL und Mathematik an, Deutsch und Englisch lagen ihr weniger. Sie lernte ab 1980 Arzthelferin, ihren Wunschberuf. In der Ausbildung kam sie gut mit der Arbeit zurecht, es ging gut von der Hand. Mit Kollegen und Vorgesetzten hatte sie ein gutes, wenn auch nicht inniges Auskommen. Nach absolvierter Ausbildung bekam sie 1982 in der gleichen Praxis eine Halbtagsstelle angeboten, was ihr nicht ausreichte. Statt länger eine Ganztagsstelle zu suchen, zog sie es vor, ab 1983 im elterlichen Lebensmittelgeschäft mitzuhelfen. Dort übernimmt sie bis heute durchaus verantwortungsvolle Aufgaben im betrieblichen Ablauf.

Mit 20 Jahren ging sie eine erste feste Beziehung ein. Die beiden kannten sich schon einige Jahre, heirateten 1984, als Frau H. 21 Jahre alt war. Das Paar hatte schließlich 2 Kinder. Schon früh entwickelte sich eine erhebliche, wohl deutlich mehr von den Eltern ausgehende Rivalität zwischen diesen und dem Ehemann. Die Eltern ergingen sich in permanenten Vorwürfen gegenüber dem Mann, betrieben aktiv ihre Sache,

Frau H. von ihm loszubekommen. Mitte 1986 zeigten sich bei Frau H. erste psychische Auffälligkeiten, erste produktive Symptomatik ereignete sich Mitte 1987, Frau H. verschanzte sich dabei gegenüber ihrer Umwelt mit ihren Kindern, bot im weiteren ein stuporöses Bild. Im weiteren lebte sich Frau H. mit ihrem Mann immer mehr auseinander, hielt sexuelle Abstinenz. Nach einer zweiten Hospitalisation im Frühjahr 1989 ging sie nicht mehr zum Ehemann zurück, sondern in das aufgeheizte elterliche Milieu. Die Scheidung wurde in die Wege geleitet, das Sorgerecht für die Kinder dem Ehemann zugesprochen.

Die jetzige Aufnahme ergab sich, weil die Patientin auch bei ihren Eltern psychotisch dekompensierte, gegen diese tätlich wurde. Es besteht eine Pflegschaft.

#### Pat. Nr. 24

Frau B., geb. 8/65, wuchs im badischen, kleinstädtischen Triberg mit einer 7 Jahre älteren Schwester auf. Primärpersönlich beschreibt sie sich primärpersönlich als spontan und extravertiert, auch als verträumt. Das frühere Verhältnis zu den Eltern wird als harmonisch geschildert. Ihr Vater, ehemaliger Oberamtsrat, mittlerweile gestorben, wäre gutmütig gewesen und sei meist auf ihrer Seite gestanden. Die Mutter, gelernte Hutmacherin, erinnere sie als strenger. Sie fühlt sich momentan ihr gegenüber zwiespältig, hat auch den Eindruck, wie wenn diese sie nicht loslassen könne.

Bis zur 9. Klasse besuchte sie das Gymnasium, verließ dieses dann mit mittlerer Reife. In diese Zeit fielen die ersten beiden stationären Aufenthalte. Auf einer Wirtschafftsschule holte sie bis 1983 das Fachabitur nach.

Nach einem Jahr FSJ im Altenheim reifte in ihr der Berufswunsch zur Krankenschwester. So fing sie Ende 1985 eine entsprechende Ausbildung an, war auch bei den Patienten beliebt, hörte aber wegen Schwierigkeiten mit Kollegen, vor allem mit der Lehrschwester nach einem halben Jahr wieder auf.

1986 jobte sie in verschiedenen Hotels, fing dann Ende des Jahres eine Ausbildung zur Beschäftigungstherapeutin an, die sie Ende 1990 erfolgreich abschloß. Sie hat jetzt eine Anlaufstelle gefunden.

Im Vergleich zum Befinden vor der Erkrankung erwähnt sie eine raschere Erschöpfbarkeit, morgendliche Startschwierigkeiten und eine oft erschwerte Konzentrationsfähigkeit. So bewährte sie sich in der Ausbildung in den praktischen Belangen gut, hatte aber in der Theorie Schwierigkeiten. Keine Änderung empfindet sie in ihrem Kontaktverhalten. Sie geht weiterhin schnell auf Leute zu, ist begeisterungsfähig und extravertiert.

In der Berufswahl zur Beschäftigungstherapeutin, zur Arbeit mit psychisch Kranken ist allerdings durchaus eine Rollenkonfusion ersichtlich, sie kann sich und ihre ei-

gene Hilfsbedürftigkeit in der täglichen Arbeit nur mit Mühe abgrenzen. So engagierte sie sich noch in der Ausbildung sehr für einen Patienten, wollte ihm ermöglichen, Gefühle zuzulassen, verliebte sich dann selber in ihn. Der Ausgang dieser lösen, für sie ersten Partnerschaft ist derzeit, auch durch räumliche Entfernung, vollkommen ungeklärt, ein lebensgeschichtlich nachvollziehbarer Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung ist ersichtlich.

Derzeit lebt sie allein in eigener Wohnung in Bad Neustadt.

#### Pat. Nr. 25

Herr H., geb. 5/56, wuchs im ländlichen Milieu, mit 2 Brüdern, auf. Die Eltern hatten eine Haupteinverbländwirtschaft. Herr H. erinnert aus seiner Kindheit eine strenge, recht religiös geprägte Erziehung, zudem viel Krach und Streitereien zwischen den Eltern. Zum Vater hatte er noch einen recht guten Draht, seine Mutter hasste er.

Die Hauptschule schloß er mit sehr guten Noten ab, begann im Anschluß eine Elektrikerlehre, die er ebenfalls mit passablen Leistungen, sogar schon vorzeitig im Frühjahr 1974 abschloß. Er arbeitete 1 1/2 Jahre in Akkord, wollte die Berufsaufbauschule besuchen. In dieser Zeit starb sein Vater. Er änderte seine Pläne, arbeitete bis Ende 1979, unterbrochen von seiner Bundeswehrzeit, qualifiziert. Ende 1978 erkrankte er erstmals, tat sich im Beruf zunehmend schwer, verlor auch Stellen wegen seiner Erkrankung. Er konnte schließlich beruflich keinen Tritt mehr fassen, wurde 1982 frühberentet. Ein Bruder hat die Pflugschaft inne.

1985 starb auch seine Mutter, bis 1988 lebte Herr H. allein im elterlichen Haus, dann in eigener Wohnung. Er ist, im Gegensatz zu früher, im Dorf recht isoliert, beschäftigt sich allein, leidet an häufigen Einsamkeitsgefühlen. Zuletzt zeigten sich mehr und mehr Kritischwäche und eine deutliche Verwahrlosungstendenz. Über seine weitere Perspektive ist er unschlüssig, er träumt weiterhin von zusätzlicher beruflicher Qualifikation.

Feste Beziehungen hatte er noch nicht, nach seinem Bekunden wartet er noch auf "die Richtige", um mit ihr eine Familie zu gründen.

#### Pat. Nr. 26

Herr H., geb. 12/41, wuchs im ländlichen Milieu, als jüngstes von 4 Geschwistern, auf. Die Eltern betrieben eine Bäckerei, zusätzlich eine Nebenerwerbslandwirtschaft. Der Vater war gelernter Bäcker. Herr H. erinnert sich, daß es zu Hause mitunter recht lautstark zugegangen wäre, die Eltern wären selten einer Meinung gewesen, letztendlich hätte die Familie aber doch zusammengehalten. Der Vater wird als streng und aufbrausend, keinen Widerspruch duldend, geschildert, die Mutter als ruhige und

gute Frau, die zu Hause nichts zu sagen hatte. Primärpersönlich wird Herr H. als leicht erregbar, oft starrköpfig, aber offen im Kontakt, in der Arbeit ordentlich und gewissenhaft geschildert.

Nach Besuch der Hauptschule, die er mit knapp durchschnittlichen Leistungen, aber ohne Versetzungsprobleme 1955 abschloß, begann er - auch in Hinsicht auf das elterliche Geschäft - eine Bäckerlehre. Der Vater war schon 1955 gestorben. Nachdem er diese recht erfolgreich absolviert hatte und ein Jahr als Geselle gearbeitet hatte, übernahm er das elterliche Geschäft Ende 1959, 18-jährig. 1962 ging er auf die Meisterschule, schloß diese ebenfalls erfolgreich ab. Das ehemals elterliche Geschäft betrieb er bis 1970 allein, versorgte nebenher noch die Landwirtschaft. 1970 zeigten sich erste Stimmungs- und Motivationsschwankungen, er gab das Geschäft aber auch auf, weil es sich finanziell überhaupt nicht mehr lohnte. Seit 1971 arbeitete er in einem größeren, metallverarbeitenden Betrieb, die ersten 10 Jahre in der Produktion, im Akkord, danach in einer einfacheren, weniger belastenderen Tätigkeit. Er galt insgesamt als guter Arbeiter. Zuletzt fiel ihm die Arbeit allerdings immer schwerer, er wurde vor wenigen Wochen frühberentet. Freizeitinteressen hat er wenig, nach seinem Bekunden lebte er immer nur für die Arbeit.

Schon früher hatte er kaum enge Freunde, wohl aber insgesamt einen recht guten Kontakt zum Dorfleben. Von diesem hat er sich mittlerweile gänzlich zurückgezogen. Erste deutliche, in die diagnostische Richtung weisende Auffälligkeiten zeigten sich 1975, als er immer zurückgezogener und für die Außenwelt wunderlicher wurde, sich allmählich ein systematisiertes Wahngelände mit Größen- und Abstammungsthematik ausbildete, das im Krankheitsintervall jeweils wieder mehr in den Hintergrund trat. Es besteht eine Pflugschaft.

Eine erste feste Beziehung hatte Herr H. mit 25 Jahren. Die Beziehung währte, wie zwei andere 4 und 12 Jahre später, nur etwa ein halbes Jahr. Seit 1980 ist Herr H. allein, bewohnt auch das ehemals elterliche Haus allein. Allein kommt er nicht mehr so gut zurecht, eine Schwester muß öfters nach ihm schauen, für ihn Sachen erledigen.

#### Pat. Nr. 27

Herr Z., geb. 8/65, wuchs als jüngerer von 2 Brüdern in einem größeren Dorf auf. Der Vater ist pensionierter Beamter, hat sich aus kleinen Verhältnissen hochgearbeitet. Die Mutter kümmerte sich erst um die Erziehung der Kinder, erkrankte dann selber an einer paranoiden Schizophrenie. Herr Z. erinnert ein gutes Auskommen mit seinem Vater, dieser wäre immer seine Bezugsperson gewesen. Seine Mutter hätte sich schon geraume Zeit in ihre eigene Welt geflüchtet. Sein älterer Bruder ist ebenfalls schizophren erkrankt. Der Zusammenhalt der Familie war schon früh gestört. So wäre der ältere Bruder, der "mehr aus dem Holz der Mutter geschnitzt" ist, mit dieser in die Nachbarwohnung gezogen. Primärpersönlich schildert sich Herr Z. als still und

zurückhaltend, mit wenig Freunden. Kontakte gingen meist von anderen aus, er war recht passiv, gegenüber dem Vater sehr anhänglich.

Herr Z. wurde nach der Grundschule in das Gymnasium eingeschult, schaffte dort die Probezeit nicht, wechselte dann in die Hauptschule, besuchte schließlich ab der 7. Klasse die Realschule, wo er dann mit geringem Aufwand recht gute Leistungen erbrachte, mit überdurchschnittlichem Notenschnitt 1981 abschloß. Im Anschluß begann er eine Lehre zum Bankkaufmann, die er 1984 erfolgreich abschloß. Er wurde übernommen, arbeitete als Springer in verschiedenen Filialen. Er störte sich zwar hin und wieder an der Starrköpfigkeit mancher Vorgesetzter und Kollegen, bekehrte jedoch nicht auf, sondern erlitt kurze und heftige Verstimmungszustände, fing sich aber jeweils wieder.

Anfang 1987, als die familiäre Situation wieder einmal recht angespannt war, erkrankte Herr Z. erstmals. Nach der stationären Behandlung ließ er sich im gegenseitigen Einvernehmen auf eine ruhigere Schreibtischtätigkeit versetzen. Er erlebt sich gegenüber der Zeit vor seiner Ersterkrankung deutlich verändert, beschreibt Konzentrationsstörung, Abgeschlagenheit und Minderung von Schwung und erlebter Gefühlsstärke. In seine Einschätzung fließt auch die gewichtige Sorge um den weiteren Verlauf seiner Erkrankung ein, auch der Vergleich mit Mutter und älterem Bruder. Sein Befinden verschlechterte sich Anfang 1990 wieder massiv, er konnte sich bisher nicht mehr zur Arbeitsfähigkeit stabilisieren.

Interesse an Mädchen empfand Herr Z. durchaus, Beziehungen, auch lose, ergaben sich für ihn jedoch noch nicht.

#### Pat. Nr. 28

Herr St., geb. 1/57, wuchs mit einem 3 Jahre älteren Bruder in Nürnberg auf. Der Vater arbeitete als Studiendirektor, ist mittlerweile berentet. Die Mutter ist Hausfrau. Herr St. erinnert in seiner Jugendzeit erhebliche Auseinandersetzungen der Eltern. Vom Vater wird berichtet, daß er zeitweilig vollkommen unbeherrscht war und seine Frau, auch die Kinder bis zur Bewußtlosigkeit schlug. Die Mutter versuchte, die Kinder nach Möglichkeit in Schutz zu nehmen, verwöhnte sie. 1975 wurde die Ehe der Eltern geschieden, 1981 zog dann die Mutter nach Schweinfurt. Herr St. schildert sich primärpersönlich als recht ruhig, ordnungsbewußt, war immer schon mehr für sich allein. Er wurde weitgehend in Unselbstständigkeit erzogen, hat eine Ablösung von der Mutter nie erreicht. Auch heute ist die - inzwischen körperkranke und damit vermeintlich auf den Sohn angewiesene - Mutter therapeutischen Bestrebungen, Herrn St. z.B. in eine soziale Rehabilitation zu vermitteln, gegenüber sehr zwiespältig, wenn nicht gar ablehnend eingestellt.

Herr St. besuchte die Hauptschule, im Anschluß eine private Handelsschule, schaffte dort aber die mittlere Reife nicht. Ob damals schon ein schleichender Krankheitsbeginn motivationell eine Rolle gespielt hat, oder die häuslichen Verhältnisse entschei-

dend waren, ist rückblickend nicht mehr mit Sicherheit feststellbar. Erst auf Drängen des Vaters entschloß sich Herr St. schließlich, eine Lehre zum Industriekaufmann anzufangen. Diese betrieb er nur ein halbes Jahr, ohne wesentliches Engagement. 1974 arbeitete er 1 Jahr lang als Verkäufer, hörte dort nach seiner Schilderung auf, weil er sprachlich nicht gewandt genug war, er die Lust verlor. 1975 arbeitete er als angelegelter Buchdrucker, befristet auf ein 3/4 Jahr. Ab 1977 arbeitete er, diesmal fast erstaunlicherweise recht konstant, für 3 Jahre als Lagerist.

1981 zeigten sich diagnostisch richtungsweisende psychische Auffälligkeiten, Herr St. bot ein akut psychotisches Bild mit gedanklicher Inkohärenz, Akoasmen und massiven Ich-Störungen. Nach einem Streit mit Mutter und Bruder hatte er sich in der Wohnung verbarrikadiert. Deutliche psychische Auffälligkeiten, die zum ersten ambulanten Kontakt mit einem Nervenarzt geführt hatten, zeigten sich allerdings schon 1976 mit zunehmend paranoider Haltung. Eine Pflegschaft besteht nicht.

Ab dieser Zeit ging er dann keiner längeren Beschäftigung mehr nach, lebte zu Hause bei seiner Mutter. Es bahnte sich ein erheblicher sekundärer Alkoholismus an, der zwischenzeitlich mit zu häuslichen Spannungen und Aggressionsbereitschaft beitrug, während Herr St. ansonsten sehr aggressionsgehemmt wirkt, zu keiner eigenen Meinung steht, jeweils nur beipflichtet. Andererseits waren und sind augenscheinlich weder Herr St. noch seine Mutter nicht gewillt, die symbiotische Beziehung zu lösen. Die Mutter berichtete bei einem Aufenthalt des Sohnes, daß sie wegen ihrer Einsamkeit ihre Medikamentendosis erhöhen müsse. Herr St. pflegt seine mittlerweile körperkranke Mutter, kocht zu Hause und kauft ein. Die sozialen Kontakte nach außen sind auf ein Minimum eingeschränkt, Herr St. leidet durchaus an starken, das Alkoholproblem unterhaltenden Einsamkeitsgefühlen.

Herr St. hatte schon losere Beziehungen, in diesem Rahmen auch intime Kontakte, noch nie jedoch eine feste Partnerschaft.

#### Pat. Nr. 29

Herr R., geb. 9/68, wurde in Siegen geboren, wuchs ab dem 8. Lebensjahr in Kitzingen als jüngstes von 4 Geschwistern, auf. Der Vater ist Gerbermeister, hatte früher ein eigenes Geschäft. Die Mutter ist gelernte Verkäuferin, jetzt als Stationshilfe in einem Krankenhaus tätig. Herr R. schildert eine typische "broken home"-Situation: schon früh gab es massive Auseinandersetzungen der Eltern, die Ehe wurde 1983 geschieden. Herr R. hing sehr an seinem Vater, obwohl dieser sehr viel trank und die Familie, vor allem seine Frau tyrannisierte. Schon primärpersönlich schildert sich Herr R. als sehr zurückgezogen, oft alleine. Seine Interessen betrieb er ebenfalls meist alleine, sein Lieblingshobby Modellbau von Flugzeugen betrieb er exzessiv, wie eine Art Ersatz für Versäumtes.

Nach der Scheidung der Eltern wuchs Herr R. bei seiner Mutter auf. Die finanzielle Situation war schwierig, Mutter und Sohn sozial weitgehend isoliert. Von seiner

Mutter wurde Herr R. sehr verwöhnt, er ist ihr gegenüber aber sehr ambivalent eingestellt, empfindet die Mutter als zu nahe. Mehrfach kam es von seiner Seite zu Tätlichkeiten, andererseits schmuste er noch sehr lange mit ihr.

Er wurde in die Hauptschule eingeschult, dort zeigte sich ein massiver Knick im 6. Schuljahr. Er ließ vollkommen in seinen Leistungen nach, isolierte sich in der Klassensituation, zeigte sonderbares, anfangs nicht einordenbares Verhalten. Zweimal blieb er sitzen, Sonderschule wurde angeraten. 1982 bis 1986 suchte er dann psychotherapeutisch-heilpädagogische Behandlung in einem Würzburger Internat auf, konnte dort in seinem Sozialverhalten und den schulischen Leistungen sehr gefördert werden. Er konnte wieder auf eine reguläre Schule gehen, dort einen qualifizierten Hauptschulabschluß mit durchschnittlichen Noten machen. Er galt als höflicher, aufmerksamer, gut auffassender und fleißiger Schüler, war in Physik z.B. weit über das Niveau der Klasse begabt. Ende 1989 begann er eine Lehre als Stahlbauschlosser. Anfangs ging es ihm gut von der Hand, er war sehr interessiert. Er konnte zwar die Lehre noch absolvieren, verschlechterte sich mit der Zeit jedoch im Befinden, war zuletzt jedoch immer erschöpfter, häufig krankgeschrieben, so daß er nach der Ausbildung nicht übernommen wurde. Bei der Bundeswehr zeigten sich wieder massive Verhaltensauffälligkeiten, so daß er vorzeitig ausgemustert wurde. Mittlerweile besteht Pflegschaft.

Erstes, vorsichtiges Interesse an Mädchen hatte er mit 12 Jahren. Sexuelles Interesse hat er durchaus, seine Kontaktarmut, sein Sonderlingsstatus, schließlich auch seine Furcht vor allzugroßer Nähe verunmöglichten ihm bisher aber auch lose Beziehungen.

Pat. Nr. 30

Herr H., geb. 3/64, wuchs im ländlichen Milieu, als jüngstes von 4 Geschwistern, auf. Sein Vater war als Maschinenarbeiter beschäftigt, ist mittlerweile berentet, seine Mutter ist Hausfrau. Schon primärpersönlich schildert er sich als zurückhaltend, oft allein, dabei jedoch durchaus Kontakt findend. Als Kind wurde er ziemlich verwöhnt, war das "Nesthäkchen". Seine wesentliche Bezugsperson ist der Vater, der auch die Pflegschaft inne hat. Zuhause gibt es in letzter Zeit wegen seiner Untätigkeit öfters Spannungen.

Herr H. besuchte das Gymnasium bis zur 9. Klasse, tat sich dort recht schwer. Er galt als im unteren Normbereich intelligent. Seine Eltern waren bezüglich seiner Ausbildung durchaus ehrgeizig. Nach häufigen Versetzungsproblemen und zweimaligem Wiederholen verließ er die Schule ohne Abschluß. In diese Zeit fiel seine Ersterkrankung. Die Erkrankung führte rasch zu einem bleibenden asthenischem Syndrom und deutlicher Minderung von Kritikfähigkeit und sozialen Kontakten.

Eine berufliche Ausbildung fing Herr H. nicht an. 3 Jahre, ab 1984, ging es ihm relativ gut, so daß er durchaus erfolgreich in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten konnte. In dieser Zeit fand er auch eine recht gute Anbindung an Einrichtungen eines

SPDI's wie Kontakt- und Freizeitclub. Die Eltern hatten immer wieder Vorbehalte gegen die soziotherapeutischen Maßnahmen. 1987 kam es wieder zur deutlichen Verschlechterung des Befindens, in Richtung eines verstärkten Antriebsmangels und autistischen Rückzugs. Insgesamt war er im bisherigen Krankheitsverlauf mehr als die Hälfte der Zeit in voll- und teilstationärer Behandlung. Die erneute Anbindung an eine Werkstatt für Behinderte ist vorgesehen, Herr H. selber kann nur wenig realistische Pläne beisteuern.

Mit 21 Jahren hatte er einmal eine feste Beziehung, zu einer Frau, die er noch aus der Schulzeit kannte. Nach einem Jahr verloren die beiden sich aus den Augen. Seitdem ist Herr H. allein, lebt bei seinen Eltern in einem größeren Dorf.

Pat. Nr. 31

Herr H., geb. 4/69, wuchs im ländlichen Milieu, als ältester von 3 Brüdern, auf. Der Vater, gelernter Bergmann, arbeitet als Metallgießer, wird als dominant, dabei oft jähzornig und aggressiv beschrieben, hat ein deutliches Alkoholproblem. Die Mutter ist Hausfrau, wenig durchsetzungsfähig. Sie ist eine schlichte, aber doch herzengute Frau, wenig durchsetzungsfähig, leidet sehr an ihrer Ehe und am Umgang ihres Mannes mit dem Sohn, nahm diesen nach Kräften in Schutz. Schon lange hegt sie Scheidungsabsichten, wird diese aber kaum je realisieren. Mit der Symptomatik einer depressiven Entwicklung war auch sie schon in stationärer psychiatrischer Behandlung. Beide Eltern stehen der Krankheit ihres Sohnes recht hilflos gegenüber. Der Vater hält es für eine Ungezogenheit, die Mutter ist wesentlich verständiger, kann sich in ihren Sohn viel besser einfühlen, unterstützt weitgehend die therapeutischen Prozesse. Primärpersönlich schildert sich Herr H. als realistisch, strebsam und diszipliniert. Als Kind hatte er gute Kontakte, nach einem Umzug in eine größere Stadt tat er sich wesentlich schwerer.

Herr H. wurde in die Hauptschule eingeschult, konnte dann bei sehr guten Leistungen in die Realschule wechseln. Dort zeigt er recht passable Leistungen, hatte keine Versetzungsprobleme und konnte mit gutem Notenschnitt abschließen. Seine Intelligenz galt als überdurchschnittlich. Sein Wunsch wäre gewesen, weiterführend die Fachoberschule zu besuchen, eventuell noch zu studieren. Der Vater drängte ihn, eine Lehrausbildung anzufangen. So begann er eine Lehre zum Maschinenschlosser, tat sich in der Praxis etwas schwer, die Theorie fiel ihm dagegen leicht. Zur Ausbildung bezog er eine eigene Wohnung, erkrankte dann im Laufe des zweiten Lehrjahres erstmals, kehrte wieder in die elterliche Wohnung zurück. Auch auf Fürsprache der Mutter hin konnte er seine Ausbildung dann jedoch, sogar mit recht erfolgreichem Abschluß, im Sommer 1989 beenden. Nur einen Monat arbeitete er als Geselle, erkrankte dann erneut. Ein längerer stationärer Aufenthalt schloß sich an, eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme wurde im Sommer 1990 eingeleitet. Auch dort dekompensierte er nach 4 Monaten psychotisch. Nach dem jetzigen stationären Aufenthalt ist die Weiterführung der Maßnahme geplant. Eine zwischenzeitlich errichtete Pflegschaft konnte 1989 wieder aufgehoben werden.

Interesse an Mädchen hatte er schon, er war im Kontakt jedoch recht gehemmt, hatte noch keine feste Partnerschaft. Die Themen seiner Psychose handeln - aus einem augenscheinlichem Bedürfnisdruck heraus - von Größe, magischen Fähigkeiten bis Omnipotenz, teilweise auch von eingebildeter Freundschaft. Er konnte in der Teilremission gut artikulieren, wie schwer ihm der Abschied vom Anteil positiv gefärbter psychotischer Erfahrungen fiel.

#### Pat. Nr. 32

Herr D., geb. 10/56, wuchs mit einem älteren Bruder im ländlichen Rahmen auf. Die Eltern betrieben eine Landwirtschaft. Primärpersönlich schildert sich Herr D. als lustig, beliebt und vielseitig interessiert. Er erinnert sich an eine glückliche Kindheit in einem stabilen familiären Rahmen, der stark religiös, aber nicht zu beengend orientiert war.

Er besuchte die Hauptschule, ohne größeres Engagement, eine versuchte Versetzung auf die Realschule schlug nach kurzem fehl, er schloß schließlich mit einfachem Hauptschulabschluß ab. Sein ursprüngliches Berufsziel war Maschinenschlosser, er fand dann jedoch eine Lehrstelle als Schreiner, absolvierte diese mit etwas unterdurchschnittlichen Leistungen.

Erste, diagnostisch allerdings nicht richtungsweisende psychische Auffälligkeiten werden von seinem 14. Lebensjahr berichtet. Während seiner Bundeswehrzeit dekompenzierte er zum ersten Mal psychotisch, mit vorher von ihm nicht gekannter Aggressivität, Denkerfahrenheit und coenästhetischen Beschwerden. Es folgten weitere stationäre Aufenthalte, in etwa zweijährigem Turnus. Ein zwischenzeitlich doch deutlicher sekundärer Alkoholismus ist jetzt nicht mehr vordergründig, Zwischen den Erkrankungen remittierte er jeweils recht gut, konnte, wenn auch mit einigen verbleibenden Schwierigkeiten, seine qualifizierte Berufstätigkeit im Akkord weiterführen.

Er lebt weiterhin bei seinen Eltern, eine Ablösung ist nicht zu verzeichnen, im Gegenteil besteht eine sehr enge Beziehung. Für die Eltern bleibt Herr D. der "Bubi". Die Mutter ist auch seine Pflegerin.

Herr D. hat einen recht großen Bekanntenkreis, zeigt nur wenig sozialen Rückzug, allerdings durchaus eine gewisse Verarmung an ursprünglichen Freizeitinteressen. Als 17-Jähriger hatte er eine längere, feste Freundschaft, die durch seine Erkrankung beendet wurde. Im Anschluß nahm er eine 4-jährige Beziehung zu einer 15 Jahre älteren Frau auf, in der er eine Mutterergänzung sah. Die Beziehung wurde allerdings vor seinen Eltern geheimgehalten.

Seit 1982 hatte er nur noch kürzere Beziehungen, lernte keine Partnerinnen jeweils im Kontaktclub des SPDI's kennen. Unter seinem jetzigen Alleinsein leidet er sehr, in Zeiten der Psychose wird dies auch anklingend liebeswahnhaft ausgestaltet.

#### Pat. Nr. 33

Herr Z., geb. 10/60, wuchs in Eutin mit 4 weiteren Geschwistern auf. Der Vater ist Polizeibeamter im mittleren Dienst, die Mutter gelernte Apothekenhelferin, hat früher gearbeitet, sich dann um Haushalt und Kinder gekümmert. Primärpersönlich schildert sich Herr Z. als ruhig, zurückhaltend, dabei fleißig und stimmungsmäßig ausgeglichen, mit vielseitigen Interessen und gutem Kontakt zu anderen. Die Ehe der Eltern war spätestens seit dem 6. Lebensjahr von Herrn Z. zerrüttet. Nach vielen Szenen trennten sich die Eltern, als er 10 Jahre alt war. Im Anschluß zeigte Herr Z. noch über 4 Jahre nächtliches Einnässen. Der 2. Mann der Mutter brachte 2 Kinder mit in die Ehe, ist mittlerweile schon verstorben. Herr Z. erinnert eine ihn wenig einschränkende Erziehung der Eltern. In Hinsicht auf seine Geschwister bekam er in seiner Jugend teilweise erzieherische Aufgaben übertragen, was er zwiespältig erinnert.

Er besuchte das Gymnasium, zeigte bei durchschnittlichem Fleiß insgesamt recht gute Leistungen. Nur einmal schien die Versetzung gefährdet. 1980 machte er Abitur mit einem Notenschnitt von 2,2. Bis zur Zulassung zum Studium überbrückte er mit verschiedenen Jobs, so jeweils 4 Monate als Hilfspfleger, als Lagerist und in einem Kinderheim. Insgesamt hatte er wenig Probleme mit Arbeitsbedingungen und Kollegen. Ende 1982 konnte er dann das Studium der Psychologie in Bamberg aufnehmen. Er konnte Therapieausbildungen in AT und RET beenden, unterrichtete selbst an einer Volkshochschule. Anfangs kam er mit den Studienanforderungen gut zurecht, zog sich aber immer mehr zurück. Im Herbst 1985 erkrankte er dann erstmals mit beschimpfenden und kommentierenden Stimmen, war sehr verständig um seine Krankheit und behandlungsmotiviert. Nach der ersten stationären Behandlung waren die Stimmen zwischenzeitlich nicht ganz weg, Herr Z. konnte sich jedoch recht gut abgrenzen, im Studium auch sein Vordiplom absolvieren. Anfang 1989 nahm die Intensität der psychotischen Erlebnisse zu, Herr Z. konnte sich zunehmend schlechter konzentrieren, war besorgt, den Anweisungen der Stimmen schließlich nachgeben zu müssen. Nach einer weitgehenden Stabilisierung wurde ihm schließlich das Alleinwohnen zu viel, es wurde ihm ab November 1990 ein Platz in einer therapeutischen Wohngemeinschaft vermittelt. Auch dort verschlechterte sich sein Befinden wieder, so daß es zum insgesamt 3. stationären Aufenthalt kam. Im Studium ist er derzeit beurlaubt. Vom bisherigen Verlauf der Erkrankung läßt sich sagen, daß sich Herr Z. mittlerweile als wesentlich labiler, im Kontakt auch zurückgezogener er-lebt. Er verwendet viel Energie, gegen seine psychotischen Erlebnisse anzukämpfen, ist im Kontakt gut schwingungsfähig, intelligent und introspektionsfähig. Über das Wesen seiner Krankheit ist er - auch durch sein Studium - voll informiert. Eine situative Bindung der Symptomatik ist allerdings ersichtlich, so führen Bestrebungen, seine weitere Perspektive zu klären, bei ihm leicht zu verstärkten Ängsten, Phonemen und dysästhetischen Störungen.

Eine erste feste, 2 Jahre währende Beziehung zu einer 3 Jahre älteren Studentin hatte Herr Z. mit 16 Jahren, mit 18 Jahren eine weitere, ebenfalls 2 Jahre dauernde Bezie-

hung zu einer Gymnasiastin. Seine letzte feste Partnerschaft hatte er 1981 bis 1985, mit einer 1 Jahr jüngeren Studienkollegin. In dieser Beziehung wäre er selber zuletzt sehr zwiespältig gewesen, Herr Z. meint auch, daß er seine damalige Freundin mit seinem erstmaligen psychotischen Erleben sehr verunsichert hätte.

Pat. Nr. 34

Frau W., geb. 6/46, wuchs als jüngstes von 3 Kindern in einem größeren Dorf auf. Ihr Vater, gelernter Fahrradmechaniker, arbeitete lange Zeit als Bademeister, verstarb kürzlich. Ihre Mutter arbeitete eine Zeitlang angelernt im Büro, kümmerte sich dann um die Kinder. Sie verstarb, als Frau W. 15 Jahre alt war. Frau W. erinnert eine harmonische Kindheit, ein gutes Verhältnis zu ihren Eltern und einen guten Kontakt zu Gleichaltrigen. Ihre Hobbies hätte sie allerdings schon früher mehr alleine ausgeübt.

Sie besuchte die Hauptschule, war recht fleißig, hatte keine Versetzungsprobleme, zeigte durchschnittliche Leistungen und Schulabschluß. Im Anschluß fing sie eine Ausbildung zur Bürokauffrau an. Während der Ausbildung starb ihre Mutter, was ihr sehr zu Herzen ging. Sie unterbrach die Ausbildung kurzzeitig, da ihr die Arbeit während dieser Zeit immer schwerer von der Hand ging, konnte dann aber 1964 erfolgreich abschließen. Sie arbeitete nur kurzzeitig im erlernten Beruf, bis sie 1965 heiratete. Ihren Mann, 3 Jahre älter als sie, im gelernten Beruf des Elektrikers arbeitend, lernte sie 16-jährig kennen. 1967 kam das einzige Kind. Frau W. zog 20-jährig aus dem elterlichen Haus aus, blieb allerdings weiter der Familie sehr verbunden. Der Vater heiratete erneut, als Frau W. 24 Jahre alt war, die Stiefmutter starb schon 3 Jahre später, die Beziehung spielte für Frau W. keine große Rolle.

Sie erkrankte, mit allerdings schleichendem Einsetzen erstmals vor 10 Jahren. Zu dieser Zeit verließ der Bruder, der bis dahin bei Frau W. und ihrer Familie gewohnt hatte, die Wohnung. Über lange Zeit dominierte eine zunehmende Verarmung sozialer Beziehungen und Antriebserschwerens bei Erfüllung der häuslichen Pflichten, schließlich zeigte sich mehr und mehr paranoide Ideen, die 1988 zu einem ersten stationären Aufenthalt führten. Im damaligen zeitlichen Zusammenhang ereignete sich ein schwerer Schlaganfall des Großvaters, an dem Frau W. sehr hing. Es zeigte sich, daß Frau W. ihre asthenische und anhedonistische Symptomatik latent paranoid verarbeitet, das Schicksal des Großvaters auf ihre eigene Situation übertrug, im weiteren ihre Schwäche als von außen bewirkt erlebte. Zwischenzeitlich konnte sie ihren Aufgaben, wenn auch mit Einschränkung, wieder nachkommen. Zum jetzigen Aufenthalt kam es, nachdem sich ihr Befinden nach den Sterbefällen ihres Vaters und des Großvaters wieder deutlich verschlimmerte.

Mit ihrer jetzigen Lebenssituation ist sie nur teilweise zufrieden. Sie wohnt noch im Dorf ihrer Herkunft, ist nie über längere Zeit herausgekommen, auch kaum in Urlaubszeiten. Sie vermißt die weggegangenen und verstorbenen Familienmitglieder sehr, fühlt sich finanziell von ihrem Mann abhängig, wobei er auch die wesentlichen

Entscheidungen in der Familie trifft. Das Verhältnis zu ihm hätte sich insgesamt merklich abgekühlt, sie erlebt es als monoton und nebeneinanderher leben, man hat sich nicht viel zu sagen. Der Ehemann verbringt seine meiste Freizeit außerhalb, im Taubenzüchterverein. Er hat auch ein gewisses Alkoholproblem, hat Frau W. in der Enthemmung auch schon geschlagen. Ein Ausbrechen aus ihrer jetzigen Situation kann sie sich allerdings, auch durch die krankheitsbedingten Einbußen, nicht vorstellen.

Pat. Nr. 35

Herr G., geb. 9/59, wuchs im ländlichen Milieu, mit 4 Geschwistern auf. Der Vater war Dachdecker, verstarb 1987, es bestand bei ihm ein wesentliches Alkoholproblem, das auch zu erheblichen aggressiven Durchbrüchen in der Familie und zu mehreren stationären psychiatrischen Aufenthalten führte. Die Mutter ist als angelernte Weberin weiterhin berufstätig. Sie wird als etwas ausgeglichener erinnert, die Erziehung als streng und sehr religiös geprägt. Herr G. erinnert so keine harmonische Kindheit. Primärpersönlich beschreibt Herr G. sich als zurückhaltend und bedächtig, im Kontakt gehemmt, andererseits aber durchaus unternehmungslustig und zupackend.

Er besuchte die Hauptschule, ging vor Abschluß, angeblich auf Betreiben der Mutter, von der Schule ab. Er begann und absolvierte mit etwas unterdurchschnittlichen Leistungen - vor allem in der Theorie - eine Konditorlehre. Kurz arbeitete er als Geselle, hatte sich damals schon 3 Jahre als Zeitsoldat verpflichtet. Nach seiner Entlassung dort Mitte 1981, 6 Monate vor Vertragsende unehrenhaft nach einem Disziplinarverfahren, arbeitete er erneut in seinem erlernten Beruf. Dort kam er nur schlecht mit Arbeitsbedingungen, Kollegen und Vorgesetzten zurecht. Bei einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme 1985 bis 1986 zeigte er sich zwar behäbig, doch nicht ohne Erfolg, vor allem in der abschließenden Arbeitserprobung. Trotzdem fand er im Anschluß keine Arbeit.

Die Ersterkrankung im Sinne einer Hebephrenie läßt sich auf 1979 zurückdatieren, zu ersten stationären Aufenthalten kam es seit 1989. Ein Bruder hat die Pflegschaft inne.

Zuletzt lebte er in eigener Wohnung in einer Kleinstadt, war jedoch mit seinen Lebensumständen nicht zufrieden, konnte mit seinem wenigen Geld nicht umgehen, vereinsamte dort mehr und mehr, ließ zuletzt auch die Wohnung verwahrlosen. Er wartet jetzt auf einen Platz in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Aus der größeren Distanz heraus ist das Verhältnis zur Mutter etwas entspannter geworden.

Mit 17 Jahren hatte er eine erste Beziehung, wegen einer vermeintlichen Vaterschaft bekam er große Schwierigkeiten. Bei einer weiteren Beziehung hegte er, 22-jährig, gar Heiratsabsichten. Während seiner Rehabilitationszeit hatte er eine halbjährige Beziehung zu einer Mitrehabilitantin, im letzten Jahr noch eine weitere 3 Monate zu einer ebenfalls psychisch Erkrankten. Diese Beziehung lief recht chaotisch, die Partne-

rin wollte Kinder, schon recht bald merkte Herr G. aber, daß er und sie nicht zusammenpassten.

#### Pat. Nr. 36

Frau R., geb. 11/56, wuchs in Schweinfurt, als Nachzügler nach einem 20 Jahre älteren Bruder, praktisch als Einzelkind betagter Eltern, auf. Die häuslichen Verhältnisse waren beengt. Ihr Vater war gelernter Schmied, zuletzt berentet, starb 1987. Die Mutter ging putzen, war ansonsten Hausfrau. Der Vater war in der Erziehung recht streng, die Mutter verwöhnte sie dagegen sehr. So hatte sie zur Mutter ein innigeres Verhältnis wie zum Vater. Im Nachhinein erkannte sie, daß sie nie zur Selbstständigkeit, eher zur Anspruchshaltung erzogen wurde. Frau R. schildert sich primärpersönlich als durchaus lebenslustig und optimistisch, hatte im Kontakt nach ihrem Bekunden keine Probleme. Ihre Intelligenz ist im unteren Normbereich einzuordnen.

In der Hauptschule zeigte sie nur wenig Eifer, bot insgesamt Leistungen, wiederholte einmal. 1971 schloß sie mit mäßigen Noten ab. Im Anschluß begann sie eine Bäckerlehre, auch nur wenig motiviert, wollte eigentlich lieber gleich richtig arbeiten. Mit der strengen Chefin kam sie überhaupt nicht klar, hörte schon nach einem Monat auf. Danach hatte sie eine Lauf tätigkeit in einem Zahnlabor, war dort schlecht bezahlt, kam auch mit dem Arbeitstempo nicht mit, hörte nach 4 Wochen auf. Ein darauf folgender Versuch in einer Medikamentengroßhandlung, in der sie im Lager angelemt wurde, scheiterte nach 6 Wochen ebenso. Der Arbeitgeber war nicht mit ihr zufrieden, Frau R. fühlte sich auch selber total erschöpft. Mitte 1974 heiratete sie dann einen Mann in ihrem Alter, den sie seit 1 1/2 Jahren kannte. Die Beziehung war von Anfang an gespannt, Frau R. denkt heute darüber, daß sie damals hätte umsichtiger sein sollen. Zu der Zeit hoffte sie aber, die Beziehung würde sich noch bessern. Ihre Mutter hatte über diese Zeit eigentlich ein besseres Verhältnis zum Schwiegersohn wie Frau R. selber, war gegen die Scheidung, die dann nach 1 1/2 Jahren stattfand. Frau R. erinnert sich nicht gern an diese Zeit, wurde in der Folgezeit nach ihrem Bekunden wesentlich vorsichtiger in ihrer Beziehung zu Männern, ließ sich nicht mehr auf eine feste Beziehung ein, hatte zwischenzeitlich nur mehr kurze, lose Partnerschaften.

Frau R. erkrankte erstmals im Sommer 1983 mit Vergiftungsängste und wahninduzierten Tätlichkeiten. Bei der damaligen Krankheitsuneinsichtigkeit wurde eine Pflugschaft errichtet, die vor einiger Zeit bei jetzt wesentlich verbesserter Compliance aufgehoben werden konnte. In der Folgezeit kam es im etwa jährlichen Abstand zu erneuten Erkrankungen, kompliziert durch einen nicht unerheblichen sekundären Alkoholismus. Ende 1984 wurde ihr eine berufliche Rehabilitation nahegelegt, was sie damals ablehnte. Ende 1986 wurde ihr ein Platz in der Lebenshilfe vermittelt, dort fühlte sie sich aber vollkommen fehl am Platz. In der Folge erreichte sie ein wesentlich besseres Verständnis für ihre Defizite, konnte Ende 1987 schließlich in eine berufliche Rehabilitation vermittelt werden. Diese verlief sehr erfolgreich, zwar nicht in dem Sinne, daß sie beruflich hätte Fuß fassen können, aber Frau R. lernte Selbstständigkeit und für sich selber zu sorgen, konnte im Frühjahr 1990 eine eigene

Wohnung in Schweinfurt beziehen. Dadurch wurde sie ein gutes Stück selbstbewußter. Trotz der positiven Wendung erlebt sie ihre Selbstständigkeit zwiespältig, läuft sie durch ihre weitgehende soziale Isolation sehr Gefahr der Vereinsamung, des sich erneut zuspitzenden Alkoholkonsums. Die Mutter entwickelte mittlerweile ein deutliches Altersparanoid, bringt mehr und mehr ihrer Sachen in die Wohnung der Tochter, das zwischenzeitlich gebesserte Verhältnis wird wieder enger und gespannter.

#### Pat. Nr. 37

Herr L., geb. 4/56, wuchs in Schweinfurt, als älterer zweier Brüder, auf. Sein Vater war städtischer Angestellter der Stadt, ist mittlerweile berentet, die Mutter ging bis zur Kindererziehung putzen. Die Eltern waren religiös gebunden, erzogen ihre Kinder jedoch liberal. Wesentlicher Bezug war früher die Mutter, während Herr L. mit seinem Vater nicht gut auskam. Primärpersönlich wird Herr L. als aktiv, hilfsbereit, etwas still, aber mit gutem Kontakt geschildert.

Herr L. besuchte die Realschule, zeigte bis zur 9. Klasse durchschnittliche Leistungen, kam dann mit Drogen in Kontakt, sank in seinen Leistungen deutlich ab, bekam Versetzungsprobleme und wiederholte eine Klasse, ging dann mit Hauptschulabschluß von der Schule ab. 2 Jahre arbeitete er in einer metallverarbeitenden Firma, in angelernter Tätigkeit im Akkord. Die Arbeit wurde ihm mehr und mehr zuviel.

Er fing sich dann allerdings wieder, auch in Hinsicht auf die Drogenproblematik, machte 1975 bis 1977 auf einer Hauswirtschaftsschule die mittlere Reife nach, absolvierte dann Anfang 1981 erfolgreich eine Ausbildung zum Krankenpfleger. Im Anschluß ging er - um einer Einberufung zuvorzukommen - nach Berlin, arbeitete dort 1 1/2 Jahre auf einer Intensivstation, erkrankte dann Ende 1982 erstmals. Im Vorfeld war er in der großen Stadt zunehmend vereinsamt, nicht mehr zurecht gekommen. Er kehrte zu seinen Eltern zurück, nahm Anfang 1984 an einer Trainingsmaßnahme des Arbeitsamtes teil, wurde schließlich im Krankenhaus bis Anfang 1985 übernommen, kam dort gut zurecht. Anfang 1985 fand er eine andere ABM-Stelle, erkrankte Ende 1985 aber erneut, verlor seine Stelle. Danach konnte er beruflich keinen Tritt mehr fassen, hatte 1986 noch einmal für ein paar Monate eine teilzeitige Handlangertätigkeit, war ansonsten arbeitslos, lebt jetzt von Arbeitslosenhilfe und Zuwendungen der Eltern. Das Verhältnis zu den Eltern hat sich mittlerweile deutlich gewandelt. Herr L. beweist zu Hause nur sehr wenig Initiative, ist sozial weitgehend isoliert, hat einen deutlichen Interessenverlust, bemüht sich nicht um Arbeit. Diesbezüglich muß er heftige Vorwürfe der Mutter einstecken, während der Vater sich mehr heraushält. Herr L. leidet unter seiner Vereinsamung und weitgehenden finanziellen Abhängigkeit von den Eltern.

Eine zwischendurch errichtete Pflugschaft konnte mittlerweile wieder aufgehoben werden. Eine 1990 eingeleitete berufliche Rehabilitationsmaßnahme brach er nach kurzer Zeit ab. Geplant ist jetzt eine stundenweise Beschäftigung als Altenpfleger.



Mit 19 Jahren hatte Herr L. einmal eine längere, feste Beziehung über 2 Jahre. Ansonsten blieb er ohne festen Partner.

#### Pat. Nr. 38

Herr S., geb. 9/53, wuchs in einem größeren Dorf als Einzelkind auf, lebt auch heute wieder dort. Sein leiblicher Vater war amerikanischer Soldat, ging bald in die USA zurück. Herr S. lernte ihn nie kennen. Seine Mutter heiratete dann einen gelernten Wagner, der mittlerweile gestorben ist. Sie übte zwischenzeitlich Putztätigkeiten aus. Primärpersönlich schildert Herr S. sich als recht offen, mit gutem Kontakt.

Er besuchte die Hauptschule, hatte keine Versetzungsprobleme, schloß mit durchschnittlichen Noten ab. 1968 begann er eine Lehre als Kfz-Mechaniker, kam mit der dreckigen Arbeit und dem herrischen Lehrherrn nicht aus, wechselte zu einer finanziell lukrativeren Hilfsarbeitertätigkeit in einer größeren Firma. Dort blieb er 1 Jahr.

Mittlerweile hatte sich sein Drogenproblem immer mehr zugespitzt. Mit 16 Jahren machte er Bekanntschaft mit Drogen, mit 17 Jahren konsumierte er Heroin. Er beging Diebstähle, wurde 1970 inhaftiert, ging danach auf Wanderschaft, bei weiterbestehendem Drogenproblem. Mehrere erfolglose Entgiftungen und Entwöhnungsbehandlungen in verschiedenen Kliniken folgten bis Anfang 1977, 1972/73 war er wegen seiner Delikte nochmals in Haft.

Zwischenzeitlich konnte er beruflich wieder etwas Fuß fassen, arbeitete so 1976 ein Jahr im Straßenbau, 1978 ein Jahr in Akkord und Wechselschicht, 1981 noch einmal als Gemeindegärtner 9 Monate. Mitte 1977 erkrankte er erstmals mit typischen Erstangstsymptomen. Anfang 1982 verschlechterte sich sein Befinden deutlich. Es kam zu immer häufigeren und längeren Hospitalisationen, so daß er ein Großteil seiner letzten Jahre in stationärer Behandlung zubrachte. Im Verlauf seiner Erkrankung kam er von harten Drogen ab, konsumierte dafür reichlich Alkohol, stieg zwischenzeitlich auch auf Tavor und Akineton um.

Herr S. lebt jetzt in gesunden Intervallen bei seiner Mutter, ist im Dorf recht isoliert, gar stigmatisiert. Er steht spät auf, geht mit seinen Hunden spazieren, geht dann seiner Mutter etwas zur Hand. Er hat ein deutliches Antriebsdefizit, ist kaum über längere Zeit ganz frei von Phobien. Wiedererkrankungen zeigen sich mit ungerichteten, stärksten Ängsten, coenästhetischen Beschwerden und Beziehungssetzungen. Es besteht Pflegschaft seit 1979, die Compliance ist mittlerweile jedoch deutlich verbessert.

Eine berufliche Reintegration oder durchgreifende Änderung seiner Lebensumstände ist kaum mehr zu erwarten. Herr S. hat sich damit abgefunden, bedauert aber zwi- schendurch seine eingeschränkte Lebensperspektive, träumt dann vergangenen Zeiten nach. Mit seiner Mutter hat er ein im Großen und Ganzen recht gutes Auskommen gefunden, nur in Zeiten der beginnenden Psychose oder verstärkten Alkoholmiß-

brauchs kommt es zu Auseinandersetzungen. Sie ist seine einzige Bezugsperson, die beiden haben ein recht enges Verhältnis.

Erste lose Beziehungen hatte Herr S. mit 16 Jahren, eine erste feste, allerdings nur 6 Monate währende Beziehung zu einer 1 Jahr älteren Arbeiterin 1978. Kurzzeitig hörte er mit Heroin auf, konnte aber letztendlich doch nicht von den Drogen lassen. Die Beziehung ging dann auf Druck der Eltern der Freundin auseinander. 1983 hatte er noch einmal eine lose Beziehung, zu einer gleichaltrigen gelernten Arzthelferin, die ebenfalls an einer schizophrenen Psychose erkrankt ist. Die Beziehung blieb unverbindlich, nach einem halben Jahr verloren sich die beiden aus den Augen. Seitdem ist Herr S. ohne Partnerschaft.

#### Pat. Nr. 39

Frau C., geb. 1/58, wuchs als 3. von 5 Kindern im ländlichen Milieu auf. Der Vater ist gelernter Kraftfahrer, leitet jetzt mit seiner Frau ein Tierheim. Früher gab es zwar Rangeleien zwischen den Eltern, Frau C. erinnert aber an insgesamt gutes Auskommen zu Hause. Primärpersönlich schildert sie sich als recht zurückhaltend und still, voller Komplexe.

Nach Abschluß der Hauptschule - mit durchschnittlichen Noten, wobei sie sich im Lernen eher schwer tat - begann sie eine Lehre zur Fotolaborantin, ihrem Wunschberuf. Sie ging diese Ausbildung recht motiviert an, beendete mit durchschnittlichen Noten. Im Anschluß arbeitete sie im gleichen Betrieb noch ein Jahr, bis zur ersten Schwangerschaft. Den beruflichen Wiedereinstieg versuchte sie 1986 mit einer Teilzeittätigkeit als Putzkraft in einem Altenheim, gab die Stelle 1987 wegen erneuter Schwangerschaft wieder auf. Eine nochmalige Tätigkeit, als angelernte vollzeitige Kraft mit Akkord und Wechselschicht in einer Polsterfirma mußte sie wegen zunehmender Erschöpfung beenden.

Ihren späteren Mann lernte sie mit 15 Jahren kennen, er war ihre erste und einzige Beziehung, sie heiratete mit 19 Jahren. Vom Elternhaus her war sie in dieser Hinsicht sehr behütet. Die Erkrankung begann schleichend, etwa 1984. Das Paar lebte sich zunehmend auseinander, die Patientin zog sich mehr und mehr zurück, vernachlässigte teilweise Wohnung und Kindererziehung sehr, wobei die Situation nach der Scheidung Anfang 1990 eskalierte: Frau C. war, trotz Unterstützung ihres geschiedenen Mannes und der Eltern tief verschuldet, konnte auch Wohnung und Kinder nicht mehr adäquat versorgen, verweigerte den Kontakt zu Behörden. Die Frage des Sorgerechts ist noch offen, es steht jedoch zu erwarten, daß die 3 Kinder dem geschiedenen Ehemann zugesprochen werden.

In der Arbeitstherapie arbeitet Frau C. zuverlässig, es ist ersichtlich, daß sie sich über strukturierte Tätigkeit stabilisieren kann, andererseits wenig Eigeninitiative und Freizeitinteressen hat. Derzeit hat sie in der kleinen Stadt, in der sie allein in eigener Wohnung lebt, keine Freunde und nur wenige soziale Kontakte, besucht gelegentlich

den Kontaktclub des SPDI. Ihren Wunsch, wieder in den erlernten Beruf einzusteigen, betrachtet sie selber aufgrund ihres langen Aussetzens kritisch. Es erscheint auch angesichts der krankheitsbedingten Einbußen kaum realisierbar. Es besteht Pflegerschaft.

#### Pat. Nr. 40

Frau L., geb. 3/57, wuchs im ländlichen Milieu, mit 2 älteren und einem jüngeren Bruder auf. Ihr Vater war Arbeiter, suizidierte sich 1968. Ihre Mutter führte den Haushalt, half früher in der Nebenerwerbslandwirtschaft, geht jetzt noch teilzeitig als Küchenhilfe arbeiten. Frau L. erinnert eine strenge und religiös gebundene Erziehung ihrer Eltern. Schon primärpersönlich schildert sie sich als sehr zurückgezogen, sehr gehemmt im Kontakt mit anderen.

Sie besuchte die Hauptschule, tat sich insgesamt nicht leicht, erreichte aber den Abschluß mit mittleren Leistungen. 1973 starb ihre Großmutter, die für sie ein sehr wichtiger Bezug war. Im Anschluß wurden erstmals deutliche Auffälligkeiten im Sinne einer blanden Psychose beschrieben.

Frau L. arbeitete nach der Schule 2 Monate in einem Haushalt, Anfang 1974 dann noch 2 Monate in einer Fabrik, im Akkord als angelernte Kraft. Dort kam sie mit dem Arbeitstempo nicht zurecht.

Bezüglich der folgenden Jahre erinnert Frau L. selber, daß es zu Hause - allein mit ihrer Mutter - viel Streitereien und Vorhaltungen seitens der Mutter gegeben hätte. Sie fühlte sich zu krank zu einer regelmäßigen Beschäftigung, verspürte einen starken Antriebsmangel, war sehr unzufrieden mit ihrer Lebenssituation, ohne aber selber einen Ausweg zu wissen.

Anläßlich eines ersten stationären Aufenthalts Mitte 1982, zu dem es wegen zunehmender Versunkenheit und Parathymie im Sinne autistischen Rückzugs kam, wurde ihr ein Platz in einer Behindertenwerkstatt vermittelt. Dort arbeitete sie seit Anfang 1983, bis heute. Sie fühlt sich im beschützten Milieu sehr wohl und geborgen, gilt auch in der Arbeitsleistung wie auch im sozialen Verhalten als teilweise vorbildlich. Frau L. selber ist über diese Wende in ihrem Leben sehr zufrieden. Eine Pflegerschaft besteht nicht.

Frau L. hatte wohl schon losere Beziehungen, noch nie aber eine feste Partnerschaft. Im elterlichen Milieu wurde sie sehr "unter Verschuß" gehalten, so durfte sie lange keine Disco besuchen.

Sie hat eine Ablösung von zu Hause nie vollziehen können, eine solche steht auch nicht in Aussicht. Ihre Mutter muß ihr in manchem des täglichen Lebens helfen. Sie wirkt insgesamt auch sehr dominant, die beiden haben aber jetzt ein deutlich besseres Auskommen. Frau L. kann gegenüber ihrer Mutter aufgrund einer doch erreichten

gewissen inneren und äußeren Unabhängigkeit wieder unbefangener sein. Trotzdem macht sie sich Sorgen, was mit ihr sein wird, wenn die Mutter einmal gestorben ist.

#### Pat. Nr. 41

Frau M., geb. 11/51, wuchs im ländlichen Milieu auf. Der leibliche Vater war Arbeiter, die Mutter half in der Landwirtschaft mit. Frau M. war das 4. von 8 Kindern, kam - angeblich wegen finanzieller Überlastung der Eltern - schon als 2 jährige zu Pflegeeltern. Zu ihren leiblichen Eltern entwickelte sie nie ein richtiges Verhältnis, auch gegenüber ihren Geschwistern ist sie recht reserviert. Sie ist in der Rolle des "Aschenputtels" in der Familie. Primärpersönlich schildert sie sich als introvertiert, empfindsam, sehr still, verschlossen und kontaktgehemmt.

Sie erinnert sich gern an die Zeit bei ihren Pflegeeltern, an eine religiös geprägte und liebevolle Erziehung. Als diese starben, blieb Frau M. weiter bei deren Tochter wohnen. Zwischen dieser und der Herkunftsfamilie ergaben sich harte Auseinandersetzungen, mit dem Vorwurf, daß Frau M. im Zuge einer Tbc, die sie durchmachte, vernachlässigt worden wäre. So nahm Frau M. Mitte der 80er eine eigene Wohnung.

Sie besuchte die Hauptschule, zeigte durchschnittliche Leistungen, schloß dann mit sehr guten Noten ab. Ihren ursprünglichen Berufswunsch MTA konnte sie nicht verwirklichen, stattdessen ging sie auf eine Hauswirtschaftsschule, arbeitete knapp 2 Jahre in einem Haushalt. 1968 begann sie in einem Altenheim als angelernte Pflegehelferin zu arbeiten, kam mit der Arbeit gut zurecht, bis Anfang 1983 eine Tbc festgestellt wurde. Nach der Ausheilung zeigten sich Ende 1983 erstmals psychische Auffälligkeiten. Wie zu späteren Erkrankungen war Frau M. ängstlich-gespannt, teilweise stuporös, schloß sich ein und verweigerte jede Nahrungsaufnahme. Im Anschluß an den ersten stationären Aufenthalt nahm sie ihre Arbeit auf ausdrücklichen eigenen Wunsch nicht mehr als Pflegehelferin, sondern als Stationshilfe auf, weil sie sich nicht mehr so belastbar fühlte, selber einen Knick bemerkte. So ist sie heute noch beschäftigt, Ihre Arbeitsleistung wird geschätzt, allerdings wurde Frau M. im Laufe der Jahre doch immer unselbstständiger, konnte und kann dies aber durch eine Arbeitskollegin ausgleichen, mit der sie sich gut versteht. Die beiden bilden ein richtiges Team, die Arbeitskollegin nimmt Frau M. quasi "an die Hand" und motiviert sie. Eine sehr realistische Sorge von Frau M. ist derzeit, was aus ihr wird, wenn die Kollegin im Herbst des Jahres in Rente geht. Sie fürchtet, sich dann dort wegen ihrer nur geringen Flexibilität nicht mehr behaupten zu können. Andererseits war ihr die Arbeit immer wesentlicher Lebensinhalt und Möglichkeit zu strukturierten sozialen Kontakten, die sie außerhalb der Arbeit kaum aufbauen und behaupten kann.

Sie lebt derzeit allein in eigener Wohnung. Die Verwandten kümmern sich, aber es besteht besagtes gespanntes Verhältnis. Ein Bruder, zugleich Hausarzt von Frau M., ist als Pfleger eingesetzt. Teilweise entstand der Eindruck der deutlichen situativen Gebundenheit der psychischen Symptomatik: Ihr hartnäckiges Schweigen und die Nahrungsverweigerung bei vermeintlich stuporösem Bild zu Hause, das im stationären

Aufenthalt jeweils recht rasch abklang hat doch deutlichen Ausdruckscharakter, setzt die Angehörigen gehörig unter Druck und könnte auch gar als "späte Rachezüge" von Frau M. interpretiert werden.

Erste lose, auch intime, allerdings kurze Beziehungen hatte Frau M. erst mit 23 Jahren, feste Partnerschaften ergaben sich noch nicht.

#### Pat. Nr. 42

Herr K., geb. 6/65, wuchs im ländlichen Milieu auf. mit 2 weiteren Brüdern. Sein Vater arbeitet als gelernter Elektriker, seine Mutter ist Hausfrau. Primärpersönlich schildert er sich als sehr ruhig und zurückhaltend, mit trotzdem guten Kontakt zu Gleichaltrigen. Er erinnert bis zu seinem 14. Lebensjahr eine warme familiäre Atmosphäre, kam gut mit seinen Eltern aus. Im Anschluß kam es zu Drogen- und Alkoholmißbrauch, die familiären Auseinandersetzungen nahmen zu. In diesem Zuge interessierte er sich auch kaum mehr für die Schule, erbrachte nur im Sport gute, ansonsten mäßige Leistungen. Er konnte dennoch die Hauptschule, aber mit unterdurchschnittlichen Noten und ohne qualifizierten Abschluß beenden.

1980 begann er eine Lehre zum Kfz-Mechaniker, bemühte sich im theoretischen Teil kaum, erbrachte praktisch aber recht passable Leistungen, beendete die Lehre 1983 erfolgreich, wenn auch erst nach Fürsprache der Eltern. Seine Erkrankung, vordergründig mit Auffälligkeiten in Verhalten und Ausdruck, auch Parathymie und Gedankenabreißen, begann schleichend spätestens 1982. Nach seiner Lehre entschloß er sich, zum Altenpfleger umzuschulen, begann im Herbst 1984 ein Vorpraktikum, wurde nach einem halben Jahr jedoch erneut psychotisch, nach einer Trennung von der damaligen Partnerin. Mitte 1985 bis Ende 1986 arbeitete er auf einer Baustelle, in angelernter Tätigkeit, wurde erneut psychotisch, bezog zunehmend Vorgänge seiner Umgebung auf sich, fühlte sich zunehmend beeinträchtigt und verfolgt. Ab 1987 fand er für die nächsten 3 Jahre jeweils Zeitverträge als Gemeindearbeiter, kam mit der Arbeit insgesamt auch gut zurecht, ebenso bei einer erneuten Tätigkeit auf einer Baustelle 1990.

Nach den bisherigen Aufenthalten 1985, 1987, 1989 und 1991 setzte er jeweils die Medikamente rasch ab, konnte aus seinen bisherigen Erfahrungen keine Lehren ziehen. Er wohnt weiterhin bei den Eltern, das Zusammenleben gestaltet sich sehr schwierig, ohne medikamentösen Schutz läßt er kaum jemand an sich heran, läßt sich nichts sagen, sein Zimmer ist unbeheizt und absolut durcheinander.

Mit 15/16 Jahren machte er erste Erfahrungen in festeren Beziehungen. Ebenfalls aus einer Schulbekanntschaft ergab sich 17-jährig eine weitere Beziehung, die ein halbes Jahr hielt. Eine 4 Jahre ältere Frau lernte er im Altenheim kennen. Herr K. war zunehmend eifersüchtig, auch machte die Freundin erheblichen Druck wegen seines Drogenmißbrauchs. Ebenfalls nur ein halbes Jahr hielt eine weitere, lose Beziehung zu

einer 12 Jahre älteren Frau, als Herr K. 25 Jahre alt war. Auch hier wurde er bald wieder eifersüchtig, trennte sich schließlich.

Mit der Zeit wurde Herr K. doch aufgeschlossener gegenüber der Behandlung, konnte auch besser Medikamenteneffekte an sich einordnen, erwägte auch die Durchführung rehabilitativer Maßnahmen. Es besteht eine Pfllegschaft.

#### Pat. Nr. 43

Herr B., geb. 12/63: Er wuchs bis zum 3. Lebensjahr bei der Großmutter auf, dann bei der leiblichen Mutter, bis der Großmutter in seinem 5. Lebensjahr, nach einer Initiative des Jugendamts, endgültig die Sorge für ihn zugesprochen wurde. Die elterlichen Verhältnisse waren extrem schwierig, der leibliche Vater, ein Gastwirt, trennte sich früh, die Mutter hatte in der Folge rasch wechselnde Beziehungen. Sie heiratete erneut, einen gelernten Koch. Der Stiefvater kümmerte sich um Herrn B. kaum, mißhandelte ihn zeitweilig. Die Mutter verleugnete zeitweilig ihren Sohn. So wird berichtet, daß sie ihn einmal in Hamburg bei einem Bekannten mit den Worten "das ist nicht meine Sohn!" ließ.

Bis zum 21. Lebensjahr blieb Herr B. bei seiner Großmutter, genoß dort Nestwärme, wengleich auch eine recht strenge, einengende Erziehung. Die Großmutter war seine wesentliche Bezugsperson, dort konnte er nach eigenem Bekunden teilweise emotional Versäumtes nachholen.

Die Hauptschule konnte er mit recht guten Noten abschließen. In der Schule war er, wie später auch, oft für sich alleine. Seinen Berufswunsch Maurer konnte er in der Berufsakademie angehen, er bekam dann jedoch keinen weiterführenden Ausbildungsbetrieb. Die praktische Ausbildung fiel ihm nicht schwer, im Gegensatz zum theoretischen Teil.

Immer wieder von längerer Arbeitslosigkeit unterbrochen, arbeitete er 1981 bis 1987 mehrfach in einer Konservenfabrik, in angelernter Arbeit, auch einmal als Gemeindearbeiter. Er hatte wachsende körperliche Beschwerden aufgrund eines diagnostizierten M. Scheuermann. Nach seiner Ersterkrankung 1988 fand er keine reguläre Anstellung mehr.

Derzeit bezieht er Arbeitslosengeld, wohnt mit einem älteren Bekannten in seinem Heimatdorf, zwar in der Nähe seiner Familie, aber ohne wesentlichen Kontakt.

Sein wesentlicher Bezug ist sein älterer, körperbehinderter Mitbewohner, dem er in der kleinen Landwirtschaft zur Hand geht. Unter seinen Lebensumständen, vor allem seiner Arbeitslosigkeit, leidet Herr B. sehr, entwickelt selber andererseits nur wenig Initiative, läßt sich diesbezüglich auch nur wenig raten.

Interesse für Frauen entwickelte er spät, auch hatte er nur einmal, in seinem 21. Lebensjahr eine einmonatige Beziehung, deren Beginn und Ende ausschließlich von der Partnerin ausging.

Pat. Nr. 44

Frau B., geb. 6/47, wuchs in Oberschlesien, kam 11-jährig mit ihren Eltern nach Schweinfurt, wuchs dort auf. Sie erinnert eine sehr strenge und bevormundende, stark religiös geprägte Erziehung. Ihr Vater war Maschinenbauingenieur, arbeitete bis zu seiner Pensionierung in diesem Beruf, ist mittlerweile verstorben. Er wird als Choleraer, der die Familie tyrannisierte, beschrieben. Die Mutter versuchte oft, zu vermitteln, konnte sich gegen ihren Mann überhaupt nicht durchsetzen. Frau B. kam mit ihrer Mutter etwas besser wie mit dem Vater aus. Die Schilderungen ihrer Jugendzeit sind widersprüchlich: einerseits galt sie als schwierig, introvertiert und ungesellig, zum anderen war sie sportlich vielseitig interessiert, Mitglied in verschiedenen Freizeit- und Sportvereinen. Einige Zeit war sie in einem Internat.

Frau B. besuchte die Hauptschule, hatte anfangs arge Sprachschwierigkeiten, erbrachte trotz Fleiß nur mäßige Leistungen, schloß dann die Schule ohne Versetzungsprobleme, aber mit schlechten Noten ab. Sie begann eine Krankenschwesterausbildung, brach dann nach knapp 2 Jahren ab, nachdem sie nach einer Vergewaltigung schwanger war. 1966 begann sie in der Verwaltung einer größeren Firma zu arbeiten, zwar ohne Ausbildung, aber doch in verantwortungsvoller Tätigkeit, erst als Kontoristin, dann als EDV-Sachbearbeiterin. Sie kam bis 1973 mit ihrer Arbeit gut zurecht, fand auch Anerkennung bei Kollegen und Vorgesetzten. Herbst 1973 erkrankte sie erstmals. Zu dieser Zeit hatte sie sich in der Firma in die Auslandsabteilung versetzen lassen. Dort waren die Verdienste besser, allerdings kam Frau B. mit den Kollegen dort gar nicht zurecht, wurde wegen ihrer fehlenden Berufsausbildung geringgeschätzt. Sie fühlte sich zunehmend unwohl, sank in ihrer Arbeitsleistung ab. Zu ersten stationären Behandlungen kam es ab 1974. Sie wollte eigentlich weiterarbeiten, ging dann aber doch in Frührente.

An ihre ersten Erfahrungen mit Beziehungen erinnert sich Frau B. mit ungern. Mit 8 Jahren wurde sie von einem entfernten Verwandten sexuell genötigt. Sie hatte als Jugendliche rasch wechselnde Beziehungen zu Jungen und auch Mädchen, zu denen sie sich schon früh hingezogen fühlte. Eine erste feste Beziehung hatte sie mit 14 Jahren. Mit 18 Jahren, nach einer Vergewaltigung, wurde sie schwanger.

1969 lernte schließlich einen gelernten Dreher in ihrem Alter kennen, heiratete ihn 1971, verließ die elterliche Wohnung. Schon nach einem halben Jahr ließ sich Frau B. wieder scheiden. Der Ehemann hatte eine kriminelle Vergangenheit, zog Frau B. selber mit herein. Zwischenzeitlich lebte sie wieder bei den Eltern, ab 1973 in einer Eigentumswohnung allein.

Seit 1976 hat sie eine feste Partnerschaft zu einer Frau, die als Erzieherin arbeitet, lebt mit ihr seither zusammen. Bis Mitte der 80er gab es immer wieder erhebliche Spannungen, sowohl mit der Lebensgefährtin, so daß häufiger eine Trennung erwogen wurde, als auch mit dem Sohn, der eine Zeitlang der Partnerschaft seiner Mutter sehr ablehnend gegenüber stand und sich lösen wollte, 1977 auch einmal einen Suizidversuch beging.

Seit einiger Zeit haben sich die Lebensumstände von Frau B. beruhigt. Sie, bei der früher sehr aggressive und theatralische Züge beschrieben wurden, änderte sich im Wesen, wurde zwar labiler und entscheidungsunfreudiger, dabei aber im Umgang wesentlich anlehnungsbedürftiger und verbindlicher. Sie fügte sich in ihr Lebensschicksal, sorgt in der Partnerschaft mittlerweile für den Haushalt und die nötigen Behördengänge, während ihre Lebensgefährtin arbeiten geht. Seit 1987 hat das Paar getrennte Schlafzimmer, verspürt Frau B. kein sexuelles Interesse mehr. Es ist ein mehr freundschaftliches Verhältnis, in dem die Lebensgefährtin, als Mensch sehr verbindlich und sozial verpflichtet, etwas depressiv strukturiert, in manchem die Rolle eines Haushaltsvorstandes, partiell auch eine elterliche Funktion übernommen hat. So sorgt sich Frau B. durchaus, was werden würde, wenn sie auf sich allein gestellt wäre.

Die Mutter von Frau B. lebt mittlerweile in einem Altenheim, ist selber an einer schizophrenen Psychose erkrankt. Zeitlebens konnte sie ihrer Tochter nie die Möglichkeit einer lesbischen Beziehung einräumen.

Als lesbisches Paar haben die beiden Frauen durchaus mit Vorurteilen der Umgebung zu kämpfen, sie treten deswegen nach außen als Cousinen in Erscheinung. Das Verhältnis zum Sohn hat sich mit seiner räumlichen Distanzierung wieder deutlich entspannt. Scherzhaft meint Frau B., daß ihr Sohn sich bei Gelegenheit gerne von seinen zwei Müttern versorgen läßt.

Hintergrund der jetzigen stationären Aufnahme war ein sich seit Anfang letzten Jahres zuspitzender Konflikt mit den Nachbarn und deren Sohn. Die beiden Frauen führen ein eher stilles, etwas zurückgezogenes Leben, litten sehr unter dem lautstarken Sohn der Nachbarn, erfuhren bei dessen Eltern nur Uneinsichtigkeit und schroffe Abgrenzung, entschlossen sich deswegen, sich ein Haus in einem Dorf zu kaufen und herzurichten. Dieser bevorstehende Wechsel, auch die Unruhe in ihrem Leben durch Handwerker, die notwendigen Renovierungen ließen bei Frau B. erneut eine starke prodromale Angst aufkommen, dann akustische Halluzinationen. Schließlich wußte sie nicht mehr ein noch aus, beging einen schweren medikamentösen Suizidversuch.

Pat. Nr. 45

Herr W., geb. 3/56, wuchs in einem Dorf als Einzelkind auf. Der Vater ist gelernter Buchbinder, war zuletzt als Lagerleiter tätig, ist mittlerweile berentet. Er wird als schlicht, selbstbezogen und einzelgängerisch beschrieben. Bis heute kann er die Erkrankung seines Sohnes nicht wahrnehmen. Jahrelang bagatellierte er das Befinden

des Sohnes, unterlief auch nach 1986, nachdem es zu ersten Tätlichkeiten kam, sämtliche therapeutischen Anstrengungen, nahm so z.B seinen Sohn vorzeitig aus stationärer Behandlung, führte mehrere Beschwerden gegen die errichtete Pflugschaft. Die Mutter ist redegewaltig, dominant und affektiert im Umgang. Bei Besuchen während stationärer Aufenthalte redet sie pausenlos auf Herrn W. ein, macht ihm Vorhaltungen. Herr W. muckt dann nicht auf, wendet sich dann kommentarlos ab, worüber die Mutter höchst erstaunt und verärgert ist. Immerhin registriert sie die Auffälligkeiten des Sohnes im Sinne einer schleichend verlaufenden Erkrankung mit starker Residualsymptomatik und zwischenzeitlichen paranoiden Ideen der Größe und des vermeintlichen Geliebtwerdens, sie erscheint jedoch weiterhin in der Beziehung zu ihrem Sohn sehr verstrickt, möchte ihn zwar nicht mehr aufnehmen, beeinflusst ihren Mann allerdings in dieser Richtung nicht. Herr W. selber meint, immer in Abhängigkeit gehalten worden zu sein, nie Schritte in die Selbstständigkeit gelernt zu haben. Er leidet unter diesem Defizit, bemüht sich jedoch selber nicht, flüchtet lieber in eine recht unrealistische Einschätzung seiner Perspektive und in latent vorhandene, durchaus einer Wunscherfüllung in der Phantasie entsprechende Ideen. Zum Vater hat er ein insgesamt eindeutig schlechtes, zur Mutter ein zwiespältiges Verhältnis, möchte andererseits ihre Verwöhnung nicht missen.

Er besuchte die Hauptschule, hatte einmal Versetzungsprobleme, zeigte ansonsten durchschnittliche Leistungen, schaffte 1971 den qualifizierten Hauptschulabschluss. Eine Ausbildung im kaufmännischen Bereich brach ernach wenigen Wochen ab, arbeitete danach 3 Jahre angelehnt im kaufmännischen Bereich, hatte schon dort Schwierigkeiten beim Durchhalten, Motivationsschwankungen, die nachträglich eindeutig einer neurotischen Fehlentwicklung oder einer schon beginnenden schleichenden Psychose nicht mehr zugeordnet werden können. Ab 1975 wurde er noch inkonstanter im Arbeitsverhalten, arbeitete mit immer längeren Unterbrechungen in verschiedenen Firmen als Lagerist, 1975 für 2 Jahre, 1977 ein halbes Jahr, 1978 4 Monate, ab 1979 dann noch einmal 2 Jahre als Hilfskraft im Schrotthandel. Ab 1981 zeigte sich eine deutliche soziale Auffälligkeit, Herr W. ging überhaupt nicht mehr zur Arbeit, verließ die elterliche Wohnung kaum, lebte in den Tag hinein. Einen letzten Arbeitsversuch 1983, für knapp 2 Jahre, angelehnt im kaufmännischen Bereich konnte Herr W. ebenfalls nicht durchhalten, kam mit den Kollegen und den Arbeitsbedingungen nicht mehr klar. Mittlerweile ist Rente beantragt.

1986 kam es - induziert durch eine paranoide Verfolgungs- und Beeinträchtigungsthematik - zu ersten Tätlichkeiten gegen die Eltern. Auf Betreiben des Gesundheitsamtes erfolgte die erste stationäre Einweisung sowie die Errichtung einer Pflugschaft. Die Eltern erschienen als Pfleger nicht geeignet. Erneute stationäre Aufenthalte mit gleichem thematischem Hintergrund ergaben sich 1988, 1989 und schließlich 1991. Der Übergang von einer Lebenssituation mit weitgehend fehlenden Außenkontakten, subjektiv ohne Perspektive der Ablösung vom Elternhaus, Flucht in eine Traumwelt der Wunschbefriedigung über paranoide Thematik mit Beeinträchtigung einerseits, Größe andererseits bis hin zur Tätlichkeit im engen familiären Rahmen erscheint lebensgeschichtlich nicht ohne Sinn.

Herr W. hatte zwar schon früh Interesse an Mädchen, außer anfänglichen kurzen, losen Beziehungen noch in der Schulzeit ergaben sich allerdings keine Partnerschaften. Herr W. sieht dies auch im Zusammenhang mit einer diesbezüglich strengen Einstellung der Eltern.

#### 4.2 Zusammenfassung

Die obenstehenden Biographien seien nun zu einigen charakteristischen Prägnanztypen sozialer Ausgänge zusammengefasst:

Die Tabelle 137 gibt eine Übersicht.

Prägnanztypen sozialer Ausgänge	Männer	Frauen
in selbstgegründeter Familie bzw. Partnerschaft lebend, mit Perspektive einer Tätigkeit	0	7
allein lebend, mit Perspektive einer Tätigkeit	6	4
allein lebend, ohne Perspektive einer Tätigkeit	3	2
bei Eltern bzw. Herkunftsfamilie lebend, mit Perspektive einer Tätigkeit	4	3
bei Eltern bzw. Herkunftsfamilie lebend, ohne Perspektive einer Tätigkeit	11	2
entwurzelt	2	1

Tab. 137

In der sozial am besten integrierten Gruppe, die mit Partner/Familie zusammenleben und die Perspektive einer Tätigkeit (Beruf, Haushalt, Reha; aktuell oder in Aussicht) haben, finden sich 7 Frauen (Pat. Nr. 2, 4, 5, 14, 20, 34, 44), aber kein Mann. Die Tätigkeit ist allerdings nur bei einer Frau (Pat. Nr. 14) außenorientiert, im Sinne von Berufstätigkeit, alle anderen kümmern sich um den Haushalt.

des Sohnes, unterlief auch nach 1986, nachdem es zu ersten Tötlichkeiten kam, sämtliche therapeutischen Anstrengungen, nahm so z.B seinen Sohn vorzeitig aus stationärer Behandlung, führte mehrere Beschwerden gegen die errichtete Pflugschaft. Die Mutter ist redewaltig, dominant und affektiert im Umgang. Bei Besuchen während stationärer Aufenthalte redet sie pausenlos auf Herrn W. ein, macht ihm Vorhaltungen. Herr W. muckt dann nicht auf, wendet sich dann kommentarlos ab, worüber die Mutter höchst erstaunt und verärgert ist. Immerhin registriert sie die Auffälligkeiten des Sohnes im Sinne einer schleichend verlaufenden Erkrankung mit starker Residualsymptomatik und zwischenzeitlichen paranoiden Ideen der Größe und des vermeintlichen Geliebtwerdens, sie erscheint jedoch weiterhin in der Beziehung zu ihrem Sohn sehr verstrickt, möchte ihn zwar nicht mehr aufnehmen, beeinflusst ihren Mann allerdings in dieser Richtung nicht. Herr W. selber meint, immer in Abhängigkeit gehalten worden zu sein, nie Schritte in die Selbstständigkeit gelernt zu haben. Er leidet unter diesem Defizit, bemüht sich jedoch selber nicht, flüchtet lieber in eine recht unrealistische Einschätzung seiner Perspektive und in latent vorhandene, durchaus einer Wunscherfüllung in der Phantasie entsprechende Ideen. Zum Vater hat er ein insgesamt eindeutig schlechtes, zur Mutter ein zwiespältiges Verhältnis, möchte andererseits ihre Verwöhnung nicht missen.

Er besuchte die Hauptschule, hatte einmal Versetzungsprobleme, zeigte ansonsten durchschnittliche Leistungen, schaffte 1971 den qualifizierten Hauptschulabschluss. Eine Ausbildung im kaufmännischen Bereich brach er nach wenigen Wochen ab, arbeitete danach 3 Jahre angelernt im kaufmännischen Bereich, hatte schon dort Schwierigkeiten beim Durchhalten, Motivationsschwankungen, die nachträglich eindeutig einer neurotischen Fehlentwicklung oder einer schon beginnenden schleichenden Psychose nicht mehr zugeordnet werden können. Ab 1975 wurde er noch inkonstanter im Arbeitsverhalten, arbeitete mit immer längeren Unterbrechungen in verschiedenen Firmen als Lagerist, 1975 für 2 Jahre, 1977 ein halbes Jahr, 1978 4 Monate, ab 1979 dann noch einmal 2 Jahre als Hilfskraft im Schrotthandel. Ab 1981 zeigte sich eine deutliche soziale Auffälligkeit, Herr W. ging überhaupt nicht mehr zur Arbeit, verließ die elterliche Wohnung kaum, lebte in den Tag hinein. Einen letzten Arbeitsversuch 1983, für knapp 2 Jahre, angelernt im kaufmännischen Bereich konnte Herr W. ebenfalls nicht durchhalten, kam mit den Kollegen und den Arbeitsbedingungen nicht mehr klar. Mittlerweile ist Rente beantragt.

1986 kam es - induziert durch eine paranoide Verfolgungs- und Beeinträchtigungsthematik - zu ersten Tötlichkeiten gegen die Eltern. Auf Betreiben des Gesundheitsamtes erfolgte die erste stationäre Einweisung sowie die Errichtung einer Pflugschaft. Die Eltern erschienen als Pfleger nicht geeignet. Erneute stationäre Aufenthalte mit gleichem thematischem Hintergrund ergaben sich 1988, 1989 und schließlich 1991. Der Übergang von einer Lebenssituation mit weitgehend fehlenden Außenkontakten, subjektiv ohne Perspektive der Ablösung vom Elternhaus, Flucht in eine Traumwelt der Wunschbefriedigung über paranoide Thematik mit Beeinträchtigung einerseits, Größe andererseits bis hin zur Tötlichkeit im engen familiären Rahmen erscheint lebensgeschichtlich nicht ohne Sinn.

Herr W. hatte zwar schon früh Interesse an Mädchen, außer anfänglichen kurzen, losen Beziehungen noch in der Schulzeit ergaben sich allerdings keine Partnerschaften. Herr W. sieht dies auch im Zusammenhang mit einer diesbezüglich strengen Einstellung der Eltern.

#### 4.2 Zusammenfassung

Die obenstehenden Biographien seien nun zu einigen charakteristischen Prägnanztypen sozialer Ausgänge zusammengefasst:

Die Tabelle 137 gibt eine Übersicht.

Prägnanztypen sozialer Ausgänge	Männer	Frauen
in selbstgegründeter Familie bzw. Partnerschaft lebend, mit Perspektive einer Tätigkeit	0	7
allein lebend, mit Perspektive einer Tätigkeit	6	4
allein lebend, ohne Perspektive einer Tätigkeit	3	2
bei Eltern bzw. Herkunftsfamilie lebend, mit Perspektive einer Tätigkeit	4	3
bei Eltern bzw. Herkunftsfamilie lebend, ohne Perspektive einer Tätigkeit	11	2
entwurzelt	2	1

Tab. 137

In der sozial am besten integrierten Gruppe, die mit Partner/Familie zusammenleben und die Perspektive einer Tätigkeit (Beruf, Haushalt, Reha; aktuell oder in Aussicht) haben, finden sich 7 Frauen (Pat. Nr. 2, 4, 5, 14, 20, 34, 44), aber kein Mann. Die Tätigkeit ist allerdings nur bei einer Frau (Pat. Nr. 14) außenorientiert, im Sinne von Berufstätigkeit, alle anderen kümmern sich um den Haushalt.

Patienten in Partnerschaft und ohne Tätigkeit finden sich nicht.

Allein leben 15 Patienten, davon mit Perspektive 6 Männer (Pat. Nr. 11, 13, 17, 18, 33, 35) und 4 Frauen (Pat. Nr. 3, 24, 39, 41), ohne Perspektive 3 Männer (Pat. Nr. 25, 26, 43) und 2 Frauen (Pat. Nr. 19, 36).

Bei den Eltern oder Herkunftsfamilie leben 20 Patienten, davon mit Perspektive 4 Männer (Pat. Nr. 27, 31, 32, 42) und 3 Frauen (Pat. Nr. 12, 23, 40), ohne Perspektive 11 Männer (Pat. Nr. 7, 9, 10, 15, 22, 28, 29, 30, 37, 38, 45) und 2 Frauen (Pat. Nr. 6, 8).

Zwei Männer (Pat. Nr. 1, 21) und eine Frau (Pat. Nr. 16) scheinen längerfristig enturzelt im Sinne von Wohnung und Beruf.

Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich also bei den Gruppen "mit Partner, mit Perspektive" zugunsten der Frauen und "bei Eltern, ohne Perspektive" zuungunsten der Männer im Sinne der sozialen Anpassung.

## 5 abschließende Zusammenfassung und Diskussion

Im folgenden seien die wichtigsten Ergebnisse der Studie vor dem Hintergrund der schon einleitend aufgeworfenen Fragen noch einmal zusammenfassend referiert:

**Lassen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Krankheitsindizes und sozialer Anpassung für ein konsekutiv in ein psychiatrisches Krankenhaus der Regelversorgung aufgenommenes Kollektiv Schizophrener aufzeigen? Finden sich Unterschiede der Studienteilnehmer zu -ablehnern und Kollektiven der Volkszählung?**

Studienteilnehmer und -ablehner unterschieden sich in Krankheits- und wichtigen psychosozialen Faktoren mit Ausnahme eines höheren Alters und einer längeren Erkrankungsdauer sowie einer stärkeren Migration der Ablehner in kleinere und weniger dicht besiedelte Orte nicht. Jeweils zwei Drittel wohnen - verglichen mit Kindheit und Jugend - in ähnlichen Ortsgrößen und -dichten.

Im Vergleich zu den bayerischen und bundesdeutschen Vergleichsdaten der Volkszählung 1987, die allerdings andere Altersintervalle aufwiesen, zeigte sich bei schizophrenen Männern ein erstaunlich hohes Ausmaß von Reaschul- und Gymnasialbildung, ferner weniger Berufstätigkeit und massiv größere Ehelosigkeit. Schizophrene Frauen wiesen ein zu Lasten der Mittelschule höheres Ausmaß an absolvierter Hauptschule auf. Das höhere Ausmaß an Berufstätigkeit im bayerisch/bundesdeutschen Vergleich erstaunt. Die Anzahl der Verheirateten ist geringer, aber nicht massiv erniedrigt wie bei den Männern. Über beide Geschlechter

zeigt sich eine Betonung von Dreipersonenhaushalten (häufig bei den Eltern), zu Lasten von Haushalten mit fünf und mehr Personen.

Die Männer der Untersuchung zeigten raschere Wiederaufnahme und längere Hospitalisation im Lauf der Erkrankung, die Frauen waren älter und später erkrankt. Sonstige Krankheitsindizes, insbesondere Ausmaß von Negativsymptomatik zeigten keine Unterschiede der Geschlechter.

Das Phänomen der sozialen Anpassung Schizophrener in der prä- und postmorbiden Phase erweist sich bei der verwendeten Untersuchungsmethode als hochkomplex, eben "vielgestaltig wie das Leben selbst".

Im früheren familiären Milieu zeigen sich keine Unterschiede der Geschlechter. Frauen verfolgten in Kindheit und Jugend ihre Interessen häufiger allein. Sonstige Unterschiede im früheren Gruppenverhalten zeigten sich nicht. Männer zeigten früher Interesse am anderen Geschlecht. Unterschiede im Zeitpunkt erster und fester Beziehungen sowie erster und fester Sexualität zeigten sich nicht. In begonnener und beendeter Schulbildung errechneten sich keine Signifikanzen, ebensowenig im Bereich von Schulengagement und -leistung. Männer begannen häufiger Studien, Frauen häufiger keine berufliche Ausbildung. Ausbildungsengagement und -leistung zeigten keine Unterschiede, ebensowenig wie erreichter Abschluß beruflicher Ausbildung. Die untersuchten Männer erreichten das berufliche Niveau ihrer Väter nicht, die Frauen überstiegen das ihrer Mütter eindeutig. Entgegen der Erwartung zeigten sich somit in dem ländlichen Einzugsgebiet in schulisch beruflicher Hinsicht keine Nachteile der Frauen.

In der derzeitigen Lebenssituation zeigte sich das höchste Ausmaß von Abhängigkeit und Unzufriedenheit im Bereich des Geldverdienens und der finanziellen Entscheidungen. Eine relativ geringe Zuständigkeit für Haushaltangelegenheiten zeigte sich bei Männern. Das derzeitige Gruppenverhalten wies keine Unterschiede der Geschlechter auf.

In der Entwicklung vom früheren zum derzeitigen Gruppenverhalten zeigte sich ein eindeutiger Zuwachs an Einsamkeitsgefühlen, Kontaktschwierigkeiten, Passivität in Gruppen und Interessenausübung allein. Die Gruppe von Patienten ohne engen Freunde/Vertraute nahm deutlich zu.

Definiert man Tätigkeit nicht nur als Beschäftigung im Sinne eines unterschriebenen Arbeitsvertrags, sondern auch z.B. als hauptverantwortliche Versorgung des Haushalts, und unterteilt die Patienten grob in Gruppen allein/mit Partner/bei Eltern wohnend und mit/ohne Perspektive, sammeln sich die Männer in der Gruppe "bei Eltern/ohne Perspektive", der Frauen in der Gruppe "mit Partner, mit Perspektive", zeigt sich also auch hier eine eindeutig bessere soziale Anpassung schizophrener Frauen.

**Wie gestalten sich Beruf und Privatleben schizophrener Erkrankter in einer Längsschnittbetrachtung, welchen Raum nehmen in den einzelnen Jahren vor und nach Erkrankung und im Vergleich der Geschlechter die verschiedenen Arten von Tätigkeit und Partnerschaft ein, gibt es dabei inhaltliche Veränderungen?**

In einer Längsschnittbetrachtung der Berufstätigkeiten imponierte prä-morbid ein anfangs erhebliches, im weiteren abnehmendes Ausmaß beruflicher Ausbildung, ein Auftreten qualifizierter Tätigkeit ab dem 3. Jahr nach Schulabschluß, ein Zuwachs unqualifizierter Arbeit, auch Beschäftigungslosigkeit im Lauf der Jahre. Männer zeigten protrahierte, v.a. universitäre Ausbildung, unterschieden sich ansonsten von Frauen nicht.

Die Betrachtung post-morbider Berufstätigkeit zeigte qualifizierte und unqualifizierte Arbeit in einem zwar konstanten, aber recht geringem Ausmaß. Noch geringer erschienen das Ausmaß von beruflicher Ausbildung und Rehabilitation. Die Beschäftigungslosigkeit erwies sich als im Lauf der Erkrankung zunehmend. Wie in der prä-morbiden Phase zeigten Männer mehr und längere Ausbildungsbestrebungen, auch hier wieder - in der Regel schließlich abgebrochene - Studiengänge. Sonstige Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten sich nicht.

Das Auskommen mit Lohn, Kollegen und Vorgesetzten verschlechterte sich von prä- zu post-morbid eindeutig. Das Auskommen mit den Arbeitsbedingungen beschrieben Männern deutlicher verschlechtert als Frauen. Die psychische Erkrankung, hier als akute Symptomatik schien insgesamt in mindestens einem Viertel der Berufstätigkeiten ausschlaggebend für die jeweilige Beendigung. Prä-morbid standen bei Männern überdurchschnittlich häufig reguläre Abschlüsse wie Ausbildungsende oder Zeitvertrag, bei Frauen überdurchschnittlich häufig familiäre Gründe wie Heirat oder Schwangerschaften am Ende der Tätigkeiten.

Die Berufstätigkeiten waren prä-morbid länger als post-morbid. Die durchschnittlich längsten Tätigkeiten fanden sich bei Frauen prä-morbid, die kürzesten bei Frauen post-morbid. Frauen erlitten somit nach der Erkrankung deutlichere Einbrüche in der Länge der einzelnen Tätigkeiten.

Die höchsten Einkommen zeigten sich bei Männern post-morbid. Demgegenüber fielen Frauen prä- und post-morbid hochsignifikant ab.

In einer Längsschnittbetrachtung der Partnerschaften zeigten sich im Laufe der prä-morbiden Phase ein zunehmendes Ausmaß an Heirat bei abnehmender Partnerlosigkeit. Feste Beziehungen zeigten ein über die Jahre konstantes Ausmaß, lose Beziehungen spielten eine nur geringe Rolle. Frauen zeigten sich früher und häufiger verheiratet und entsprechend weniger partnerlos als Männer. Bei festen und losen Beziehungen zeigten sich keine Unterschiede der Geschlechter.

Post-morbid zeigten sich Heirat und feste Beziehungen in einem konstanten, aber recht geringem Ausmaß. Lose Beziehungen spielten eine sehr geringe Rolle. Auch hier

waren Frauen über die Jahre häufiger verheiratet, entsprechend seltener partnerlos als Männer. Bei festen und losen Beziehungen zeigten sich keine Unterschiede der Geschlechter.

Aktuell hatten Frauen eindeutig mehr bestehende Partnerschaften. Diese wurden mehrheitlich als dauerhaft eingeschätzt. Die Zufriedenheit war insgesamt begrenzt, es ergaben sich Hinweise für einen nur geringen Stellenwert von Sexualität. Eindeutig häufiger traten Frauen Elternschaft an.

Männer hatten prä- und post-morbid eine geringere Anzahl von Beziehungen als Frauen. Die längsten Beziehungen fanden sich bei Frauen prä-morbid, die kürzesten bei Männern post-morbid. Die relativ ältesten Partner wählten Frauen prä-morbid, die relativ jüngsten Partner Männer prä-morbid. Post-morbid verwischten sich die Unterschiede. Die post-morbid gewählten Partner unterschieden sich von den prä-morbiden durch geringere Schulbildung, weniger universitäre Ausbildung, weniger qualifizierte Arbeit. Besonders drastisch erschienen dabei die Unterschiede schulisch-beruflicher Ausbildung der Partnerinnen bei Männern.

Sowohl bei prä- als auch post-morbiden Partnern fanden sich in gut fünf Prozent Alkohol- und Drogenprobleme. Unter den prä-morbiden Partnern fanden sich keine psychotisch Erkrankten, unter post-morbiden Partnern aber in mindestens einem knappen Fünftel. In dieser Analyse aller über drei Monate währenden Beziehungen, also auch fester und loser, fanden sich somit eindeutige Hinweise auf "assortative mating".

**Welche Rolle spielen (frühe) Suchtproblematik und broken-home-Konstellation für die weitere soziale Anpassung?**

Bei einem Drittel der untersuchten Patienten fanden sich Abhängigkeitsprobleme. Sowohl bei genereller Suchtproblematik als auch bei früher Drogenverfälschung überwogen Männer.

Patienten mit Abhängigkeitsproblematik schilderten eine geringere religiöse Bindung ihrer Herkunftsfamilie, hatten mehr Versetzungsprobleme und Klassenwiederholungen. Das frühere Gruppenverhalten zeigte keine Auffälligkeiten gegenüber der restlichen Gruppe. Die beruflichen Ausbildungen wurden mit subjektiv geringerem Engagement angegangen.

Bei einer knappen Hälfte der untersuchten Patienten fanden sich Hinweise für erhebliche Störungen in der Herkunftsfamilie. Eine verstärkte Suchtproblematik zeigte sich bei diesen Patienten aus "broken-home"-Familien nicht, sie erinnerten aber eine strengere Erziehung und ein schlechteres Auskommen mit den Eltern. Im früheren Gruppenverhalten zeigten sich gegenüber der Vergleichsgruppe keine Auffälligkeiten. Das schulische Engagement zeigte weniger Extreme, die Leistungen wurden sogar als besser geschildert. In der beruflichen Ausbildung zeigten sich keine Unterschiede.



**Welche Richtungen zeigen sich in der Selbstwahrnehmung früher und jetzt im Vergleich zu einer Referenzgruppe? Finden sich innerhalb der Gruppe schizophrener Erkrankter Zusammenhänge zwischen sozialen Defiziten und verstärkter Negativattribution?**

Eine für die Durchführung der Eigenschaftswortliste aus Pflegekräften des BKH Werneck gebildete Referenzgruppe zeigte eine Betonung jüngerer Frauen und relativ älterer Männer. Einscheidende Lebensereignisse zeigten sich allerdings über die Alters- und Geschlechtsgruppen gleichverteilt.

Patienten schilderten gegenüber der Referenzgruppe in Kindheit und Jugend ein höheres Ausmaß an Desaktivität und Angst/Deprimiertheit. In der jetzigen Situation und in der Betrachtung der Veränderung seit Kindheit/Jugend wiesen die Patienten in allen Bereichen außer "emotionaler Gereiztheit" die stärksten Ausprägungen einer negativen Selbstbildes auf. Bezüglich "allgemeiner Desaktivität", "allgemeinem Wohlbefinden", "emotionaler Gereiztheit" und "Angst/Deprimiertheit" unterschieden sich Patienten von Mitgliedern der Referenzgruppe mit mehreren einschneidenden Lebensereignissen in letzter Zeit nicht.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern fanden sich in der Selbstbeschreibung der Patienten nicht.

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Lebenssituation und Selbstwahrnehmung der jeweiligen Epoche zeigen sich stärkere Negativattribution im Zusammenhang mit nichtbegonnener beruflicher Ausbildung, fehlenden engen Freunden in Kindheit und Jugend, damals schlechter Akzeptanz, geringer Durchsetzungsfähigkeit, Interessenausübung allein und späten ersten Erfahrungen mit Beziehungen.

Im Bereich der Bewältigungsstrategien fand sich "mit anderen sprechen" im Zusammenhang mit stärkerer Positivattribution, "Hilflosigkeit" im Zusammenhang mit stärkerer Negativattribution.

Im derzeitigen Gruppenverhalten fanden sich keine Zusammenhänge der Selbstschilderung mit fehlenden engen Freunden, starken Einsamkeitsgefühlen und Interessenausübung allein. Stark wirkten sich dagegen schlechter Kontakt, Akzeptanz und Durchsetzungsfähigkeit sowie passiver Stellung in Gruppen aus.

In der aktuellen Lebenssituation wirkte sich Abhängigkeit von finanziellen Entscheidungen anderer stärker negativ aus als fehlender eigener Verdienst. Bei Patienten, die in einem Beschäftigungsverhältnis standen, zeigte sich - als Ausdruck der bestehenden sozialen Auseinandersetzung - ein höheres Ausmaß an emotionaler Gereiztheit und Angst/Deprimiertheit.

Eine stärkere Negativattribution zeigte sich schließlich bei Patienten, die Medikamente nicht als hilfreich erleben konnten. Subjektive Effekte von Gesprächen zeigten sich erstaunlicherweise ohne Zusammenhang mit der Ausprägung des Selbstbildes.

**Wie ist das Ausmaß und der subjektive Erfolg von Bewältigungsstrategien, wie werden Behandlung und Nebenwirkungen erlebt?**

Zwei Drittel der Patienten profitierten von Gesprächen. Drei Viertel empfanden (neuroleptische) Medikation als hilfreich, die Hälfte davon konnte spezifisch antipsychotische Effekte beschreiben. Von Gesprächen konnten eher jüngere Patienten und solche mit geringerer Affektverflachung, Alogie und Aufmerksamkeitsstörung profitieren. Ältere und später Erkrankte profitierten mehr von Medikamenten. Etwa die Hälfte der Patienten beschrieben extrapyramidale, etwa je ein Viertel vegetative und sedierende Nebenwirkungen neuroleptischer Medikation.

Bei den untersuchten Patienten fand sich ein erhebliches Ausmaß an Bewältigungsstrategien, sowohl im Bereich von Innen- als auch Außenwendung. Als relativ wenig hilfreich, im Sinne eines "unvermeidlichen Übels", wurden Strategien wie "dagegen ankämpfen" und "Hilflosigkeit" empfunden.

Insgesamt ergab sich der Eindruck einer recht differenzierten Sicht der Patienten von Bewältigungsstrategien, Behandlungswirkungen und -nebenwirkungen.

**wie verlässlich erscheinen die Angaben Schizophrener in den einzelnen Bereichen sozialer Anpassung?**

Insgesamt imponierten drei Viertel der Angaben der Patienten als verlässlich oder sehr verlässlich. Überdurchschnittlich verlässlich erschienen die Angaben in den Bereichen "Schule" und "Status der Eltern", unterdurchschnittlich in den Bereichen "Gruppenverhalten in Kindheit und Jugend" und "Gruppenverhalten derzeit".

Die Annahme einer geringeren Verlässlichkeit bei affektiv belastenderen Themen ließ sich somit bestätigen.

Als wichtigste Ergebnisse lassen sich festhalten:

Es zeigte sich ein postmorbid eindeutig besserer Ausgang schizophrener Erkrankungen bei Frauen, sowohl hinsichtlich Berufstätigkeit, Partnerschaft, der sozialen Gesamtsituation, als auch Krankheitsindizes. Prämorbid fielen Frauen in der schulisch-beruflichen Qualifikation - entgegen der Erwartung in einem ländlichen Einzugsgebiet gegenüber Männern nicht ab. Einem eher traditionellen Rollenverständnis schien hingegen die prämorbid frühere und häufigere Heirat

schizophrener Frauen zu entsprechen. Erwähnenswert ist das hohe Ausmaß psychischer Störungen bei postmorbiden Partnern, im Sinne von "assortative mating".

Die Studie zeigt die Sensibilität schizophrener Patienten im Sinne einer negativen Selbstbeschreibung im Zusammenhang mit einzelnen Aspekten sozialer Defizite. Eine teilweise Überlappung negativer Selbstbeschreibung zeigte sich zu einer Gruppe der Referenzgruppe mit mehreren einschneidenden Lebensereignissen. Patienten in bestehender Berufstätigkeit beschrieben sich negativer, wohl als Ausdruck der stattfindenden sozialen Auseinandersetzung.

Das Ausmaß von Suchtproblematik, inklusive früher Drogenerfahrungen und "broken-home"-Konstellation erwies sich als beachtlich. Konsequenzen für die schulisch-berufliche Ausbildung sowie das Gruppenverhalten ergaben sich aber nicht.

Es zeigte sich eine insgesamt differenzierte Wahrnehmung von Behandlungseffekten und Nebenwirkungen sowie ein erhebliches Ausmaß von aktiven und passiven Bewältigungsversuchen der Erkrankung.

Die Angaben zur sozialen Anpassung wirkten - soweit prüfbar - in einem hohen Ausmaß verlässlich, allerdings in Abhängigkeit zur affektiven Belastung der Themen.

## 6 Literaturverzeichnis

**Alanen Y O, Kinnunen P (1975):** marriage and the development of schizophrenia: a study of 30 married couples after one spouse had fallen ill with schizophrenia during the marriage; the Consensus Rorschach reflecting the dynamics. *Psychiatry* 38: 346-365

**Andreasen N C (1982):** negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 39: 784-794

**Andreasen N C (1984):** scale for the assessment of negative symptoms. Unveröffentlichtes Manual

**Andreasen N C (1990):** Positive and negative symptoms: historical and conceptual aspects; in: Schizophrenia: positive and negative symptoms and syndromes. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* Vol. 24, 1-42

**Angermeyer M C, Classen D, Majcher-Angermeyer A, Hofmann J (1985):** Stigmatisierung psychisch Kranker: Stadt versus Land. *Psychotherapie und medizinische Psychologie* 35: 99-103

**Angermeyer M C, Lammers R (1986):** das soziale Netzwerk schizophrener Kranker. *Zeitschrift für klinische Psychopathologie und Psychotherapie* 34: 100-118

**Angermeyer M C (1989):** geschlechtsabhängige Variationen im Verlauf schizophrener Krankheit. Eine Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 57: 257-266

**Angermeyer M C, Grottker D (1990):** kommt es bei schizophrenen Psychosen zur Umkehr geschlechtsspezifischen Rollenverhaltens? - Ergebnisse einer explorativen Studie. *Psychiat Prax* 17: 85-90

**Angst J, Isele R, Scharfetter C, Scheidegger P (1985):** zur präorbiden Persönlichkeit Schizophrener. *Schw Arch Neurol Neuroch Psychiat* 136: 45-53

**Bleuler M (1972):** die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart

- Böker W, Brenner H** (1983): Selbstheilungsversuche Schizophrener: psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt* 54: 578-589
- Böker W, Brenner H** (1984): über Selbstheilungsversuche Schizophrener. *Schw Arch Neurol Neuroch Psychiat* 135: 123-133
- Buddeberg C, Kesselring V** (1978): Ehen Schizophrener - Struktur und Dynamik. *Psychiat Prax* 5: 118-126
- Carr V, Katsikitis M** (1987): illness behaviour and schizophrenia. *Psychiatric Medicine* 5: 163-170
- Carr V** (1988): patient's techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *Br J Med Psychol* 61: 339-352
- Ciampi L, Müller C** (1976): Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestic Langzeituntersuchung bis ins Senium. Springer Berlin, Heidelberg, New York
- Ciampi L** (1980): ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? - Argumente und Gegenargumente. *Fortschr Neurol Psychiat* 48: 237-248
- Cohen C I, Berk L A** (1985): personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hosp Comm Psychiat* 36: 407-410
- Crotty P, Kulys R** (1986): are schizophrenics a burden to their families? Significant others' views. *Health Social Work* 173-188
- Dauwalder H P, Ciampi L, Aebi E, Hubschmid T** (1984): ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* 55: 257-264
- Dworkin R H** (1990): patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology. *Am J Psychiatry* 147: 347-349

- Erlenmeyer-Kimling L, Nicol S, Rainer J D, Deming W E** (1969): changes in fertility rates of schizophrenic patients in New York State. *Am J Psychiatr* 125: 916-927
- Essen-Moller E** (1935): Untersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken. *Acta Psychiatr Neurol* 8: 1-314
- Fowler R C, Tsuang M T** (1975): spouses of schizophrenics: a blind comparative study. *Compreh Psychiat* 16: 339-342
- Friedman S, Harrison G** (1984): sexual histories, attitudes, and behavior of schizophrenic and "normal" women. *Arch Sex Behav* 13: 555-567
- Fritsch W** (1976): die prämorbid Persönlichkeit der Schizophrenen in der Literatur der letzten hundert Jahre. *Fortschr Neurol Psychiat* 44: 323-372
- Gittelmann-Klein R, Klein D F** (1969): premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia. *J Psychiat Res* 7: 35-53
- Glazer W, Prusoff B, John K, Williams D** (1981): depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis* 168: 712-717
- Glazer W, Sholomskas D, Williams D, Weissman M** (1982): chronic schizophrenics in the community: are they able to report their social adjustment? *Amer J Orthopsychiat* 52: 166-171
- Goldberg E M, Morrison S L** (1963): Schizophrenia and social class. *Br J Psychiat* 109: 785-802
- Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A** (1991): Schizophrenie und Lebensalter. *Nervenarzt* 62: 536-548
- Hagnell O, Kreitman N** (1974): mental illness in married pairs in a total population. *Br J Psychiat* 125: 293-302
- Hell D** (1982): the spouses of depressive and schizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nervenkr* 232: 167-178

- Hilger T, Propping P, Haverkamp F** (1983): is there an increase of reproductive rates in schizophrenics? *Arch Psychiatr Nervenkr* 233: 177-186
- Hirsch S R** (1979): Eltern als Verursacher der Schizophrenie: der wissenschaftliche Stand einer Theorie. *Nervenarzt* 50: 337-345
- Hirschberg W** (1985): social isolation among schizophrenic out-patients. *Soc Psychiatry* 20: 171-178
- Huber G, Gross G, Schüttler R** (1979): Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer Berlin, Heidelberg, New York
- Huber G** (1987): Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte, 4. Auflage. Schattauer, Stuttgart, New York
- Isele R, Merz J, Malzacher M, Angst J** (1985): social disability in schizophrenia: the controlled prospective Burghölzli study. *Arch Psychiatr Nervenkr* 234: 348-356
- Janke W, Debus G** (1978): die Eigenschaftswortliste EWL. Eine mehrdimensionale Methode zur Beschreibung von Aspekten des Befindens. Handanweisung. Verlag für Psychologie, Göttingen, Toronto, Zürich
- Kallmann F J** (1938): the genetics of schizophrenia: a study of heredity and reproduction in the families of 1.087 schizophrenics. Augustin Publ., New York
- Lange H** (1981): Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilversuche bei Schizophrenen. *Fortschr Neurol Psychiat* 49: 275-285
- Lipton F R, Cohen C I, Fischer E, Katz S E** (1981): Schizophrenia: a network crisis. *Schizophrenia Bull* 7: 144-151
- Lyketos G C, Sakka P, Mailis A** (1983): the sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *Br J Psychiat* 143: 376-382
- McCreadie R G, Affleck J W, McKenzie Y, Robinson A D** (1987): a comparison of scales for assessing rehabilitation patients: *Br J Psychiatry* 151: 520-522

- Mueser K T, Bellack A S, Morrison R L, Wixted J T** (1990): social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *J Psychiat Res* 24: 51-63
- Munk-Jorgensen P** (1987): first-admission rates and marital status of schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 76: 210-216
- Nestoros J N, Lehmann H E, Ban T A** (1981): sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Arch Sex Behav* 10: 421-442
- Philipps L** (1953): case history data and prognosis in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 117: 515
- Raboch J** (1984): the sexual development and life of female schizophrenic patients. *Arch Sex Behav* 13, 341-349
- Reich J, Thompson W D** (1985): marital status of schizophrenic and alcoholic patients. *J Nerv Ment Dis* 173: 499-502
- Schmidt C W, Tölle R** (1977): Familienkonstellationen von psychisch Kranken. Ergebnisse und Methoden statistischer Untersuchungen der Familiengröße, Geburtenfolge und Geschwisterposition. *Fortschr Neurol Psychiat* 45: 20-52
- Schubart C, Krumm B, Biehl H, Schwarz R** (1986): measurement of social disability in a schizophrenic patient group: definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patient on recent onset: *Soc Psychiatry* 21: 1-9
- Siegel S, Castellan N J** (1988): nonparametric statistics for the behavioral sciences. 2. Auflage. McGraw-Hill Book Company
- Singh M M, Kay S R, Pitman R K** (1981): aggression control and structuring of social relations among recently admitted schizophrenics. *Psychiatr Res* 5: 157-169
- Strauss J S, Carpenter W T** (1972): the prediction of outcome in schizophrenia: part I and II. *Arch Gen Psychiat* 27: 739-746

**Thurm I, Haefner H** (1987): perceived vulnerability, relapse risk and coping in schizophrenia: an explorative study. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 237: 46-53

**Ullmann L, Giovannoni J M** (1964): the development of a self-report measure of the process-reactive continuum. *J Nerv Ment Dis* 138: 38

**Weissman M, Bothwell S** (1976): assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 33: 1111-1115

**Wilson P W, Larson D B, Meier P D** (1983): religious life of schizophrenics. *Southern Medical Journal* 76: 1096-1100

**Wittman M P** (1941): a scale for measuring prognosis in schizophrenic patients. *Elgin State Hospital Papers* 4: 20

## 7 Widmung und Danksagung

*Meiner Frau Almut,*

*meinen Eltern Christian und Elfi*

Danken möchte ich an dieser Stelle Herrn Dr. med. Osterheider, Oberarzt der Tages- und Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg, der mir in den Phasen der Konzeption, Durchführung und Auswertung der Arbeit mit vielen hilfreichen Anregungen zur Seite stand, ferner Herrn Dr. med. Schottky, Chefarzt des Bezirkskrankenhauses Schloß Werneck, der mir die Durchführung der Studie an seinem Haus ermöglichte.

Sehr verbunden fühle ich mich den ehemaligen Kollegen und sonstigen Mitarbeitern des Bezirkskrankenhauses Schloß Werneck, ohne deren Mitarbeit bei der Rekrutierung und Besprechung der Patienten die Studie nicht möglich gewesen wäre.

Mein herzlicher Dank gilt auch den Pflegekräften des Hauses, die durch das Ausfüllen der EWL 60-S als Referenzgruppe zum Gelingen der Arbeit mit beitrugen.

Schließlich gilt mein besonderer Dank und meine Anteilnahme den untersuchten Patienten des Bezirkskrankenhauses Schloß Werneck, die bereit waren, Einblick zu geben in ihr teilweise schweres Lebensschicksal und verzweifeltes Ringen um einen Platz in der Gesellschaft.

## 8 Lebenslauf

Name: Thomas Brotzler

Geburtsdatum: 22.12.61

Geburtsort: Bergisch-Gladbach

Eltern: Christian Brotzler, Dipl.-Kfm.,  
Elfriede Brotzler, geb. Marx, Ind.-  
Kauffrau, Hausfrau

Wohnung: Sartoriusstr. 14, 8700 Würzburg

Familienstand: verheiratet

Schulbildung: Grundschule 1968-1972,  
Gymnasium 1972-1981,  
Wieland-Gymnasium Biberach, großes  
Latinum, Abitur 1981, Note 1,5

Zivildienst: Städtisches Krankenhaus Ravensburg,  
8/81-12/82

Studium: Universität Heidelberg 1983-1985,  
Universität Würzburg 1985-1989

Ärztliche Prüfung: 3. Abschnitt 10/89, Note 1

Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO: 03.11.89

Approbation nach § 3 BÄO: 01.07.91

Berufstätigkeit: 1/90 bis 6/91 im Nervenkrankenhaus  
Schloß Werneck als Arzt im Praktikum

Tätigkeit auf:  
Frauen-, Männeraufnahmestation,  
gerontopsychiatrischer Abteilung

seit 15.07.91 in der Landeslinik  
Nordschwarzwald als Assistenzarzt

Tätigkeit auf:  
offener, allgemeinspsychiatrischer  
Regionalstation

Calw, den 22.11.1991

*Thomas Brotzler*  
(Thomas Brotzler)