

# **Berufliche Wiedereingliederung von psychiatrischen Langzeitpatienten**

## **Eine katamnestische Untersuchung**

T. Hubschmid und E. Aebi

Sozialpsychiatrische Universitätsklinik, Bern, Schweiz

### **Vocational rehabilitation of psychiatric long-stay-patients – a catamnestic study**

**Summary.** A rehabilitation programme for long-stay patients has been developed at the University Department of Social Psychiatry in Berne. The programme is based on an industrial workshop with 16 places, in which young adult patients (mostly schizophrenic) are engaged under supervision in doing contract work for local industry, including simple assembly-work, metalwork and engraving. The programme is organized in a series of graduated stages, intended to prepare patients as far as possible for entry into open industry. During their stay in the workshop, which lasts from one to two years, the patients receive a financial allowance, independently of their work achievement, and reside outside the hospital: either in sheltered hostels, or with relatives, or alone in the community. The present study examines the outcome for a total of 121 patients, who had taken part in the rehabilitation programme at some time from its inception in 1967 up to early 1982. At follow-up (average time-interval since discharge 7.6 yr.), information could be obtained on 107 patients (88.4%); five had died and the remaining nine could not be traced. – Only 20% of the patients were in psychiatric hospitals, 4% were in half-way houses and the remaining 76% were living in the community. 45% were working full-time or part-time, 22% were in sheltered occupation and the remaining 33% were wholly unemployed. Despite these generally favourable results, there was in most cases evidence of continuing social handicap and dependence on medical treatment. 54% of the patients were living alone; only 10% were married and in all only 15% were known to have an intimate personal relationship. 90% were under psychiatric care (20% as inpatients and 70% on an ambulatory basis) and 77% were in

receipt of a disability pension. These results are compared with analogous findings reported from a number of countries. It is concluded that graduated occupational programmes of the kind described are important in the long-term rehabilitation of chronic psychiatric patients, but in such programmes increased attention must be paid in future to the social networks and leisure activities of the patients.

**Zusammenfassung.** In einer katamnestischen Studie wurden 121 psychiatrische Langzeitpatienten, die ein Rehabilitationsprogramm zur beruflichen Wiedereingliederung durchlaufen hatten, nach durchschnittlich über 7 Jahren nachuntersucht. Bezüglich Klinikentlassung und Arbeitssituation fanden sich sehr gute Resultate indem 76% der Patienten außerhalb psychiatrischer Institutionen leben und 67% eine Arbeitsstelle innehaben. Es zeigt sich aber auch eine weiterbestehende Behinderung in Form von Isolation, Behandlungs- und Rentenbedürftigkeit. Die Autoren kommen zum Schluß, daß berufliche Wiedereingliederungsprogramme nützlich sind, da sie die Situation des Patienten in einem hohen Prozentsatz der Fälle und für lange Zeit verbessern können.

### **Einleitung**

Die Bedeutung der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung von psychiatrischen Patienten ist an vielen Orten erkannt worden, und es zeigen sich in zunehmendem Maße Anstrengungen, immer wirkungsvollere und spezifischere Rehabilitationsprogramme auszuarbeiten. Dem gegenüber stellen wir das Fehlen von evaluativen Verlaufsuntersuchungen

fest, die mit genügender Differenziertheit und vor allem mit ausreichenden Katamnesezeiten den Erfolg der Rehabilitationsanstrengungen überprüfen würden.

Die vorliegende Arbeit berichtet über eine katamnestiche Untersuchung von 121 psychiatrischen Langzeitpatienten, die einmal in unserer seit 15 Jahren bestehenden beruflichen Rehabilitationseinrichtung behandelt worden sind. Der Katamnesezeitraum umfaßt 1–15 Jahre (durchschnittlich 7,6 Jahre).

Unser Rehabilitationsprogramm orientiert sich an den folgenden konzeptuellen Überlegungen: Langzeituntersuchungen über den Verlauf der Schizophrenie ergeben, daß die Krankheit in etwa einem Drittel der Fälle ausheilt, daß ein weiteres Drittel sich in einem Residualzustand stabilisiert, während das letzte Drittel einen schlechten Verlauf zeigt (Bleuler 1972; Ciompi 1976; Huber 1979). Unsere Population – in drei Vierteln der Fälle lautet die Diagnose auf Schizophrenie – gehört eher zum letzten, schlecht verlaufenden Drittel; es sind Langzeitpatienten mit durchschnittlicher Gesamthospitalisationszeit von über einem Jahr bei Eintritt in unser Programm und von bereits über zwei Jahren bei der Nachuntersuchung. Gerade für diese Population sind Gesamthospitalisationszeit (Brown 1962), die Arbeitssituation (Wing 1972; Strauss 1981) und die Zukunftserwartungen im Sozialfeld des Patienten (Ciompi 1979; Dauwalder 1984) wichtige prognostische Indikatoren. Ziel unseres Programms ist daher die Entlassung aus der psychiatrischen Klinik, die Wiedereingliederung im Arbeitsbereich und die Verbesserung der Zukunftserwartungen im Sozialfeld.

Das *Rehabilitationsprogramm* gehört zur Berner Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik, es wird vom Bundesamt für Sozialversicherungen subventioniert. Im Zentrum steht eine Werkstatt, in der jeweils 16 jüngere psychisch Behinderte während 1–2 Jahren unter Anleitung von zwei Handwerkern arbeiten. Das Arbeitsangebot umfaßt einfache manuelle Arbeiten wie Montagen, Elektroarbeiten, Metallbearbeitung und Gravieren, alles Aufträge der regionalen Industrie. Die Arbeitszeit beträgt 8 Stunden pro Tag. In einer ersten Phase kann sich ein Behinderter allmählich an die täglich 8 Stunden Arbeit und an den Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten gewöhnen und die Betreuer, eine Sozialarbeiterin und zwei Ärzte, kennenlernen. Eine zweite Phase zielt auf eine qualitative und quantitative Leistungssteigerung ab. In der dritten Phase folgt eine Eignungs- und Neigungsabklärung, wonach wir mit der Stellensuche beginnen. Die Behinderten erhalten von der Invalidenversicherung ein Taggeld als Lohnersatz, das unabhängig ist von ihrer Leistung. Die Patienten wohnen außerhalb der Institution, teils in geschützten

Wohnsituationen, teils bei Angehörigen oder allein. Wir führen periodisch Gespräche mit Angehörigen und Patienten durch, in denen wir informieren über die Problematik des Patienten, über Art und Zielsetzung unseres Programms und über den gegenwärtigen Stand der Rehabilitation. Wir versuchen, gemeinsam realistische Ziele in Richtung auf eine vermehrte Autonomie in den allgemeinen Lebensumständen festzulegen und positive Zukunftserwartungen zu wecken.

Mit der vorliegenden Untersuchung soll beschrieben werden, in welchen allgemeinen Lebensumständen sich die Patienten befinden, die einmal unser Rehab-Programm durchlaufen haben. Da wir auf eine möglichst weitgehende Selbständigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen hinarbeiten, schlagen wir ein Erfolgskriterium vor, das den Grad der Autonomie anhand von Arbeit, Freizeit, Wohnen, Sozialbeziehungen und Mündigkeit eines Menschen angibt.

### Methodik

In den 15 Jahren von der Gründung der Werkstatt bis zur Untersuchung im Frühjahr 1982 durchliefen 121 Patienten unser Programm. Es handelt sich vor allem um jüngere chronisch Schizophrene, einerseits weil in unserer Klinik vor allem Schizophrene behandelt werden (Hess 1986), andererseits auch weil sich gerade für diese Patienten ein stark strukturiertes Programm bewährt hat. Suchtpatienten nehmen wir in der Regel nicht auf. Die Diagnosen wurden der routinemäßigen Klinikdokumentation entnommen, es handelt sich also um klinische Diagnosen, basierend auf den hier üblichen ICD-Kriterien. Bei der Nachuntersuchung wurden keine neuen Diagnosen gestellt.

Wir konnten noch 107 Patienten erfassen, fünf sind verstorben und neun waren nicht auffindbar. Im Zusammenhang mit einer Untersuchung zur Frage des Rehabilitationserfolgs (Meier 1982) wurden sie schriftlich über unser Vorhaben orientiert und anschließend zu einer mündlichen Besprechung eingeladen, bzw. von unseren Mitarbeitern besucht. Ferner werteten wir unsere Krankengeschichten und Akten der Invalidenversicherung aus und befragten Betreuer und Angehörige unserer Patienten. 45 Patienten konnten nicht direkt befragt werden (20 verweigerten das Gespräch, mit 15 Hospitalisierten war kein Gespräch möglich, vier Patienten wurden telefonisch befragt, vier waren abgereist und bei zwei Patienten weigerten sich Vormund oder Angehörige). Die Angaben über die Gesamthospitalisationsdauer erhielten wir von den entsprechenden psychiatrischen Kliniken.

Unser Fragebogen umfaßt persönliche Daten, Diagnose, Häufigkeit und Gesamtzeit der Hospitalisationen sowie Dauer des Werkstattaufenthalts. Daneben erhoben wir Angaben über die Arbeit (Ausbildung, Situation vor der Erkrankung und in den letzten 6 Monaten), über die Wohnsituation vor der Erkrankung und in den letzten 6 Monaten, über die finanzielle Situation, Mündigkeit und Betreuungsbedürftigkeit. Ferner versuchten wir, das Beziehungsnetz zu erheben mit Angaben über Art und Zahl möglicher Bezugspersonen, Häufigkeit der Kontakte, Gruppenaktivitäten, Freizeitbeschäftigungen und über das Gestalten der Ferien. Die Nähe zu der Herkunftsfamilie beurteilten wir mit der Frage, welche Hilfeleistungen von ihr in Anspruch genommen werden. Wir erhoben den Zustand in den 6 Monaten vor dem 15. März 1982.

Aus diesen Daten über die allgemeinen Lebensumstände der Patienten definierten wir die Autonomie anhand von 5 Merkmalen: 1. Mündigkeit, 2. Wohnsituation und Angehörigenunabhängigkeit, 3. Arbeits- und Unterhaltsituation, 4. Freizeit und Ferien, 5. Sozialbeziehungen. Die 5 skalierten Merkmale wurden gewichtet, d.h. die Skalenpunkte wurden bewertet<sup>1</sup> und anschließend transformiert (z-Transformation). Der Globalscore, den wir als Erfolgskriterium benutzten, ergab sich aus dem Mittel der 5 Merkmale. Über den Zusammenhang der einzelnen Merkmale mit dem Globalscore geben die folgenden, auf dem 1%-Niveau signifikanten Werte, Auskunft (tau-Korrelationen):

1. Arbeits- und Unterhaltssituation 0.42
2. Freizeit- und Ferien 0.37
3. Wohnsituation und Angehörigenunabhängigkeit 0.34
4. Sozialbeziehungen 0.24
5. Mündigkeit 0.17

## Resultate

**Die untersuchte Population:** von 107 Patienten waren 64 Männer und 43 Frauen. Bei Aufnahme in das Rehab-Programm betrug das Durchschnittsalter von Männern und Frauen 29,3 Jahre (SD 9,9 Jahre), diagnostisch handelt es sich bei 75% um Schizophrenien, bei 11% um Persönlichkeitsstörungen, während 14% andere Diagnosen erhalten hatten (sieben Neurosen, sechs organische Psychosen, zwei Epileptiker). Bei neun Patienten fanden sich zudem Zweitdiagnosen (Minderintelligenz fünf, Epilepsie zwei, Suchtproblematik zwei). Die Gesamthospitalisationszeit betrug beim Eintritt in unser ambulantes

Programm für Männer und Frauen 13 Monate. Am Stichtag betrug das Durchschnittsalter 38,6 Jahre (SD 10,96 Jahre), 80% waren ledig, 12% verheiratet und 8% getrennt oder geschieden. Die Gesamthospitalisationszeit betrug dann 2,2 Jahre, die Patienten waren durchschnittlich 5 mal hospitalisiert gewesen. Die Katamnesedauer, also die Zeit zwischen dem Austritt aus der Rehabilitationswerkstatt und dem Stichtag betrug durchschnittlich 7,6 Jahre (minimal 11 Monate, maximal 14,7 Jahre). Es handelt sich also um eine Population von eher jüngeren, psychiatrischen Langzeitpatienten, die uns von psychiatrischen Kliniken und von der Invalidenversicherung zur beruflichen Wiedereingliederung zugewiesen werden, wenn andere Rehabilitationsanstrengungen erfolglos geblieben sind und bereits ein Invalidenstatus erreicht ist.

Die nachfolgenden Resultate werden nicht nach Männern und Frauen getrennt aufgeführt, da wir keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen konnten.

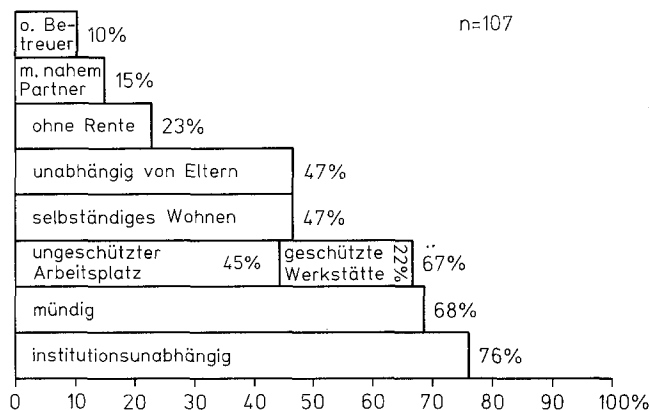


Abb. 1. Allgemeine Lebensumstände am Stichtag  $n = 107$

**Institutionalisierung und Arbeitssituation** werden in vielen Arbeiten als wichtigste Erfolgskriterien betrachtet. 76% unserer ehemaligen Patienten lebten am Stichtag außerhalb psychiatrischer Institutionen, und zwar wohnten 23% von ihnen bei ihren Eltern und 53% alleine, mit andern oder in einer Pension ohne Betreuung. Auf der andern Seite waren 20% voll hospitalisiert und 4% in psychiatrischen Übergangseinrichtungen. Da wir es mit ausgesprochen chronischen Patienten zu tun haben, kann von einem erstaunlich guten Resultat gesprochen werden. Allerdings gibt auch Bleuler (1978) an, daß nach 5jähriger Krankheit etwa  $\frac{1}{3}$  der schizophrenen Patienten außerhalb der Klinik leben können.

45% waren ganz oder teilweise erwerbstätig, 22% in einer geschützten Arbeitssituation und nur 33% ohne Arbeit. Dieses gute Resultat zeigt, daß auch

<sup>1</sup> Die genaue Gewichtung ist bei den Autoren einzusehen

Langzeitpatienten beruflich wieder eingegliedert werden können, falls Arbeitsplätze vorhanden sind. Bei der z. Zt. herrschenden Arbeitslosigkeit sollten also vermehrt geschützte Arbeitsplätze bereitgestellt werden. Als Vergleich berichtet Bleuler (1978), daß bei der Querschnittsuntersuchung einer unausgewählten schizophrenen Population jeweils ca. 50% arbeitsfähig seien. Miller (1965) findet ein Jahr nach Klinikentlassung 20% in einer effektiven Arbeitssituation, während Brown (1966) 55% von klinikentlassenen Männern arbeitslos findet.

### Übrige allgemeine Lebensumstände

Knapp die Hälfte unserer ehemaligen Patienten sind im Wohnbereich selbständig und gleichviele sind unabhängig geworden von ihren Eltern. Lediglich 23% kommen ohne Invalidenrente aus; das ist ein wichtiges Ergebnis für den Träger unserer Rehabilitationseinrichtung, die Invalidenversicherung. Offensichtlich gelingt es viel leichter, Patienten in die Gesellschaft wiederinzugliedern, als sie von öffentlicher Unterstützung unabhängig zu machen. Lediglich 15% geben an, einen engeren Beziehungspartner zu haben, 12% sind verheiratet. Nur 10% leben ohne eine ambulante psychiatrische Betreuung. 55% geben an, daß sie in den Ferien zu Hause bleiben oder überhaupt auf Ferien verzichten.

Diese Zusammenstellung zeigt, daß wir sehr gute Resultate haben, was die Entlassung aus psychiatrischen Institutionen und die Wiedereingliederung im Arbeitsbereich betrifft, daß aber auf der andern Seite eine deutliche krankheitsbedingte Behinderung weiterbesteht, die sich vor allem im sozialen Bereich manifestiert und erst dann erkennbar wird, wenn die allgemeinen Lebensumstände umfassender erhoben werden.

### Autonomie

Mit dem im Methodikteil beschriebenen Autonomiescore, der den Grad an Selbständigkeit einer Person angibt, konnte ein Erfolgskriterium definiert werden, das unsere Population gut zu differenzieren vermag und das wir für die nachfolgenden Fragestellungen verwendet haben. Das Maß variiert von 2,7 bis 9,7 bei einem mittleren Wert von 6,4 (SD = 1,7).

### Ablösung vom Elternhaus

Wir finden keinen signifikanten Unterschied des Autonomieniveaus zwischen Patienten, die bei den Eltern wohnen und Patienten, die allein, mit Andern oder in einer Pension leben. Die Ablösung vom Elternhaus an sich macht die Patienten offenbar nicht

autonom. Folglich scheint es wichtig, mit den Eltern zusammen an einer umfassenden Autonomie für den Patienten zu arbeiten und nicht primär auf eine Ablösung von zu Hause abzielen (Hubschmid 1985).

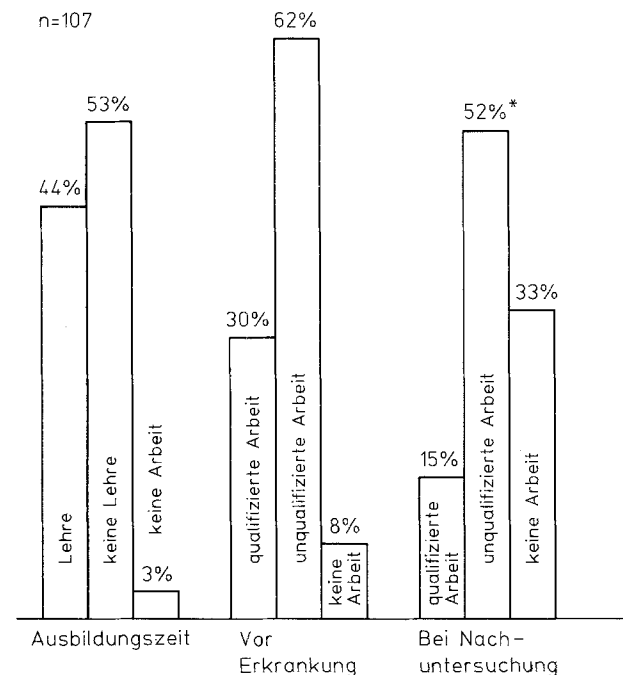
### Sozialer Abstieg

Wie Abb. 2 zeigt, konnten wir anhand der Arbeitssituation während der Ausbildung, vor der Erkrankung und bei der Nachbehandlung den sozialen Abstieg beschreiben: Während der Anteil der in einer gelernten Position Arbeitenden dauernd abnimmt, steigt der Prozentsatz der Arbeitslosen resp. Arbeitsunfähigen.

Mit zunehmender Katamnosedauer nimmt das Autonomieniveau signifikant ab. Dieser Befund ist schwierig zu interpretieren, da sich in den 15 Jahren das Behandlungskonzept in der Werkstatt, die Art der zugewiesenen Patienten, die psychiatrische Versorgungssituation und auch die sozioökonomische Lage im Arbeitsfeld stark verändert haben. Wir können jedoch nicht ausschließen, daß unsere ehemaligen Patienten trotz gelungener Klinikentlassung und beruflicher Wiedereingliederung sich immer noch in einem langsamen sozialen Abstieg befinden, der sich in einem allmählichen Autonomieverlust zeigt.

### Vergleich mit anderen Rehabilitationsprogrammen

Ein Vergleich mit den Resultaten anderer beruflicher Rehabilitationseinrichtungen ist schwierig, da die



\*enthalten 22%, die in geschützten Werkstätten arbeiten

Abb. 2. Arbeitssituation im Verlauf n = 107

**Tabelle 1.** Vergleich der Resultate verschiedener Autoren

	Autor	Patienten- zahl	Einglie- derungs- quote	durchschnittl. Katamnesedauer (KD)	nach KD noch arbeitsfähig	
stationäre Programme	Wing J. K. (1964)	45		1 Jahr	52%	London, GB
	Miller (1965)	1082		1 Jahr	20%	San Francisco, USA
	Freudenberg (1967)		73%			London, GB
	Bosch (1971) <sup>a</sup>	414	68%	1 Monat	51%	Frankfurt BRD
	Ekdawi (1972)	367	38%	2-8 Jahre	34,2%	London, GB
	Dohmen (1973) <sup>a</sup>	88	55%			Berlin, BRD
	Watts (1977)	39	41% <sup>b</sup>		6 Monate	25%
nicht stationäre Programme	Salm (1971) <sup>a</sup>	396	41,5%			Kaufbeuren, BRD
	Wing L. (1972)	17		2 Jahre	29%	London, GB
	Reimer (1973) <sup>a</sup>	122	77%			Weinsberg, BRD
	Ciampi (1979)	81		1 Jahr	36%	Lausanne, CH
	Hodel (1979)	78	57%	3 Jahre	50%	Bern, CH
	Katz-Garris (1983)	277		2½ Jahre	43,3%	Pittsburgh Pa, USA
	Hubschmid (1985)	107	72%	7,6 Jahre	67%	Bern, CH

<sup>a</sup> zitiert nach Hohm 1977<sup>b</sup> innert 1 Jahr

Ausgangssituationen sehr verschieden sind, was in Tabelle 1 zum Teil sichtbar wird:

Die Rehabilitationsprogramme können unterschieden werden je nachdem, ob sie sich in einem klinisch stationären oder - wie bei uns - in einem halbstationären Rahmen befinden. Die einzelnen Programme sind ganz verschieden konzipiert, und auch die Populationen sind unterschiedlich. Es fällt auf, daß die durchschnittliche Katamnesedauer jeweils außerordentlich kurz ist, so kurz, daß eine Aussage über die Stabilität der erzielten Erfolge nicht möglich ist. Unseres Wissens gibt es kaum langfristige Katamnesen.

## Diskussion

In der vorliegenden Arbeit überprüfen wir den Erfolg eines beruflichen Wiedereingliederungsprogramms, indem wir nach einer durchschnittlich 7,6 jährigen Katamnesedauer differenzierte Erfolgskriterien anwenden. Bei den untersuchten 107 ehemaligen Patienten handelt es sich um typische Langzeitpatienten mit einer durchschnittlichen Gesamthospitalisationszeit von über 2 Jahren. Wenn wir dazu die durchschnittliche Katamnesedauer addieren, so überblicken wir eine Periode von 9 Jahren seit der Ersterkrankung.  $\frac{3}{4}$  haben die Diagnose einer Schizophrenie, es sind mehr Männer als Frauen, alles jüngere Patienten, die meisten sind alleinstehend.

In vergleichbaren Arbeiten werden die Entlassung aus der Klinik und die Integration in einen Arbeitsprozeß als Erfolgskriterium genommen (Buell 1975; Katz 1983). Zum Vergleich finden wir in unserer Studie, daß 76% der Patienten in der Untersuchungszeit unabhängig von psychiatrischen Institutionen lebten, während weitere 4% in Übergangseinrichtungen waren. 67% waren in einem Arbeitspro-

zeß eingegliedert, wovon 22% in einer geschützten Werkstatt.

Das sind sehr gute Langzeitresultate, vor allem, wenn die schlechte Ausgangspopulation berücksichtigt wird. Dabei hat uns allerdings die günstige Situation auf dem Schweizer Arbeitsmarkt geholfen: In den letzten 2 Jahren beobachten wir nun eine steigende Arbeitslosigkeit in der Schweiz, was sich negativ auf unsere Eingliederungsquote auswirkt. Fener nehmen die Vermittlungen in die freie Wirtschaft gegenüber den geschützten Arbeitsplätzen ab. Mit Ekdawi (1972) und Wing (1972) sind wir der Ansicht, daß die Ergebnisse noch deutlich besser ausfallen könnten, wenn mehr geschützte Arbeitsplätze vorhanden wären. Das erstaunlich gute Resultat von fast 80% klinikentlassenen Patienten ist wahrscheinlich der Tatsache zu verdanken, daß 23% von ihnen die Möglichkeit haben, bei den Eltern zu wohnen, was wir als eine angemessene und gute Lösung erachten.

Wenn die soziale Situation unserer ehemaligen Patienten allerdings umfassender betrachtet wird, so zeigt sich die Behinderung deutlich: 90% sind weiterhin in psychiatrischer Betreuung, 85% geben an, keinen nahen Beziehungspartner zu haben und 77% beziehen eine Invalidenrente. Die weiterbestehende Behandlungsbedürftigkeit entspricht wahrscheinlich der wachsenden Isolation des Patienten, die parallel geht mit einer zunehmenden Abhängigkeit vom Beziehungsnetz, das die professionellen Betreuer bieten.

Nach Vaillant (1978) heiratet ca. ein Drittel aller Schizophrenen einmal im Leben. Unsere Population unterscheidet sich in dieser Hinsicht deutlich. Die Störung manifestiert sich vor allem im sozialen Bereich. Gerade hier aber, in den befriedigenden persönlichen Beziehungen, liegt in den Augen unserer Patienten der gewichtigste Anteil der subjektiven Zu-

friedenheit (Meier 1982). Die Invalidenrente bedeutet für die Arbeitsunfähigen einen Erwerbssersatz, für etwa die Hälfte der Erfolgreichen hingegen eine Abgeltung des Erwerbsausfalls, den sie wegen ihres sozialen Abstiegs in Kauf nehmen müssen; viele von ihnen arbeiten in untergeordneter Stellung, die in keiner Weise ihrer Ausbildung oder ihrer früheren Tätigkeit entspricht. Freudenberg (1967) gibt an, daß bei Patienten, die über 2 Jahre lang arbeitslos waren, in keinem Fall eine berufliche Wiedereingliederung bis zur finanziellen Selbständigkeit gelang.

Zusammenfassend ziehen wir die nachstehenden Schlußfolgerungen:

Erstens zeigen unsere Resultate, daß berufliche Rehabilitationsprogramme sinnvoll sind, da sie in der Mehrzahl der Fälle zu einer über lange Zeit stabilen beruflichen und sozialen Wiedereingliederung führen.

Zweitens ist unsere Population noch immer in erheblichem Maße abhängig von ihren Herkunftsfamilien. Das unterstreicht die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen Betreuern und den Familien.

Drittens zeigt sich eindrücklich, wie dürftig die Sozialbeziehungen unserer Patienten sind. Besonders hier treten die Einschränkungen durch die Krankheit zutage. Da Beziehungen jedoch für die subjektive Zufriedenheit auch unserer Patienten sehr wichtig sind, schließen wir, daß das soziale Netzwerk und das Thema Freizeit vermehrt im Zentrum unserer therapeutischen Anstrengungen stehen sollte.

## Literatur

- Bleuler M (1972) Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart New York
- Bleuler M (1978) The long-term course of schizophrenic psychoses. In: Wynne L (ed) The Nature of Schizophrenia. John Wiley, New York
- Bosch G (1971) Berufliches Versagen beim Schizophrenen und Chancen seiner beruflichen Rehabilitation. In: Kranz H, Heinrich K (eds) Schizophrenie und Umwelt. Thieme, Stuttgart New York
- Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK (1962) Influence of family life on the course of schizophrenic illness. Br J Prevent Soc Med 16: 55-68
- Brown GW, Bone M, Dalison B, Wing JK (1966) Schizophrenia and social care. Oxford University Press, London
- Buell GJ, Anthony WA (1975) The relationship between patient demographic characteristics and psychiatric rehabilitation outcome. Commun Ment Health J 11: 208-214
- Ciampi L, Müller C (1976) Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ciampi L, Dauwalder HP, Agué C (1979) Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchungen zum Rehabilitationserfolg und zur Prognose. Nervenarzt 50: 366-378
- Ciampi L (ed) (1986) Sozialpsychiatrische Lernfälle. Psychiatrie-verlag, Bonn
- Dauwalder HP, Ciampi L, Aebi E, Hubschmid T (1984) Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. Nervenarzt 55: 257-264
- Dohmen H (1973) Zum Problem der Rehabilitation psychisch Kranker in einer Tag- und Nachtambulanz - Ein Bericht über die Arbeit in der DRK-Klinik „Phönix“. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 12: Heft 2 u. 3
- Ekdawi M (1972) The Netherne resettlement unit: results of ten years. Br J Psychiatry 121: 417-424
- Freudenberg RK (1967) Theory and practice of the rehabilitation of the psychiatrically disabled. Psychiatr Q 41: 698-710
- Hess D, Ciampi L, Dauwalder HP (1986) Nutzen- und Kostenevaluation eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Nervenarzt (in press)
- Hodel J, Schärer S, Steiner E (1979) Berufliche Wiedereingliederung psychisch Invaliden. Erste Resultate einer katamnestiche Untersuchung. Rehabilitation 18: 25-34
- Hohm H (1977) Berufliche Rehabilitation von psychisch Kranken. Beltz, Weinheim Basel
- Huber G, Gross G, Schuettler R (1979) Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Hubschmid T (1985) Von der Familientherapie zur Angehörigenarbeit oder vom therapeutischen zum präventiv-rehabilitativen Paradigma in der Schizophreniebehandlung. Fortschr Neurol Psychiatr 53: 117-122
- Katz-Garris L, McCue M, Garris RP, Herring J (1983) Psychiatric rehabilitation: An outcome study. Rehab Counsel Bull 26: 329-335
- Meier C, Schneider S, Aebi E (1982) Rehabilitationserfolg psychisch Behinderter aus der Sicht der Betroffenen. Vordiplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Bern
- Miller D, Dawson WH (1965) Effects of stigma on re-employment of ex-mental patients. Mental Hygiene 49: 281-287
- Reimer F, Willis E (1973) Erfahrungen mit einem extramuralen industriellen Arbeitstraining. Arbeitsmed Sozialmed Prävent 8: 182-184
- Salm H (1971) Industrielles Arbeitstraining im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen. Nervenarzt 42: 359-365
- Strauss JS, Carpenter WT (1977) The prediction of outcome in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 34: 159-163
- Strauss JS, Carpenter WT (1981) Schizophrenia. Plenum Medical Book Company, New York
- Vaillant GE (1978) The distinction between prognosis and diagnosis in schizophrenia. In: Wynne L (ed.) The nature of schizophrenia. John Wiley, New York
- Watts FN, Bennett DH (1977) Previous occupational stability as a predictor of employment after psychiatric rehabilitation. Psychol Med 7: 709-712
- Wing L, Wing JK, Stevens B, Griffiths D (1972) An epidemiological and experimental evaluation of industrial rehabilitation of chronic psychotic patients in the community. In: Wing JK, Hailey AM (eds) Evaluating a community psychiatric service - the Camberwell Register 1964-71. Oxford University Press, London New York Toronto
- Wing JK, Bennett DH, Denham J (1964) Industrial rehabilitation of long-stay schizophrenic patients. Medical Research Council Memo 42. HMSO, London

Angenommen am 12. Dezember 1985

Dr. T. Hubschmid  
Sozialpsychiatrische Universitätsklinik  
Murtenstraße 21  
CH-3010 Bern