

Rehabilitation in der Psychiatrie

Autor(en): **Battegay, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche**

Band (Jahr): **28 (1972)**

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307901>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik Basel
Direktor: Prof. P. Kielholz

Rehabilitation in der Psychiatrie

R. BATTEGAY

1. Definition

Unter Rehabilitation in der Psychiatrie verstehen wir nicht nur die Wiedereingliederung des psychisch Kranken in seinen familiären, beruflichen und sonstigen sozialen Umkreis sowie die Wiederherstellung einer vollen Genuss-, Liebes- und Arbeitsfähigkeit des Patienten, sondern auch die Organisation der Psychiatrie in der Gesellschaft, die es den Betroffenen erleichtern soll, den Weg zurück zu finden. In die psychiatrische Rehabilitation fällt auch die Vorbereitung der Familie und des sonstigen sozialen Umfeldes für die Wiederaufnahme des Kranken. Schliesslich gehört in einem weiteren Sinne auch die psychohygienische Prophylaxe dazu, die das Entstehen psychischen Krankseins bereits an seinen Wurzeln, d. h. in Kindheit und Jugend, verhüten soll. Psychiatrische Rehabilitation kann sich also nicht auf den Kranken allein beschränken, sondern muss sein ganzes Lebensmilieu miterfassen.

2. Soziale Bezogenheit und Rehabilitation

Teils infolge ihres Krankseins, teils aber infolge der Reaktionen der sie Umgebenden, leben insbesondere die Schizophrenen, aber auch andere psychisch Kranke oft in einer sozialen Isolierung (SCHULTE). Die Psychiatrie hat dementsprechend in den letzten Jahren erkannt, dass sie den psychisch Kranken nicht nur einzeln, sei es psychopharmakologisch oder psychotherapeutisch, ambulant oder klinisch, sondern auch in seiner sozialen Bezogenheit erfassen muss. Der Kranke, der uns entgegentritt, ist stets auch Symptom der mitbetroffenen bzw. -kranken Familie oder eines entsprechenden Ersatzmilieus.

Schon allein die Einführung des Chlorpromazin in die Psychiatrie im Jahre 1952 (HAMON u. Mitarb., DELAY und DENIKER, STAEHELIN und KIELHOLZ u. a.) hat die Rehabilitation der psychotischen Patienten -- und damit einer Kerngruppe psychisch Kranker -- in die Gesellschaft erleichtert. Die

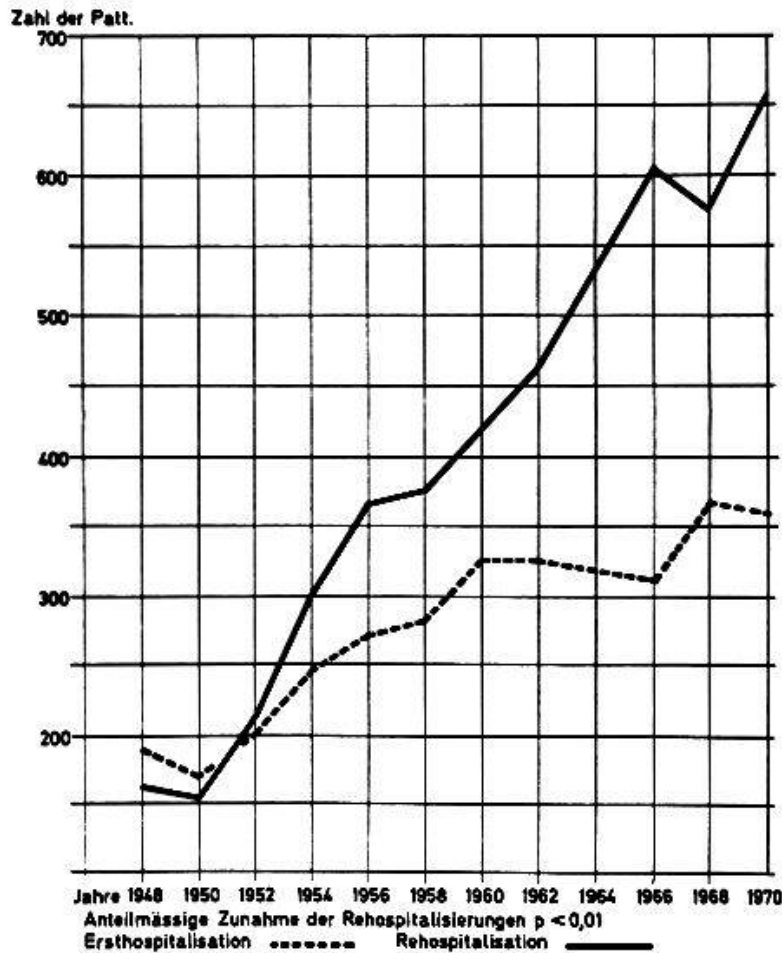


Abb. 1. Verhältnis Ersthospitalisierungen : Rehospitalisierungen (Frauen).

Zeit, während welcher die Patienten hospitalisiert bleiben müssen, ist, wie eigene Untersuchungen an 70 erstbehandelten Schizophrenen der präneuroleptischen Ära und weiteren 70, mit Neuroleptika behandelten Schizophrenen ergaben, bei einer Katamnesendauer von 5 Jahren, gesamthaft gesehen, signifikant ($p < 0,05$) zurückgegangen. Die Zahl der Hospitalisierungen pro Patient in 5 Jahren hat indessen signifikant ($p < 0,025$) zugenommen (BATTEGAY und GEHRIG). Das heisst, die Schizophrenen können zwar eine längere Zeitspanne ihres Lebens in ihrer natürlichen sozialen Umgebung verbringen. Doch wird die Beziehungsaufnahme zu ihrem Lebenskreis infolge Überforderung bei Frühentlassung, Nichteinhaltung von Erhaltungsmedikationen sowie dadurch bedingter Rezidive immer wieder unterbrochen.

Während M. BLEULER (1941) vor Einführung der Psychopharmaka auf Grund seiner katamnestischen Untersuchungen (durchschnittliche Beobachtungszeit 12 Jahre 10 Monate) annahm, dass bei ca. $\frac{2}{3}$ der schizophrenen Patienten schliesslich eine Defektentwicklung eintrete, hat er bei neueren Erhebungen an katamnestisch nach meist über 20 Jahren nachuntersuchten Schizophrenen nur 45% chronisch Kranke gefunden, wobei allerdings von den restlichen 55% auch heute noch 35% keine vieljährigen stabilen Zustände erreichen, sondern nach Heilung oder Besserung wieder temporäre

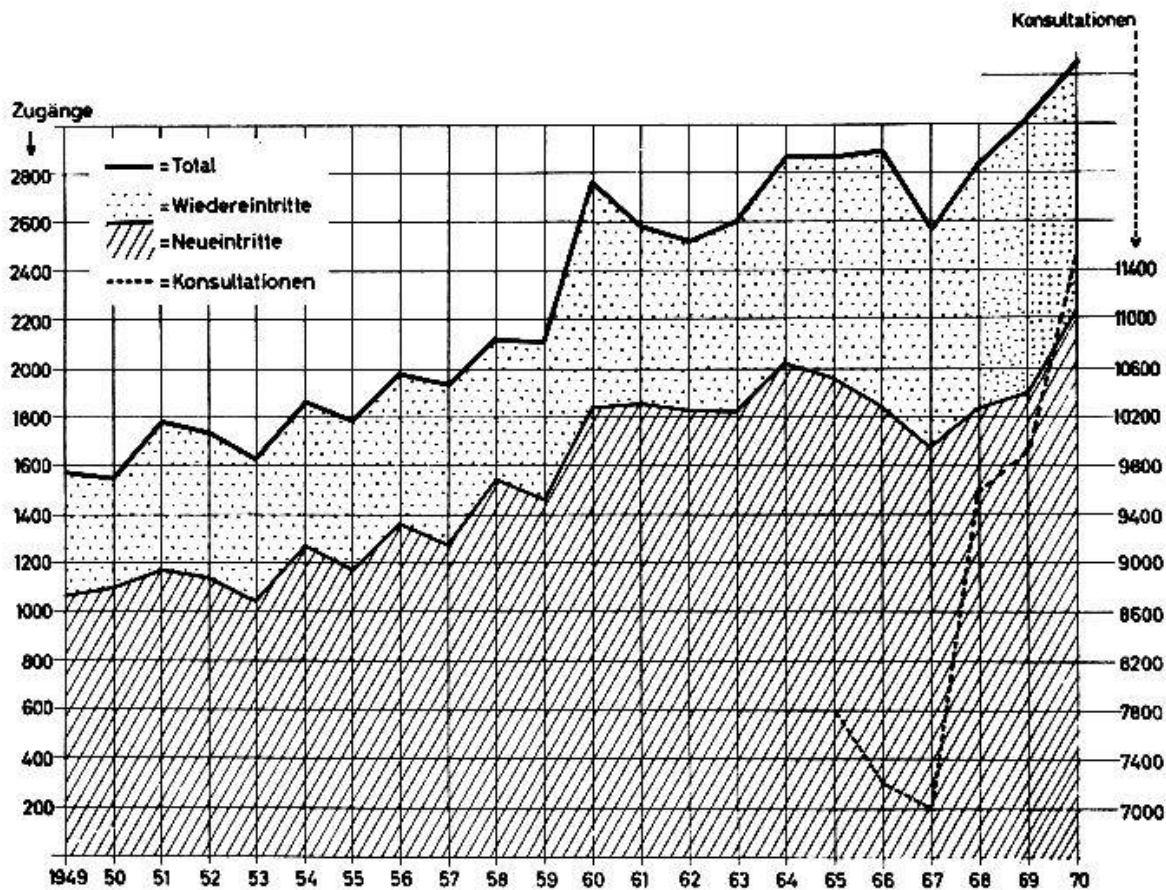


Abb. 2. Zugänge der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel.

akute Exazerbationen durchgemacht hatten. Die verbesserten Prognosen bei Schizophrenen sind zwar nicht das Resultat bewusster Rehabilitationsarbeit, vielleicht aber doch Folge einer im Vergleich zu früher intensivierten Kontaktnahme dieser Kranken mit der Aussenwelt bereits im psychiatrischen Spital.

Die Entwicklung, die wir bei Schizophrenen beobachtet haben, dass sie gegenüber früher zwar gesamthaft weniger lang im Spital bleiben müssen, doch vermehrt Hospitalisierungen durchmachen, drückt sich auch darin aus, dass in der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik die Relation von Eintritten zu Wiedereintritten sich immer mehr zugunsten der Rehospitalisierungen verschiebt (Abb. 1). Hierin macht sich geltend, dass die gezielten Anstrengungen in bezug auf die Rehabilitation intensiviert werden müssen.

Einen gewissen Aufschluss über den Beitrag einer psychiatrischen Ambulanz zur Rehabilitation vermag uns vielleicht ein Blick auf die Relationen der Wiedertzugänge zu den Neuzugängen und dieser beiden Zahlen zu der Anzahl der Konsultationen (Abb. 2) zu geben. Es zeigt sich, dass in der Basler Psychiatrischen Universitätspoliklinik die Zahl der neukommenden im Vergleich zu den von den Vorjahren übernommenen Patienten in den Jahren 1949 bis 1970 signifikant stärker angestiegen ist ($\sqrt{p < 0,01}$). Diese Tatsache könnte zwar darauf hindeuten, dass infolge des ständigen Hinzukommens neuer Patienten die Dauerbetreuung früherer Kranker zu kurz

kommt. Zugleich weist jedoch die Zunahme der Konsultationen, die noch weit mehr ins Gewicht fällt als die Zunahme der Neuzugänge ($p < 0,001$), darauf hin, dass durch den intensivierten ärztlichen Einsatz die Rehabilitation der psychisch Kranken dermassen vorangetrieben wird, dass sie nach kurzer Zeit auf eigenen Füßen zu stehen vermögen und deshalb nicht so häufig über Jahre hindurch betreut werden müssen.

3. Praktische Massnahmen zur Rehabilitation

Unsere Erfahrungen haben uns gezeigt, dass die Rehabilitation durch gezielte Massnahmen in Klinik und Poliklinik gefördert werden kann.

Der Beitrag der Gruppenpsychotherapie

Werden die Patienten in der Klinik nicht nur individuell psychisch und mittels Psychopharmaka angegangen, sondern auch in Gruppen von gleichermassen Betroffenen zur Behandlung integriert, so kapseln sie sich nie dermassen im Klinikmilieu ein, wie es ohne begleitende Gruppenpsychotherapie der Fall wäre. Die Realitätsintensität der Gruppe (BATTEGAY) mit ihren vielseitigen und vielschichtigen Interaktionen bringt es mit sich, dass die psychisch Kranken und insbesondere die Schizophrenen aus ihrer Neigung zum Einhalten einer autistischen Distanz herauskommen und sich vermehrt dem Geschehen in der äusseren Realität zuwenden. Selbst Wahnvorstellungen, die von den Patienten jahrelang gehegt und dann in der Gruppe geäussert werden, treten etwa, zumindest für die Dauer einer Gruppensitzung, in den Hintergrund, wenn die Betroffenen erkennen, dass sie mit ihren Behauptungen keinen Anteil mehr an der Gruppennorm haben können. Die Realitätsintensität der Gruppe und ihr damit verbundener normativer Effekt führen dazu, dass es diesen Kranken weniger möglich ist, sich in eine psychotische Welt zurückzuziehen, als wenn sie allein auf sich abgestellt wären. Die therapeutische Gruppe garantiert ein Mindestmass an sozialer Aktivität. Damit ist nicht nur die Entwicklung zu einem Defekt erschwert, sondern die spätere Eingliederung in die Gesellschaft erleichtert.

Ambulante Patienten müssen wegen ihrer Auffälligkeiten häufig in ihren Familien nicht weniger eine isolierte und vereinsamte Existenz fristen. Auch sie finden in der therapeutischen Gruppe zumindest ein gewisses Mass an Aktivierung. Die Konfrontation mit der interaktionsintensiven Gruppe fördert auch bei ihnen einmal durch das feedback des eigenen Verhaltens im Gebaren der anderen (SBANDI, DÄUMLING) Einsicht in die eigenen Fehlverhaltensweisen, sodann einen sozialen Lernprozess, der zur Erleichterung der Rehabilitation beiträgt.

Die Familie

Die Rehabilitationsarbeit an psychisch Kranken hat aber nicht nur bei ihnen selbst, sondern auch in der sie umgebenden Umwelt einzusetzen. Insbesondere ist die Familie oder eine entsprechende Ersatzgruppe, die sie um-

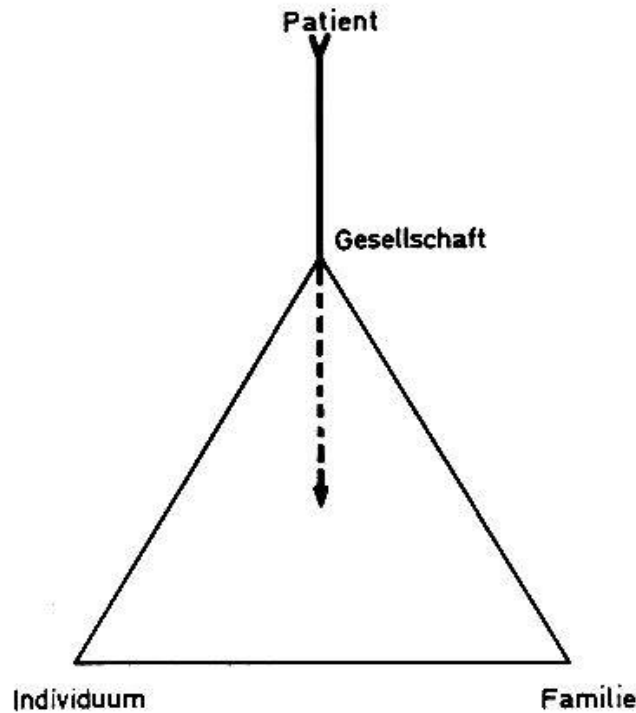


Abb. 3. Psychiatrische Rehabilitation.

gibt, mit in unseren Rehabilitationsplan einzubeziehen. Die psychische Krankheit des Patienten hängt ja meist auch mit einem fehlenden Gleichgewicht – oder einer auf Kosten des Patienten gehenden Dynamik – in der Familie zusammen. So weisen BECK, LAFORGUE, MITSCHERLICH, RICHTER, RIMON, SCHWIDDER u. a. auf Familiensituationen hin, die beispielsweise das Entstehen von psychosomatischen Beschwerden und Neurosen begünstigen. Wie M. und E. BALINT betonen, ist der sich uns manifest bekennende Kranke oft nur derjenige, der sein Leiden bewusst wahrnimmt. Wenn wir auch aus äusseren Gründen häufig gezwungen sind, mit dem Kranken, der uns aufsucht, vorlieb zu nehmen, ist es, entsprechend den Erfahrungen von ACKERMAN, BOSZORMENYI-NAGY und FRAMO, HANDLON und PARLOFF, JACKSON, LEVIN, KAUFMANN, SAGER, SATIR und unserer eigenen möglich, in psychotherapeutischen Sitzungen mit allen oder mehreren der nächsten Angehörigen auf die Familie als Ganzes Einfluss zu nehmen.

Die Gesellschaft

Nicht nur am manifest Kranken und an der mehr oder weniger latent das Kranksein hervorrufenden oder mitbetroffenen Familie, sondern auch an der Gesellschaft haben unsere Rehabilitationsbemühungen anzusetzen (Abb. 3). Insbesondere die Einrichtung von Tages- und Nachtstationen, in denen die Patienten einen Teil des Tages in geschütztem Milieu verbringen können, zum anderen Teil aber Kontakt entweder mit ihrer familiären oder beruflichen Umwelt aufnehmen – oder beibehalten – können, hat sich bewährt. In den USA und in Grossbritannien haben in dieser Beziehung auch die sogenannten Half-way – houses, in denen die Patienten einerseits Schutz und

therapeutische Hilfe finden, andererseits aber doch in der Gesellschaft stehen, die Wiedereingliederung psychisch Kranker erleichtert. Die Patienten haben mit diesen Teilzeitkliniken Gelegenheit, sich Schritt für Schritt in die soziale Umwelt zu (re)integrieren.

Diese Adaptationsphase ist besonders bei Schizophrenen wichtig, die nach Durchstehen eines psychotischen Schubes oft ein «postremissives Erschöpfungssyndrom» (HEINRICH), nach JANZARIK eine «dynamische Entleerung», nach CONRAD einen «energetischen Potentialverlust» durchmachen. Aber auch bei Depressiven ist diese rehabilitative Phase wichtig (KIELHOLZ), da sie nach Klinikentlassung, bei der Wiederaufnahme des Kontaktes mit der Aussenwelt, vorerst etwa noch depressiv-ängstliche Stimmungsschwankungen und Antriebsarmut aufweisen. Zwar werden die Depressiven in der Regel durch die Angehörigen – oft im Unterschied zu den Schizophrenen – im Spital rege besucht und häufig sogleich nach Abklingen des akuten Zustandsbildes wieder nach Hause genommen. Doch werden auch diese Kranken nicht selten durch die Erwartungen ihres Umkreises überfordert. Hier gilt es, die Umgebung des Patienten darüber zu informieren, dass er noch einer Zeit des Übergangs bedarf, in der er sich allmählich an die Umstellung nach Spitalentlassung und an die Anforderungen der Gesellschaft gewöhnen kann.

Bei den Alkohol- und Drogenabhängigen hängt unserer Erfahrung nach der Erfolg der Spitalbehandlung hauptsächlich von der rehabilitativen Arbeit ab (KIELHOLZ). Bei Alkoholkranken ist es wesentlich, dass sie, werden sie auf Mittel wie Disulfiram oder Kalziumkarbamidzitat, die eine medikamentöse Alkoholintoleranz hervorrufen, eingestellt, ärztlich und sozialfürsorglich betreut werden. Neuerlich auftretende Probleme werden sie so weniger in Versuchung bringen, die chemische Intoleranzbehandlung abzubrechen und wieder beim Alkohol Zuflucht zu suchen. Aber auch bei den jugendlichen Drogenabhängigen ist diese Rehabilitationsphase entscheidend für die Prognose. Bei einer in der Basler Psychiatrischen Universitätspoliklinik mit solchen Jugendlichen – es sind meist klinikentlassene – durchgeführten Gruppenpsychotherapie zeigt es sich, dass sie stets von neuem erleben wollen, angenommen zu werden, wie oppositionell sie sich auch verhalten mögen. Als Therapeuten haben wir immer wieder unser Interesse und unser Mitgefühl auf die Umstände zu richten, die sie zum Drogenabusus bestimmt oder verleitet haben könnten.

Es fragt sich in diesem Zusammenhang, ob wir nicht an den entsprechend spezialisierten Institutionen ärztlich kontrollierte Drogenexperimentiermöglichkeiten zur Verfügung halten sollten, in denen die Jugendlichen, die es wünschten, unter ärztlicher Kontrolle bekannte Dosen von chemisch reinen Wirkstoffen einnehmen und die darauf erlebten Wirkungen mit Kundigen besprechen könnten. Wohl bestünde so weniger die Gefahr, dass sie – kriminellen – Drogenhändlern in die Hände fielen. Zwar würden wir damit wohl nur die prognostisch günstigeren Jugendlichen erfassen. Doch könnten wir zumindest bei ihnen die Gefahr des Abgleitens in die Dissozialität ver-

ringern. Rehabilitation in diesem Sinne bedeutet das (Wieder-)Eingliedern von Menschen, die den Anschluss an die Gesellschaft aus übermässigen Erwartungen, nachfolgender Enttäuschung, anschliessender Opposition und Resignation verpasst oder verloren haben, durch entsprechende Institutionen, die ihnen die Gesellschaft zur Verfügung stellt, zu erleichtern. Wertvoll haben sich in dieser Beziehung auch die Selbsthilfeorganisationen der AA (Alcoholics Anonymous), der NA (Narcotics Anonymous) und entsprechender Institutionen erwiesen.

4. Abbau von Vorurteilen

Die Sozietät muss aber auch lernen, das Vorurteil den psychisch Kranken gegenüber abzubauen. Der Patient, welcher in die psychiatrische Klinik oder Ambulanz kommt, ist oft nur Stellvertreter des (mit-)kranken Milieus, das auf seine Kosten ein Gleichgewicht aufrechtzuerhalten sucht. Schliesslich sind es in der Regel die sensitiven, die sensiblen Individuen, die an den persönlichen, sozialen und zeitbedingten Problemen mehr leiden als andere, die in der geschäftigen Aktivität der Gegenwart aufgehen, dabei aber oft ihre Gefühlsseite zu wenig beachten. Wird der moderne Mensch dem psychisch Kranken gegenüber offener, so wird er damit auch sich selbst helfen, seine Gefühlssphäre zu erkennen und zu pflegen. Wiedereingliederung der psychisch Kranken bedeutet in diesem Sinne auch Rehabilitation der Gesunden im Sinne der Wiedermenschwerdung des heute oft seine Menschlichkeit vernachlässigenden Homo sapiens.

5. Psychohygienische Prophylaxe

Wollen wir wirkungsvolle Rehabilitation treiben, so müssen wir bereits in den Schulen beginnen. Nicht nur die Kinder aus affektiv gestörten Familien, aus Broken-home-Situationen, dissozialen äusseren Verhältnissen, sondern die Kinder und Jugendlichen ganz allgemein sind heute, bei der Frustrationsintoleranz der Erwachsenen, häufig in Gefahr, in ihren inneren Konflikten und Entwicklungskrisen niemanden mehr zu finden, mit dem sie sich zur Klärung auseinandersetzen können. Viele Jugendliche fühlen sich deshalb, obschon sie durch die Eltern häufig mit materiellen Gütern verwöhnt werden, unverstanden. Wenn die Fälle von Drogenabhängigkeit unter den Jugendlichen in den letzten Jahren, wie bekannt, zugenommen haben, so könnte eine Ursache davon sein, dass sie erkennen, den Anforderungen des Hineinwachsens in die Gesellschaft allein ausgesetzt zu sein, ohne hierfür ein entsprechendes Rüstzeug zu erhalten. In dieser Überforderungssituation greifen entsprechend Gefährdete zur Droge. Sie soll ihnen jene Paradiese öffnen, die ihnen die äussere Realität vorenthält.

Dazu kommt, dass die jungen Menschen oft in einen Normenkonflikt gestellt sind. Sie haben teil an verschiedenen Primärgruppen, wie der Familie oder einem entsprechenden Ersatzmilieu, der Schulklasse, einer Freizeit-

gruppe, einer Sportgruppe, einer Ideologiergruppe usw., die nicht mehr wie früher alle demselben abendländischen Gedankengut verpflichtet sind, sondern oft sehr divergierende Normen aufweisen. In diesem Normenkonflikt steht jeder Jugendliche allein, da nie alle an den gleichen Normen teilhaben.

Wir Ärzte haben deshalb dafür zu sorgen, dass den Jugendlichen bereits in den Schulen, in regelmässigen Sitzungen, altersentsprechende Konflikt-austragungsmöglichkeiten geboten werden. Krankhafte psychische Entwicklungen können so verhütet oder dort, wo bereits Fehlentwicklungen eingetreten sind, die affektive Verarbeitung des zugrundeliegenden Problemkreises gefördert werden. Zur psychiatrischen Rehabilitation müssen wir uns also vermehrt in die Gesellschaft hinaus begeben, um dort, wo unser Einsatz benötigt wird, helfend zur Seite zu stehen und entsprechend gefährdeten Kindern und Jugendlichen – und welche gehörten nicht dazu – auf ihrem Weg in die Sozietät unser psychiatrisches Wissen und unsere mitmenschliche Partnerschaft anzubieten.

Aber auch die erwachsene Bevölkerung ist in unablässigem Bemühen mit allen Mitteln der Information und Formation darüber aufzuklären, welche Gefahren chronische Überforderungssituationen beinhalten und wie sie vermieden werden können. Rehabilitationsaufgabe in dieser Sicht ist, den modernen Menschen durch entsprechende Orientierung die Mittel in die Hand zu geben, verantwortlich zu leben, die ihnen gegebenen Möglichkeiten wahrzunehmen, aber auch die eigenen Grenzen zu erkennen.

Zusammenfassung

Die Rehabilitation in der Psychiatrie wird als eine am Individuum und an seinem sozialen Umkreis ansetzende Aufgabe beschrieben, die zur psychosozialen Reintegration, zur vollen Genuss-, Liebes- und Arbeitsfähigkeit des Patienten und zum Abbau von Vorurteilen den psychisch Kranken gegenüber führen sollte. Einer signifikanten Abnahme der Gesamthospitalisierungsdauer steht eine ebenso signifikante Zunahme der Zahl der Hospitalisierungen gegenüber. In der psychiatrischen Ambulanz stieg die Zahl der Konsultationen signifikant stärker an als die Zahl der pro Jahr neu hinzukommenden oder vom Vorjahr übernommenen Patienten. Bereits in diesen Zahlenrelationen drücken sich indirekt Rehabilitationsbemühungen aus. Doch ist unser Ansatz am Patienten durch Einbezug der Familie sowie des gesamten übrigen sozialen Beziehungssystems zu ergänzen. Die Wichtigkeit einer gezielten psychohygienischen Prophylaxe wird unterstrichen.

Résumé

La réhabilitation en psychiatrie est décrite comme un problème de prise en charge de l'individu mais aussi de son entourage. Le but à atteindre est la réintégration psychosociale, c'est-à-dire d'atteindre une activité sans défauts dans la jouissance, l'amour et le travail, associée à une réduction des

préjugés envers le malade mental. Une diminution significative de la durée totale d'hospitalisation par malade psychique s'oppose à l'augmentation significative du nombre des admissions en clinique. Dans les traitements ambulatoires le nombre des consultations montre une indubitable progression, plus forte que ne le laisserait prévoir le nombre des nouveaux malades par année ou de ceux qui restent en traitement plus qu'une année. Déjà ces chiffres prouvent indirectement l'effort de réhabilitation, car les malades suivant – à intermittance – des thérapeutiques particulièrement intensives peuvent rester plus longtemps dans le cercle de leur vie normale. Mais notre intérêt pour le malade doit s'étendre à la famille et même à toute la structure de ses rapports sociaux. Enfin l'importance d'une prophylaxie d'hygiène mentale est soulignée.

RIASSUNTO

La riabilitazione in psichiatria viene descritta come compito dell'individuo e della sua società di aiutare l'infermo psichico verso la sua reintegrazione psicosociale. Ciò comporta sia il raggiungimento della capacità del paziente a godere, amare e lavorare, sia la scomparsa dei pregiudizi nei confronti del malato psichico. Oggi, ad una abbreviazione significativa dei soggiorni ospedalieri dei singoli pazienti psichiatrici si contrappone un aumento altrettanto significativo nel numero delle singole ospedalizzazioni. Nell'ambulatorio psichiatrico il numero delle consultazioni è aumentato in misura significativa più che non il numero dei pazienti che risulta dai casi nuovi e da quelli tutt'ora in cura dell'anno precedente. Già in queste relazioni numeriche trovano la loro espressione indiretta i programmi di riabilitazione. Infatti, i pazienti possono rimanere più a lungo (seppure con interruzioni) nel loro milieu naturale in seguito all'aumento degli sforzi terapeutici. Ma la nostra leva sul paziente va completata dall'estensione di questi sforzi alla sua famiglia e al suo intero sistema di rapporti sociali. L'importanza di una profilassi psicoigienica diretta ai singoli casi viene sottolineata.

SUMMARY

Rehabilitation in psychiatry is described as a task involving the individual and his social environment and aiming to achieve a psycho-social re-integration of the patient with full capacity for enjoyment, for affection and for work, and a breaking down of prejudices against the psychically ill person. A significant decrease in the duration of the total period of hospitalisation is balanced by just as significant an increase of the number of admissions to hospital. For the out-patients of a psychiatric clinic, the number of consultations increases significantly more than the number of patients newly entering per year or those taken over from the former year. These figures show an indirect effect of rehabilitation. But our work with the patients has to be supplemented by the co-operation of the family and of the whole

system of social relations. The importance of purposeful psycho-hygienic prophylaxis is underlined.

- ACKERMAN N. W.: *The Psychodynamics of Family Life*, 5th print. Basic Books, New York 1960.
- BALINT M. und E.: *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Hans Huber/Ernst Klett, Bern/Stuttgart 1963.
- BATTEGAY R.: *Der Mensch in der Gruppe*, Bd. II, 3. Aufl. Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1971.
- BATTEGAY R. und GEHRING ANNEMARIE: Vergleichende Untersuchungen an Schizophrenen der präneuroleptischen und der postneuroleptischen Ära. *Pharmakopsychiatrie, Neuropsychopharmakologie 1*, 107 (1968).
- BECK D.: Die Kurzpsychotherapie. *Schweiz. med. Wschr.* 98, 1959 (1968).
- BLEULER M.: *Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen*. Thieme, Leipzig 1941.
- BLEULER M.: Chronische Schizophrenie. *Wien. Z. Nervenheilk.* 29, 177 (1971).
- BOSZORMENYI-NAGY I. und FRAMO J. L.: *Intensive Family Therapy*. Hoeber Medical Division. Harper & Row, New York 1965.
- CONRAD C.: *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme, Stuttgart 1958.
- DÄUMLING A. M.: Sensitivity Training. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* Bd. 2, S. 113. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1968.
- DELAY J. und DENIKER P.: *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie*. Masson, Paris 1961.
- HAMON J. u. Mitarb.: Remarques sur l'action du 4560 RP sur l'agitation maniaque. *Ann. méd.-psychol.* 110, 403 (1952).
- HANDLON J. H. und PARLOFF M. B.: The treatment of patient and family as a group. Is it group psychotherapy? *Int. J. Group Psychother.* 12, 132 (1962).
- HEINRICH K.: Zur Bedeutung des postremissiven Erschöpfungs-Syndroms für die Rehabilitation Schizophrener. *Nervenarzt* 38, 487-491 (1967).
- JACKSON J.: A family group therapy technique for a stalemate in individual treatment. *J. nerv. ment. Dis.* 127, 503 (1958).
- JANZARIK W.: *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Springer, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1959.
- KAUFMANN L.: Familientherapie. *Sozialpsychiatrie. Akt. Fragen Psychiat. Neurol.* 8, 103 (1969).
- KIELHOLZ P.: *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*. Lehmanns, München 1965.
- KIELHOLZ P.: Ursachen und Behandlung der Polytoxikomanie. *Z. Präv.-Med.* 2, 339 (1957).
- LAFORGUE R.: Familienneurosen in psychoanalytischer Sicht. *Psychosom. Med.* 7, 2 (1960/61).
- LEVIN E. C.: Therapeutic multiple family groups. *Int. J. Group Psychother.* 16, 203 (1966).
- MITSCHERLICH A.: *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin* 2, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1968.
- RICHTER H. E.: *Eltern, Kind und Neurose*. Rowohlt, Hamburg 1969.
- RIMON R.: A Psychosomatic approach to Rheumatoid Arthritis. *Bulis Tryckeri, Halbstad* 1969.
- SAGER C. J.: An overview to family therapy. *Int. J. Group Psychother.* 18, 302 (1968).
- SATIR VIRGINIA M.: *Conjoint Family Therapy: Fragmentation to Synthesis*, in GAZDA G. M. (ed.): *Innovations to Group Psychotherapy*, S. 256. Ch. C. Thomas, Springfield Ill. 1968.
- SBANDI P.: «Feedback» im Sensitivity Training. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, Bd. 4, Heft 1, S. 17. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1970.

- SCHULTE W.: Die Auswirkungen der Schizophrenie auf ihre Umwelt. *Nervenarzt* 39, 98 (1968).
- SCHWIDDER W.: Psycho-somatische Störungen. Bericht der Weltgesundheitsorganisation. *Psychosom. Med.* 11, 146 (1965).
- STÄHELIN J. und KIELHOLZ P.: Largactil, ein neues vegetatives Dämpfungsmittel bei psychischen Störungen. *Schweiz. med. Wschr.* 83, 581 (1953).

Adresse des Autors: Prof. Dr. R. Battgay, Leitender Arzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik, Petersgraben 1, CH-4051 Basel.