

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Münsingen
(Direktor: Prof. Dr. M. MÜLLER).

Der Einfluß des zweiten Weltkrieges auf die seelischen Erkrankungen in der Schweiz.

Von
PETER DUBS.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 28. Juni 1951.)

Die Beziehungen zwischen Krieg und Häufigkeit sowie Form seelischer Erkrankungen wurden schon während und nach dem ersten Weltkrieg bei der Truppe und der Zivilbevölkerung eingehend untersucht. Nachdem zunächst die sogenannten Kriegsneurosen (Zitterer u. a.) im Vordergrund des Interesses standen, schälte sich später als Kernproblem das Verhalten der endogenen Psychosen heraus. MAYER-GROSS, KEHRER, LANGE u. a. haben nachgewiesen, daß die schizophrenen und manisch-depressiven Erkrankungen weitgehend unabhängig von Umweltbedingungen ihren Verlauf nehmen, in ihrem Auftreten und ihrer Häufigkeit durch die Kriegseignisse also nicht beeinflußt werden. Psychopathien und Neurosen wiesen dagegen eine deutliche Abhängigkeit von veränderten Verhältnissen in Krisen- und Notzeiten auf.

Auch im zweiten Weltkrieg 1939—1945 lagen wieder ähnliche Probleme vor, wobei neuerdings die psychogenen Reaktionen und ihre Abgrenzung von ähnlichen Erscheinungen der Friedenszeit (ANDERSON) auch wegen ihrer praktischen Bedeutung für die Kriegsführung besondere Beachtung fanden.

Die Schweiz stand beide Male unter einem beträchtlichen wirtschaftlichen Druck, blieb aber von eigentlichen Kriegshandlungen im wesentlichen verschont. Trotzdem sind, wie ein kurzer Überblick zeigt, während und unmittelbar nach dem letzten Krieg die Aufnahmen von seelisch abnormen Persönlichkeiten in die Heil- und Pflegeanstalten sehr stark angestiegen.

Es ist zweifellos von Interesse, den Ursachen dieser Erscheinung nachzugehen, berühren sie doch ebensosehr soziale und ökonomische Probleme wie die wissenschaftlich wichtige Frage nach der Bedeutung exogener, d. h. umweltbedingter Faktoren für die Verursachung bzw. Auslösung psychischer Störungen. Wohl sind in der Schweiz Ansätze für eine Erfassung der Krankenbewegung für einzelne Formen von Geisteskrankheiten während des Krieges vorhanden (BLEULER, SCHNEIDER), und die kriegsbedingte Bewegung der alkoholischen Psychosen ist

Gegenstand mehrerer Arbeiten gewesen (CORAY, GESER, STEIGER, WINDMAN). Eine Gesamtbearbeitung des Gebietes steht aber noch aus. Freilich zeigt eine nähere Beschäftigung mit dem Problem bald, daß die Aufnahmezahlen in die Anstalten allein kein unbedingt zuverlässiges Bild über die *wirkliche* seelische Morbidität der Bevölkerung, d. h. ihre Anfälligkeit für seelische Störungen während der erfaßten Zeitperiode zu vermitteln vermögen; es sind daran zu viele heterogene Faktoren mitbeteiligt, und eine Deutung der Statistik wird sich mangels zuverlässiger Erfäßbarkeit der einzelnen Faktoren vielfach auf bloße Vermutungen beschränken müssen.

In diesem beschränkten Rahmen stellt sich die vorliegende Arbeit die Aufgabe, die in Frage stehende Krankenbewegung auf Grund der Anstaltseintritte während der Jahre 1939—1945 soweit als möglich statistisch zu erfassen und insbesondere zu untersuchen, in welcher Weise die einzelnen Krankheitsformen an dieser Bewegung beteiligt sind. Vom Verhalten der Krankheitsformen konnte dann auch einiger Aufschluß über die Bedeutung sozialer, wirtschaftlicher, aber auch psychologischer Einflüsse erwartet werden, insbesondere aber eine Nachprüfung des Verhältnisses der sogenannten exogenen Psychosen in bezug auf die Ausnahmesituation der Kriegszeit. Es wäre wünschenswert gewesen, auch die Nachkriegsentwicklung einzubeziehen, was aber daran scheiterte, daß die entsprechenden statistischen Unterlagen noch nicht oder nur unvollständig erhältlich waren. Einzelne Ausblicke, andererseits aber auch Rückblicke auf die Zeit vor dem Krieg wurden aber trotzdem versucht und in die Aufstellung ferner die Rahmenjahre 1938 und 1946 mitbezogen.

Material und Methodik.

Als Ausgangsmaterial dienten die statistischen Tabellen in den Jahresberichten von 22 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten, die Jahrbücher des Eidgenössischen Statistischen Amtes und weitere Zahlenangaben aus der Literatur. Im Gegensatz zu den Aufstellungen des Statistischen Amtes wurden alle, nicht nur die erstmaligen, Aufnahmen berücksichtigt. Es wurde ferner versucht, nicht den Normen des Statistischen Amtes entsprechende Angaben auszuschalten, die Fälle nur in die Kategorie ihrer Hauptdiagnose einzureihen und Doppeldiagnosen nur einmal zu zählen. Nach Ausschaltung der Rubrik „Übrige und Nichtgeisteskrankte“ ergaben sich folgende Gruppen:

Oligophrenie — Konstitutionelle Störungen (Psychopathie) — Psychoneurosen — Andere abnorme Reaktionen — Manisch-depressives Irresein: a) Depressionen, b) Manie und Mischzustände — Schizophrenie — Organische Psychosen — Epilepsie — Intoxikationen: a) Alkoholismus, b) Toxikomanie, c) Übrige Intoxikationen.

Infolge Ungleichheiten in der Aufstellung der Statistiken durch einzelne Heilanstalten war es nicht möglich, den absoluten Anteil *jeder* Krankheitsform innerhalb der Gesamtbewegung zu bestimmen. Für einige Kategorien (z. B. Psychoneurosen, andere abnorme Reaktionen, Manie und Mischzustände, Depressionen, Toxikomanien) konnten beispielsweise nur 19 von den 22 Anstalten berücksichtigt werden. Dieser Mangel beeinflußt zwar in geringem Ausmaße den absoluten Anteil jeder Krankheitsform pro Zeitabschnitt, nicht aber die Krankheitsbewegung als solche. Unsere Aufstellung erlaubt trotzdem, die Häufigkeitsschwankungen der

einzelnen Krankheitsformen zu bestimmen. Selbstverständlich umfaßt unsere Statistik nicht die Gesamtheit der in der Schweiz registrierten Geisteskrankheiten, sondern, wie eine Gegenüberstellung zu den Aufstellungen des Statistischen Amtes zeigt, etwa 60%. Für die Häufigkeitsschwankungen dürfte das Material aber doch repräsentativ sein.

Außer den absoluten Zahlen wurden auch die Meßziffern angeführt, wobei die absolute Zahl der Eintritte im Jahre 1939 = 100 gesetzt wurde. Je niedriger die absoluten Aufnahmezahlen in einer Krankheitsgruppe sind, um so größer werden naturgemäß die Zufallsschwankungen und um so unzuverlässiger die Meßziffern, was bei der Beurteilung der Häufigkeitsschwankung einzelner Kategorien berücksichtigt werden muß.

1. Die allgemeine Bewegung der Geisteskrankheiten.

Die aus den Statistiken der Heil- und Pflegeanstalten errechneten Meßziffern (Tab. 1) bestätigen in auffälliger Weise den Eindruck einer erheblichen Steigerung der Anstaltsaufnahmen während der Kriegszeit. Allerdings setzt dieser Anstieg erst im Jahre 1943 ein, während die Jahre 1940—1942 unter dem Stand von 1939

Tabelle 1.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	3019	3118	3011	2871	2894	3276	3531	3698	3815
Frauen	2744	2793	2656	2754	2875	3140	3194	3390	3657
Total	5763	5911	5667	5625	5769	6416	6725	7088	7472
Meßziffern	98	100	96	96	98	109	114	120	126

bleiben. Es ergibt sich somit eine Stagnation bzw. Senkung der Aufnahmen mit einer nachfolgenden progressiven Steigerung bis zum Jahre 1946. Dabei ist der Anstieg bei den Frauen etwas weniger ausgeprägt als bei den Männern, setzt dafür etwas früher ein.

Es ist nun allerdings bekannt, daß seit der Jahrhundertwende ständig eine langsam steigende Tendenz der Anstaltsaufnahmen zu verzeichnen war. Es zeigt sich dies auch deutlich aus einer den eidgenössischen statistischen Jahrbüchern entnommenen Zusammenstellung vom Jahre 1932 an (Tab. 2), wobei als Meßziffer wiederum die Zahl 1939 = 100 genommen wurde.

Tabelle 2. *Anstaltsaufnahmen.* Meßziffer 1939 = 100.

1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
88	89	89	91	93	94	104	100	99	98	104	114	121	127	134

Für den weiteren Verlauf während der Kriegszeit ergibt sich dann im wesentlichen eine Übereinstimmung mit Tab. 1, d. h. für 1940 und 1941 einen leichten Rückgang, während der Anstieg schon 1942 einsetzt und 1946 mit einer noch höheren Meßziffer als in Tab. 1 den Kulminationspunkt erreicht.

Den Gründen der seit Jahrzehnten anhaltenden langsam zunehmenden Anstaltsaufnahmen kann hier nicht genauer nachgegangen werden. Sie liegen wohl einerseits in der Bevölkerungszunahme, andererseits aber auch in einer veränderten Einweisungspraxis: Mit der Modernisierung der Anstalten und der Einführung der somatischen Behandlungsmethoden hat sich nach und nach im Publikum eine

freundlichere Einstellung den Anstalten gegenüber herausgebildet, so daß die Internierung nicht mehr bloß als ultima ratio bei sozialer Untragbarkeit der Kranken betrachtet wird, sondern mehr und mehr auch leichte und beginnende Fälle aus therapeutischen Gründen eingewiesen werden bzw. freiwillig eintreten; gleichzeitig mag sich aber auch die verminderte Duldsamkeit der Bevölkerung gegenüber dem geistig kranken Menschen ausgewirkt haben (BLEULER).

Zunächst könnte vermutet werden, der Anstieg der Aufnahmeziffern während der Kriegszeit falle nur scheinbar aus dem Rahmen der vorherigen Progredienz heraus. Es sind zwei Momente, die diesen Verdacht erwecken: Die Bevölkerungszunahme und die Stagnation in den ersten zwei bzw. drei Kriegsjahren. In der Tat ergibt sich aus der fortgesetzten approximativen Zählung des eidgenössischen Statistischen Amtes (Tab. 3), daß die Bevölkerung bei einer Meßziffer von 100 im Jahre 1939 in den 7 Jahren 1932—1939 insgesamt nur um 2 Punkte, in den 7 Jahren von 1939—1946 dagegen um 6 Punkte zugenommen hat.

Tabelle 3. *Bevölkerungszunahme*. Meßziffer 1939 = 100.

1932	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
98	98	98	99	99	99	100	100	100,5	101	102	103	104	105	106	108	109,5

Die Bevölkerung ist somit in den Kriegsjahren etwas rascher angewachsen als in der Vorkriegsperiode, was unter anderem mit der Rückwanderung und dem Flüchtlingsstrom zusammenhängen dürfte. Diese kleine Differenz genügt aber nicht, um das Ausmaß des Anstieges der Aufnahmeziffern zu erklären. Die Stagnation der Aufnahmen in den Jahren 1939—1942 läßt ferner daran denken, daß während dieser Periode der natürliche Zugang gestaut worden ist, um nachher in einer überdurchschnittlich hohen Aufnahmeziffer nachgeholt zu werden. Was die Ursache der rückläufigen Tendenz in den ersten beiden Kriegsjahren bildet, läßt sich weder durch wirtschaftliche noch durch psychologische Überlegungen einigermaßen zuverlässig begründen.

Dagegen ergibt sich aus Tab. 2, daß von 1932—1939 auf Grund der Meßziffern die Aufnahmen nur um 12 Punkte gestiegen sind, d. h. um durchschnittlich 1,5 Punkte pro Jahr; die Zunahme von 1942—1946 beträgt aber 34 Punkte, überschreitet also die Kompensation der vorangegangenen Stillstandsperiode von zwei Jahren, gleichzeitig auch den vermehrten Anfall durch die Bevölkerungszunahme ganz erheblich. Immerhin gilt diese Überlegung nur für die Gesamtbewegung; bei einzelnen Krankheitsformen wird von neuem geprüft werden müssen, ob nicht ein Nachholephänomen vorliegen könnte.

Für die Gesamtbewegung kann aber eindeutig festgestellt werden, daß die von 1942/1943 an vorhandene Steigerung der Aufnahmeziffer aus dem Rahmen der friedensmäßigen Progredienz weit herausfällt und deshalb als kriegsbedingt in weitestem Sinne aufgefaßt werden muß. Welches diese kriegsbedingten Faktoren gewesen sein mögen, kann nur beim Studium des Verhaltens der einzelnen Krankheitsgruppen vermutungsweise geklärt werden.

Immerhin gibt es *eine* Ursachengruppe, die generelle Bedeutung besitzt und geeignet war, eine Aufnahmesteigerung in sämtlichen Kategorien der seelischen Störungen zu bewirken. Es sind dies die wirtschaftlichen Verhältnisse und insbesondere die Beschäftigungskonjunktur in der zweiten Kriegshälfte.

Infolge der Vollbeschäftigung, der Dienstersatzordnung und aus anderen Gründen war bei gleichzeitiger Rationierung der wichtigsten Lebensgüter relativ viel flüssiges Geld, namentlich auch in Arbeitnehmerkreisen, vorhanden, so daß finanzielle

Rücksichten weniger als unter normalen Verhältnissen einer Anstaltsinternierung entgegenstanden. Andererseits bot die relativ gute Ernährung in den Anstalten angesichts der schwierigen Ernährungslage in manchen privaten Familien einen weiteren Anreiz, einen seelisch Kranken hospitalisieren zu lassen. Schließlich nahm durch die Vollbeschäftigung die Toleranz der Bevölkerung dem Geisteskranken gegenüber noch mehr ab, indem sämtliche Familienglieder im Arbeitsprozeß eingesetzt waren und weniger Kräfte zur Pflege (etwa von Alterskranken, Idioten und Imbezillen, schizophrenen Defektzuständen usw.) zur Verfügung standen; die Vollbeschäftigung wirkte sich dann allerdings auch günstig auf die Entlassungen aus, indem bei dem Mangel an Arbeitskräften psychisch nicht vollwertige Personen sehr viel leichter als in Zeiten eines normalen oder verminderten Beschäftigungsgrades in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden konnten.

Selbstverständlich besitzen diese Ursachen in der Krankenbewegung während der Kriegszeit nicht für alle Gruppen die gleiche Bedeutung; für einzelne von ihnen darf vermutet werden, daß noch andere Faktoren von Bedeutung gewesen sind. Es soll deshalb zunächst das *Verhalten der einzelnen Kategorien seelischer Kranker untersucht werden*.

2. Oligophrenien.

Die Gesamtzunahme der Aufnahmen hält sich deutlich im Rahmen der allgemeinen Krankenbewegung. Besonders auffällig ist aber gerade hier das Absinken der Meßziffern in den Jahren 1940 und 1941. Die darauf folgende Zunahme mag dann bis zu einem gewissen Grade eine Kompensation für diesen Rückgang darstellen. Darüber hinaus dürften aber gerade die erwähnten wirtschaftlichen und sozialen Umstände in der Kategorie der *schweren* Oligophrenieformen, der *Imbezillen* und *Idioten*, eine erhebliche Rolle gespielt haben. Ein hochgradig Schwachsinniger, der seiner Hilflosigkeit, seiner Impulshandlungen und oft auch seiner

Tabelle 4.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	214	200	184	182	235	266	277	315	295
Frauen	204	218	153	214	224	222	250	223	263
Total.	418	418	337	396	459	488	527	538	558
Meßziffern	100	100	81	95	110	117	126	129	134

Unreinlichkeit wegen dauernder Überwachung bedarf, kann nur dann in der Familie oder an einem Pflegeplatz gehalten werden, wenn jemand Zeit hat, sich seiner anzunehmen. Wird diese Möglichkeit eingeschränkt oder fällt sie weg, so bleibt nur die Hospitalisierung übrig. Für die *leichten Schwachsinnformen* aber ist ein weiterer Faktor in Betracht zu ziehen: Das Inkrafttreten des neuen Schweizerischen Strafgesetzbuches im Jahre 1942. Es hat zu einer beträchtlichen Zunahme von Einweisungen zur psychiatrischen Begutachtung geführt. In die Anstalt Münsingen beispielsweise wurden im Jahre 1940 41, im Jahre 1946 156 strafrechtliche Fälle überwiesen, was beinahe eine Vervierfachung bedeutet; diese Verhältniszahl dürfte auch für andere schweizerische Kliniken und Anstalten Gültigkeit haben. Nun ist aber der Anteil der leicht Oligophrenen (neben den Psychopathen),

wie WERNER gezeigt hat, an der psychisch abnormen Kriminalität sehr hoch. Durch die veränderte Begutachtungspraxis sind deshalb zweifellos von 1942 an beträchtlich mehr Schwachsinnige in den Anstalten aufgenommen worden als vorher.

3. Psychopathien

(konstitutionelle Störungen).

Hier ist die Zunahme sehr groß. Sie überschreitet bei weitem die Aufnahme-steigerung der allgemeinen Krankenbewegung. Zudem setzt sie schon in den beiden ersten Kriegsjahren in einem Ausmaß ein, das die gleichzeitige Abnahme der Oligophrenen überkompensiert. Bemerkenswert ist auch die sinkende Aufnahme-tendenz in den Jahren 1939 und 1946.

Tabelle 5.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	429	445	485	451	518	610	678	694	661
Frauen	271	204	246	278	298	354	398	377	339
Total.	700	649	731	729	816	964	1076	1071	1000
Meßziffern	108	100	113	112	125	149	166	165	154

Obwohl auch in dieser Gruppe der Einfluß der strafrechtlichen Begutachtungsfälle erheblich sein wird, kann er schon deshalb nicht ausschlaggebend sein, weil die Steigerung bereits vor 1942 einsetzte. Da der Stillstand in den ersten zwei Kriegsjahren hier fehlt, fällt auch der Faktor des Nachholens weg. Es muß somit vermutet werden, daß in erster Linie der seelische und wirtschaftliche Druck der Kriegszeit diese von Haus aus schlecht angepaßten, labilen, zum Teil von jeher asozialen Elemente derart beeinflußt hat, daß ihr Verhalten nicht mehr tragbar war und eine Internierung angeordnet werden mußte. Diese Vermutung wird bestärkt durch die Überlegung, daß die Konjunktur der zweiten Kriegshälfte gerade solchen Elementen die Einfügung in den Arbeitsprozeß erleichtert und der Hospitalisierung eher entgegengewirkt hätte. Man wird hier, abgesehen von den strafrechtlichen Fällen, doch eine direkte Einwirkung der psychologischen bzw. moralischen Umweltsituation annehmen müssen.

4. Neurosen und andere abnorme Reaktionen.

Wenn wir diese beiden Gruppen hier zusammenfassen, so geschieht es in der Erwägung, daß bei der mancherorts noch sehr unklaren diagnostischen Differenzierung in diesem Grenzgebiet die Statistik wohl überhaupt kein sehr zuverlässiges

Tabelle 6. Psychoneurosen.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	123	88	108	110	102	141	155	197	180
Frauen	107	106	76	113	93	147	133	143	167
Total.	230	194	184	223	195	288	288	340	347
Meßziffern	119	100	95	115	100	149	149	175	179

Bild vermitteln kann. Zudem ergibt sich aus beiden Tabellen, daß infolge der niedrigen absoluten Aufnahmezahlen das Kurvenbild unruhig wird und Zufallsschwankungen sich deutlicher abzeichnen als bei den übrigen Krankheitsgruppen. Eine Zunahme ist in beiden Gruppen sehr deutlich; bei den „anderen abnormen Reaktionen“ hält sich diese im Rahmen der Gesamtbewegung, Neurosen dagegen wurden beispielsweise im Jahre 1945 um 75% mehr aufgenommen als 1939.

Tabelle 7. *Andere abnorme Reaktionen.*

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	62	97	126	47	80	102	87	103	89
Frauen	74	52	69	66	85	79	89	96	134
Total.	136	149	195	113	165	181	176	199	223
Meßziffern	91	100	131	76	111	121	118	134	150

Für diese vermehrten Internierungen werden zum Teil ähnliche Gründe vorliegen, wie sie für die Psychopathien angeführt wurden. Im übrigen könnte nur — angesichts der in diesen Gruppen vorhandenen, differentialdiagnostisch vorhandenen Unklarheiten — eine schärfere Differenzierung der Fälle einigen Aufschluß geben. Es ist dabei nicht zu übersehen, daß auch die Angaben über den Einfluß des Kriegsgeschehens in den kriegführenden Ländern auf die psychogenen Erkrankungen äußerst widerspruchsvoll sind. In England konnte beispielsweise unter weit größerer psychischer Belastung bis 1942 keine Frequenzsteigerung von Neurosen festgestellt werden (LEWIS), während andererseits nach BONHOEFFER in Deutschland während des zweiten Weltkrieges die Fälle von Neurasthenie stark anschwellen. ANDERSON wiederum findet keinen prinzipiellen Unterschied zwischen den Neurosen der Vorkriegszeit und den Kriegsneurosen; unter den Einwirkungen von Kriegshandlungen entstehe nur dann eine Neurose, wenn sie in Latenz schon vorhanden war. Die deutschen Berichte über das Verhalten der Zivilbevölkerung bei Bombenangriffen (BERINGER u. a.) ergeben ebenfalls ein erstaunliches Fehlen von pathologischen psychoreaktiven und neurotischen Erscheinungen. Damit stimmen dann wieder die Angaben anderer Autoren (GRINKER und SPIEGEL, SIMARRO Y PUIG) nicht überein. Alle diese Fragen scheinen somit noch einer weiteren Klärung zu bedürfen.

5. Manisch-depressives Irresein.

Nach den bisherigen Auffassungen müßte diese Gruppe (als zu den endogenen Psychosen gehörig) durch äußere Faktoren und damit auch durch die Situation der Kriegszeit unbeeinflußt bleiben. Um so erstaunlicher ist der sofortige Anstieg mit Kriegsbeginn; er erreicht 1945 70%.

Tabelle 8.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	91	84	93	102	98	115	128	147	151
Frauen	161	152	185	173	181	188	245	254	246
Total.	252	236	278	275	279	303	373	401	397
Meßziffern	107	100	118	117	118	128	158	170	168

Klarer wird das Bild, wenn die beiden Kategorien „Depressionen“ und „Manie und Mischzustände“ unterschieden werden¹.

Tabelle 9. *Depressionen.*

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	41	34	39	44	36	34	54	71	54
Frauen	67	63	88	92	95	104	137	134	148
Total.	108	97	127	136	131	138	191	205	202
Meßziffern	111	100	131	141	135	142	197	208	205

Tabelle 10. *Manie und Mischzustände.*

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	25	32	28	33	27	32	35	26	43
Frauen	38	48	41	38	33	27	31	45	35
Total.	63	80	69	71	60	59	66	71	78
Meßziffern	79	100	86	89	75	74	82	89	97

Aus diesen beiden Tabellen geht eindeutig hervor, daß die Aufnahmesteigerung ganz zu Lasten der depressiven Erkrankungen geht; die Manien und Mischzustände stehen dagegen während der ganzen Kriegszeit unter der Quote von 1939. Dabei steigen bei den Depressionen die Aufnahmeziffern für Frauen stärker an — sie sind auch in der absoluten Aufnahmezahl den Männern erheblich überlegen —, so daß sie sich 1946 bedeutend mehr als verdoppelt haben. Der Anstieg beginnt schon 1940 und erfolgt ziemlich gleichmäßig. Bei den Manien und Mischzuständen verhalten sich beide Geschlechter ungefähr gleich.

Diese verblüffende Erscheinung steht im Widerspruch zu einem schicksalsmäßigen Verlauf der endogenen Schwermut. Sie führt im Gegenteil zu der Annahme, daß der seelische und wirtschaftliche Druck während der Kriegszeit, die Furcht, doch noch in Kriegshandlungen verwickelt zu werden, der Eindruck der Geschehnisse im Ausland zu einer gegenüber der Friedenszeit verdoppelten Anfälligkeit für depressive Erkrankungen geführt habe. Diese Annahme ist wahrscheinlich — abgesehen von einem später noch zu besprechenden konkomitierenden Faktor — richtig. Sie besagt aber zunächst noch nicht, daß unsere Auffassung von der Entstehung des endogenen depressiven Schubes revidiert werden müßte; vielmehr liegt die Vermutung sehr nahe, es seien in dieser Kategorie eine große Zahl reaktiver Depressionen mitgezählt worden; in einer kleineren Zahl von Fällen dürfte aber auch bei entsprechender Veranlagung ein endogener Schub psychotraumatisch in Gang gebracht worden sein. Schließlich ist zu erwägen, ob nicht die veränderte Stoffwechsellage während der Kriegszeit (Umstellung auf Kohlenhydrate, Eiweiß- und Fettmangel) eine somatische Grundlage für melancholische Erkrankungen gebildet hat.

Als Letztes stellt sich die Frage, ob nicht auch therapeutische Gründe die gesteigerte Hospitalisierung depressiver Erkrankungen während der Kriegszeit bedingt haben könnte. Das Jahr 1940 stellt den Zeitpunkt dar, in dem sich in der

¹ Da nur in etwa zwei Dritteln aller Jahresberichte die beiden Untergruppen getrennt aufgeführt sind, bleiben die Summen der folgenden Tabellen unter den absoluten Zahlen in der Gesamtaufstellung für das manisch-depressive Irresein.

gesamten Schweiz die Krampfbehandlung der endogenen Depressionen, namentlich in der Form des neueingeführten Elektroschocks, durchgesetzt hat. Damit kam zweifellos ein neues Moment in die Einweisungspraxis solcher Fälle. Der Depressive wurde nun zunehmend nicht mehr nur dann interniert, wenn es sich um ein sehr schweres, insbesondere ängstlich erregtes Zustandsbild handelte oder die Suizidgefahr im Vordergrund stand, sondern zu therapeutischen Zwecken auch bei beginnenden und leichten Erkrankungen. Hier würde es sich somit um einen die Anstaltsaufnahme depressiver Erkrankungen fördernden Faktor handeln, der sich unabhängig von der Kriegssituation auswirkt.

Da sich in der gesamtschweizerischen Statistik eine einigermaßen zuverlässige Trennung von reaktiven und endogenen Schwermutzzuständen nicht durchführen läßt, haben wir zur Weiterverfolgung aller dieser Fragen die eine solche Differenzierung ermöglichenden Zahlen der drei bernischen Heil- und Pflegeanstalten Waldau, Bellelay und Münsingen gesondert bearbeitet; gleichzeitig konnte damit auch die Aufnahmebewegung der depressiven Erkrankungen bis zum Jahre 1949 weiter verfolgt werden (Abb. 1).

Mit dem Vorbehalt der relativ kleinen absoluten Zahlen und der immer noch möglichen differentialdiagnostischen Ungleichheiten bestätigen diese Kurven zunächst wiederum die außerordentlich starke Zunahme der Aufnahmen während der Kriegszeit mit einem Gipfelpunkt im Jahre 1945. Bemerkenswert ist aber, daß diese Zunahme gleichermaßen die reaktiven wie die nichtreaktiven Depressionen betrifft, wobei allerdings die endogenen Fälle kontinuierlich höher ansteigen, während bei den reaktiven Depressionen in den ersten vier Kriegsjahren das Niveau wohl deutlich erhöht ist, eine steile Zacke sich aber nur für 1945 ausbildet. In den Jahren 1946, namentlich aber 1947, bei den endogenen Depressionen auch noch 1948, findet dann ein sehr starker Absturz statt, worauf wieder ein Anstieg erfolgt, der bei den reaktiven Depressionen schon 1948, bei den nichtreaktiven Fällen dagegen erst 1949 eintritt.

Der Abfall der Kurven in der Nachkriegszeit läßt zunächst den erwähnten therapeutischen Faktor als zwar nicht bedeutungslos, aber doch als von unwesentlicher Bedeutung für die Zunahme während der Kriegszeit erscheinen; die Schockbehandlung der endogenen Depression ist nach dem Kriege nicht etwa seltener oder unpopulär geworden, sondern wurde in unvermindertem Maße fortgesetzt. Dieser Abfall zeigt somit deutlich, daß die vorherige Zunahme eine Kriegerscheinung bedeutete. Sofern die Zahlen der drei bernischen Anstalten auch nur einigermaßen als repräsentativ betrachtet werden dürfen, ergibt sich aber weiter, daß diese Zunahme keineswegs überwiegend zu Lasten der reaktiven Erkrankungen ging, sondern ganz eindeutig auch die sogenannten endogenen Depressionen betraf. Damit

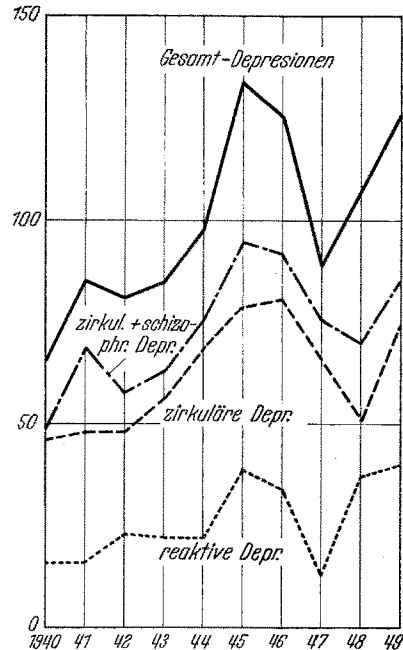


Abb. 1. Verlauf der Depressionen in den Heilanstalten des Kantons Bern (Schweiz).

ist das Wesen der endogenen Schwermutzzustände neuerdings zur Diskussion gestellt. Eine gewisse Bestätigung dieser Auffassung findet sich auch im erneuten Anstieg der Kurve 1947 bzw. 1948; er kann in Analogie zum Kurvenverlauf während der Kriegszeit wohl nur mit der neuerdings bedrohlich gewordenen Weltlage erklärt werden.

Daß die Aufnahmen von Manien und Mischzuständen nicht angestiegen sind, ist ohne weiteres verständlich; ob es überhaupt reaktive Manien gibt, ist fraglich und zudem waren die Zeitumstände nicht dazu angetan, ihre Auslösung zu fördern. Im Gegensatz zu den depressiven Phasen bleiben die manischen Schübe der somatischen Behandlung gegenüber zu einem großen Teil refraktär, so daß auch keine therapeutischen Gründe für vermehrte Anstaltseinweisungen bestanden. Auf dem Höhepunkt einer Manie bleibt die Internierungsnotwendigkeit in Friedens- und Kriegszeiten die nämliche, während bei den depressiven Erkrankungen aus den eingangs erwähnten Gründen — wirtschaftlicher Druck, Vollbeschäftigung — die Pflege in häuslichen Verhältnissen eher noch in Friedenszeiten durchgeführt werden kann.

6. Schizophrenie.

Diese Kurve entspricht den Erwartungen, wobei die großen absoluten Zahlen (diese Gruppe beansprucht etwa ein Drittel aller Aufnahmen) ihre Zuverlässigkeit erhöht. Die Aufnahmen von Schizophrenen bleiben während der ganzen Kriegszeit stationär, und es fehlt sogar bis 1945 die normale Aufwärtsbewegung. Wenn dann 1945 und 1946 ein Anstieg erfolgt, so bleiben diese Meßziffern gegenüber 1939 immer noch sehr stark unter denjenigen der Gesamtbewegung; hier könnte es sich nun

Tabelle 11.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	959	987	890	947	857	920	976	1060	1141
Frauen	1359	1402	1325	1320	1310	1366	1315	1488	1628
Total.	2318	2389	2215	2267	2167	2286	2291	2548	2769
Meßziffern	97	100	93	95	91	96	96	107	116

um ein Nachholen der in den vorangegangenen Jahren fehlenden langsamen Zunahme handeln; zudem war der Faktor der Vollbeschäftigung in den beiden letzten Jahren der erfaßten Zeitperiode besonders ausgeprägt, obwohl er sich gleichzeitig gerade für die Schizophrenen auch dahin auswirkte, daß leicht defekte Fälle eher noch Beschäftigung finden konnten und damit besser toleriert wurden als in Zeiten ungünstiger Konjunktur.

Mit großer Wahrscheinlichkeit ergibt sich somit, daß der Anteil der Schizophrenen an den Anstaltsaufnahmen durch die Kriegszeit *nicht* beeinflusst wurde. Es resultiert daraus gegenüber den andern, fast durchweg stark ansteigenden Gruppen eine Verminderung ihrer Quote an den Anstaltsaufnahmen überhaupt. Ähnlich wie bei den Manien zeigt die Untersuchung somit eine Bestätigung der Annahme, Ausbruch und Verlauf der Schizophrenie werde durch die äußeren Verhältnisse nicht beeinflusst. Die Schizophrenie nimmt ihren gesetzmäßigen Verlauf, unabhängig von exogenen Faktoren.

7. Organische Psychosen.

Diese Gruppe macht wiederum die Stagnation zu Beginn des Krieges mit, und zwar einschließlich des Jahres 1943, um nachher deutlich anzusteigen, ohne allerdings im letzten Jahr die Meßziffer der Gesamtbewegung oder gar diejenige der

Psychopathien, der psychogenen Störungen und der Depressionen zu erreichen. Mit Rücksicht auf die allgemeinen Bedingungen während der Kriegszeit, die zu vermehrter Anstaltseinweisung geführt haben, mit Rücksicht aber auch darauf, daß das Hauptkontingent dieser Gruppe die Alterserkrankungen bilden, bei denen infolge Überalterung der Bevölkerung ohnedies im letzten Jahrzehnt gegenüber den andern Gruppen ein ganz erhebliches Anschwellen vorhanden ist, hält sich die

Tabelle 12.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	529	556	523	513	523	527	576	592	650
Frauen	413	467	395	410	471	547	548	568	603
Total.	942	1023	918	923	994	1074	1124	1160	1253
Meßziffern	92	100	90	90	97	105	110	113	122

Zunahme in einem auffällig mäßigen Rahmen. Es könnte dies, da durch Intoxikationen bedingte Psychosen hier nicht mitgezählt sind, lediglich damit erklärt werden, daß andere organische Erkrankungen, wie z. B.luetische, in der gleichen Zeitperiode zurückgegangen sind. Nun haben sich in der Tat die Aufnahmen von progressiver Paralyse seit der Jahrhundertwende stark vermindert; es ist jedoch unwahrscheinlich, daß dieser Rückgang gerade in den Kriegsjahren so ausgeprägt gewesen ist, daß er den erhöhten Anfall an Alterspsychosen hätte kompensieren können.

8. Epilepsie.

Bei dieser kleinen Gruppe sind wiederum Zufallsschwankungen zu beachten. Im übrigen macht die Epilepsie die allgemeine Aufwärtsbewegung mit, ohne daß dafür andere als kriegsbedingte wirtschaftliche Momente herangezogen zu werden brauchen.

Tabelle 13.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	101	124	135	138	114	153	126	144	144
Frauen	59	81	105	98	107	102	98	120	140
Total.	160	205	240	236	221	255	224	261	284
Meßziffern	78	100	117	115	108	124	109	127	139

9. Alkoholismus.

Tabelle 14.

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	477	496	435	358	347	406	483	422	456
Frauen	74	71	73	59	63	83	71	68	67
Total.	551	567	508	417	410	489	554	490	523
Meßziffern	97	100	90	74	72	86	98	86	92

Hier sei lediglich auf die schon durch andere Arbeiten bekannte Abnahme der Alkoholikereinweisungen während der Kriegszeit, besonders auf die Zusammenstellungen von CORAY, verwiesen. Ihre Gründe — Verteuerung der Lebenshaltungskosten, vermehrter Rohkonsum brennbarer Früchte, gesteigerte Verwendung des Alkohols in der Industrie, verminderte Einfuhr usw. — sind bekannt, ebenso die Ursachen der sofort nach dem Krieg mächtig einsetzenden Welle gesteigerten Alkoholkonsums. Anzuführen wäre noch, daß während des Krieges eine nicht unbedeutende Zahl von alkoholisch gefährdeten oder trunksüchtigen Persönlichkeiten durch Militärdienst und Einreihung in die Arbeitskompagnien diszipliniert und damit von der Gefahrenzone einigermaßen ferngehalten werden konnten.

10. Toxikomanien und andere Intoxikationen.

Tabelle 15. *Toxikomanien.*

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer	13	13	11	14	8	18	18	10	17
Frauen	6	15	7	5	7	14	16	21	17
Total.	19	28	18	19	15	32	34	31	34
Meßziffern	68	100	64	68	54	114	121	111	121

Tabelle 16. *Andere Intoxikationen.*

	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Männer.	15	24	19	8	18	32	27	23	40
Frauen	22	29	24	19	30	24	31	26	44
Total.	37	53	43	27	48	56	58	49	84
Meßziffern	70	100	81	51	91	106	110	94	162

In beiden Kategorien sind die absoluten Zahlen zu klein und akzidentelle Schwankungen zu ausgeprägt, um zuverlässige Resultate zu liefern. Immerhin folgt die Kurve der Toxikomanien bis zu einem gewissen Grade derjenigen des Alkoholismus, indem sie in den ersten drei Kriegsjahren einen jene noch übersteigenden Rückgang aufweist, gefolgt allerdings von einer über den Ausgangswert hinausgehenden Steigerung in der zweiten Hälfte der erfaßten Periode.

Zusammenfassung.

1. Die Zusammenstellung der Aufnahmeziffern von 22 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten aus den Jahren 1938—1946 ergibt von 1942, bzw. 1943 an eine Zunahme der Internierungen, die den Rahmen der friedensmäßigen Progredienz der Anstaltsaufnahmen erheblich überschreitet und sich weder durch die Bevölkerungszunahme noch die Nachholeerscheinung der in den ersten 2 Kriegsjahren leicht gesunkenen Aufnahmequote allein erklären läßt.

2. Die stärkste Zunahme weist die Hospitalisierung bei depressiven Erkrankungen, Psychopathien, Neurosen und anderen psychogenen Reaktionen auf. Bei Oligophrenen und Epileptikern hält sie sich in mäßigen Grenzen. Die Aufnahmen an organischen Psychosen liegen im Rahmen der friedensmäßigen Progredienz, während manisch-depressive Mischzustände, Alkoholiker und namentlich Schizophrene eine stagnierende Tendenz aufweisen; die beiden letzten Gruppen zeigen infolgedessen eine sehr starke Verminderung ihres prozentualen Anteils an den Gesamtaufnahmen.

3. Als umweltsbedingte Ursachen nicht einer gesteigerten Morbidität, wohl aber einer vermehrten Hospitalisierung kommen die veränderten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der Kriegszeit in Betracht (Vollbeschäftigung, flüssige Geldmittel, Ernährungslage in der Anstalt und in der Privatfamilie, verminderte Toleranz der Bevölkerung). Für einzelne Gruppen (Oligophrene, Psychopathen) dürften auch die Zunahme der forensischen Begutachtungen auf Grund des 1942 in Kraft getretenen neuen schweizerischen Strafgesetzbuches eine Rolle spielen; die Abnahme der Alkoholikeraufnahmen dagegen hängt mit der Verteuerung des Alkohols, seiner gesteigerten Verwendung in der Industrie, der verminderten Einfuhr u. a. m. zusammen.

4. Unbeeinflußt durch die Umweltfaktoren erweisen sich, wie der Erwartung entspricht, die Schizophrenie, die Manie und die manisch-depressiven Mischformen. Auffällig ist dagegen die außerordentlich starke Zunahme der depressiven Erkrankungen, wobei die endogenen Störungen kurvenmäßig den gleichen Verlauf (Anstieg in den Kriegsjahren, Absinken in den ersten Nachkriegsjahren) mitmachen wie die reaktiven Depressionen. Neben psychischen Einflüssen, die über die bereits erwähnten Faktoren hinaus zu einer Zunahme der Hospitalisierungen geführt haben können, ist auch an die veränderte Ernährungsstoffwechsellage zu denken.

Mit Wahrscheinlichkeit ist ferner für die Zunahme der Eintritte von Psychopathen und psychogenen Erkrankungen neben den sozialen und forensischen Faktoren ein Einfluß der psychischen Drucksituation, bzw. eine mangelnde Anpassungsfähigkeit an die veränderten Verhältnisse, anzunehmen.

Literatur.

JAHRESBERICHTE 1938—1946 der Schweizerischen Heilanstalten Bel-Air, Bellelay, Breitenau, Burghölzli, Cery, Anstalt für Epileptische (Beobachtungsstation), Friedmatt, Hasenbühl, Herisau, Königsfelden, Malévoz, Marsens, Münsingen, Münsterlingen, Perreux, Préfargier, Realta, Rheinau, Rosegg, St. Urban, Waldau, Waldhaus Chur. — STATISTISCHE JAHRBÜCHER der Schweiz 1898—1948. ANDERSON, R. C.: *Occupational Medicine* 1, 121 (1946). — BERINGER, K.: Festschrift K. Schneider. Heidelberg 1947. — BIRNBAUM, K.: Sammelber. Zbl. Neur.

11, 321 (1915); **12**, 1, 317 (1916); **13**, 457 (1917); **14**, 193, 313 (1917). — BLEULER, M.: 69. J. d. Zch. Hilfsvereins f. Geisteskr., 10 (1944). — BONHOEFFER, K.: Nervenarzt **18**, 1 (1947). — CORAY, G.: Praxis **39**, 1052 (1950). — FERVERS, C.: Münch. med. Wschr. **86**, 1451 (1939). — GESER, W.: 12. Beiheft zur Alkoholfrage i. d. Schweiz. Basel: B. Schwabe 1944. — GRINKER u. SPIEGEL, zit. nach ANDERSON, a.a.O. — KEHRER, F., aus: BUMKE, Hdb. d. Geisteskrkh., Bd. 1, S. 318. Berlin: Springer 1932. — LANGE, J.: Allg. Psychiatrie, S. 185. Leipzig 1927. — LEWIS, A.: Lancet **243**, 175 (1942). — MAYER, W., aus: BUMKE, Hdb. d. Geisteskrkh., Bd. 9, S. 112. Berlin: Springer 1932. — ODLUM, D. M.: Z. Kinderpsychiatrie **13**, 173 (1947). — PFISTER, H. O.: Z. Neur. **142**, 223 (1932). — SCHNEIDER, H.: J. Ber. d. Bern. Hilfsgesellsch., S. 3 (1944). — SIMARRO Y PUIG, J., zit. nach Zbl. Neur. **101**, 454 (1942). — STEIGER V. J.: 8. Beiheft zur Alkoholfrage i. d. Schweiz. Basel: B. Schwabe 1942. — 3. Beiheft zur Alkoholfrage i. d. Schweiz. S. 218. Basel: B. Schwabe 1939. — WERNER, A.: Mschr. Psychiatr. **110**, 1 (1945). — WINDMAN, A. J.: Diss. Bern 1949.

Dr. PETER DUBS, Münsingen/Schweiz, Heil- und Pflegeanstalt.