

Projektbericht: Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung - eine Längsschnittuntersuchung

Vogel, Rüdiger; Mohler, Peter Ph.

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Vogel, R., & Mohler, P. P. (1982). Projektbericht: Berufliche Umwelt und psychische Erkrankung - eine Längsschnittuntersuchung. *ZUMA Nachrichten*, 6(11), 37-52. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-210561>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

PROJEKTBERICHT: BERUFLICHE UMWELT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG. EINE LÄNGSSCHNITTUNTERSUCHUNG

Bei dem hier beschriebenen Forschungsvorhaben handelt es sich um ein von der DFG seit Mai 1978 gefördertes Projekt, das im Januar 1980 in den Sonderforschungsbereich 129 "Sozialwissenschaftliche und psychophysiologische Analysen psychotherapeutischer Prozesse" integriert wurde. Das Projekt setzt sich interdisziplinär aus zwei Soziologen, zwei Psychologen und einem Psychiater zusammen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Darstellung der Problemstellung, den Untersuchungsansatz und den Feldverlauf unserer Studie. Das Projekt wird bei ZUMA seit 1978 als Vollprojekt betreut.

1. Ausgangsfragestellungen und theoretischer Rahmen

Im Mittelpunkt unseres Forschungsinteresses steht die ausführliche Dokumentation, Beschreibung und Analyse beruflicher und allgemein sozialer Prozesse vor und insbesondere nach einer erstmaligen stationären psychiatrischen Behandlung. Die Untersuchungsgruppe bilden Patienten des Bezirkskrankenhauses Günzburg, die im Verlauf des Jahres 1979 erstmals stationär psychiatrisch behandelt wurden. Bei der so ausgewählten Gruppe interessierte, welche beruflichen, sozialen und krankheitsspezifischen Entwicklungen sich vor dieser Ersteinweisung in die Psychiatrie abzeichnen und wie sich die Wiedereingliederungsprozesse ein Jahr nach der Entlassung darstellen. Neben der umfassenden Dokumentation und Beschreibung beruflicher Prozesse liegt der Schwerpunkt auf der Analyse derjenigen Faktoren, die mit dem Gelingen bzw. Mißlingen beruflicher und sozialer Wiedereingliederung in Zusammenhang stehen.

Berufliche Prozesse wurden zum Forschungsschwerpunkt erhoben, weil Arbeit einen der bedeutendsten Aspekte der sozialen Realität darstellt. Arbeit definiert zum Großteil den sozialen Status und die Identität eines Menschen, Arbeit erweitert die sozialen Erfahrungen, strukturiert den Tagesablauf und ähnliches mehr. Indem Arbeit im Zusammenhang mit einer stationären psychiatrischen Behandlung untersucht wird, gewinnt man Kenntnis über wesentliche Aspekte sozialen Verhaltens, wie z. B. die Anpassungsleistungen an Erfordernisse der Arbeitswelt, Kommunikations- und Integrationsfähigkeit im bzw.

in das berufliche Umfeld, die durch den stationären Aufenthalt berührt werden.

Die Auswahl dieses Teilbereichs sozialer Realität ist auch Ausdruck eines veränderten Krankheitskonzepts, das die enge Beziehung zwischen psychischem Leiden und sozialen Faktoren berücksichtigt und in diesem Zusammenhang der beruflichen Umwelt eine wesentliche Bedeutung beimißt. Dieser Zusammenhang wurde in der Literatur unter unterschiedlichen Aspekten thematisiert. Untersuchungen, die diesen Zusammenhang unter ätiologischen Aspekten analysieren, konnten die pathogene Wirkung bestimmter Arbeitsbedingungen sowie der Arbeitslosigkeit nachweisen. Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Erkrankung unter dem Aspekt der sozialen Folgen thematisieren, verweisen auf berufliche und soziale Desintegrationsprozesse, die in mannigfacher Weise auf das Krankheitsgeschehen zurückwirken.

Die Fragestellungen, die wir an unseren Untersuchungsgegenstand herangetragen haben, thematisieren beide Aspekte, wobei wir versuchen, die beiden Aspekte unter Verlaufsgesichtspunkten miteinander zu verbinden. Zur Verdeutlichung dieses Anspruchs sollen an dieser Stelle einige unserer konkreten Fragestellungen expliziert werden. Die Reihenfolge der Fragestellungen orientiert sich dabei an den einzelnen Stadien einer "Patientenkarriere":

Prähospitale Phase:

- Wie sieht zum Entlassungszeitpunkt die Verteilung der Diagnosen aus, und wie stark ist bei den Patienten (in Abhängigkeit von der Diagnose) noch psychopathologische Symptomatik vorhanden?
- In welchem Zusammenhang steht die Behandlungsdauer mit prä- bzw. hospitalen Faktoren (z. B. der sozioökonomischen und beruflichen Situation, der ambulanten Vorbehandlung und der Diagnose)? Wirken hier dieselben sozialen Selektionsmechanismen, die sich eventuell prähospital bereits abzeichnen, weiter?
- Wie beurteilen die Gruppen, die in der hospitalen Situation am Krankheitsgeschehen maßgeblich beteiligt sind (Patienten, Pflegepersonal, Therapeuten), die berufliche Zukunft der Patienten? Gibt es diesbezüglich

Diskrepanzen zwischen den Gruppen? Welche Gruppe gibt die valideste Prognose?

Posthospitaler Phase

- Wie verläuft die soziale und berufliche Reintegration ehemals psychiatrischer Patienten im ersten Jahr nach deren Entlassung?
- Welche prähospitalen, hospitalen bzw. posthospitalen Faktoren stehen mit der Güte der beruflichen und sozialen Reintegration in Zusammenhang?
- Welchen Erklärungsanteil haben prähospitaler Faktoren im Vergleich zu hospitalen bzw. posthospitalen Faktoren? Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die prähospitaler berufliche Situation (Integration) im Vergleich zu soziobiographischen oder krankheitsspezifischen Daten?
- Wirken auch hier dieselben Selektionsmechanismen, die sich möglicherweise bereits prähospital bzw. posthospital abzeichnen?
- Wie verläuft die Erkrankung in medizinischer Hinsicht? In welchem Wechselverhältnis steht der Verlauf der Erkrankung mit Merkmalen der Berufssituation?

Von der Beantwortung der genannten Fragestellungen wird mehr Aufschluß über die Bedeutsamkeit des Bereichs "Arbeit und Beruf" für die psychische Gesundheit (prä- wie posthospital) sowie für die soziale und berufliche Wiedereingliederung erwartet. Der Nachweis, daß viele Probleme im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung in das Gebiet der Wirtschafts- und Sozialpolitik eingeordnet werden können, ist besonders zu einer Zeit wichtig, in der Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung mehr und mehr zurückgenommen werden. Die differenzierte Kenntnis der Arbeits- und Berufswelt vor und nach der Erkrankung und deren Einfluß auf den Verlauf bzw. den Ausgang der Erkrankung ermöglicht des weiteren die Identifikation von Risikofaktoren und Problemgruppen, auf die die nunmehr sehr limitierten Ressourcen des Sozialsystems konzentriert werden müssen.

2. Stand der Forschung

Hinsichtlich der Auswahl der Fragestellungen, der Erhebungsvariablen, des Begriffs- und Meßinstrumentariums sowie deren Operationalisierungsregeln wurde im wesentlichen auf die Literatur zurückgegriffen, die die posthospitalen beruflichen und soziale Wiedereingliederung ehemals psychisch Kranker als soziale Problemsituation thematisiert. Die folgenden Ausführungen sollen einen Überblick über den Forschungsstand ermöglichen, gleichzeitig aber auch deutlich machen, inwieweit sich der Untersuchungsansatz von bisherigen Vorgehensweisen unterscheidet.

Bei den Studien, die für diese Untersuchung relevant sind, handelt es sich vorrangig um "Follow-up"-Studien (vgl. z. B. HALL et al., 1966; MONK, 1963; SILVERMAN, 1971). Diese Untersuchungen haben in der Regel ganz bestimmte Krankheitsformen und -verläufe, z. B. akute vs. chronische Schizophrenie, Alkoholranke bzw. Patientengruppen mit spezifischer Problemsituation, wie z. B. Rehabilitationspatienten, zum Untersuchungsgegenstand. Die Beurteilung des Rehabilitationserfolgs bzw. der Güte der beruflichen Reintegration geschieht meist auf der Grundlage der Wiedereinweisungsrate und des posthospitalen Beschäftigungsverhältnisses zu einem bestimmten Zeitpunkt oder im Katamnesezeitraum; in seltenen Fällen auf der Grundlage von beobachtetem Leistungsverhalten (vgl. z. B. CHEADLE & MORGAN, 1972; COLE et al., 1966).

Bei dem Versuch, die Faktoren aufzufinden, die diesen Prozeß beeinflussen, wurde in den meisten Untersuchungen der Zusammenhang zwischen beruflicher und sozialer Wiedereingliederung und der psychischen Erkrankung zentral behandelt (vgl. z. B. FISCHER & LOHMANN, 1977; BUELL & ANTHONY, 1975). Alternativ zum Versuch, die Güte der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung durch Daten zur Krankheit, wie z. B. der Krankheitsentwicklung, der Art der Erkrankung, der Dauer der Behandlung und dem Nachsorgeverhalten, zu prognostizieren, steht das Vorgehen von Autoren, die sozioökonomische, biographische und psychologische Merkmale in den Analysezusammenhang stellen (vgl. z. B. CIOMPI, 1979; GASTAGER, 1965; GRIFFITHS, 1973). Ein Teil der Untersuchungen beschäftigt sich unter der Prämisse, daß sozial relevantes Verhalten in der Vergangenheit auch das zukünftige soziale Verhalten beeinflusst, explizit mit Merkmalen der prähospitalen beruflichen Situation (vgl. z. B. MONK, 1963; WATTS & BENNETT, 1977; MORGAN & CHEADLE, 1975). In diesem

Zusammenhang werden vorrangig vorberufliche Faktoren, wie z. B. das Ausbildungsniveau, und Faktoren, die Aussagen über das berufliche Rollenverhalten zulassen, wie z. B. die Stabilität und Kontinuität der Beschäftigungssituation, konkrete Arbeitseigenschaften und das Verhalten am Arbeitsplatz, erhoben. Für all diese Untersuchungen gilt, daß in der Regel bivariate Zusammenhänge geprüft wurden und die erhobenen Daten und Datenkomplexe wie biographisch-anamnestiche Daten, Arbeitsverhalten, klinische und katamnestiche Daten nicht in systematischer Weise zueinander in Beziehung gesetzt wurden. Auf diese Weise ist es nur schwer möglich, die Merkmale eines Patienten aufzufinden, die im Hinblick auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung prognostisch von Bedeutung sind. Darüber hinaus handelt es sich bei diesen Studien zumeist um retrospektive Studien, Untersuchungen also, die, meist von Sekundärdaten ausgehend (z. B. Krankenhausstatistiken), rückblickend untersuchen. In den wenigsten Fällen handelt es sich um prospektive Längsschnittuntersuchungen. Für den deutschsprachigen Bereich gelten dieselben Beobachtungen, mit dem Unterschied, daß die Zahl der Studien, die diese Problematik untersuchen, weit geringer ist (vgl. z. B. BOSCH, CIOMPI, 1978, 1979; HUBER et al., 1979; STREHSE, 1977).

3. Durchführung der Studie

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Längsschnittuntersuchung, die sich über zwei Jahre hinzog und in deren Verlauf die zur Grundgesamtheit gehörenden Personen zweimal befragt wurden. Die erste Befragung fand während der stationären Behandlung statt, die zweite ein Jahr danach (1-Jahres-Katamnese).

Das Augenmerk der Untersuchung liegt auf der prospektiven Beobachtung unserer spezifisch klinisch-psychiatrischen Population in ihrer beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Entwicklung. Gleichwohl wurden auch eine ganze Reihe retrospektiver Daten zur Berufsgeschichte erfaßt. Die Studie verbindet somit prospektive Elemente mit retrospektiven und gegenwärtigen. Für eine Untersuchung dieser Art ist die Organisationsform, mit der die Forschung in den Alltag der Klinik eingebunden wird, von großer Bedeutung. Im Gegensatz zu den üblichen Längsschnittuntersuchungen, bei denen sich die Befragung auf kurze Zeitabschnitte konzentriert, wurden hier in der ersten Phase über ein Jahr lang kontinuierlich Patienten befragt. Die Komplexität

des Untersuchungsgegenstands erfordert eine hohe Kooperationsbereitschaft des Klinikpersonals. Es war deshalb von unschätzbarem Vorteil, daß die Projektgruppe als "sozialpsychiatrische Forschungsstelle" Teil der Klinik war und heute noch ist. Die Mitarbeiter am Projekt sind auch durch andere Tätigkeiten, wie z. B. Lehre oder eigene Ausbildung, in die Klinik eingebunden. Der Arbeitsplatz der Forscher, sozusagen "vor Ort", ist ein Vorteil, der sich auch nach Abschluß der Erhebung auszahlt, weil z. B. Rückfragen im Verlauf der Datenkontrolle vergleichsweise schnell erfolgen konnten. Von der Organisation her ist dies also eine Studie der Klinik und nicht eine über die Klinik.

Aus den in der Zeit zwischen dem 1.1.79 und 31.12.79 im Bezirkskrankenhaus Günzburg behandelten Patienten wurden nach folgenden Kriterien diejenigen ausgewählt, die unsere Grundgesamtheit bilden: (a) Der Patient wird zum ersten Male zur stationären psychiatrischen Behandlung aufgenommen. Mit diesem Kriterium wird die Problematik der Wirkung mehrfacher Einweisungen auf die berufliche Laufbahn ausgeschlossen und somit die Wirkungsanalyse erleichtert bzw. erst ermöglicht. (b) Es liegen keine anderen Merkmale außer der Einweisung vor, die eine berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich machen könnten. Deshalb wurden Patienten, die über 60 Jahre alt waren, Patienten mit zu langer Aufenthaltsdauer (ein Jahr und mehr) sowie Patienten mit Minderbegabung ausgeschlossen. "Nur-Hausfrauen", ausländische Staatsbürger und Patienten, die in Ausbildung standen, wurden aufgrund der mangelnden Vergleichbarkeit der Operationalisierungsregeln im Hinblick auf den beruflichen Wiedereingliederungsprozeß ebenfalls aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

Alle Patienten, die die o. a. Stichprobenkriterien erfüllten, wurden befragt. Im ersten Untersuchungszeitraum 1/79 - 12/79 waren dies 258 Patienten. Dabei ergab sich hinsichtlich ausgewählter Merkmale folgende Verteilung:

ZUMA

<u>Geschlecht:</u>	männlich	165 (64.0%)
	weiblich	93 (36.0%)
<u>Alter bei Einweisung:</u>	im Durchschnitt 35,9 Jahre; der jüngste Patient war 17, der älteste 59 Jahre alt	
<u>Familienstand bei Einweisung:</u>	verheiratet	128 (49,6%)
	geschieden, in Scheidung lebend bzw. verwitwet	35 (13,6%)
	ledig	95 (36,8%)
<u>Diagnose:</u>	Organische psychiatrische Erkrankungen	21 (8,1%)
	Schizophrene Psychosen	33 (12,8%)
	Affektive Psychosen	23 (8,9%)
	Neurotische oder psychosomatische Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und vorübergehende psychische Auffälligkeiten	81 (31,4%)
	Alkoholismus und Drogenabhängigkeit	100 (38,8%)
<u>Aufenthaltsdauer:</u>	im Durchschnitt 65,3 Tage, wobei entsprechend unseren Stichprobenkriterien 8 Tage das Minimum und 340 Tage das Maximum darstellen.	

Die Datenerhebung erfolgte im wesentlichen durch persönliche Interviews auf der Grundlage von strukturierten und für Teilbereiche halbstrukturierten Erhebungsinstrumenten. Für einige Teilbereiche, z. B. zur Messung der funktionalen Integration, der Erhebung des psychopathologischen Befunds und insbesondere zur Messung von Persönlichkeitsvariablen, griffen wir auf bereits vorgetestete und validierte Testinstrumente zurück. Hinsichtlich der Lösung von methodischen Problemen, die mit unserem Untersuchungsansatz ("Ex post facto"-Forschung, Wiederholungsbefragung) verbunden sind, griffen wir auf Problemlösungen zurück, die im Rahmen der Methodologie der Umfrageforschung und der Testtheorie diskutiert worden sind. Zur Aufdeckung von Fehlerquellen, die sich infolge des langen Beobachtungszeitraums ergeben und bei Nichtbeachtung die Untersuchungsergebnisse bezüglich Zuverlässigkeit und Validität stark beeinflussen können, wie

- Gedächtnisleistungen,
- kognitive Umstrukturierungen und
- Ausfälle (Missing Data),

orientieren wir uns an der fachspezifischen Literatur (vgl. JENKINS et al., 1979; HARRIS et al., 1963; SMALL et al., 1969; JOHN, 1979). Den oben genannten methodischen Schwierigkeiten begegnen wir unter Rückgriff auf diese Literatur durch die Auswahl der Themenbereiche. Wir erfragten so weit als möglich nur "harte" Informationen und führten keine retrospektive Erhebung von Einstellungen und Bewertungen durch. So weit als möglich verzichteten wir auch auf die direkte Befragung von beruflichen, sozialen und Krankheitsverläufen. Diese Informationen erhalten wir indirekt durch Verbindung und Extrapolation der zu den zwei Untersuchungszeitpunkten erhobenen Daten. Dieses Vorgehen und die Art der Frageformulierung haben das Ziel, dem Untersuchten keine übermäßigen Gedächtnisleistungen abzuverlangen. Die Gedächtnisleistungen versuchen wir darüber hinaus durch eine Strukturierung des Beobachtungszeitraums (z. B. durch Fragen nach für den Befragten wichtigen Ereignissen im Beobachtungszeitraum, Kalendervorlage u. ä. m.) zu verbessern. Wichtig sind uns in diesem Zusammenhang auch "Kontrollfragen" bei Angehörigen. Durch diese Maßnahme erhöhen wir die Zuverlässigkeit und die Validität der Antworten in entscheidendem Maße (vgl. dazu SMALL et al., 1969). Das Risiko des Ausfalls von Personen und die damit einhergehende Verzerrung der Ergebnisse ("experimentelle Mortalität") verringern wir durch bestimmte Auffindetechniken (Anschriftenkontrollservice der Post, Einwohnermeldeämter, im Einzelfall Befragung von Angehörigen/ Verwandten), die Art der Kontaktaufnahme (Konstanz der Interviewer) und die Form der Datenerhebung (persönliches Interview statt schriftliche Befragung) (vgl. dazu LOREI & GUREL, 1967).

4. Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Der vollstandardisierte Vorabfragebogen, der kurz nach Einweisung in die Klinik eingesetzt wurde, war das Selektionsinstrument, mit dem festgestellt wurde, ob ein Patient zu unserer Grundgesamtheit gehörte oder nicht. Dieser Fragebogen war notwendig, weil sich aus den Unterlagen der Klinik nicht immer eindeutig entscheiden ließ, ob ein Patient zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden ist. Gleichzeitig wurden, um die

Hauptbefragung, die in der Entlassungswoche stattfand, zu entlasten, mit einem Vorabfragebogen die demographischen Merkmale des Patienten erhoben. Die dazu verwendete Fragenbatterie entspricht weitgehend der ZUMA-Standarddemographie. Damit ist es möglich, Vergleiche zu anderen Populationen, die mit diesem Instrument befragt wurden, anzustellen. Der Hauptfragebogen wurde in der Entlassungswoche und in modifizierter Form ein Jahr nach Entlassung eingesetzt. Dieses Instrument umfaßt folgende Themenbereiche, die mit unterschiedlichen Techniken erhoben wurden:

a) Formale berufliche Integration

Dazu wurden mittels standardisierter Fragen objektive Daten zur gesamten Berufskarriere erfaßt. Wesentlich sind in diesem Zusammenhang Maße für den Verlauf der beruflichen Biographie (wichtiger Analysegesichtspunkt: Kontinuität und Stabilität der Beschäftigungssituation, berufliche Auf- und Abstiegsprozesse) sowie die aktuelle Beschäftigungssituation (Beschäftigungsverhältnis zum Zeitpunkt der Behandlung bzw. zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung).

b) Funktionale Integration

Zur Erhebung der funktionalen Integration wurde die Vergleichs-Antwortmethode (Psycho-physische Skalierung) eingesetzt (vgl. BECK, BRATER & WEGENER, 1979). Mit Hilfe dieses Verfahrens wird das Anforderungsprofil eines jeden Probanden in seiner letzten beruflichen Tätigkeit mit dessen Leistungsprofil in Bezug gesetzt. Differenzen zwischen Anforderungs- und Leistungsprofil werden wir als funktionale Desintegration. Analyseebene ist hier der Proband bzw. dessen Beurteilung seiner konkreten Arbeitssituation.

c) Subjektive Integration

Mit Hilfe einer summierten Schätzskala (Likert-Skala) messen wir die affektive Bewertung der aktuellen bzw. letzten Arbeitssituation. Bewertet werden sechs allgemein gültige Arbeitsplatzmerkmale, wie z. B. Zusammenarbeit mit Kollegen, Arbeitsinhalt (vgl. NEUBERGER & ALLERBECK, 1978).

d) Subjektive Problemwahrnehmung

Ein Fragekomplex befaßt sich mit der posthospitalen Situation unter dem Aspekt der subjektiven Wahrnehmung der Berufssituation. In diesem Zusammenhang fragen wir nach aktuellen und zurückliegenden erlebten Problemen, nach einer Bewertung der Güte der Wiedereingliederung und im Eventualfall nach den subjektiv erlebten Gründen für das Mißlingen bzw. Scheitern von Reintegrationsversuchen.

e) Belastungsschwerpunkte/Berufliche Schwierigkeiten

Ebenfalls standardisiert werden Belastungen am Arbeitsplatz erhoben. Zu diesem Zweck wird den Probanden eine Liste von Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz vorgelegt und erfragt, ob die jeweiligen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz auftreten bzw. aufgetreten sind (vgl. dazu auch VOLK-HOLZ, 1977). Erfragt werden darüber hinaus Schwierigkeiten der posthospitalen Arbeitssituation, die in einem offensichtlichen Zusammenhang mit der psychiatrischen Erkrankung stehen, wie z. B. Sonderregelungen, Etikettierungsphänomene, Verhaltensänderungen von Mitarbeitern und Vorgesetzten sowie Schwierigkeiten bei der Berufsfindung, institutionelle Hilfen, Kündigungsgründe u. ä. m.

f) Psychopathologischer Befund

Die Messung des psychopathologischen Befunds erfolgt mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviews unter Zugrundelegung der von VON CRANACH (München) übersetzten Fassung des von WING, COOPER & SARTORIUS (1973) entwickelten "Present State Examination" (PSE). Der PSE ist im wesentlichen ein halbstrukturiertes Interview, mit dem vom Interviewer das Vorhandensein und der Ausprägungsgrad bestimmter klinischer Symptome evaluiert wird. Der PSE wird zu beiden Zeitpunkten eingesetzt.

g) Leistungsmotivation

Ebenso wie der psychopathologische Befund wird die Leistungsmotivation zu beiden Zeitpunkten erhoben. Grundlage ist die deutsche Fassung der "Mehrabian Achievement Risk Preference Skale" von MIKULA et al. (1976).

Die bisher beschriebenen Instrumente wurden zu beiden Befragungszeitpunkten eingesetzt. Die folgenden Instrumente beziehen sich ausschließlich auf die Nachbefragung:

h) Nachsorge/Medikation

Die Nutzung ärztlicher und nicht-ärztlicher Versorgungssysteme im Zeitraum zwischen der Entlassung und der Nachbefragung wird ebenso wie die psychopharmakologische Medikation standardisiert abgefragt.

i) Soziale Anpassung

Aus verschiedenen Gründen wird die soziale Anpassung der Patienten erhoben. Dazu wurde von uns ein Fragebogen entwickelt, der sich in seiner Konstruktion an den von KATZ & LYERLY (1963) anlehnt, wobei der vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, übersetzte Originalfragebogen jedoch grundsätzlich verändert wurde. Der Fragebogen thematisiert die Bereiche sozial erwarteter Aktivitäten und Freizeitaktivitäten und wird sowohl dem ehemaligen Patienten als auch einer nahen Bezugsperson vorgelegt. Beide erhalten je einen Fragebogen zur Beschreibung des gegenwärtigen Verhaltens des Patienten. Die Bezugsperson soll zuzüglich in einem eigenen Fragebogen ihren Erwartungen bezüglich des Verhaltens Ausdruck verleihen.

j) Angehörigenbefragung

Auf der Grundlage eines strukturierten Interviews erfassen wir fremdkatamnestic Tatsachen und Beurteilungen über die Berufstätigkeit, den Krankheitsverlauf, Rezidive, Nachbehandlung, die Güte der beruflichen Reintegration (im Eventualfall die subjektiv erlebten Gründe für ein Scheitern) sowie Leistungs- und Belastungsfähigkeit der ehemaligen Patienten. Zusätzlich zu dieser fremdkatamnestic Erhebung fragen wir nach der Art und dem Ausmaß der Belastungen und Schwierigkeiten, denen die Familie durch die Erkrankung des Patienten im Beobachtungszeitraum ausgesetzt waren. Am Schluß des Interviews der Bezugsperson stehen Fragen nach erlebter und erwünschter Hilfestellung durch formelle und informelle Gruppen.

Bei der Konstruktion der Meßinstrumentarien haben wir aus Gründen der Vergleichbarkeit zum größten Teil auf validierte Verfahren zurückgegriffen. Gleichwohl sahen wir uns für bestimmte Teilbereiche gezwungen, eigene Meßverfahren zu entwickeln; dies insbesondere dann, wenn uns die Vorlagen in der Literatur zu undifferenziert und/oder methodisch problematisch erschienen.

5. Feldverlauf

Alle Instrumente wurden ausführlich am Bezirkskrankenhaus Günzburg in Zusammenarbeit mit ZUMA vorgetestet. In den Pretest der zweiten Erhebung wurden die Erfahrungen aus der ersten Erhebung übernommen und die Instrumente entsprechend modifiziert.

Die Ersterhebung fand im Jahre 1979 statt und erfolgte im Rahmen von zwei Kontakten. Der erste Kontakt fand zu Beginn der Behandlung statt und diente der Klärung der Stichprobenkriterien sowie dem Einholen einer Einverständniserklärung des Patienten in die Befragung. Der zweite Kontakt erfolgte am Ende der stationären Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt fand die eigentliche Datenerhebung statt. Gleichzeitig wurde die Einverständniserklärung für die zweite Erhebung (1-Jahres-Katamnese) eingeholt. Die Daten der 1-Jahres-Katamnese wurden im Verlauf des Jahres 1980/81 erhoben. Zu diesem Zweck wurden die ehemaligen Patienten und deren Angehörige zumeist im häuslichen Milieu befragt.

Der Feldverlauf bestätigte die Annahme, daß es sich bei dieser Untersuchungspopulation im Hinblick auf eine Wiederbefragung um eine äußerst problematische Gruppe handelte. Sehr viele Betroffene äußerten im Zusammenhang mit der Nachuntersuchung Angst vor Stigmatisierung durch die dörfliche Umwelt, und bei nicht wenigen bestand das Bedürfnis, das von ihnen erlebte "Trauma" des stationären psychiatrischen Aufenthalts nicht wieder durch ein ausführliches Gespräch zu aktualisieren (Stereotype Bemerkung: "Damit möchte ich nichts mehr zu tun haben."). Im Hinblick auf diese Probleme, die das Risiko des Ausfalls entscheidend beeinflussen und damit die Ergebnisse nicht unwesentlich verzerren können, hat sich unsere Vorgehensweise (vgl. S. 43 des vorliegenden Berichts) sehr gut bewährt. Ganz wesentlich war in

diesem Zusammenhang der Versuch, bereits bei der Erstbefragung einen guten Rapport zum Patienten zu schaffen und bereits zu diesem Zeitpunkt die Einwilligung für die Nachuntersuchung einzuholen. Auch das Vorgehen, den ehemaligen Patienten von demselben Interviewer nachexplorieren zu lassen, mit dem er bereits im Rahmen der Erstbefragung Kontakt hatte (Konstanz der Interviewer), erwies sich als wertvoll. Diese Vorgehensweise reduzierte sehr viel Angst und erhöhte sicherlich die Antwortbereitschaft.

Als weiteres Problem im Zusammenhang mit der Wiederholungsbefragung dieser psychiatrischen Klientel erwies sich deren Lokalisation. Offensichtlich erhöht sich die Mobilität psychiatrisch behandelter Patienten nach deren Entlassung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Manche wollten einen neuen Anfang machen, andere wollten dem Gerede entgehen, und nicht wenige (vorrangig jüngere und ledige Patienten) begaben sich nach der Entlassung wieder in die "Obhut" ihrer Eltern. Mit erhöhter Mobilität aber steigt das Risiko der Nichterreichbarkeit und damit die Ausfallquote. In diesem Zusammenhang erwies sich das verwandte Wiederauffindungsverfahren als effektiv. Zur Lokalisation benutzten wir im wesentlichen zwei Institutionen, die Postämter und, nach Vorlage einer Unbedenklichkeitsbescheinigung auf dem Wege der Amtshilfe, die entsprechenden Einwohnermeldeämter. Diese beiden Institutionen reichten aus, um den Großteil der Probanden, die im Bezugsjahr ihren Wohnsitz veränderten, wieder aufzufinden. Bei den definitiv nicht auffindbaren Probanden wurde in einem letzten Schritt versucht, durch Nachschlagen in Telefonbüchern und Befragung von Angehörigen und, im Einzelfall, ehemaligen Nachbarn noch einen Teil dieser Adressen zu lokalisieren.

Die genannten Vorgehensweisen führten dazu, daß die experimentelle Mortalität im Hinblick auf die Validität der Aussagen im Rahmen unserer Untersuchung keine große Rolle spielte. Bei der Wiederbefragung im Jahre 1980/81 konnten annähernd 90% der Probanden, die im Jahre 1979 erstmals befragt worden waren, wiederholt befragt werden; ein Prozentsatz, der deutlich über dem vergleichbarer Studien liegt (vgl. Tabelle 1). Die Tabelle informiert weiterhin über die Ausfallgründe.

Um abschätzen zu können, wie verzerrt die nachbefragte Gruppe im Vergleich zur Ausgangsstichprobe ist, wurden die Ausfälle hinsichtlich demographischer und inhaltlicher Merkmale (d. h. hinsichtlich von Merkmalen, die für

Tab. 1

<u>Erstbefragung</u>	
Patienten insgesamt	258
Patienten, von denen keine vollständigen Angaben aus der Ersterhebung vorlagen	3
Gesamtzahl der der Erstbefragung zugrundeliegenden Fälle	255
<u>Nachbefragung</u>	
verstorbene Patienten	8
nicht erreicht/aufgefunden	12
verweigert	7
Gesamtzahl der bei der Nachbefragung wiederholt befragten Patienten	228

unsere Studie spezifisch sind, wie z. B. die Diagnose) untersucht. Die Ergebnisse zeigen an, welche Gruppen überproportional ausfielen, und ermöglichen damit im Zusammenhang mit statistischen Analysen die Berücksichtigung des dadurch verursachten verzerrenden Effekts. Ein Vergleich der Ausfälle der Wiederholungsbefragung in diesem Projekt mit denen anderer Wiederholungsbefragungen (vgl. dazu HOAG, 1981) zeigte (mit Ausnahme des Merkmals "Haushaltsgröße") dieselben Ausfallstrukturen. Dies läßt darauf schließen, daß sich unsere psychiatrische Population hinsichtlich der Ausfallproblematik nicht von anderen Stichproben/Populationen unterscheidet.

6. Schlußbemerkung

Der hier vorgelegte erste Teil des Projektberichts informiert über die Problemstellung der Studie, deren Relevanz, den Untersuchungsansatz, die Testinstrumentarien sowie über die wichtigsten Probleme, die im Zusammenhang mit einer Längsschnittstudie an einer psychiatrischen Klientel auftauchen. Im zweiten Teil des Berichts soll auf die wichtigsten Ergebnisse der Studie eingegangen und deren Bedeutung für den Umgang mit den Patienten und deren Therapie diskutiert werden. Ein ganz besonderes Augenmerk soll dabei auf

der Beantwortung der Frage nach der Repräsentativität der Stichprobe im Hinblick auf soziale Merkmale liegen. Zu diesem Zweck wird sie anhand ausgewählter sozialer Merkmale mit einer nicht-psychiatrischen Population verglichen, die im Rahmen des ZUMA-Bus 1979 erfaßt wurde. Auf der Grundlage des Vergleichs läßt sich die Frage beantworten, inwieweit relevante soziale Merkmale das Krankheitsgeschehen in einem wichtigen Stadium der Krankheit (Hospitalisation) beeinflussen.

Das Projekt wird am Bezirkskrankenhaus Günzburg (Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm) im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 129 von Renate Aschoff-Pluta, Volker Bell, Stefan Blumenthal, Eberhard Lungershausen und Rüdiger Vogel durchgeführt. Der vorstehende Bericht wurde von Rüdiger Vogel in Zusammenarbeit mit dem ZUMA-Projektleiter Peter Ph. Mohler verfaßt.

Literatur

- BECK, U., BRATER, M. & WEGENER, B. Berufswahl und Berufszuweisung. Frankfurt: Campus, 1979.
- BOSCH, G. Berufliches Versagen beim Schizophrenen und Chancen seiner beruflichen Rehabilitation. In: H. KRANZ & K. HEINRICH (Hrsg.). Schizophrenie und Umwelt. Stuttgart: Thieme, 1970.
- BUELL, G. J. & ANTHONY, W. A. The relationship between patient demographic characteristics and psychiatric rehabilitation outcome. Community Mental Health Journal, 11 (2), 1975, 208-214.
- CHEADLE, A. J. & MORGAN, R. The measurement of work performance of psychiatric patients: A reappraisal. British J. Psychiat., 120, 1972, 437-441.
- CIOMPI, L., AGUE, C. & DAUWALDER, J.-P. Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. II. Nervenarzt, 49, 1978, 332-338.
- CIOMPI, L., DAUWALDER, J.-P. & AGUE, C. Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III. Nervenarzt, 50, 1979, 366-378.
- COLE, N. J., KAPSA, R. L., SHUPE, D. R. & HARDIN-BRANCH, C. H. Job adjustments of former patients. Hospital & Community Psychiatry, 17, 1966, 175-180.
- FISCHER, E. H. & LOHMAN, S. Predicting outcome for mental hospital patients. Who, what to ask. J. Nerv. Ment. Dis., 164 (2), 1977, 107-111.
- GASTAGER, H. Die Rehabilitation des Schizophrenen. Bern: Huber, 1965.
- GRIFFITHS, R. D. A standardized assessment of the work behavior of psychiatric patients. British J. Psychiat., 123, 1973, 403-408.
- HARRIS, M. R., FISHER, J. & EPSKIN, L. J. The reliability of the interview in psychiatric assessment for job placement. Compr. Psychiat. 1, 1963, 19-28.
- HALL, J. C., SMITH, K. & SHIMKUNAS, A. Employment problems of schizophrenic patients. Amer. J. Psychiat., 123 (5), 1966, 536-540.

- HOAG, W. Realisierte Stichproben bei Panels: Eine vergleichende Analyse. ZUMA-Nachrichten, 9, 1979, 6-18.
- HUBER, G., GROSS, G. & SCHÜTTLER, R. Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Berlin: Springer, 1979.
- JENKINS, C. D., HURST, M. W. & ROSE, R. M. Life changes. Do people really remember? Arch. Gen. Psychiat., 36, 1979, 379-384.
- JOHN, U. Zwei Methoden der Therapieerfolgskontrolle bei Alkoholkranken: Empirische Ergebnisse. Suchtgefahren, 25, 1979, 65-78.
- KATZ, M. & LYERLY, S. B. Methods for measuring adjustment and social behavior in the community. Psychological Reports, 13, 1963, 503-535.
- KRIS, A. O., SCHIFF, L. & MCLAUGHLIN, R. Susceptibility to chronic hospitalization relative to age at first admission. Arch. Gen. Psychiat., 24, 1971, 346-352.
- LOREI, T. W. & GUREL, L. Comparison of ex-mental patient employment information obtained by mail and by interviews. J. of Cons. Psych., 14 (5), 1967, 458-461.
- MEHRABIAN, A. Male and female scales of the tendency to achieve. Educational and Psychological Measurement, 28, 1968, 493-502.
- MIKULA, G., URAY, H. & SCHWINGER, T. Die Entwicklung einer deutschen Fassung der Mehrabian achievement risk preference scale. Diagnostica, 1976, 87-97.
- MONK, E. M. Employment experiences of 127 discharged schizophrenic men in London. Brit. J. Prevent. Soc. Med., 17, 1963, 101-110.
- MORGAN, R. & CHEADLE, A. J. Unemployment impedes resettlement. Social Psychiatry, 10 (2), 1975, 63-67.
- NEUBERGER, O. & ALLERBECK, M. Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem "Arbeits-Beschreibungs-Bogen" (ABB). Bern: Hans Huber, 1978.
- SILVERMAN, M. Comprehensive department of psychological medicine: Three-year review of inpatients referred for aftercare visits. British Medical Journal, 3, 1971, 99-101.
- SMALL, I., SMALL, J., ESTEVEZ, C. & FRENCH, R. N. Do patients tell it like it is? Dis. Nerv. Syst., 30, 1969, 333-338.
- STREHSE, W. Der Versuch einer Systematik in der psychiatrischen Rehabilitationsforschung. Vortrag auf dem 7. Weinsberger Kolloquium, 19.09.75. In: FRITZ & REIMER (Hrsg.). Arbeitstherapie - Praxis und Probleme in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 1977.
- VOLKHOLZ, V. Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Zusammenfassender Bericht. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1977.
- WATTS, F. N. & BENNETT, D. H. Previous occupational stability as a predictor of employment after psychiatric rehabilitation. Psychol. Med., 7 (4), 1977, 709-712.
- WING, J. K., COOPER, J. E. & SARTORIUS, N. Present State Examination. 9. Edition. Cambridge: University Press, 1978.