

# Soziale Integration und Kontakte zu Bezugspersonen des gewohnten sozialen Umfeldes während stationärer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus

## Eine prospektive katamnestische Untersuchung an erstmals aufgenommenen Patienten mit schizophrenen und cyclothymen Psychosen

Felix Maria Böcker

Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Prof. Dr. E. Lungerhausen),  
Schwabachanlage 6 und 10, D-8520 Erlangen, Bundesrepublik Deutschland

### Social Integration and Contact with People in the Normal Social Environment During Treatment in a Psychiatric Hospital

#### A Follow-up of First-Admission Inpatients with Schizophrenia and Affective Disorders

**Summary.** Fifty first-admission inpatients (27 women, 23 men; mean age 35.1 years) with schizophrenia ( $n = 35$ ) or affective disorders ( $n = 15$ ) participated in a standardized, half-open interview about contact with people outside the hospital. The frequency of contact was compared with outcome, as based on a 1-year follow-up.

Nearly all patients (48 of 50) had "direct" contact with relatives and friends during the week ( $\bar{x} = 3/\text{week}$ ): 45 patients had visitors, 13 went home on weekends. Thirty-five patients had contact with the outside by telephone, and 21 by letter; only 12 patients indicated no "indirect" contact.

The frequency of contact had no relationship to sex, age or diagnosis. The significant factors were: structure of the patient's family, his/her educational and occupational level, social network, means of admission, conditions of hospitalization, and length of stay. The distance between the patient's residence and the hospital markedly influenced the frequency of visits and weekend holidays.

The importance of frequent interaction with the usual social environment was verified by follow-up: 11 patients with rare or only average contact had unfavorable results (readmission or suicide by 1 year after discharge or long-term hospitalization); on the other hand, none of the patients with frequent direct contact outside the hospital showed poor results.

There is no reason for indiscriminate criticism of the relatives of psychiatric inpatients according to etiological hypotheses of "family research"; above all, patients *without* relationships with a family or friends have to be regarded as at risk. To open psychiatric hospitals to the relatives of patients and to consider the relatives' role in treatment both seem to be indispensable in community-oriented psychiatry.

**Key words:** Contact with outside world – Psychiatric inpatients – Social integration – Schizophrenia – Affective disorder – follow-up study

**Zusammenfassung.** Fünfzig erstmals in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommene Patienten mit endogenen Psycho-

sen (27 Frauen, 23 Männer, 16 bis 59, im Mittel 35,1 Jahre alt, darunter 35 Patienten mit Schizophrenien, 15 mit Cyclothymien) wurden in einem standardisierten, halboffenen Interview über ihre Kontakte zu Bezugspersonen außerhalb der Klinik befragt. Die Frequenz solcher „Außenkontakte“ wurde in Beziehung gesetzt zur sozialpsychiatrischen Prognose, ermittelt anhand einer Ein-Jahres-Katamnese.

Fast alle, nämlich 48 von 50 befragten Patienten, hatten in der Woche vor dem Interview „direkten“ Kontakt zu Bezugspersonen, im Mittel dreimal/Woche: 45 Patienten waren im Krankenhaus besucht worden, 13 Patienten hatten Urlaub erhalten. Daneben hatten 35 Patienten per Telefon und 21 Patienten auf dem Postweg Kontakt zur Außenwelt, im Mittel zweimal/Woche; nur 12 Patienten waren ohne „indirekte“ Außenkontakte.

Die Kontaktfrequenz war unabhängig von Geschlecht, Alter und Diagnose. Als bedeutsam erwiesen sich die Familienstruktur, die schulische und berufliche Qualifikation und die soziale Integration der Patienten, außerdem Umstände der Einweisung, Bedingungen der Unterbringung und die Dauer des stationären Aufenthalts. Die Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort der Patienten hatte einen deutlichen Einfluss auf die Frequenz direkter Außenkontakte.

Die sozialpsychiatrische Bedeutung häufiger Kontakte zum gewohnten sozialen Umfeld ließ sich anhand der Katamnese belegen: 11 Patienten mit seltenen oder durchschnittlichen, aber kein Patient mit überdurchschnittlich häufigen direkten Außenkontakten hatte eine ungünstige Katamnese (Wiedereinweisung oder Suicid innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus der ersten stationären Behandlung oder langfristige Unterbringung).

Pauschale Bedenken gegenüber Angehörigen psychisch Kranker erscheinen damit unbegründet; gerade Patienten mit wenig Kontakt zur Familie müssen als Risikopatienten betrachtet werden. Psychiatrische Krankenhäuser für Bezugspersonen der Patienten zugänglich zu machen und die Angehörigen in den Behandlungsplan einzubinden, ist demnach eine wichtige Aufgabe gemeindenaher Psychiatrie.

**Schlüsselwörter:** Kontakt zur Außenwelt – Stationär-psychiatrische Behandlung – Soziale Integration – Schizophrenie und Cyclothymie – Katamnese

## Einleitung

Wechselwirkungen zwischen psychischer Erkrankung und den Lebensumständen des Erkrankten sind für die sogenannten endogenen Psychosen empirisch belegt. Einerseits können chronisch verlaufende Psychosen auf berufliche Entwicklung, familiäre Bindungen und soziale Beziehungen betroffener Patienten Einfluß nehmen und deren Lebensschicksal nachhaltig bestimmen [12, 14, 17]; andererseits können belastende Lebensumstände und Lebensereignisse zur Manifestation der Psychose beitragen und Rezidive provozieren [13]. Verlaufsuntersuchungen bei Patienten mit Schizophrenien [12, 17] zeigen, daß soziale Parameter für *Verlauf* und *Ausgang* der Erkrankung Bedeutung haben.

Dabei spiegeln prognostisch bedeutsame Variablen wie „Schulerfolg“, „Berufsausbildung“ und „Qualifikation der beruflichen Tätigkeit“ wohl den Grad der *prämorbid Behinderung* des Patienten wider — die soziale Schichtzugehörigkeit vor Erkrankungsbeginn ist für die Prognose ohne Bedeutung —. Besonderes Gewicht für den Verlauf der Psychose und das weitere Schicksal des Patienten gewinnt aber die Festigkeit und Tragfähigkeit seiner familiären und sozialen Bindungen, seine *soziale Integration* [18]. Ungünstige Verläufe häufen sich bei Patienten, die sozial entwurzelt sind (Flüchtlinge, Heimatvertriebene) oder aus gestörten Heimverhältnissen kommen („Broken Home“, Waisen, Heimerziehung), bei Unverheirateten, Geschiedenen und kinderlosen Patienten, während bei intakter Ursprungsfamilie, stabiler Ehe und ungestörten Sozialkontakte die Prognose günstig ist [14, 17, 18].

Ebenso kann sich das *emotionale Klima* innerhalb der Familie auf den Erkrankungsverlauf auswirken: So fand die Arbeitsgruppe um Wing und Brown [10, 11, 24] Rezidive der Psychose vor allem bei Patienten, denen die Familie feindselig, ablehnend und kritisch oder aufdringlich, überbehütend gegenüberstand. Patienten, die sich dem emotionalen Druck solcher Familien entziehen konnten, hatten eine bessere Prognose.

Beziehungen zwischen Patienten und Bezugspersonen der familiären und sozialen Umwelt bestehen auch während stationärer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus in Form von „Außenkontakten“ [19]. Besuche und Beurlaubungen ermöglichen direkte, Telefonanrufe und Postsendungen indirekte Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten.

Therapeuten stehen solchen Kontakten ihrer Patienten zur Familie nicht selten skeptisch und mißtrauisch gegenüber; sie argwöhnen krankmachende Einflüsse der Familie [5] und befürchten, daß ihre therapeutischen Bemühungen durch Intervention der Angehörigen zunichte gemacht werden [4, 23]. So schreibt Th. Lidz, prominenter Vertreter der Familienforschung, bereits 1957: „*Direct observations of visitors... leave no doubt, that visits tend to undermine the therapeutic attempts of the psychiatric staff*“ [21].

Dagegen konnte ebenfalls vor über 20 Jahren gezeigt werden [9], daß Patienten mit Schizophrenie, die während der ersten zwei Monate eines Aufenthalts im psychiatrischen Krankenhaus *keinen* Besuch erhielten, ein hohes Risiko hatten, zu chronischen Anstaltspatienten zu werden. Zumindest bei dieser Extremgruppe waren fehlende Außenkontakte Indikator einer ungünstigen sozialen Prognose.

Wir sind bei unseren Untersuchungen von der Annahme ausgegangen, daß die Häufigkeit von Kontakten stationär

behandelter Patienten zu Bezugspersonen außerhalb der Klinik Rückschlüsse zuläßt auf die „*Einbettung*“ [18] der Patienten in Familie und Gemeinschaft, daß sie die Anteilnahme der Umwelt an ihrem Schicksal widerspiegelt und damit zum Maß von Isolation und Integration wird. Im Rahmen einer Pilotstudie [6] haben wir am Bezirkskrankenhaus Günzburg (Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm) 50 Patienten mit endogenen Psychosen, die sich zum erstenmal einer stationären psychiatrischen Behandlung unterziehen mußten und damit in der Regel ganz am Anfang ihrer „*Patientenkarriere*“ standen, in einem standardisierten, halboffenen Interview nach der Häufigkeit ihrer Kontakte zur Außenwelt befragt. In einem prospektiven Ansatz sollte die sozial-psychiatrische Bedeutung der Außenkontakte am Zusammenhang mit dem Risiko von Wiedereinweisung, langfristiger Unterbringung und Suicid anhand einer Ein-Jahres-Katastrophe geprüft werden; daneben interessierte uns, welche sozialen und klinischen Parameter auf die Frequenz solcher Außenkontakte Einfluß nehmen.

## Material und Methodik

### 1. Sample

In die Stichprobe aufgenommen wurden Patienten, die an einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder Cyclothymien (ICD-Nummern 295 und 296) erkrankt waren und erstmals in einem psychiatrischen Krankenhaus stationär behandelt wurden. Weitere Stichprobenkriterien waren: Deutsche Staatsangehörigkeit, Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, Alter unter 60 Jahren, Mindestdauer des stationären Aufenthalts von 14 Tagen.

Innerhalb eines zehnmonatigen Untersuchungszeitraumes (X/79 bis VII/80) erfüllten 63 im BKH Günzburg neu aufgenommene Patienten die Stichprobenkriterien. Davon konnten 50 Patienten in die Stichprobe aufgenommen werden. In wichtigen Daten (Geschlechtsverteilung, Alter, Schulbildung, Familienstand) bestanden keine auffälligen Unterschiede zu vergleichbaren Stichproben anderer Autoren.

### 2. Untersuchungsinstrument

Die von Jonas und Mitarbeitern [19] vorgeschlagene Messung der Besuchsfrequenz anhand von Aufzeichnungen des Pflegepersonals konnten wir nicht zur Datengewinnung heranziehen, weil in einer großzügig offen geführten psychiatrischen Klinik Besuche vom Pflegepersonal nicht routinemäßig registriert werden können und weil die Erfassung der Besuchsfrequenz allein die Außenkontakte systematisch unterschätzt: Neben Besuchen spielen gerade in der Psychiatrie Wochenendbeurlaubungen eine wichtige Rolle; daneben sind entfernungsunabhängige Kontakte über Telefon und Post möglich. Informationen darüber sind nur durch direkte Befragung betroffener Patienten zugänglich.

Nach Ablauf der ersten beiden Wochen des stationären Aufenthalts — im Mittel in der vierten Woche der Behandlung — führten wir mit jedem Patienten ein standardisiertes, halboffenes Interview [6]. Es wurde eingeleitet mit Fragen nach der Lebenssituation und nach möglichen Bezugspersonen — Eltern und Geschwister, Ehepartner und Kinder, Verwandte, Arbeitskollegen, Nachbarn und Freunde. Bezogen auf die Woche vor dem Interview wurde die Häufigkeit von Besuchen, Beurlaubungen, Telefongesprächen und Postsen-

dungen einschließlich zahlreicher Details erfragt. Weitere Daten zur Biographie, zur Krankheitsvorgeschichte und zum stationären Aufenthalt wurden den Krankenblättern entnommen.

### 3. Katamnese

Die Bedeutung der Außenkontakte für das weitere Schicksal der Patienten sollte anhand einer Ein-Jahres-Katamnese geprüft werden: Informationen wurden gesammelt aus den archivierten Krankengeschichten, den Unterlagen der Ambulanz, den Berichten der Außenfürsorge und der Aufnahmekartei des BKH. Als Kriterien eines ungünstigen Ausgangs galten Wiedereinweisung oder Suicid innerhalb eines Jahres nach Entlassung und die Dauerhospitalisierung.

Auf eine vollständige Katamnese, die den Verbleib aller Patienten dokumentiert, wurde in dieser Pilotstudie verzichtet. Über 24 Patienten konnten keine katamnestischen Informationen gewonnen werden; bei ihnen gelten die Kriterien eines ungünstigen Ausgangs als nicht erfüllt. Der Anteil der Patienten mit ungünstigem Verlauf wird mit dieser Methode dann unterschätzt, wenn (a) stationäre Aufnahmen in anderen psychiatrischen Krankenhäusern und (b) Suicides dem BKH Günzburg nicht bekanntgeworden sind.

ad a) Das BKH Günzburg ist innerhalb seines Einzugsgebietes die einzige psychiatrische Klinik; nur 2 der 24 Patienten mit leerer Katamnese stammten nicht aus dem Einzugsgebiet. Angermeyer und Mitarbeiter [3] haben 71 erstaufgenommene Patienten mit Schizophrenie im Mittel über vier Jahre nachbeobachtet; der Anteil „verlaufener Sektorpatienten“ lag bei nur 8%.

ad b) Im hier untersuchten Sample waren unter 11 Patienten mit ungünstigem Ausgang zwei, die ihr Leben durch Suicid beendet hatten. In der Stichprobe von Angermeyer [3] hatten drei von 71 Patienten innerhalb von vier Jahren Suicid begangen; die Annahme einer deutlich höheren Suicidrate für die hier untersuchte Stichprobe ist wenig wahrscheinlich. Insgesamt gehen wir davon aus, daß die hier erstellte Katamnese die Rate der Patienten mit ungünstigem Ausgang nicht wesentlich unterschätzt und damit ein brauchbares Maß zum Vergleich mit Außenkontakten liefert.

### 4. Auswertung der Daten

Alle Variablen wurden einem Vergleich für die Merkmale Geschlecht, Diagnose und Katamnese unterzogen und wurden zur Häufigkeit von *direkten Außenkontakten* (Besuch, Urlaub), *indirekten Außenkontakten* (Telefonanrufe, Postsendungen) und *Außenkontakte insgesamt* in Beziehung gesetzt. Unterschiede wurden durch statistische Testverfahren (Student-Test für unverbundene Stichproben, einfache Varianzanalyse, lineare Regression, X<sup>2</sup>-Test) gesichert. Signifikanzschranken wurden [25] entnommen, Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit *p* kleiner als 0,05 wurden als signifikant betrachtet.

### Ergebnisse

Fünfzig Patienten (27 Frauen, 23 Männer) zwischen 16 und 59 Jahren ( $\bar{x} = 35,1$ ), darunter 35 Patienten mit schizophrenen Psychosen und 15 Patienten mit mono- oder bipolar verlaufenden Cyclothymien wurden im Mittel in der vierten Woche

ihrer stationären Aufenthalts befragt. Angaben über Außenkontakte beziehen sich auf die Woche, die dem Interview voranging.

#### 1. Häufigkeit von Außenkontakten

Die Patienten der Stichprobe erhielten durchschnittlich 2,4 Besuche in der Referenzwoche ( $s = \pm 2,1$ ), 5 Patienten waren ohne Besuch. Vier Fünftel aller Besucher waren Angehörige der Patienten, allein die Hälfte der Besucher stellten Ehepartner und Eltern. Dreizehn Patienten hatten Wochenendurlaub erhalten und insgesamt 27 Urlaubstage außerhalb der Klinik verbracht. Besuche und Beurlaubungen wurden zusammengefaßt als „*direkte Außenkontakte*“, je ein Urlaubstag wurde wie ein Besuch gezählt. Es ergeben sich im Mittel 2,9 direkte Außenkontakte ( $s = \pm 2,2$ ) pro Woche und Patient.

Neunzehn Patienten hatten bei Bezugspersonen angerufen, 25 Patienten waren im Krankenhaus angerufen worden. Vierzehn Patienten hatten Post verschickt, 15 Patienten Post erhalten. Insgesamt hielten 35 Patienten telefonisch und 21 Patienten auf dem Postweg Kontakt zu Bezugspersonen außerhalb des Krankenhauses; 12 Patienten hatten keine „*indirekten Außenkontakte*“. Im Mittel 1,6 Telefongespräche und 1,0 Postsendungen addieren sich zu 2,6 indirekten Außenkontakten ( $s = \pm 2,8$ ) pro Woche und Patient. Zwischen direkten und indirekten Außenkontakten bestand lediglich eine schwache, nicht signifikante positive Korrelation ( $r = +0,23$ ).

#### 2. Soziales Umfeld und Außenkontakte

**2.1. Alter und Geschlecht.** Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme betrug 35,1 Jahre ( $s = \pm 14,2$ ). Patienten mit Cyclothymien ( $\bar{x} = 45,8$  Jahre) waren im Mittel 15 Jahre älter als Patienten mit Schizophrenien ( $\bar{x} = 30,5$  Jahre,  $P < 0,001$ ). Zwischen Alter und Außenkontakten bestand kein Zusammenhang.

Die Stichprobe umfaßte 27 Frauen und 23 Männer; zwischen den Außenkontakten beider Gruppen bestand kein Unterschied.

**2.2. Herkunfts familie.** Unter den Patienten der Stichprobe waren 10 Flüchtlinge/Heimatvertriebene. Sechzehn Patienten stammten aus einer „*Broken Home*“-Situation, 12 Patienten waren als *Einzelkinder* ohne Geschwister aufgewachsen. 8 Patienten stammten aus *Großfamilien* mit fünf und mehr Kindern. Für die Häufigkeit von Außenkontakten waren all diese Merkmale ohne Bedeutung.

**2.3. Familienstruktur.** Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten beide Eltern von 23 Patienten; 14 Patienten hatten noch ein Elternteil (Mutter:  $n = 12$ , Vater:  $n = 2$ ); 13 Patienten hatten bereits beide Eltern verloren. Die *Elternzahl* stand im Zusammenhang mit dem Alter ( $p < 0,001$ ) und der Diagnose der Patienten: Von 22 Patienten mit Schizophrenie, aber nur von einem Patienten mit Cyclothymie lebten beide Eltern ( $p < 0,005$ ).

Im Mittel hatten die Patienten 2,0 *Geschwister*.

Vierundzwanzig Patienten waren *ledig*, 22 Patienten waren *verheiratet*; verwitwet, geschieden oder getrenntlebend waren 4 Patienten. Auch hier bestanden Zusammenhänge mit dem Alter ( $p < 0,001$ ) und der Diagnose: Während von 15 Patienten mit Cyclothymie 12 verheiratet waren, hatten nur 10 von 35 schizophrenen Patienten einen Ehepartner ( $p < 0,001$ ).

**Tabelle 1.** Eltern – Ehepartner: Außenkontakte

Partner	Patienten-zahl (n = 50)		Dir. AK ( $\bar{x}$ )		Ind. AK ( $\bar{x}$ )		Ges. AK ( $\bar{x}$ )		
	$\emptyset$	1	$\emptyset$	1	$\emptyset$	1	$\emptyset$	1	
Eltern- zahl	0	6	7	1,7	2,6	1,2	0,7	2,8	3,3
	1	4	10	1,0	3,6	4,8	3,1	5,8	6,7
	2	18	5	3,1	4,8	2,7	4,2	5,7	9,2
$X^2 = 9,41$			$r = 0,41$		$r = 0,29$		$r = 0,42$		
$p = 0,001$			$p < 0,01$		$p < 0,05$		$p < 0,01$		

Zweiundzwanzig der ledigen und 3 der verheirateten Patienten waren kinderlos; 25 Patienten hatten im Mittel 2,2 Kinder mit einem Durchschnittsalter von 20 Jahren. Zwölf der 15 cyclothymen, aber nur 13 der 35 schizophrenen Patienten hatten Kinder ( $p < 0,01$ ).

Wegen ihres komplementären Verhaltens in der Altersverteilung haben wir für Ehepartner und Eltern, die Mitglieder der „Kernfamilie“ und „unmittelbaren Bezugspersonen“, eine zweidimensionale Analyse der Außenkontakte erstellt (Tabelle 1). Ein deutlicher Zusammenhang konnte für die direkten und die Außenkontakte insgesamt gesichert werden ( $p < 0,01$ ). Patienten mit Eltern hatten im Mittel mehr Außenkontakte als Patienten ohne Eltern; in jeder Gruppe hatten verheiratete Patienten mehr Kontakt als unverheiratete. Die Außenkontakte waren dagegen unabhängig von der Zahl der Geschwister, der Kinderzahl und der Zahl der Angehörigen insgesamt und unabhängig davon, ob die jeweiligen Bezugspersonen beim Patienten wohnten oder vor der Einweisung regelmäßig Kontakt zu ihm hatten.

**2.4. Schule und Beruf.** Fünf Patienten hatten die Volksschule, 26 Patienten Volksschule und Berufsschule absolviert; 10 Patienten hatten die Realschule, 9 Patienten das Gymnasium besucht. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme standen 7 Patienten als Schüler, Lehrling oder Student noch in einer Ausbildung, 28 Patienten hatten eine Berufsausbildung erfolgreich beendet. Ohne abgeschlossene Berufsausbildung waren 15 Patienten.

Patienten mit weiterführender Schulbildung und mit abgeschlossener Berufsausbildung hatten tendenziell mehr Außenkontakte; Unterschiede erreichen allerdings nur für die „Außenkontakte insgesamt“ Signifikanzniveau ( $p < 0,05$ ).

Eine Berufstätigkeit übten 24 Patienten aus, 7 Patienten waren arbeitslos, 12 Patientinnen als Hausfrauen tätig. Eine orientierende Zuordnung zu sozialen Schichten wurde anhand des Berufs vorgenommen; bei verheirateten Patienten wurde der Beruf des Ehepartners berücksichtigt, bei jugendlichen Patienten der Beruf der Eltern. Patienten von kleinen Landwirtschaftsbetrieben, ungelernte Arbeiter und Facharbeiter wurden als „blue-collar-jobs“ zusammengefaßt ( $n = 29$ ) und den „white-collar-jobs“ (Angestellten und Beamten, ( $n = 21$ )) gegenübergestellt. Patienten aus „white-collar“-Familien hatten häufiger direkte Außenkontakte ( $p < 0,05$ ).

**2.5. Wohnung und Wohnort.** Zwölf Patienten lebten allein im eigenen Haushalt, darunter 11 Patienten mit Schizophrenie ( $p < 0,025$ ). Sie hatten weniger direkte Außenkontakte als die übrigen Patienten, die im gemeinsamen Haushalt mit einem Ehepartner ( $n = 21$ ), im Haushalt der Eltern ( $n = 12$ ) oder zusammen mit anderen Verwandten ( $n = 5$ ) lebten ( $p < 0,05$ ).

**Tabelle 2.** Entfernung des Wohnorts vom Krankenhaus – direkte Außenkontakte

Entfernung	Patienten-zahl (n = 50)	Direkte Außen- kontakte ( $\bar{x}$ )	
0–29 km	16	4,6	$47/2 df$
30–59 km	18	2,3	$F = 8,40$
$\geq 60$ km	16	2,0	$p < 0,001$

Entsprechend der ländlichen Struktur des Einzugsgebietes kamen die Patienten der Stichprobe aus Dörfern und kleinen Städten; Zusammenhänge zwischen der Einwohnerzahl des Wohnorts und Außenkontakten wurden nicht gefunden.

Die mittlere Entfernung zwischen Wohnort der Patienten und BKH Günzburg (49,5 Kilometer,  $s = \pm 32,3$ ) korrelierte hochsignifikant negativ mit der Häufigkeit von Besuch und Urlaub ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ). Je weiter der Wohnort eines Patienten vom BKH entfernt lag, um so weniger Besuch und Urlaub hatte jener in der Referenzwoche erhalten (Tabelle 2). Telefon und Post waren entfernungsunabhängig ( $r = -0,12$ , n.s.).

**2.6. Soziale Beziehungen.** Die Außenkontakte waren unabhängig vom Verhältnis zu Nachbarn und der Zahl der Arbeitskollegen. Patienten, die im Interview von einem großen Freundeskreis berichteten ( $n = 17$ ), hatten etwa doppelt so häufig Außenkontakte wie Patienten, die angaben, keine ( $n = 16$ ) oder einzelne ( $n = 17$ ) Freunde zu haben ( $p < 0,025$ ).

Fragen nach dem Freizeitverhalten bezogen sich einerseits auf Beschäftigungen, die vorwiegend allein, zuhause bzw. innerhalb der Familie ausgeübt werden, andererseits auf Aktivitäten, die vorwiegend im Kontakt mit anderen Menschen stattfinden und eine Orientierung nach „draußen“ erfordern. Zwischen der Zahl der genannten Freizeitaktivitäten und den direkten Außenkontakten bestand eine hochsignifikante positive Korrelation ( $r = 0,46$ ,  $p < 0,001$ ), vor allem mit der Zahl der „nach außen“ gerichteten Aktivitäten ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,01$ ), weniger deutlich mit solchen „zuhause“ ( $r = 0,27$ , n.s.).

### 3. Psychische Erkrankung und Außenkontakte

**3.1. Psychopathologie.** Die Diagnose einer Schizophrenie war bei 19 Frauen und 16 Männern, die einer affektiven Psychose (endogene Depression,  $n = 11$ ; bipolare Cyclothymie,  $n = 3$ ; Manie,  $n = 1$ ) bei 8 Frauen und 7 Männern gestellt worden. In den Außenkontakten beider Diagnosegruppen bestanden keine signifikanten Unterschiede; solche zeichneten sich dagegen ab, wenn die Patienten nach der vorherrschenden klinischen Symptomatik psychopathologischen Syndromen zugeordnet wurden: Patienten mit führender depressiver Symptomatik hatten überdurchschnittliche, Patienten mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik und mit vorherrschenden Störungen von Antrieb und Affektivität (Hebephrenien, Residualsyndrome) unterdurchschnittliche direkte Außenkontakte ( $p < 0,05$ ).

Bei 21 Patienten ergaben sich aus der Krankengeschichte oder dem Interview Hinweise dafür, daß Angehörige in das psychotische Geschehen einbezogen waren, etwa als „Verfolger“ oder „Opfer“ in einen Wahn oder als „Urheber“ akustischer Halluzinationen. Mit Außenkontakten bestand kein Zusammenhang.

**3.2. Vorgeschichte.** Hinweise für eine *familiäre Belastung* fanden sich bei 12 Patienten. Die Psychose bestand bei 15 Patienten kürzer als vier Wochen; eine *Erkrankungsduauer* bis zu einem Jahr war bei 18 Patienten eruierbar; 17 Patienten hatten eine längere Anamnese, davon 5 seit länger als zehn Jahren. Zweiundzwanzig Patienten waren bereits vor ihrer Einweisung ins BKH Günzburg wegen ihrer Psychose *behandelt* worden. Die Außenkontakte waren unabhängig von diesen Merkmalen und davon, ob der Patient selbst ( $n = 15$ ), Angehörige ( $n = 22$ ) oder sonstige Personen *erstmals* wegen der Psychose einen *Arzt konsultiert* hatten; es spielte auch keine Rolle, ob der Patient selbst ( $n = 1$ ), der Hausarzt ( $n = 11$ ), ein Facharzt ( $n = 13$ ), ein auswärtiges Krankenhaus ( $n = 15$ ), die Ambulanz des BKH ( $n = 6$ ) oder die Polizei ( $n = 4$ ) die *Einweisung* ins BKH veranlaßte.

Dreizehn Patienten hatten vor der Aufnahme einen oder mehrere *Selbstmordversuche* unternommen, Patienten mit Cyclothymien etwas häufiger als schizophrene Patienten ( $p < 0,05$ ). Sie hatten gleich häufig Außenkontakte wie Patienten ohne Suicidversuche. Dagegen hatten 14 Patienten, bei denen es zu einem *Eingreifen der Polizei* gekommen war, signifikant weniger direkte Außenkontakte als 36 Patienten ohne Polizeikontakt ( $p < 0,01$ ).

Wer selbstständig in die Klinik kam ( $n = 4$ ) oder von Angehörigen begleitet wurde ( $n = 21$ ), hatte später häufiger direkte Außenkontakte als Patienten, die vom Krankenwagen ( $n = 19$ ) oder Polizeifahrzeugen ( $n = 6$ ) in die Klinik gebracht wurden ( $p < 0,02$ ). Siebenunddreißig Patienten blieben freiwillig im BKH; bei 13 Patienten bestand eine *Rechtsgrundlage* für eine Unterbringung. Unterschiede der Außenkontakte waren nicht signifikant.

**3.3. Stationärer Aufenthalt.** Die Patienten der Stichprobe wurden im Mittel 46,0 Tage ( $s = \pm 46,4$ ) auf (halb)geschlossenen *Stationen* behandelt; nur drei Patienten waren direkt auf eine offene Station gekommen. Während Patienten mit Cyclothymien im Mittel nach 16,8 Tagen auf offene Stationen verlegt wurden, blieben schizophrene Patienten 58,5 Tage auf geschlossenen Stationen ( $p < 0,001$ ). Dreiunddreißig Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Befragung noch auf geschlossenen Stationen befanden — fünf von ihnen ohne Ausgang, die übrigen mit Ausgang im Krankenhausgelände — hatten seltener direkte Außenkontakte als 17 Patienten, die bereits auf offenen Stationen behandelt wurden ( $p < 0,05$ ).

Achtundzwanzig Patienten wurden während der dritten Woche ihres Aufenthalts befragt, 10 Patienten während der vierten Woche, 12 Patienten während der fünften, sechsten oder siebten Woche. Ein Zusammenhang der Außenkontakte mit dem *Interviewtermin* ergab sich nicht, ebensowenig mit dem Behandlungsverlauf und dem Befund bei Entlassung.

Insgesamt wurden 49 Patienten innerhalb eines Jahres aus der stationären Behandlung entlassen, davon 11 Patienten „vorzeitig“. Der Aufenthalt dauerte im Mittel 11 Wochen (20 Tage bis zweieinhalb Jahre), bei Männern etwa drei Wochen länger als bei Frauen (n.s.), bei Patienten mit Schizophrenien etwa doppelt so lange (13 Wochen) wie bei Patienten mit Cyclothymien (6 Wochen,  $p < 0,001$ ). Die Entfernung vom Heimatort hatte für die Dauer des stationären Aufenthalts keine Bedeutung.

Ordnet man die Patienten der Stichprobe nach der *Aufenthaltsdauer* durch Aufteilung beim Median (55 Tage) in zwei gleich große Gruppen, dann ergibt sich im verteilungsfreien  $X^2$ -Test ein Zusammenhang mit den direkten Außenkontak-

ten ( $p < 0,025$ ): Patienten mit seltenen Außenkontakten gehörten häufiger der Gruppe mit längerem Aufenthalt an (16 von 24 gegenüber 9 von 26 Patienten).

#### 4. Außenkontakte und Katamnese

**4.1. Ein-Jahres-Katamnese.** Über 26 Patienten konnten ein Jahr nach der Entlassung katamnestische Informationen gewonnen werden: Bei 16 Patienten enthielt die Krankengeschichte Hinweise auf den Verbleib, 10 Patienten waren von der Außenfürsorge des BKH betreut worden. Bei 15 Patienten war sicher bekannt, daß es zu keiner erneuten stationären Behandlung gekommen war. Bei 24 Patienten blieb die Katamnese „leer“, sie traten im Beobachtungszeitraum, also im ersten Jahr nach der Entlassung, nicht in Erscheinung. Nur zwei von ihnen stammten nicht aus dem Einzugsgebiet des BKH Günzburg.

Ein Patient wurde während der gesamten Beobachtungszeit nicht aus stationärer Behandlung entlassen; 8 Patienten wurden erneut stationär aufgenommen, im Mittel nach 8,4 Monaten. Bei zwei Patienten war im Jahr nach der Entlassung ein Suicid bekanntgeworden. Insgesamt hatten 11 Patienten einen „ungünstigen“ Ausgang; „gut“ war die Katamnese bei 39 Patienten.

Das Schicksal der Patienten nach einem Jahr war unabhängig von Geschlecht und Alter. Ungünstige Verläufe waren häufiger bei Patienten ohne Berufsausbildung ( $p < 0,05$ ) und kinderlosen Patienten ( $p < 0,025$ ). Eine schlechte Prognose war bei Patienten mit Schizophrenie (10 von 35) häufiger als bei Patienten mit affektiven Psychosen (1 von 15), der Unterschied erreicht aber nicht Signifikanzniveau ( $p < 0,10$ ). Von 17 Patienten, die zum Zeitpunkt des Interviews bereits auf offenen Stationen behandelt worden waren, hatte keiner eine schlechte Prognose ( $p < 0,01$ ). Die übrigen Merkmale ließen sich mit der Katamnese nicht in Zusammenhang bringen.

**4.2. Außenkontakte und Katamnese.** In den direkten, indirekten und Außenkontakten insgesamt bestand zwischen Patienten mit ungünstiger und günstiger Katamnese ein signifikanter, zum Teil hochsignifikanter Unterschied (Tabelle 3): Jene Patienten, die während des Beobachtungszeitraums dauerhospitalisiert wurden, innerhalb eines Jahres wieder eingewiesen wurden oder durch Suicid endeten, hatten im Durchschnitt deutlich weniger Besuch und Urlaub, Telefonanrufe und Postsendungen erhalten als die übrigen Patienten.

Patienten mit überdurchschnittlich häufigen Außenkontakten hatten fast immer eine gute Prognose; im verteilungsfreien  $X^2$ -Test ist der Zusammenhang für die direkten und die Außenkontakte insgesamt statistisch signifikant (Tabelle 4).

**Tabelle 3.** Ein-Jahres-Katamnese – Außenkontakte

Kata-mnese	Patienten-zahl ( $n = 50$ )	Dir. AK		Ind. AK		Ges. AK	
		$\bar{x}$	$\pm s$	$\bar{x}$	$\pm s$	$\bar{x}$	$\pm s$
Un-günstig	11	1,6	$\pm 1,0$	1,4	$\pm 1,5$	3,0	$\pm 1,6$
Günstig	39	3,3	$\pm 2,3$	3,0	$\pm 2,9$	6,3	$\pm 4,1$
		$t = 3,46$		$t = 2,51$		$t = 4,07$	
		$p < 0,002$		$p < 0,02$		$p < 0,001$	

**Tabelle 4.** Außenkontakte – Ein-Jahres-Katamnese

	Patientenzahl (n = 50)	Günstige Katamnese	Ungünstige Katamnese	
Dir. AK				
< $\bar{x}$ (0– 3)	36	25	11	$1 df$ $X^2 = 5,48$ $p < 0,025$
> $\bar{x}$ (4–11)	14	14		
Ind. AK				
< $\bar{x}$ (0– 2)	30	21	9	$1 df$ $X^2 = 2,80$ n.s.
> $\bar{x}$ (3–11)	20	18	2	
Ges. AK				
< $\bar{x}$ (0– 5)	28	18	10	$1 df$ $X^2 = 6,97$
> $\bar{x}$ (6–19)	22	21	1	$p < 0,01$

## Diskussion

Die sozialpsychiatrische Familienforschung hat sich bisher fast ausschließlich mit Schizophrenien beschäftigt und hat ihr Augenmerk — aus einem grundsätzlichen Mißtrauen gegen die Angehörigen psychisch Kranker [21] — vorwiegend auf die Rolle der Familie als „Verursacher“ der Psychose gerichtet. Familie wird angesehen als ein System gestörter Kommunikation und Interaktion, das seine Stabilität wahrt, indem es ein Mitglied zum Symptomträger macht [5]; die „double-bind“-Situation oder Techniken des „Verrücktmachens“ sollen den Patienten zur Flucht in die Psychose zwingen. Familientherapie zielt auf eine Definition und Behandlung der ganzen Familie als „krank“, wenn nicht sogar der Abbruch der Beziehungen zu den Angehörigen empfohlen wird [23].

Solche Theorien, in Deutschland vor allem von Laien begeistert aufgenommen, waren allerdings in jüngster Zeit Gegenstand scharfer Kritik [1, 16]. Soweit empirisch überprüfbar, sollen die angeschuldigten pathogenen Interaktionsmuster in „normalen“ Familien gleich häufig vorkommen [16]; bei der Analyse „typisch schizophrener“ Familienstrukturen wurde zuwenig berücksichtigt, wie Angehörige auf die chronische Erkrankung reagieren, welche Belastung eine Psychose für die Familienmitglieder bedeutet, welche langfristigen Änderungen im Umgangsstil und welche Auswirkungen auf das Leben der Familie sich ergeben [1, 15, 20]. Die Bedeutung gestörter Beziehungen innerhalb der Familie für den Verlauf schizophrener Psychosen ist dagegen gut dokumentiert [2, 10, 11, 24].

Daß Beziehungen eines Patienten zu seiner Familie und seinem sozialen Umfeld auch während stationärer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus bestehen, ist von der Forschung bisher kaum beachtet worden; prospektive Untersuchungen zur Bedeutung der Außenkontakte fehlen, obwohl Brown [9] bereits 1959 zeigen konnte, daß Patienten ohne Außenkontakte ein hohes Dauerhospitalisierungsrisiko hatten. Die hier vorgelegte Arbeit stellt nicht mehr als eine Pilotstudie dar, deren Resultate in weiteren Untersuchungen bestätigt werden müssen.

### 1. Häufigkeit von Außenkontakten

Fast alle, nämlich 48 von 50 befragten Patienten, hatten während der Referenzwoche „direkten“ Kontakt zu Bezugspersonen; 45 Patienten waren im Krankenhaus besucht worden,

13 Patienten hatten Urlaub erhalten. Daneben hielten 35 Patienten per Telefon und 21 Patienten auf dem Postweg Kontakt zur Außenwelt. Die Mehrzahl der Patienten hatte mehrmals in der Woche, ein Teil von ihnen täglich Kontakt zum gewohnten sozialen Umfeld; überwiegend Angehörige, vor allem Ehepartner und Eltern stellten wichtige Bezugspersonen dar.

### 2. Soziales Umfeld und Außenkontakte

Die Annahme, daß Familienstruktur und soziale Situation der Patienten auf die Frequenz von Außenkontakten Einfluß nehmen, konnte für zahlreiche Variable bestätigt werden; die Befunde lassen sich ohne weiteres schlüssig interpretieren:

Die Frequenz der Außenkontakte war von Geschlecht und Alter unabhängig. Soziale Entwurzelung der Herkunftsfamilie durch Flucht oder Vertreibung, familiäre Desintegration in Form des „Broken Home“ und eine exponierte Geschwisterposition als Einzelkind oder Mitglied einer Großfamilie war ebenfalls ohne Belang.

Bedeutsam war dagegen die Struktur der Familie zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Erwartungsgemäß bestanden ausgeprägte Unterschiede der Familienstruktur bei verschiedenen Altersgruppen: damit ergab sich für Patienten mit Schizophrenie eine ganz andere Familienumwelt als bei Patienten mit affektiven Psychosen. Einfluß auf die Zahl der Außenkontakte hatte die Zahl enger Bezugspersonen aus der „Kernfamilie“ — das sind bei jugendlichen Patienten die Eltern, bei älteren Patienten der Ehepartner. Häufig Kontakt hatten Patienten, die verheiratet waren und/oder deren Eltern noch lebten — unabhängig von deren Wohnort —; selten Kontakt hatten ledige, geschiedene, verwitwete und elternlose Patienten.

Für die Außenkontakte ohne Belang blieb dagegen die Zahl der Kinder, der Geschwister, der Angehörigen insgesamt und die Zahl der Personen, die mit dem Patienten in häuslicher Gemeinschaft leben; allerdings hatten solche Patienten unterdurchschnittliche Außenkontakte, die allein im eigenen Haushalt lebten.

Für Schulbildung, Berufsausbildung und berufliches Qualifikationsniveau konnten Zusammenhänge mit Außenkontakten wahrscheinlich gemacht werden: Es bestand eine durchgehende Tendenz zu höheren Kontaktfrequenzen bei Patienten mit weiterführender Schulbildung, abgeschlossener Berufsausbildung und höherer Sozialschicht; ohne Bedeutung war dagegen die aktuelle berufliche Situation.

Als belangvoll erwies sich das Ausmaß sozialer Aktivität und sozialer Integration [18]: Überdurchschnittliche Außenkontakte hatten Patienten mit einem großen Freundeskreis und mit einer hohen Zahl solcher Freizeitaktivitäten, die vorwiegend außerhalb der Familie und im Kontakt mit anderen Menschen stattfinden.

Es bestand eine eindeutige Abhängigkeit der Frequenz von Besuch und Urlaub von der Entfernung zum Wohnort der Patienten; Telefon und Post waren dagegen entfernungsunabhängig. Angesichts der prognostischen Bedeutung häufiger Kontakte zum heimatlichen sozialen Umfeld (s. u.) liefert dieser Befund einen empirischen Beleg für die Forderung nach einer dezentralen, gemeindenah strukturierten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung [7].

### 3. Psychische Erkrankung und Außenkontakte

Bedeutsame Unterschiede zwischen Patienten mit Schizophrenien und Cyclothymien bestanden im Alter, in der Struk-

tur der familiären Umwelt, in der Dauer des stationären Aufenthalts und des Aufenthalts auf geschlossenen Stationen; in den Außenkontakten unterschieden sie sich dagegen nicht auffällig voneinander.

Vorliegen einer familiären Belastung, das Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung, die Dauer der Erkrankung und die Art der ambulanten Vorbehandlung waren für die Frequenz von Außenkontakten ebenso ohne Belang wie die Rechtsgrundlage der Einweisung und Suicidversuche vor der Klinikaufnahme. Selten Außenkontakte hatten solche Patienten, bei denen es zu einem Eingreifen der Polizei gekommen war, auch wenn sie dann freiwillig im BKH blieben. Offen bleiben muß, ob sich hier Angehörige von ihrem psychisch kranken Verwandten distanzieren, weil er in so krasser Weise auffällig geworden ist, oder ob es sich um primär isolierte Patienten handelt, deren Behandlungsbedürftigkeit erst erkannt wurde, als sie in Kontakt mit der Polizei kamen. Ebenso hatten Patienten, die bei der Aufnahme nicht von Angehörigen begleitet wurden, seltene Außenkontakte, ein weiterer Hinweis auf eine von vornherein gestörte Situation, auf Ohnmacht, Gleichgültigkeit oder sogar Feindseligkeit der Familie.

Die Kontaktfrequenz war unabhängig vom psychopathologischen Befund bei Aufnahme, vom Zeitpunkt des Interviews, vom Behandlungsverlauf und vom Befund bei Entlassung. Patienten, die bereits auf offenen Stationen behandelt wurden, hatten überdurchschnittlich häufig Außenkontakte.

Die statistische Beziehung zur Dauer des stationären Aufenthalts interpretieren wir prospektiv, als Einfluß der Außenkontakte auf die Aufenthaltsdauer [9]. Häufige Außenkontakte verbessern die Chance eines Patienten, frühzeitig aus der Klinik entlassen zu werden, während sich bei Patienten mit seltenen Außenkontakten die Entlassung eher verzögert.

#### 4. Außenkontakte und Katamnese

Die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der Frequenz von Außenkontakten und der sozialpsychiatrischen Prognose konnte bestätigt werden: Patienten mit ungünstigem Ausgang innerhalb eines Jahres nach Klinikentlassung hatten deutlich seltener Kontakt zu Bezugspersonen außerhalb des Krankenhauses gehabt. Kein einziger Patient mit überdurchschnittlich häufigen Besuchen/Beurlaubungen erlitt das ungünstige Schicksal von langfristiger Unterbringung, Wiedereinweisung oder Suicid.

Dieses wichtigste Ergebnis der hier vorgelegten Pilotstudie bedarf zunächst einer Bestätigung in weiteren prospektiven Untersuchungen mit vollständigen Katamnesen, die auch die Erfassung psychopathologischer Symptomatik einschließen. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, daß die Außenkontakte ihrerseits von solchen Parametern abhängig waren, denen ein Einfluß auf die Prognose endogener Psychosen zugeschrieben wird [2, 8, 17, 18] und so zum Indikator einer günstigen oder ungünstigen Konstellation prognostischer Faktoren werden können.

Pauschale Bedenken gegenüber Angehörigen, die ihren psychisch kranken Verwandten in der Klinik besuchen, sind angesichts des positiven Zusammenhangs von häufigen Außenkontakten und günstiger Katamnese sicher unbegründet. Wer die Thesen der Familienforschung überbewertet und von emotionalen Beziehungen seiner Patienten zu ihren Angehörigen von vornherein nur „krankmachende“ Einflüsse erwartet, verscherzt sich und seinen Patienten möglicherweise

wichtige Ressourcen bei seinen Bemühungen um eine erfolgreiche Wiedereingliederung [1]. Andererseits gibt es zweifellos Familien, deren Milieu sich auf den weiteren Verlauf endogener Psychosen ungünstig auswirkt, etwa wenn die Angehörigen die Psychose nicht als Krankheit akzeptieren können [2] und dem Patienten ablehnend-feindselig begegnen [11, 24]. Meist bleibt es der Intuition des behandelnden Arztes überlassen, ein solches Familienklima zu vermuten, ohne daß ihm objektive Kriterien zur Verfügung stehen. Wenn Ablehnung und Desinteresse der Angehörigen sich in seltenen Außenkontakten niederschlagen, müssen gerade Patienten mit *wenig Kontakt zur Familie* als Risikogruppe betrachtet werden.

Um eine frühzeitige und erfolgreiche Reintegration der Patienten in ihre Familien zu ermöglichen und einer Isolation in der Klinik vorzubeugen, erscheint es notwendig, den Kontakt stationär behandelter Patienten zur Außenwelt möglichst zu unterstützen und psychiatrische Krankenhäuser für Bezugspersonen der Patienten zugänglich zu machen. „Gemeinde-nahe Psychiatrie“ in diesem Sinne zielt allerdings nicht auf Kontrolle der Familie im Umgang mit dem Patienten, sondern auf Zusammenarbeit. In aufklärenden, entlastenden und stützenden Gesprächen kann man versuchen, Einsicht in das Krankheitsgeschehen zu vermitteln und Verständnis für die Behinderungen des Patienten zu wecken. Gruppenarbeit mit Angehörigen erscheint geeignet, Informationen über die Erkrankung zu vermitteln, bei der Bewältigung praktischer Probleme zu helfen und so ein therapeutisches Bündnis mit dem Patienten und seiner Familie herzustellen [22]. Wo sich Familien mit liebevoller Zuwendung und einfühlendem Verständnis um ihren psychisch kranken Angehörigen bemühen und den damit verbundenen Belastungen stellen, verdienen sie engagierte Unterstützung all jener, die in der Betreuung psychisch Kranker Verantwortung tragen.

#### Literatur

- Angermeyer MC, Döhner O (1981) Perspektiven der psychiatrischen Familienforschung. In: Angermeyer MC, Döhner O, (Hrsg) Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Enke, Stuttgart
- Angermeyer MC, Schwoon DR (1982) Familiale Beziehungs-muster und Patientenkarriere männlicher schizophrener Kranker. Soc Psychiat 17: 13-22
- Angermeyer MC, Hofmann J, Robra BP (1982) Geschlechtsunterschiede in der Institutskarriere Schizophrener – ein Beitrag zur Sozialepidemiologie psychischer Erkrankungen. Psychiat Prax 9: 27-33
- Appleton WS (1974) Mistreatment of patient's families by psychiatrist. Am J Psychiat 131: 655-657
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH, Wynne LC, Hirsch SJ, Lidz Th, Cornelison A, Fleck S, Terry D, Searles HF, Bowen M, Vogel EA, Bell N, Laing RD, Foudrain J (1970) Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt
- Böcker FM (1982) Kontakte zwischen Patienten mit endogenen Psychosen und Bezugspersonen des gewohnten sozialen Umfelds während stationärer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus. Inauguraldissertation Erlangen
- Böcker FM (1984) Entfernung zum psychiatrischen Krankenhaus und Kontakt zu Bezugspersonen des gewohnten sozialen Umfelds: Ein empirischer Beitrag zur gemeindenahen Psychiatrie. (Im Druck)
- Böcker FM (1984) Langfristig untergebrachte chronisch Schizophrene: Wie häufig haben sie Kontakt zu Bezugspersonen außerhalb der Klinik? Psycho 10: 21-33
- Brown GW (1959) Social factors influencing length of stay of schizophrenic patients. Brit Med J 2: 1300-1302

10. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK (1962) Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit J Prev Soc Med* 16:55–68
11. Brown GW, Birley JLT, Wing JK (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders – a replication. *Brit J Psychiat* 121:241–258
12. Ciompi L, Müller C (1976) Lebensweg und Alter der Schizophrenen – eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin Heidelberg New York
13. Cooper B (1980) Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 51:321–331
14. Hartmann W (1969) Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. *Soc Psychiat* 4:101–114
15. Hell D (1982) Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Springer, Berlin Heidelberg, New York
16. Hirsch SR (1979) Eltern als Verursacher der Schizophrenie – der wissenschaftliche Stand einer Theorie. *Nervenarzt* 50:337–345
17. Huber G, Gross G, Schüttler R (1979) Schizophrenie – Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945–1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Springer, Berlin Heidelberg New York
18. Irle G, Pörksen N (1971) Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht. *Nervenarzt* 42:466–475, 516–523
19. Jonas R, Oberdalhoff HE, Schulze HH (1969) Die Besuchsfrequenz an psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Krankenhäusern. *Soc Psychiat* 4:69–75
20. Katschnig H (Hrsg) (1977) Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
21. Lidz Th, Hotchkiss G, Greenblatt M (1957) Patient–family–hospital interrelationships: Some general considerations. In: Greenblatt M, Levinson DJ, Williams RH (eds) *The patient and the mental hospital*. Free Press, Glencoe
22. Olbrich R, Watzl H, Cohen R (1983) Ein Programm zur Betreuung von Angehörigen schizophrener Patienten. *Psychiat Prax* 10:189–193
23. Stütgen T (1978) Die verordnete Trennung von Eltern und Patient bei jungen Schizophrenen. *Psychiat Prax* 5:127–132
24. Vaughn CE, Leff JP (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness – a comparison of schizophrenics and depressed neurotic patients. *Brit J Psychiat* 129:125–137
25. Wissenschaftliche Tabellen Geigy (1980) Teilband Statistik, 8. Aufl. Ciba-Gaigy, Basel

Eingegangen am 7. Februar 1984