

H. Friedl-Francesconi, S. Balazs und H. Binder

Befragung von Angehörigen neurologischer Patienten

Zusammenfassung Am Neurologischen Krankenhaus Maria-Theresien-Schlössel wurde 94 Angehörigen von Patienten mit schweren Hirnschädigungen ein Fragebogen, bestehend aus 13 Items, vorgegeben. Es wurden deren Kenntnisse über Diagnose und Therapie ermittelt sowie die Veränderung der Lebensqualität erhoben. Obwohl die Angehörigen mit der bisher erhaltenen Information durch das Rehabilitationsteam durchwegs sehr zufrieden waren, gaben 72,3% Interesse an einer weiteren Angehörigenberatung durch das gesamte Stationsteam an; offene Gruppen und Selbsthilfegruppen waren weniger erwünscht. Eine Veränderung der Lebensqualität trat infolge des hohen Pflegeaufwandes vorwiegend im Freizeitbereich ein. Signifikante Zusammenhänge bestehen zwischen der Lebensqualität des Angehörigen und der Diagnose des Patienten sowie zwischen stationärer Aufenthaltsdauer des Patienten und Informationsbedürfnis: das Informationsbedürfnis der Angehörigen wächst mit zunehmender Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus.

Schlüsselwörter: Angehörige, Hirnschädigung, Neurorehabilitation.

A questionnaire for relatives of patients with neurological disease

Abstract 94 relatives of patients with severe brain damage at the Neurologisches Krankenhaus Maria-Theresien-Schlössel answered a questionnaire of 13 items. They were asked about their knowledge about diagnosis and therapy as well as changes in their quality of life. Although the relatives had been satisfied concerning the information they got as far from the team, 72,3% were interested to get further information by the letter; they showed less interest in open groups or self-help-groups. Changes in the quality of life occurred mainly due to the high caring-need in the field of leisure time. There is a significant connection between the relatives quality of life and diagnosis of the patient as well as between the need for information and the time the patient spends in hospital: need for information increases by the time the patient stays in hospital.

Keywords: Relatives, brain damage, neurorehabilitation.

Enquête auprès des proches de patients traités en service de neurologie

Résumé Les patients qui ont souffert un traumatisme crânien, une attaque cérébrale, ou une tumeur du cerveau etc. et qui suivent un programme de réhabilitation ne sont pas les seuls à devoir passer par un long processus d'apprentissage et d'adaptation: leurs proches sont également touchés. C'est pourquoi il est essentiel d'inclure ces derniers dans le processus de réhabilitation. Pour eux, y participer représente une décharge émotionnelle, les problèmes de relation peuvent être perçus de manière plus adéquate dans leur rapport à la maladie et les handicaps cognitifs et psychiques dont souffrent les patients sont plus facilement acceptés. Dans le but d'améliorer la collaboration entre parents et équipe de réhabilitation travaillant à la clinique de neurologie Maria Theresien-schlössel, nous avons demandé à 94 proches de patients traités pendant une période de deux mois pour des lésions au cerveau de remplir un questionnaire

contenant 13 items (réponses anonymes). Nous voulions cerner a) le degré de satisfaction par rapport aux informations reçues concernant la durée de l'hospitalisation, le diagnostic et la thérapie, b) le degré auquel la qualité de vie des proches avait été influencée et c) les souhaits de ces derniers concernant le contenu et l'étendue des informations, ainsi que la manière dont celles-ci devraient être fournies par l'équipe de réhabilitation.

Le groupe de proches inclus dans l'enquête compte 53.2% de conjoint/es, 24.2% d'enfants et 15.9% de parents de patients et 3.2% de famille plus éloignée.

a) Les enquêtés indiquent que les informations qui leur ont été fournies jusqu'alors par les médecins, le personnel soignant, les physio- et les ergothérapeutes sont "très satisfaisantes" ou "satisfaisantes".

b) Par ailleurs, 61.7% d'entre eux déclarent que leur qualité de vie a changé, alors que 33% ne cons-

tatent pas de changement et que 5.3% ne répondent pas à cette question. Le principal élément qui contribue à modifier la qualité de vie des proches est celui de l'investissement requis par les soins; mais ils ont également moins de possibilités de se consacrer à ce qui les intéresse ou d'avoir des activités de loisirs, et ne peuvent plus prendre aussi facilement des vacances. Concernant les patients ayant subi une attaque, la situation financière de leurs proches s'est dégradée, alors que c'est surtout au niveau de leur situation professionnelle que les parents des victimes d'un traumatisme crânien ont dû accepter une évolution.

c) Parmi les enquêtés, 72.3% s'intéressent en principe à recevoir un soutien, alors que 18.1% ne le souhaitent pas et que 9.6% ne répondent pas à cette question. Lorsqu'on leur demande quelle forme ce soutien devrait avoir, 58.5% souhaitent que des informations leur soient fournies par toute l'équipe traitante, alors que 24.5% se déclarent prêts à participer à des rencontres régulières, au cours desquelles des contributions informatives seraient présentées.

Zu den höchsten Belastungsfaktoren in Familien mit schwer hirngeschädigten Patienten gehört die ständige Anwesenheit eines Familienmitglieds sowie die Akzeptanz der weitgehenden Unveränderlichkeit der Situation. Das folgende Zitat eines Familienangehörigen bringt das durch die Hirnschädigung verursachte Familientrauma einigermaßen zum Ausdruck: „Eine Hirnschädigung tritt innerhalb einer Sekunde ein, ist jedoch ein Leben lang zu akzeptieren. Diese eine Sekunde beraubt einen jenes Menschen, den man vorher kannte, und ersetzt ihn durch einen Fremden. Alle Familienmitglieder sind davon betroffen; jeder von uns hat überlebt“ [12].

Die Angehörigen jener Patienten mit einem apallischem Syndrom oder von solchen mit dementiellen Abbausyndromen, leiden oft wesentlich mehr als die Betroffenen selbst. Vor allem im Zeitraum der ersten 12 Monate nach dem traumatischen Ereignis erleben Angehörige die psychosozialen und emotionalen Symptome wesentlich stärker als die Patienten selbst [3, 9, 2]. So unterschätzen beispielsweise Patienten nach einem Schädel-Hirn-Trauma ihre Defizite im Vergleich zur Beurteilung durch ihre Angehörigen wesentlich stärker [1].

Familienmitglieder hirngeschädigter Patienten sind mit einem langwierigen Lern- und Anpassungsprozeß konfrontiert: Während der langen Dauer der Erkrankung müssen sie es allmählich lernen, die Folgen der Hirnschädigung für den Patienten zu erkennen und damit richtig umzugehen: Die neuropsychologischen Störungen können einzelne Funktionen betreffen oder wie in den meisten Fällen eine Vielzahl von Symptomen verursachen wie beispielsweise Aufmerksamkeitsstörungen, Sprach- und Sprechstörungen, optische und akustische Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Zeit- und Ortsorientierung, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses sowie Verhaltensauffälligkeiten. Kognitive Leistungsminderungen manifestieren sich häufig

Peu d'enquêtés souhaitent que soient créés des groupes d'entraide ou des groupes ouverts. Mais ce point de vue ne correspond pas à la pratique, puisque des groupes d'entraide existent depuis longtemps. De plus, un groupe ouvert de parents se rencontre dans le cadre de notre clinique de jour et la participation y est très bonne. Mentionnons toutefois que l'équipe de réhabilitation invite toujours à plusieurs reprises les proches concernés à y participer.

Le besoin d'information se situe surtout au niveau du diagnostic, de la thérapie et du pronostic; mais on souhaite aussi des informations concernant la physiothérapie et la manière d'aborder psychologiquement les troubles du comportement et les handicaps.

Plus l'hospitalisation du patient est longue et plus les proches ont besoin d'être informés. Du fait qu'à la fin de la réhabilitation le patient est confié à ses proches qui en général, doivent s'en occuper pour le reste de sa vie, il est important que ceux-ci se familiarisent avec les principaux principes thérapeutiques.

in Form einer Verlangsamung der Denkprozesse, während die stärkere Vulnerabilität gegenüber Umweltreizen häufig psychopathologische Verhaltensweisen begünstigt. Manchmal bildet auch die Undankbarkeit des Kranken ein schwer lösbares Problem. Der häufig eintretende „Scham-Schuld-Sorge-Komplex“ der Eltern von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma bedarf in manchen Fällen auch psychotherapeutische Behandlung [16]. Die psychische Betreuung durch Angehörige ist für den Rehabilitationserfolg von entscheidender Bedeutung: So zeigen Schlaganfallpatienten eine höhere Remissionsrate, wenn sie einen kooperativen und fürsorglichen Ehepartner bzw. Lebensgefährten haben [5, 7, 11]. Da die Angehörigen demnach den Erfolg rehabilitativer Maßnahmen entscheidend mit beeinflussen können, ist es notwendig, ihnen bei der Bewältigung dieser neuen Aufgaben Hilfestellungen zu geben und sie in den Rehabilitationsprozeß mit einzubeziehen. Dadurch besteht die Möglichkeit, negative Reaktionen auf kognitive Störungen des Patienten möglichst rasch zu korrigieren [6]. Die aktive Einbindung von Angehörigen in das Rehabilitationsgeschehen führt zu einer emotionalen Entlastung der betroffenen Familienmitglieder und zum Abbau von Schuldgefühlen gegenüber dem Kranken. Beziehungsprobleme können besser in einen adäquaten Rahmen und Bezug zur Krankheit gestellt werden [16]. Es wurde zudem nachgewiesen, daß schwer gestreßte Familien größere Konflikte mit dem Rehabilitationsteam erleben, wobei der Familienstreß von folgenden Faktoren abhängig ist [10]: Akzeptanz der Behinderung des Patienten, Ausmaß der kognitiven und körperlichen Behinderung bei der Aufnahme sowie Aufenthaltsdauer und Alter des Patienten.

Es steht außer Zweifel, daß die Miteinbeziehung von Angehörigen in den neurologischen Rehabilitationsprozeß zur Optimierung medizinischer und paramedizinischer Maßnahmen führt [8]. In erster Linie soll der Informationsstand der Angehörigen über die Folgen

einer Hirnschädigung und den Umgang mit diesen Folgen verbessert werden, sodaß alltagsrelevante Probleme in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitationsteam zunehmend gemeinsam gelöst werden können. Um zu diesem Ziel zu gelangen, haben wir die Angehörigen nach ihren Bedürfnissen bezüglich Inhalt, Umfang und Art der Weitergabe von Informationen durch das Rehabilitationsteam befragt.

Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten wurde 94 Angehörigen stationärer Patienten des Neurologischen Krankenhauses Maria-Theresien-Schlüssel ein Fragebogen vorgelegt. Anhand von 13 Items wurden die Angehörigen befragt

- a) wieweit diese mit den bisher erhaltenen Informationen über Aufenthaltsdauer, Diagnose und Therapien des Patienten zufrieden waren,
- b) in welchem Ausmaß durch die Erkrankung des Patienten Veränderungen der Lebensqualität der Angehörigen eingetreten sind und
- c) in welcher Form Angehörige durch das Rehabilitationsteam über die Diagnose, Therapie und den Krankheitsverlauf des Patienten informiert werden wollen.

Zu a) Was wissen die Angehörigen über Aufenthaltsdauer, Diagnose und Therapien der Patienten, wie zufrieden sind sie mit der bisher erhaltenen Information durch die einzelnen Berufsgruppen?

Nach Aussagen der Angehörigen umfaßte die *bisherige Aufenthaltsdauer* der Patienten in 50% der Fälle bis zu drei Wochen, 26,6% gaben eine Aufenthaltsdauer bis zu acht Wochen an, 7,4% bis zu drei Monaten und 10,6% mehr als drei Monate; 5,3% konnten über die bisherige Aufenthaltsdauer der Patienten keine Aussage machen.

Die von den Angehörigen angegebenen *drei Hauptdiagnosen* umfaßten 27 Schlaganfallpatienten (= 31%), 14 Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma (= 16%) und 13 Patienten mit Morbus Parkinson (= 14,9%); 33 Patienten (= 30,1%) hatten den Angaben zufolge andere neurologische Erkrankungen wie hypoxische Hirnschädigungen (6 Pat.), Bandscheibenvorfall (5 Pat.), entzündliche Erkrankungen des Nervensystems (4 Pat.), Querschnittslähmung (1 Pat.), Multiple Sklerose (1 Pat.) usw.; sieben Angehörige (= 8%) wußten nicht, unter welcher Diagnose der Patient aufgenommen war.

Da die Befragung der Angehörigen über Diagnosen und Aufenthaltsdauer anonym verlief, konnten deren Angaben nicht mit der tatsächlichen Diagnose und Aufenthaltsdauer verglichen werden.

Die *Beziehung der Angehörigen zum Patienten* bestand zu 53,2% aus (Ehe)partnern; 24,2% waren Kinder, 15,9% Eltern und 3,2% entferntere Verwandte der Patienten.

Die *Zufriedenheit mit der bisher erhaltenen Information* durch das Rehabilitationsteam läßt sich nicht ohne Berücksichtigung der Möglichkeiten zur *Kontaktaufnahme der Angehörigen mit den einzelnen Berufsgruppen* interpretieren: So gaben 88,3% Kommunikation aus eigener Initiative mit dem Pflegepersonal an; 87,2% hatten Kontakt mit den Ärzten aufgenommen; Physiotherapeuten wurden von 50% der Angehörigen aufgesucht und Ergotherapeuten von 27,7%. Die Berufsgruppen Psychologie, Logopädie, Sozialarbeit und Musiktherapie wurden in Anbetracht der geringen personellen Besetzung im Krankenhaus entsprechend selten konsultiert.

Tabelle 1 stellt die Zufriedenheit der Angehörigen mit der erhaltenen Information bezogen auf die einzelnen Berufsgruppen dar.

Daraus ist ersichtlich, daß die Benotungen „unzufrieden“ und „mittel“ bei allen Berufsgruppen prozentmäßig zu vernachlässigen sind. Bei allen Berufsgruppen wurde weitaus am häufigsten die Benotung „sehr zufrieden“ erteilt.

Zu b) Hat die Erkrankung des Patienten Veränderungen der Lebensqualität seiner Angehörigen zur Folge?

61,7% der Angehörigen gaben an, daß sie durch die Erkrankung des Patienten *vor neue, schwer zu bewältigende Probleme* gestellt wurden, 33% verneinten dies und 5,3% gaben dazu keine Stellungnahme ab.

Darüber befragt, in welchen Bereichen sich die *Lebensqualität* am stärksten *verändert* habe, gaben die meisten Angehörigen in erster Linie den Pflegeaufwand an (45,7%), zweitens eine Einschränkung im Interessens- und Freizeitbereich (31,9%) sowie eingeengte Urlaubsmöglichkeiten (28,7%).

Aus Abb. 1 ist die Veränderung der Lebensqualität der Angehörigen zu entnehmen.

Tabelle 1. Zufriedenheit der Angehörigen mit der von den einzelnen Berufsgruppen erhaltenen Informationen

Berufsgruppe	Sehr zufrieden	Zufrieden	Mittel	Unzufrieden	Kein Kontakt
Ärzte	63,8%	20,2%	2,1%	1,1%	12,8%
Pflegepersonal	67,0%	16,0%	4,3%	1,1%	11,7%
Physiotherapie	44,7%	5,3%	0,0%	0,0%	50,0%
Ergotherapie	25,5%	1,1%	1,1%	0,0%	72,3%
Logopädie	15,0%	2,1%	0,0%	0,0%	81,9%
Musiktherapie	4,3%	1,1%	0,0%	0,0%	94,7%
Psychologie	13,8%	1,1%	1,1%	0,0%	84,5%
Sozialarbeit	14,9%	4,3%	1,1%	0,0%	79,8%

Zu c) In welcher Form wünschen sich Angehörige Information und Betreuung durch das Rehabilitationsteam?

Prinzipielles Interesse an einer Angehörigenberatung gaben 72,3% an, während 18,1% daran nicht interessiert waren; 9,6% gaben dazu keine Stellungnahme ab.

Die gewünschte Form der Beratung ist aus Abb. 2 ersichtlich: Demnach wird der Beratung durch das gesamte Stationsteam der Vorzug gegeben (58,5%), gefolgt

vom Jour fixe mit 24,5%. Selbsthilfegruppen werden kaum (13,8%) und offene Gruppen am wenigsten (8,5%) gewünscht.

Diese Angaben scheinen allerdings im Widerspruch zur Alltagspraxis zu stehen, in welcher sich Selbsthilfegruppen längst durchgesetzt haben. Zudem führen wir an der Tagesklinik des Krankenhauses schon längere Zeit hindurch erfolgreich offene Angehörigengruppen durch, an welchen großes Interesse besteht. Dazu sei

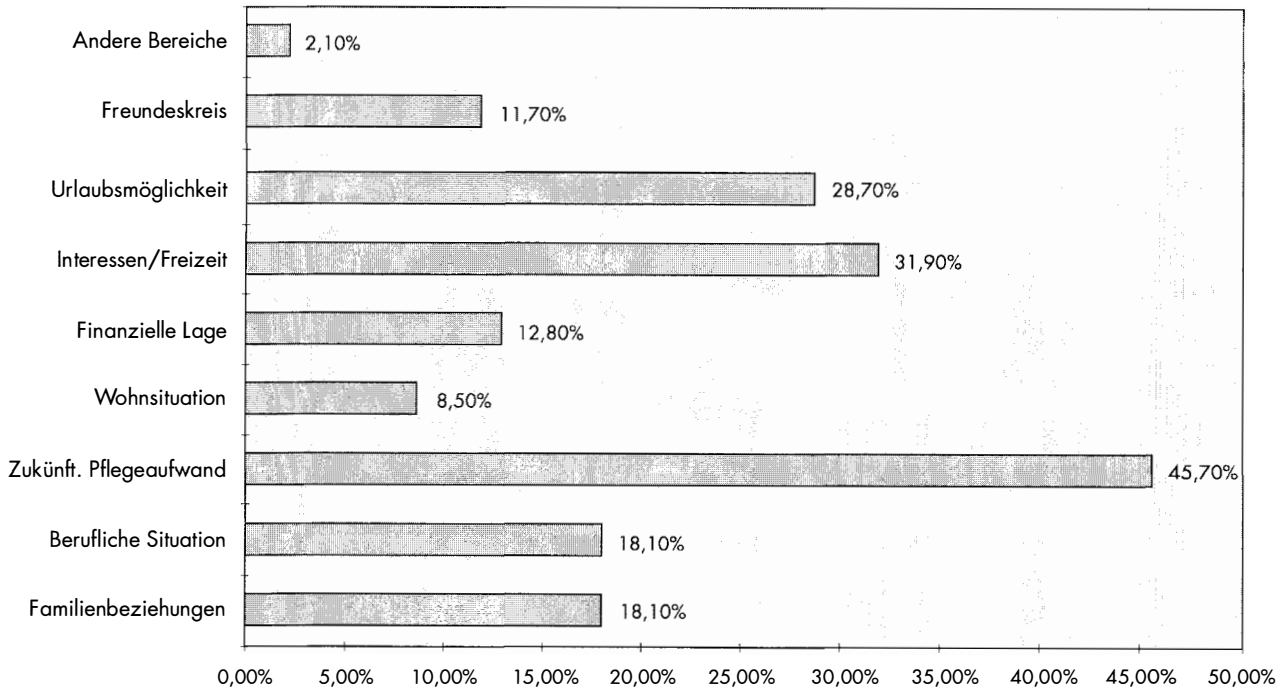


Abb. 1. Veränderung der Lebensqualität der Angehörigen in Prozent

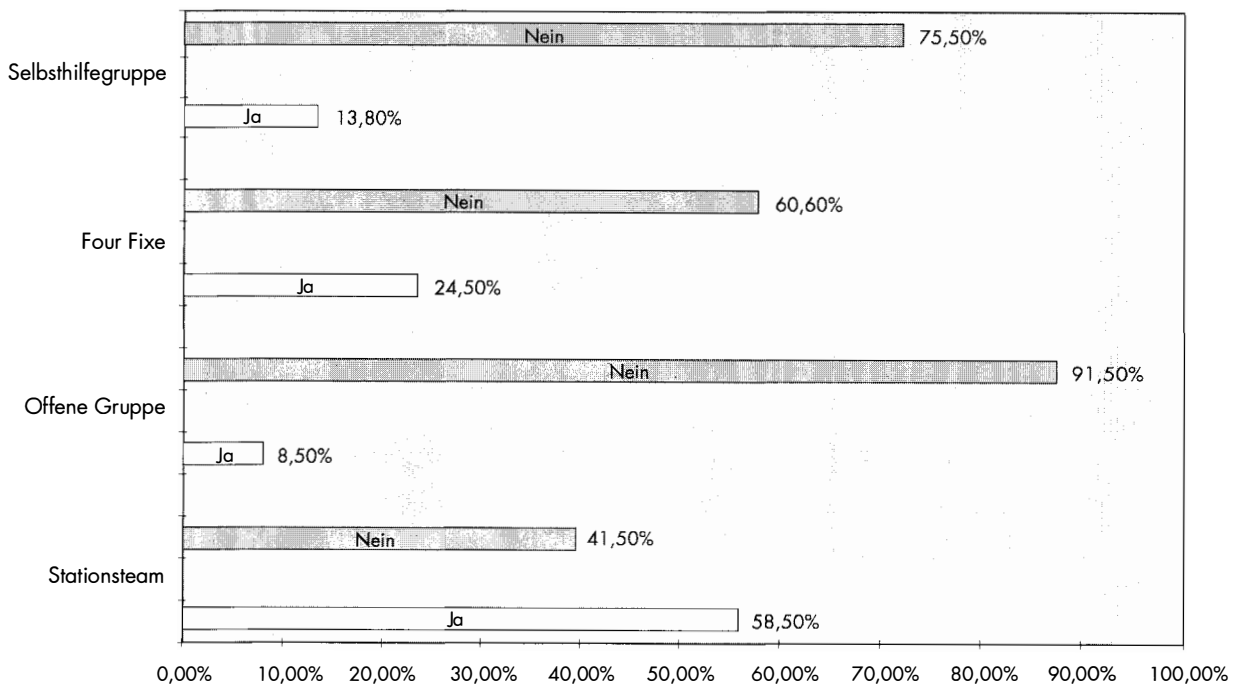


Abb. 2. Vier Möglichkeiten der Angehörigenbetreuung: a) Stationsteam – gemeinsam mit Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten, Psychologe/in, Sozialarbeiter/in. b) Offene Gruppen mit 6–8 Teilnehmern. c) Jour fixe-Vortrag durch Neurologen/in und Psychologen/in und Diskussion. d) Selbsthilfegruppe

noch vermerkt, daß 81,9% der Befragten sich eine aktive Mitgestaltung von Selbsthilfegruppen nicht vorstellen können (nur 8,5% bejahten diese Frage). Die Diskrepanz zwischen Alltagspraxis und den Angaben im Fragebogen läßt sich wahrscheinlich dadurch erklären, daß Angehörigengruppen im Krankenhaus nur dann stattfinden, wenn Mitglieder des Rehabilitationsteams aufgrund Ihres Engagements *persönlich um die Gruppenteilnahme der einzelnen Angehörigen werben*.

Der Informationsbedarf der Angehörigen besteht vor allem hinsichtlich Diagnose, Therapie und Prognose der Krankheit (58%), weiters sind Informationen über Physiotherapie (26,6%) und den psychologischen Umgang mit Verhaltens- und Leistungsstörungen (23,4%) erwünscht. Über soziale Fragen erwarten nur 20% Aufklärung. Lediglich 10% der Angehörigen zeigten Interesse an einem Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen. Die genauen Angaben sind Abb. 3 zu entnehmen. Dabei ist zu beachten, daß die Ermittlung der Kommunikationsachse Angehörige-Krankenhaus im Vordergrund der Untersuchung stand, wodurch die Angaben nicht der realen Alltagspraxis der einzelnen Berufsgruppen entsprechen können.

Eine mittels SPSS-Programm durchgeführte Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Signifikanter Zusammenhang zwischen Diagnose und Veränderung der Lebensqualität

a) Angehörige von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten gaben an, daß sich vor allem ihre berufliche Situation verschlechtert hätte (Tabelle 2).

Tabelle 2. Veränderung der beruflichen Situation der Angehörigen in den drei Hauptgruppen

Diagnose	Berufliche Veränderungen		Total	
	nein	ja		
SHT	Count	8	6	14
	Exp. Value	11,4	2,6	25,9%
	Row Value	57,1%	42,9%	
	Column Pct.	18,2%	60,0%	
INS	Count	23	4	27
	Exp. Value	22,0	5,0	50,0%
	Row Value	85,2%	14,8%	
	Column Pct.	52,3%	40,0%	
PAR	Count	13	0	13
	Exp. Value	10,6	2,4	24,1%
	Row Value	100%	0%	
	Column Pct.	29,5%	0%	
Column Total	44	10	54	
	81,5%	18,5%	100%	
Chi-Square	Value	df	Significance	
Pearson	8.69610	2	.01293	
Likelihood Ratio	9.97636	2	.00682	
Mantel-Haenszel Test for linear association	8.53276	1	.00349	

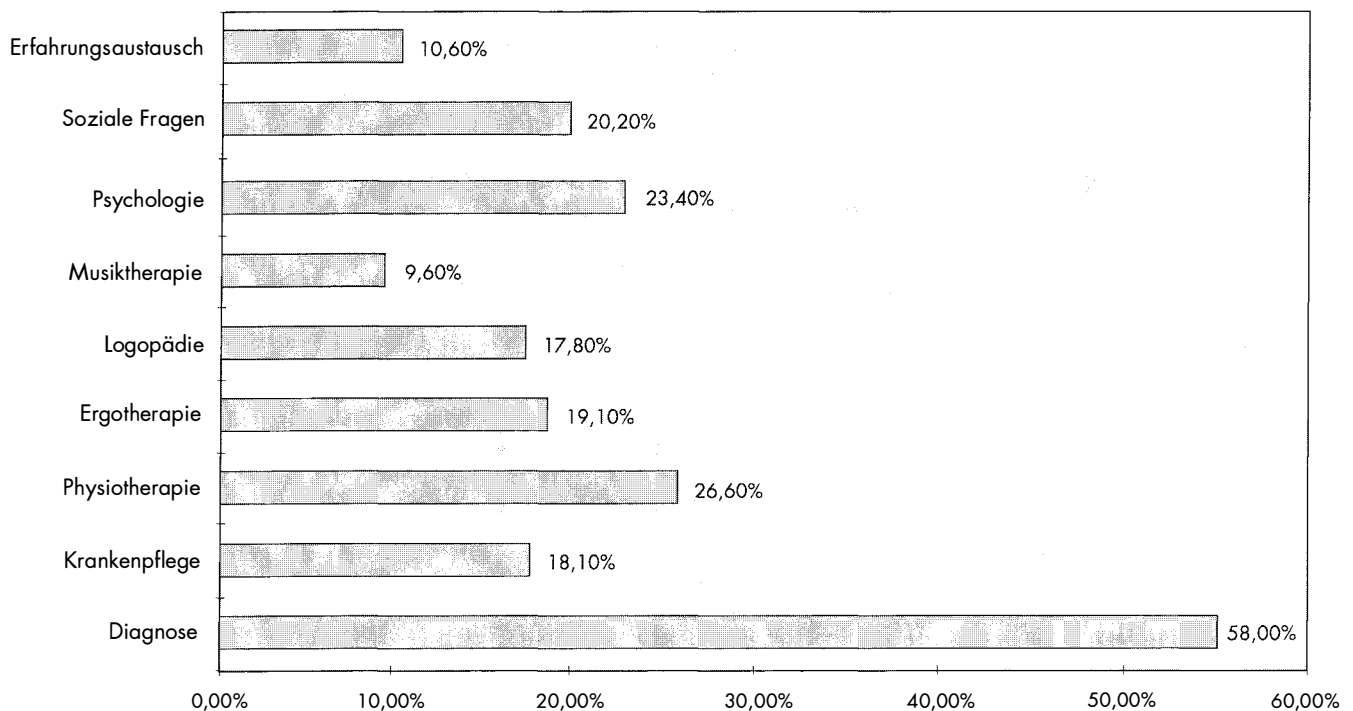


Abb. 3. Informationsbedarf der Angehörigen seitens der einzelnen Berufsgruppen in Prozent

b) Angehörige von Schlaganfallpatienten gaben an, daß sich vor allem ihre finanzielle Lage verschlechtert hätte (Tabelle 3).

Dieses Resultat ist wahrscheinlich durch das Alter der Patienten erklärbar: Schädel-Hirn-Trauma-Patienten sind zumeist jüngere Unfallopfer, während Schlaganfälle erst in fortgeschrittenem Alter eintreten.

2. Signifikanter Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Informationsbedürfnis

Je länger der stationäre Aufenthalt, desto größer ist das Informationsbedürfnis der Angehörigen (Tabelle 4).

Dieses Ergebnis bedarf keiner näheren Interpretation: Ab der *dritten Woche eines stationären Aufenthaltes* sollten Angehörige schwer hirngeschädigter Patienten *systematisch mitbetreut* werden.

Zu den Zielsetzungen der European Brain Injury Society (E.B.I.S.) gehört die Entwicklung eines Programms (European Head Injury Evaluation Chart), welches Patienten vom Zeitpunkt einer Hirnschädigung an über mehrere Jahre hindurch unterstützt [4]. In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf zwei Erhebungsinstrumente verweisen, den „Family Involvement Questionnaire“ (FIQ) und den „Family Needs Questionnaire (FNQ), welche zum Zwecke einer effizienten Miteinbeziehung Angehöriger in den Rehabilitationsprozeß entwickelt wurden [13, 14]. Der Rehabilitations-

Tabelle 3. Änderung der finanziellen Lage der Angehörigen in den drei Hauptdiagnosegruppen

Diagnose		Änderung der finanziellen Lage		Total
		nein	ja	
SHT	Count	14	0	14
	Exp. value	12,4	1,6	25,9%
	Row Pct.	100,0%	0%	
	Column Pct.	29,2%	0%	
INS	Count	21	6	27
	Exp. value	24,0	3,0	50,0%
	Row Pct.	77,8%	22,2%	
	Column Pct.	43,8%	100,0%	
PAR	Count	13	0	13
	Exp. value	11,6	1,4	24,1%
	Row Pct.	100%	0%	
	Column Pct.		0%	
		48	6	54
		88,9%	11,1%	100%
Chi-Square	Value	df	Significance	
Pearson	6.75000	2	.03422	
Likelihood Ratio	9.06973	2	.01073	
Mantel-Haenszel Test for linear association	.42577	1	.51407	

Tabelle 4. Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer des Patienten und dem Informationsbedürfnis seiner Angehörigen

Aufenthaltsdauer	Interesse an einer Beratung		Total
	ja	nein	
Bis 3 Wochen	30	13	43
	35,0	8,0	53,1%
	69,8%	30,2%	
	45,5%	86,7%	
Bis 8 Wochen	21	2	23
	18,7	4,3	28,4%
	91,3%	8,7%	
	31,8%	13,3%	
Bis 3 Monate	6	0	6
	4,9	1,1	7,4%
	100%	0%	
	9,1%	0%	
Über 3 Monate	9	0	9
	7,3	1,7	11,1%
	100,0%	0%	
	13,6%	0%	
Column Total	66	15	81
	81,5%	18,5%	100%
Chi-Square	Value	df	Significance
Pearson	8.79020	3	.03221
Likelihood Ratio	11.33195	3	.01006
Mantel-Haenszel Test for linear association	7.30572	1	.00687

erfolg hängt ganz entscheidend vom psychodynamischen Wechselspiel ab, mit dem es dem Patienten und seinen Angehörigen gelingt, die durch die Hirnschädigung entstandene veränderte Situation zu bearbeiten. Nach Ende der stationären Rehabilitationsbehandlung muß den Angehörigen der Patienten schließlich in den meisten Fällen die lebenslange Versorgung überlassen werden. Diese sollten daher mit den wesentlichen Prinzipien der Therapien im Verlauf der Rehabilitation vertraut sein.

Literatur

1. Anderson-Patente' JK (1994) A comparison of meta-cognitive ratings of persons with traumatic brain injury and their family members. *Neuro Rehabilitation* 4/3: 168-173
2. Braun CMJ, Baribeau JMC, Ethier M (1988) A prospective investigation comparing patients' and relatives' symptom reports before and after a rehabilitation program for severe closed head injury. *Neuro Rehabilitation* 2: 109-115
3. Brooks DN, Mc Kinlay WW (1983) Personality and behavioural change after severe blunt head injury - a relatives view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 46: 336-344
4. Cudmore S, Pentland B (1996) Early experience of the utility of the European Head Injury Evaluation Chart. *Brain Inj* 10/7: 517-29

5. De Jong G, Branch L (1982) Predicting the stroke patients ability to live independently. *Stroke* 13: 648–655
6. Füsgen I (1991) Demenz. Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung. MMV Medizin Verlag Vieweg, München
7. Henley S, Pettit S, Todd-Pokropek A, Tupper A (1985) Who goes home? Predictive factors in stroke recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48: 1–6
8. König P, Steurer-Spitaler H, Waanders R (1992) Die psychologische Führung Angehöriger von Schädel-Hirnverletzten. *Zentralbl Neurochir* 53: 78–84
9. McKinlay WW (1981) The short term outcome of severe blunt head injury as reported by relatives of injured persons. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 44: 527–533
10. McLaughlin A, Carey J (1993) The adversarial alliance: developing therapeutic relationships between families and the team in brain injury rehabilitation. *Brain Inj* 7/1: 45–51
11. Oder W, Binder H, Baumgartner Ch, Zeiler K, Deecke L (1988) Zur Prognose der sozialen Reintegration nach Schlaganfall. *Rehabilitation* 27: 85–90
12. Resnick Ch (1993) The effect of head injury on family and marital stability. *Soc Work Health Care* 18/2: 49–62
13. Serio CD, Kreutzer JS, Witol AD (1997) Family needs after traumatic brain injury: a factor analytic study of the family needs questionnaire. *Brain Inj* 11/1: 1–9
14. Shaw LR, Chan F, Lorn CS (1997) Development and application of the family involvement questionnaire (FIQ) in brain injury rehabilitation. *Brain Inj* 11/3: 219–231
15. Voll R (1993) Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 42: 331–338
16. Zeitlhofer J, Steiner M (1994) Spezielle Probleme der Psychotherapie in der Neurologie. In: Pritz A, Dellisch H (Hrsg) *Psychotherapie im Krankenhaus*. Orac, Wien

Korrespondenz: Dr. Hedwig Friedl-Francesconi, Neurologisches Krankenhaus Maria-Theresien-Schlüssel, Hofzeile 18–20, A-1190 Wien, Österreich.

Dr. phil. Hedwig Friedl, Klinische Psychologin und Psychotherapeutin am Neurologischen Krankenhaus Maria Theresienschlüssel, Psychoanalytikerin in freier Praxis. Publikationen zur Psychotherapie in Form von Falldarstellungen, zum Thema Entwurzelung, zur Betreuung von Patienten mit organischem Psychosyndrom. Publikationen zur Neuropsychologie und zur kognitiven Rehabilitation.

Medizinalrat Dr. med. Susanne Balazs, Oberärztin am Neurologischen Krankenhaus Maria-Theresien-Schlüssel.

Univ.-Prof. Dr. med. Heinrich Binder, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Primarius und Ärztlicher Direktor des Neurologischen Krankenhaus Maria-Theresien-Schlüssel. Leiter des Ludwig-Boltzmann-Institutes für restaurative Neurologie und Neuromodulation. Arbeitsschwerpunkt: Neurologische Rehabilitation.