

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik, Burghölzli, Zürich
(Direktor: Prof. M. BLEULER)

Beitrag zur Kenntnis der sogenannten schizophrenen Reaktion

Familienbild und Katamnesen

Von

K. ROHR

(Eingegangen am 7. Dezember 1960)

Einleitung

Immer wieder begegnet der klinische Psychiater einem Sachverhalt, der ihn erschüttert und zum Nachdenken aufruft: Beim Gros der schizophrenen Erkrankungen findet er keine unmittelbaren und zum vornherein überzeugenden Zusammenhänge zwischen menschlichem Leid und Austreten aus den normalen Lebensformen und Lebensstrebungen. Dementsprechend ist ihm die Vorstellung des „Endogenen“ von der Psychiatrie der Jahrhundertwende mitgegeben worden. Nicht sehr häufig, aber doch hin und wieder, stößt er dann auf Psychotische mit schizophrenem Zustandsbild, die im Gegensatz zu den meisten anderen Schizophrenen, im Zusammenhang mit schweren Schicksalsschlägen kurzdauernd erkrankt sind, und bei denen er, wenn er sich in sie hinein fühlt, den psychischen Zusammenbruch als Auseinandersetzung mit dem Schicksalsschlag empfinden möchte.

Wie soll er diese Erkrankungen deuten? Handelt es sich um etwas von der echten Schizophrenie Wesensverschiedenes mit nur äußerlicher Symptomähnlichkeit? Oder weisen Symptomähnlichkeit oder Symptomentgleichheit auf Wesensgleichheit mit eigentlichen Schizophrenien, mit andern Worten: zeigen sich bei diesen Psychosen, wie bei einem Modell, Zusammenhänge zwischen emotionalem Leben und Erkrankung, wie wir sie viel versteckter auch bei den echten Schizophrenien finden könnten?

Die Deutung und diagnostische Einordnung dieser Psychosen ist umstritten. In der älteren Literatur wurden sie von BIRNBAUM als „psychogene Pseudoheboidezustände“ und von BORNSTEIN als „Schizothymia reactiva“ den echten Schizophrenien gegenübergestellt. POPPER und KAHN versuchten, durch die Einführung der Begriffe der „schizophrenen Reaktion“ und des „schizophrenen Reaktionstypus“ die Brücke zwischen reaktiver Psychose und endogener Schizophrenie zu schlagen. Für POPPER ist der schizophrene Reaktionstypus „eine spezifische Reaktionsweise,

deren Symptomatologie den Verlaufsbildern echter Schizophrenie weitgehend oder vorläufig nicht unterscheidbar ähnelt, ohne daß die betreffenden Individuen latent schizophren wären oder eine Weiterentwicklung in schizophrener Richtung erkennen lassen“. Nach KAHN sind die Manifestationen des schizophrenen Reaktionstyps charakterisiert „durch ihre schizophrene Symptomatik und weiterhin dadurch, daß sie weder bei schizophrenen Prozeßpsychosen noch bei anderen Psychosen als aktive, in dem zerstörenden Prozeß mitwirkende Bestandteile auftreten, sondern einen Verlauf nehmen, der die betroffene Persönlichkeit in ihrer Ganzheit ebensowenig alteriert oder schädigt, wie die rein psychogene Störung“. Während also POPPER den Begriff der schizophrenen Reaktion nur auf Erkrankungen bei nicht schizophrenen Menschen angewendet wissen will, umfaßt er bei KAHN schizophrene Zustände bei Gesunden wie reaktiv ausgelöste vorübergehende Exacerbationen von latenten oder manifesten Schizophrenien. E. BLEULER engte die Auffassung dahin ein, daß er das Vorliegen einer latenten oder manifesten Schizophrenie als Vorbedingung für das Zustandekommen der schizophrenen Reaktion betrachtete.

SCHNEIDER lehnt die Verquickung der Begriffe Schizophrenie und Reaktion ab: Die Schizophrenie einerseits, eine endogen prozeßhafte Krankheit, und die Reaktion andererseits, im Sinne der Jasperschen Definition ein einfühlbares und in bezug auf Ausmaß, Art und Dauer direkt vom auslösenden Ereignis abhängiges Geschehen, laufen seines Erachtens auf zwei verschiedenen, nicht miteinander vergleichbaren Ebenen ab. Die auf Grund von Affekten verständlichen Psychosen unterscheiden sich von den echten Wahnpsychosen. So sind mit SCHNEIDER eine ganze Reihe von Autoren (FAERGEMANN; FINKELSTEIN; KANT LANGFELDT) der Ansicht, daß eine eingehende psychopathologische Bewertung der Symptome die Differentialdiagnose zwischen echten Schizophrenien und psychogen ausgelösten benignen schizophreniformen Zuständen prinzipiell erlaube.

Von einem weiter gefaßten Schizophreniebegriff ausgehend widersprechen andere Forscher (M. BLEULER; HOLMBOE u. ASTRUP; KRETSCHMER; OLES; SEREISKJ; SPEER; STAEHELIN; WELNER u. STRÖMGREN) dieser Auffassung und betonen, daß sich diese Psychosen symptomatologisch nicht von akuten schizophrenen Zuständen unterscheiden lassen.

Warum aber, so fragt WYRSCH, brauchen wir dann den Begriff der schizophrenen Reaktion? Da sich diese Fälle symptomatologisch nicht von anderen schizophrenen Zuständen unterscheiden, die oft auch an verborgene oder offene seelische Konflikte anzuschließen pflegen, bleiben nur die kurze Dauer und der günstige Ausgang, was sie unterscheidet. Da widerspräche es nun, so meint WYRSCH, aller Erfahrung, wenn man einen

Zustand bloß dann als echt schizophren anerkennen wollte, wenn er lange währt und eine handgreifliche Schädigung zur Folge hat.

Trotz diesen theoretischen Einwänden möchten wir aus praktischen Gründen an der Verwendung des Begriffes der schizophrenen Reaktion festhalten und damit jene Fälle bezeichnen, *die in außergewöhnlich schwierigen Lebenslagen und nach schweren Schicksalsschlägen akut mit schizophrenen Symptomatik erkranken und nach Tagen bis Wochen ihr seelisches Gleichgewicht wiedergewinnen.*

In dieser Umschreibung deckt sich der Begriff der schizophrenen Reaktion mit den Emotionspsychosen von STAEHELIN; er umfaßt weiter viele Fälle von Erkrankungen, die unter verschiedenen Bezeichnungen in der Literatur beschrieben wurden, wie die psychogenen Störungen in sprachfremder Umgebung (ALLERS), den primitiven Beziehungswahn (KNIGGE), sensitive Wahnepisoden (KRETSCHMER), Psychoses réactionnelles (URECHIA), schizophreniforme Haftpsychosen, den Verfolgungswahn der Taubstummen, die von ROSENZWEIG geschilderten Zustände bei Entzug der Sinnesreize, jene Fälle von homosexueller Panik (KEMPF), die nicht im Rahmen einer beginnenden oder schon bestehenden Schizophrenie auftreten, und schließlich die pseudoschizophrenen Syndrome bei Soldaten, wie sie z. B. von PETRÒ u. LEONE dargestellt werden. Hierher gehören dann auch ein Teil der benignen schizophreniformen Psychosen, wie sie die skandinavischen Autoren beschreiben, die in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz ihrer Fälle deutliche psychologische und zeitliche Beziehungen zwischen psychischem Trauma oder Stress und Beginn der Psychose feststellen. (LANGFELDT; WELNER u. STRÖMGREN).

Der Begriff der schizophrenen Reaktion als von der echten Schizophrenie unterschiedene Krankheit muß vorläufig als Arbeitshypothese betrachtet werden. Die Frage Reaktion oder Schub, kausaler, auslösender oder nur zufälliger zeitlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung wird sich beim vielfältigen psychischen Wechselspiel von konstitutionell Vorgegebenem, lebensgeschichtlich Gewordenem und unmittelbar aus der Situation Bedingtem oft nur durch Vermuten, Erahnen und Einfühlen erschließen lassen und sich exaktem wissenschaftlichem Zugriff entziehen. Auch der Nachweis von inhaltlich verständlichen Zusammenhängen zwischen Erlebnis und Psychose, die teils offen, teils aber auch nur versteckt und überlagert von zusätzlichem lebensgeschichtlichem Material vorliegen, ist kein Beweis für eine ursächliche Verkettung, sondern höchstens ein Hinweis.

Bei der Abgrenzung „schizophrene Reaktion“ oder „schizophrener Schub“ spielt somit das subjektive Ermessen des Beobachters eine beträchtliche Rolle. Um so drängender und verlockender erschien deshalb

die Aufgabe, *an Hand von Familienbild und von Katamnesen Hinweise dafür zu suchen, ob eine solche Abgrenzung zu Recht besteht und welches die Beziehung der schizophrenen Reaktion zu den Schizophrenien sei*¹.

Auswahl des Untersuchungsgutes

Unser Untersuchungsgut setzt sich aus zwei Gruppen zusammen. Eine erste Gruppe umfaßt 29 ehemalige Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, Zürich, hospitalisiert in den Jahren 1949—1955. Wir sahen das gesamte Krankengut jener Jahre durch und griffen die Fälle heraus, bei denen unsere Kriterien für die Diagnose einer schizophrenen Reaktion erfüllt waren. Als solche Kriterien betrachten wir: Erkrankung in engem zeitlichem Zusammenhang mit schweren psychotraumatischen Situationen; schizophrene Symptomatik; Ausgang in Heilung nach Wochen oder Monaten. Die Häufigkeit der so umschriebenen Erkrankung ist selten: durchschnittlich 4—5 Fälle jährlich auf eine Gesamtaufnahmezahl der Klinik von 1000—1200, davon rund ein Drittel Schizophrene. Das entspricht den Erfahrungen von KRETSCHMER, der die Seltenheit schizophrener Reaktionen betont.

Die zweite Gruppe der Probanden ist nicht so einheitlich zusammengesetzt. Sie umfaßt zehn Patienten verschiedener psychiatrischer Kliniken (wir möchten an dieser Stelle Herrn Dr. K. ERNST, Herrn Prof. J. B. MANSER, Herrn Dr. P. MOHR und Herrn Dr. U. M. STRUB für ihre bereitwillige und tatkräftige Unterstützung unserer Arbeit herzlich danken) und fünf Patienten des Burghölzli aus den Jahren 1959 und 1960. Im Gegensatz zur ersten Gruppe, bei der wir von 29 Probanden langfristige Katamnesen erheben konnten, sind die Katamnesen dieser zweiten Gruppe meist kürzer, und in einigen Fällen war es uns überhaupt nicht möglich, spätere Kontakte mit den Probanden aufzunehmen.

Diese zweite Gruppe zogen wir deshalb vor allem zu bei der Darstellung des Familienbildes. Für die katamnesticchen Untersuchungen hat sie beschränkten Wert und wir erwähnen die betreffenden Ergebnisse nur dort, wo sie Ergänzungen anzudeuten scheinen.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung in den beiden Gruppen zeigen Tab. 1 und 2.

Tabelle 1. *Gruppe 1: Patienten mit langer Katamnese*

Alter	15—30	31—40	41—50	über 50
Frauen	3	5	4	—
Männer	7	8	1	1

Tabelle 2. *Gruppe 2: Patienten ohne lange Katamnese*

Alter	15—30	31—40	41—50	über 50
Frauen	5	4	—	—
Männer	4	2	—	—

¹ *Anmerkung der Schriftleitung.* Bei E. KRETSCHMER, *Der sensitive Beziehungswahn*, 3. Auflage, sind im 10. Kapitel die hier einschlägigen Fragestellungen eingehend entwickelt: „Fragt man bei einem Fall aus dem Paranoiagebiet: Ist dies eine psychisch reaktive Entwicklung oder beispielsweise ein schizophrener Prozeß? so hat man sich damit vielfach schon den richtigen Einblick verbaut . . . Man muß fragen: Wie groß ist an dieser Veränderung der persönlichen Haltung der Anteil endogener, wie groß der psychogener Faktoren? Und sodann: Welcher Anteil ist zu Beginn und jetzt und vielleicht später der gleitende, bewegte, dynamisch aktive? usw.“

Die präpsychotische Persönlichkeit

Die Darstellung der präpsychotischen Persönlichkeit unserer Probanden muß sich auf eine schematisierende summarische Gruppierung jener Gesichtspunkte beschränken, die sich aus den Krankengeschichten herauschälen lassen, da wir nur eine kleine Minderzahl von Patienten während ihres Klinikaufenthaltes selber untersuchen konnten. In diesem Sinne möchten wir unsere Feststellungen mit Reserve aufgenommen wissen, da eingehendere persönliche Untersuchungen die Zahlenverhältnisse möglicherweise noch etwas verschoben hätten.

Bei der Mehrzahl unserer 44 Probanden, d. h. bei annähernd zwei Drittel, lagen Charaktereigenschaften vor, die sich unter dem Begriff des „Schizoiden“ einordnen lassen, wie Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Neigung zum Intellektualisieren, Verschrobenheit, Gehemmtheiten, Scheu im Umgang mit anderen, „Nervosität“ Empfindlichkeit, Pedanterie.

Den Grad einer eigentlichen Psychopathie erreichen diese Eigenheiten nur bei zweien unserer Probanden, wobei wir die Grenze der Psychopathie dort ziehen, wo die Probanden durch die Persönlichkeitsstörung in ihrem Fortkommen gehindert und sich selbst oder der Umgebung zur Last werden.

Rund ein Viertel der Probanden werden als unauffällige Persönlichkeiten beschrieben.

Die restlichen Probanden sind anders auffällige Menschen, deren Eigenheiten nicht den Grad einer eigentlichen Psychopathie erreichen und die nicht unter den Oberbegriff des Schizoids fallen.

Zusammenfassend. Wie Schizophrenie sind auch unsere Kranken prämorbid häufiger schizoid als der Durchschnittsbevölkerung entspricht; sie erscheinen aber prämorbid seltener schwer psychopathisch als Schizophrenie.

Die psychotraumatische Situation

Am Anfang der Erkrankung unserer Probanden standen seelische Erschütterung durch äußere Ereignisse und schwere Erlebnisse. Ereignisse, die erst durch eine psychotische Bewußtseinsveränderung, eine Wahnstimmung, Bedeutung erlangten oder die durch die ausbrechende Psychose selbst herbeigeführt worden wären, anerkannten wir selbstverständlich nicht als psychotraumatische Erlebnisse.

Die Frage, warum das Trauma eine schizophrene Reaktion auslöste, läßt sich nicht aus der Art der Traumata beantworten. Form und Ausmaß der Reaktion hängen von der betroffenen Persönlichkeit ab, d. h. von ihrer Konstitution, ihrer seelischen Entwicklung und der gegenwärtigen inneren und äußeren Lebenssituation. Die Vielfalt der Erlebnisse, die die Erkrankung auslösten, ist denn auch nicht auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Immerhin ist hervorzuheben, daß nicht die physische Existenz in erster Linie bedroht ist, sondern es handelt sich um Schwierigkeiten, welche die affektiven Beziehungen, das Vertrauen in die Umwelt und die eigene Person erschüttern; unsere Kranken versagen, wenn das Schicksal eine innere Umstellung fordert, der sie nicht gewachsen sind, wenn ihnen allzuviel aufgebürdet oder ein notwendiger innerer Halt geraubt wird.

So erkrankten eine ganze Reihe von Probanden unter dem Druck finanzieller Sorgen und beruflicher Schwierigkeiten wie z. B. Stellenverlust, andere sahen sich herausgerissen aus ihrer gewohnten Umgebung, im Militärdienst Anforderungen und Verantwortungen gegenübergestellt, denen sie sich nicht gewachsen fühlten. Ein Proband, der erblindet in eine sprachfremde Umgebung versetzt wurde, geriet dort in einen akuten paranoiden Zustand, in welchem er seine Verfolger optisch und akustisch halluzinierte. Tod und Erkrankung von nahen Angehörigen zerrissen und bedrohten Bande, die den Probanden Geborgenheit bedeutet hatten. Andere konnten den Bruch einer affektiven Beziehung wie die Lösung eines Verhältnisses und tiefgehende Entzweiung mit Eltern, Kindern oder Ehepartnern nicht verarbeiten.

Oft war es nicht ein einzelnes wohlabgegrenztes Ereignis, das zur Erkrankung führte, sondern ein ganzes Bündel von gleichsinnig wirkenden Belastungen, wie in dem folgenden Beispiel:

Ein 23jähriger Bursche, der aus einem streng religiösen, etwas engen, ländlichen Milieu in die Stadt kam, wurde hier von einem aggressiven Mädchen zum Geschlechtsverkehr gebracht. Dadurch geriet er in einen Gewissenskonflikt, der durch die Vorwürfe seiner Angehörigen noch verstärkt wurde. Er bekam Angst, das Mädchen geschwängert zu haben. Als er wegen dieser Geschichte seine Stelle verlor und gleichzeitig seine Tante, die ihm in der Stadt den Kontakt mit der ländlichen Heimat und Geborgenheit bedeutet hatte, schwer erkrankte, geriet er in eine akute Verwirrung, irrte umher und wurde in erregtem affektiv nicht ansprechbaren Zustand zu uns gebracht. Rasche Besserung innert 4 Wochen, seither, d. h. seit 9 Jahren gesund und beruflich tüchtig.

Innerfamiliäre Konfliktsituationen bildeten in einer ganzen Reihe von Fällen den Ausgangspunkt der Erkrankung:

Eine 40jährige Frau lebte während Monaten in einer ängstlich besorgten Erregung, als ihre älteste 17jährige Tochter mit einem Freund von daheim ausriß, wieder zurückgebracht wurde, schwanger wurde, immer wieder gegen den Willen der Eltern auf der Heirat mit dem Freund bestand. Während dieser Konfliktsituation begann die Pat. plötzlich, an der Realität zu zweifeln, erwartete Krieg, äußerte religiöse Wahnideen, glaubte, ihr Mann sei tot, wurde zunehmend zerfahren und unruhig. In der Klinik innert einigen Tagen beruhigt und seither, d. h. seit 8 Jahren, wieder gesund und unauffällig.

Als letztes ein Beispiel, wo das Erlebnis des eigenen Versagens zur akuten Erkrankung führte:

Ein 33jähriger Bauernsohn war nach einer Angina an pektanginösen Beschwerden erkrankt. Aus dem Spital entlassen, nahm er gegen den Rat der Ärzte die Arbeit auf dem väterlichen Hof wieder auf und mußte dabei erleben, daß er den Anstrengungen körperlich nicht mehr gewachsen war und daß dadurch auch sein Lebensplan, den väterlichen Hof zu übernehmen, in Frage gestellt wurde. In dieser Lage trat nach kurzen Prodromi mit Lichthalluzinationen und Beziehungsideen ein ängstlich-wahnhafter Erregungszustand auf, in welchem er glaubte, sein Bruder, der nächste Anwärter auf den Hof, komme mit dem Messer auf ihn los. Auch in diesem Fall klang die wahnhafte Erregung in der Klinik innert 3 Wochen ab, um bei seiner Heimkehr noch einmal kurzdauernd aufzuflackern und erst endgültig zu verschwinden, als er sich an einem andern Ort eine neue Existenz aufbaute. Auch dieser Pat. ist jetzt seit Jahren gesund.

Außer der seelischen Prädisposition, auf psychische Traumata „schizophren“ zu reagieren, spielen aber vielleicht auch somatische Faktoren beim Zustandekommen solcher schizophrenieähnlicher Psychosen eine gewisse Rolle. Viele Autoren (BELLAK; KNIGGE; OLES; SEREISKJ; STAHELIN; WELNER u. STRÖMGREN) weisen darauf hin, daß Erschöpfung, vorangehende somatische Erkrankung, Schlafmangel, das Auftreten dieser schizophrenen Reaktionen begünstigen können.

Diese Angaben ließen sich in unserem Krankengut bestätigen. Elf von 44 Patienten waren zur Zeit der Erkrankung durch überstandene Operationen, Rekonvaleszenz, somatische Krankheiten, berufliche und körperliche Überanstrengung geschwächt. Die Vermutung liegt nahe, es handle sich hier nicht um ein zufälliges Zusammentreffen, sondern mit der körperlichen sei auch die seelische Widerstandskraft herabgesetzt gewesen, so daß das traumatische Erlebnis nicht mehr in adäquater, sondern eher in psychotischer Weise verarbeitet wurde.

Zwei Beispiele mögen dies illustrieren:

Eine 27jährige Probandin war erschöpft von der wochenlangen Pflege ihrer gelähmten Mutter, die einen Schlaganfall erlitten hatte, angeblich nach einer Aufregung, die die geplante Abreise der Probandin ihr bereitet hatte. Als die Mutter nun, für die Probandin unerwartet, starb, geriet diese in einen akuten psychotischen Zustand, mit Beziehungs- und Verfolgungsideen, Gedankendrängen, Halluzinationen und Wahrerlebnissen. In der Klinik klang der krankhafte Zustand innert einigen Wochen wieder ab.

Ein 32jähriger Proband, ein italienischer Fremdarbeiter, fühlte sich noch körperlich geschwächt von einer einige Zeit vorher durchgemachten Pneumonie, als er sich plötzlich einer ganzen Reihe von Schwierigkeiten gegenübergestellt sah: er sollte eine neue Wohnung suchen, seine Frau war wieder in Erwartung gekommen und schließlich war ihm noch in der eigenen Wohnung eine Geldsumme gestohlen worden. Daraufhin geriet er in einen ängstlichen, deprimierten Erregungszustand mit Verfolgungs- und Vergiftungsideen, der sich innert wenigen Tagen wieder normalisierte.

Symptomatologie und Verlauf der akuten psychotischen Phase

Dem traumatischen Ereignis folgte meist ein akuter Ausbruch der Psychose, der innert Stunden bis Tagen zum Höhepunkt der Erregung führte. Dieser Verlauf war auch in jenen Fällen zu beobachten, wo nicht ein zeitlich genau umschriebenes Ereignis, sondern eine sich über eine längere Zeitspanne erstreckende und sich zuspitzende Entwicklung das traumatische Moment bildet.

In vier Fällen wurde die eigentliche psychotische Phase durch ein Tage bis Wochen dauerndes Vorstadium eingeleitet, das vermehrte Ängstlichkeit, Schlafstörung, Unruhe und Rastlosigkeit charakterisierte.

Bei sieben Patienten entwickelte sich die Erkrankung subakut in einer sich über Tage bis Wochen zum Höhepunkt steigenden krankhaften Erregung.

Die Psychosen selber zeigten die ganze Mannigfaltigkeit akuter schizophrenen Zustände mit katatonen, hebephrenen und paranoiden Zügen. Oneiroide Bilder sahen wir dreimal. Nur bei vier Patienten war das Bild deutlich depressiv gefärbt.

Die Dauer der Hospitalisation betrug zwischen 5 Tagen und 8 Monaten. Elf Patienten konnten innerhalb von 2 Wochen, 22 innerhalb von 6 Wochen und zehn innerhalb von 14 Wochen entlassen werden. Der achtmonatige Aufenthalt eines Patienten war weniger durch seine psychotische Erkrankung als durch äußere Gründe bestimmt; es handelt sich um den erblindeten Patienten, dessen paranoide Entwicklung innert einigen Wochen abklang, der aber in der Klinik blieb, bis er in einem Blindenheim Platz finden konnte.

Tab. 3 gibt eine Übersicht über die Hospitalisierungsdauer:

Tabelle 3

Hospitalisierungsdauer	0—2 Wochen	2—6 Wochen	6—14 Wochen	über 3½ Monate
Frauen	6	12	4	—
Männer	5	10	6	1

Außer psychotherapeutischer Betreuung und eventuell notwendiger sedativer Medikation wurden in vier Fällen Elektroschocks, in zehn Fällen Insulinkuren und in elf Fällen Behandlungen mit Neuroplegicis durchgeführt. Fünf der Insulinkuren wurden vorzeitig abgebrochen wegen des Widerstandes der Patienten oder wegen inzwischen eingetretener Heilung.

Die akuten psychotischen Zustände unserer Patienten unterscheiden sich erscheinungsbildlich und im Querschnitt nicht von akuten schizophrenen Erkrankungen, die in Entwicklung, Symptomatologie, Dauer und therapeutischer Ansprechbarkeit dasselbe reichhaltige Bild bieten. Was sie aber von diesen abhebt, sind bloß die Zusammenhänge mit den äußeren traumatischen auslösenden Ereignissen und der kurze Verlauf der — definitionsgemäß — in Heilung endigt.

Das Familienbild

Von den 44 Patienten konnten wir über 86 Eltern Angaben bekommen. 84 davon waren zur Zeit der Erfassung älter als 40 Jahre, zwei Väter waren zwischen dem 30. und 40. Altersjahr verstorben. Die Bezugsziffer (in der üblichen Art errechnet) beträgt somit 85.

Unter diesen 86 Eltern fanden sich drei manifest Schizophrene: Eine Mutter war als junges Mädchen an einer wellenförmig verlaufenden Schizophrenie erkrankt, die nun in eine seit Jahren mehr oder weniger stabile Residualheilung übergegangen ist. Eine Mutter erkrankte mit 37 Jahren nach einem Stellenverlust ihres Mannes an einer Schizophrenie, die schubweise verlief und in einen schweren Defektzustand mit

dauernder Anstaltsbedürftigkeit ausmündete. Eine weitere Mutter erkrankte mit 52 Jahren nach dem Tod ihres Mannes an einer katatonen Schizophrenie, die 6 Jahre später zum Tode führte.

Außerdem fanden sich: Zwei fragliche Schizophrenien, eine Involutionspsychose depressiven Gepräges, eine arteriosklerotische Depression, eine rezidivierende Depression im Rahmen des manisch-depressiven

Tabelle 4

Eltern			Fälle von					
Alter	Geschlecht	alle Probanden Eltern	Schizophrenie	fragl. Schizophrenie	Depr. MDK	Invol. Psych.	Alkoholismus	Suicid
30—40	m	1	—	—	—	—	—	—
	w	1	—	—	—	—	—	—
41—50	m	1	—	—	—	—	1	1
	w	7	—	—	—	—	—	—
51—60	m	3	—	1	—	—	2	1
	w	20	2	1	—	1	—	—
61—70	m	20	—	—	—	1	1	—
	w	11	—	—	—	—	—	—
71—	m	13	—	—	—	—	1	—
	w	9	1	—	1	—	—	—

Tabelle 5

Geschwister			Fälle von				
Alter	Geschlecht	alle Probanden Geschwister	Schizophrenie	fragliche Schizophrenie	Depressionen	Suicid	andere Störungen
0—5	m	4	—	—	—	—	—
	w	—	—	—	—	—	—
5—15	m	1	—	—	—	—	—
	w	—	—	—	—	—	—
16—30	m	24	—	—	—	—	1 ¹
	w	29	2	—	—	1	—
31—40	m	17	1	—	—	—	1 ²
	w	11	1	—	—	—	1 ³
41—50	m	15	—	—	—	—	—
	w	23	1	—	—	—	—
51—	m	3	—	—	—	—	—
	w	9	—	—	—	—	—

¹ Kurzdauerndes auffälliges religiös schwärmerisches Benehmen. — ² Little'sche Erkrankung. — ³ Kongenitale Oligophrenie und Entwicklungsstörung.

Krankseins, ein Suicid unabgeklärter Genese und fünf Alkoholiker, von denen einer durch Suicid umkam.

Die 44 Patienten hatten zusammen 136 Geschwister und zehn Halbgewwister. Von den Geschwistern waren fünf weniger als 15 Jahre alt. 81 Geschwister waren zwischen 16—40 Jahre, 50 über 51 Jahre alt. Die übliche Bezugsziffer beträgt deshalb 90,5.

Unter diesen Geschwistern waren zwei Fälle von chronischer paranoider Schizophrenie, ein Fall von Pfropfhebephrenie bei schwerer Imbezillität und zwei Fälle von akuter Katatonie, die beide innert weniger Monate abklangen. Bei dem einen dieser beiden Patienten liegt die Erkrankung nunmehr 14 Jahre zurück, ohne daß es zu einem Rezidiv gekommen wäre.

Außerdem kam unter den Geschwistern ein Suicid bei Liebeskummer vor.

Von den 14 Halbgeschwistern waren 3 unter 15 Jahren, 5 zwischen 15 und 40 Jahren und 6 über 41 Jahre alt.

Schizophrene Erkrankungen fanden sich keine unter den Halbgeschwistern. Ein Halbbruder nahm sich mit 20 Jahren in einer depressiven Verstimmung das Leben, ohne daß wir nähere Einzelheiten erfahren konnten. Die übrigen sind psychisch gesund.

Unter den insgesamt 44 Kindern der Probanden (35 unter 15 Jahren, 9 zwischen 16 und 30 Jahren) (Bezugsziffer 4, 5), sind uns keine Fälle von schizophrenen oder anderen psychischen Erkrankungen bekannt.

Diese Befunde sind zahlenmäßig zu klein, um statistisch relevante Schlüsse zu erlauben. Sie scheinen aber doch darauf hinzuweisen, daß unter den Eltern und Geschwistern der Probanden die Schizophreniehäufigkeit vielleicht etwas geringer ist als in der Verwandtschaft von Schizophrenen, aber viel häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung.

Ähnliche Befunde berichtete SCHULZ, der fand, daß unter den Eltern und Geschwistern von Patienten mit psychisch ausgelöster und in Heilung übergegangener Schizophrenie sich auffallend wenig Schizophrenie befanden. Unter den Geschwistern fand er bei einer Bezugsziffer von 50 4/0, d. h. zwei Fälle von schizophrener Erkrankung, unter den Eltern von 29 Patienten keinen Fall von Schizophrenie.

WELNER u. STRÖMGREN, die die Katamnesen von benignen schizophreniformen Psychosen untersuchten, kamen zu Ergebnissen, die wir hier ebenfalls erwähnen möchten. In ihrem Krankengut konnten sie bei 30 von 72 Patienten deutliche psychologische und zeitliche Beziehungen zwischen Beginn der Psychose und einem psychischen Trauma oder Stress feststellen, so daß es sich bei knapp der Hälfte ihrer Fälle um Erkrankungen handelte, die dem entsprechen, was wir als schizophrene Reaktionen bezeichnen. Sie fanden unter den Eltern und Geschwistern dieser 72 Patienten ebenfalls eine geringere Schizophrenieerwartung als bei Eltern und Geschwistern von Schizophrenen.

Katamnestische Untersuchungen

Von den 29 Probanden unserer ersten Gruppe konnten wir 17 persönlich nachuntersuchen, entweder bei einem Besuch in ihrer Wohnung (9), bei einem verabredeten Treffen in der Stadt (1) oder bei einer Besprechung in der psychiatrischen Poliklinik (7). Von einer im Ausland

verheirateten ehemaligen Patientin erhielten wir einen ausführlichen schriftlichen Bericht über ihr Ergehen. Von den 12 verbleibenden Probanden konnten wir durch Verwandte (6), Bekannte (1), den Hausarzt (3) oder durch ausführliche Krankengeschichten anderer psychiatrischer Kliniken (2) in Erfahrung bringen, wie es den Probanden weiter ergangen ist. In einigen Fällen hatten wir Gelegenheit, die Untersuchung der Probanden durch eine Besprechung mit Angehörigen zu vervollständigen oder die Krankengeschichten von späteren Spitalaufenthalten einzusehen.

Die Gründe, warum wir nur mit verhältnismäßig wenigen Probanden persönlichen Kontakt aufnehmen konnten, sind mannigfaltig. Bei drei Probanden berichteten ihre Angehörigen, es gehe ihnen gut, doch wünschten sie nicht, daß wir mit den Probanden selber sprächen. Eine Probandin wohnt im Ausland, einer weilt in einer entlegenen Gegend der Schweiz und wies uns an einen Nervenarzt, der ihn kürzlich behandelt hatte. Bei zwei Probanden mußten wir uns mit den Auskünften der Angehörigen oder des Hausarztes begnügen, weil sie bei einem Besuch in ihrer Wohnung trotz schriftlicher Voranmeldung nicht anwesend waren. Ein Proband schließlich ist tot, seine Angehörigen verstorben oder in Übersee, so daß uns auch hier nur die Angaben einer nahen Bekannten des Probanden zur Verfügung standen.

Verschiedene Gründe verunmöglichten es, von der heterogenen 2. Gruppe von Probanden anderer Kliniken und des Burghölzli aus den letzten beiden Jahren systematische Katamnesen zu erheben. Bei einigen lag die Erkrankung nur kurze Zeit zurück, andere wieder konnten wir nicht persönlich erreichen. Nur von einem Teil dieser Probanden konnten wir etwas über ihr weiteres Befinden erfahren, teils durch persönliche Nachuntersuchungen, teils aus den Krankengeschichten anderer Kliniken oder aus Nachrichten von Angehörigen (8).

Da es sich bei Gruppe 2 um ein in mehrfacher Beziehung uneinheitlich zusammengesetztes Krankengut handelt, stützen wir uns bei der Darstellung der katamnestischen Untersuchungen vor allem auf die einheitliche Gruppe der Burghölzli-Patienten aus den Jahren 1949—1955 und erwähnen die Ergebnisse der zweiten Untersuchungsreihe nur dort, wo sich aus ihnen Ergänzungen oder Akzentverschiebungen ergeben könnten.

a) Der langfristige Verlauf: Übersicht

Im Querschnittbild unterscheiden sich die schizophrenen Reaktionen nicht von akuten schizophrenen Schüben. Wohl verleitet der Zusammenhang mit Schicksalsschlägen oft dazu, diese Erkrankungen als reaktiv zu deuten, doch bleibt die Frage meist offen, ob dieser Zusammenhang wirklich das grundlegende und die Psychose begründende Ereignis darstellt.

Von den langfristigen katamnestischen Untersuchungen erhofften wir deshalb in erster Linie Klarheit darüber, ob der weitere Verlauf die Verdachtsdiagnose einer reaktiven Störung bestätigt, ob die Übersicht

über längere Verläufe eine Differentialdiagnose zwischen schizophrener Reaktion und Schub einer wellenförmig verlaufenden Schizophrenie erlaube oder ob die schizophrene Reaktion in einzelnen Fällen das erste Wetterleuchten einer späteren schizophrenen Entwicklung war.

Bevor wir auf die einzelnen Verlaufsformen, die sich schematisierend herauschälen lassen, näher eingehen, möchten wir kurz die Ergebnisse, wie sie sich aus der systematischen Nachuntersuchung 5—11 Jahre nach der Hospitalisierung bei den 29 Burghölzli-Patienten mit längeren Katalysen ergaben, zusammenfassen:

1. Nur zwei der 29 Patienten erkrankten später an einer sicheren Schizophrenie. Bei einem dritten ist eine schizophrene Entwicklung bloß wahrscheinlich.

2. Für fünf Patienten bildete die schizophreniforme Erkrankung Höhepunkt oder dramatischer erster Akt einer längerdauernden Störung des seelischen Gleichgewichts, die sich entweder in einer über Monate hinziehenden depressiven Nachschwankung äußerte oder bei erneuter Konfrontation mit der traumatischen Situation zu einem Wiederaufflackern der psychotischen Erregung führte.

3. Zu neuen, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Ersterkrankung stehenden, schizophrenen Reaktionen kam es bei drei Patienten im Verlauf der Nachbeobachtungszeit.

4. In ungefähr der Hälfte der Fälle blieb die damalige kurzdauernde psychotische Episode bis jetzt die einzige seelische Störung.

5. Von vier Probanden konnten wir nur in Erfahrung bringen, daß es ihnen seit der psychotischen Episode gut gehe, ohne daß wir über Erholungszeit und etwaige Anpassungsschwierigkeiten genauer informiert wären.

b) Spätere schizophrene Entwicklungen

Die geringe Zahl von Patienten mit späterer schizophrener Erkrankung läßt keine Hinweise und Deutungen über typische Verlaufsweisen zu. Die Mannigfaltigkeit der Möglichkeiten, vor die uns der Versuch der Prognosestellung auch bei den anscheinend reaktiven schizophreniformen Psychosen stellt, geht daraus hervor, daß bei jedem der drei später schizophren erkrankten Probanden die Krankheit anders verlief.

Bei einem ersten Patienten manifestierte sich im Verlauf der Jahre eine wellenförmig verlaufende Schizophrenie, die in wechselnden Abständen immer wieder eine Hospitalisation des Patienten nötig machte.

Der zweite Patient dieser Gruppe kam in unsere Klinik wegen einer deutlich schizophren gefärbten Haftpsychose, von der er sich schnell erholte. In den folgenden Jahren imponierte er immer wieder als schwer schizoider Psychopath, bis 5 Jahre nach der Ersterkrankung sich sein Verhalten so weit geändert hatte, daß zunehmende Verschrobenheit, wahnhafter Gedankengang und affektive Steifigkeit die schon früher erwogene, aber damals noch abgelehnte Diagnose einer schleichenden schizophrenen Entwicklung zur Sicherheit werden ließen.

Der dritte Patient schließlich, bei dem wir jetzt allerdings nur noch vermutungsweise die Diagnose einer schizophrenen Entwicklung stellen können, war im Anschluß an eine Liebesenttäuschung mit Entfremdungserlebnissen und Symbolerlebnissen erkrankt. Sein Zustand hatte sich in der Klinik innert 2 Wochen normalisiert. Doch kurz nach der Entlassung traten wieder Beziehungsideen und depressive Verstimmungen auf und 6 Monate nach der Entlassung aus der Klinik beging der Patient Suicid durch Erschießen. Leider war kein Arzt mehr zugezogen worden, so daß wir auf die Berichte seiner Bekannten angewiesen sind.

c) Die schizophrene Reaktion als Höhepunkt einer längerdauernden reaktiven nicht schizophrenen Störung des seelischen Gleichgewichtes

Die Mehrzahl unserer Probanden waren zur Zeit der Nachuntersuchung seelisch gesund. Während die einen jedoch nach dem Abklingen der schizophrenen Symptomatik und der Entlassung aus der Klinik ihre früheren Strebungen und beruflichen Tätigkeiten sofort wieder aufnehmen konnten, hatte sich bei einer nicht allzu geringen Minderzahl der Gesundungsvorgang viel langwieriger gestaltet. Die tiefgreifende seelische Erschütterung, die sich in einer schizophrenen Erregung geäußert hatte, war in der kurzen Zeit des Klinikaufenthaltes nur oberflächlich zur Ruhe gekommen. Erst nach weiteren Versuchen, den seelischen Zusammenbruch zu bewältigen, gelang es diesen Patienten, den Anschluß an die frühere Persönlichkeitsentwicklung wieder zu finden. Soweit es die geringe Zahl unserer Fälle erlaubt, lassen sich vereinfachend zwei Verlaufsformen unterscheiden:

a) Nach dem Abklingen der ersten psychotischen Erregung erkrankten die Patienten erneut, als sie nach der Entlassung aus der Klinik wieder mit der unveränderten traumatischen Situation konfrontiert wurden. Die psychotische Auseinandersetzung mit dem krankmachenden Erlebnis hatte sich als ungenügend erwiesen. Äußerlich gesehen geheilt, waren sie innerlich immer noch so verletzlich und schutzlos, daß sie durch die unveränderte äußere Situation wieder in die Psychose zurückgeworfen wurden. Alle drei Patienten, bei denen wir diesen Verlauf beobachten konnten, fanden aber nach einmaligem Rückfall den Weg ins Leben und den Beruf rasch und endgültig wieder. Es zeigte sich dabei, daß der Rückfall auch stärker sein und länger dauern konnte als die initiale Episode, wenn auch Charakter und Symptomatik weitgehend identisch blieben.

Ob es jeweils die heilende Wirkung der Zeit, die psychotherapeutische Betreuung oder die Änderung der äußeren Situation waren, die schließlich den Weg zur Gesundung und zur Neuanpassung freimachten, ist eine Frage, die wohl meist offenbleiben wird. Wahrscheinlich wurde den Patienten durch das Zusammenwirken dieser Faktoren jene entscheidende Hilfe zuteil, deren sie zur Überwindung der Krise bedurften.

b) Die zweite Verlaufsform innerhalb dieser Gruppe ist charakterisiert durch eine zweiphasige Entwicklung: Im Anschluß an das psychische Trauma und unter der ersten Wucht der seelischen Erschütterung kommt es zu einer „schizophrenen“ Auseinandersetzung mit dem krankmachenden Ereignis, die aber nur teilweise gelingt. Nach dem Zurücktreten der schizophrenen Symptome stehen die Patienten erneut der unbewältigten seelischen Belastung gegenüber, doch sind sie jetzt fähig, den zweiten Lösungsversuch in einer zwar immer noch krankhaften, doch ich-näheren Weise zu erleben, indem jetzt eine depressive Phase auftritt. Es sind depressive Nachschwankungen, die sich über Monate hinziehen und langsam abklingend in Heilung übergehen.

Wir konnten diesen Verlauf bei zwei Patienten der Gruppe der Burg-hölzli-Patienten beobachten. Bei beiden dauerte die depressive Phase annähernd 1 Jahr. Weder in der Vorgeschichte dieser Probanden noch in der nun 10 resp. 8 Jahre dauernden Nachbeobachtungszeit sind weitere Depressionen aufgetreten, so daß der Verdacht einer endogenen cyclischen Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Ergänzend sei angefügt, daß wir diesen Verlauf auch bei vier weiteren Patienten (unserer zweiten Gruppe) sahen. Die depressive Nachschwankung war hier meist wesentlich kürzer, d. h. sie dauerte einige Wochen bis einige Monate.

Zur Illustration möchten wir die Geschichte einer Probandin aus dieser zweiten Gruppe darstellen, da sie besonders plastisch die Charakteristica dieser Verlaufsform zeigt:

Fall PC. Die 32jährige Pat. ist seit 8 Jahren verheiratet und hat drei Kinder. Ihre bisherige Entwicklung ist unauffällig verlaufen und sie lebt in einer glücklichen Ehe. Ein halbes Jahr vor ihrer Erkrankung erlebte sie strenge Monate, da ihre Kinder nacheinander erkrankten und die anstrengende Pflege sie völlig in Beschlag nahm. Als diese schwere Zeit endlich vorüber schien, verunglückte das vierjährige Töchterchen bei einem Straßenunfall tödlich. Schon bei der telephonischen Mitteilung der Schreckensnachricht geriet die Pat. in eine innere Spannung, die sie aber bis zur Beerdigung äußerlich bemeistern konnte. Dann aber brach eine verworrene Wahnwelt über sie herein: Sie fühlte ein Sendungsbewußtsein in sich, war mit einer göttlichen Mission betraut, hatte den Papst zu beraten und wußte um die Bekehrung der Diktatoren. Obwohl sie bei diesen Vorstellungen völlig zerfahren war, konnte sie intellektuell verständig auf die Realität eingehen, blieb dabei aber emotionell starr und oberflächlich. Im Verlauf von 3 Wochen verschwanden die Wahnideen, die Pat. wandte sich auch affektiv wieder der Realität zu. Auffällig war aber, wie wenig Trauer sie über den Tod des Kindes empfinden und äußern konnte. Lächelnd erklärte sie, das Kind sei ja jetzt im Himmel, wo es ihm viel besser gehe und wo sie es auch wiedertreffen werde. Anscheinend wieder hergestellt, verlebte sie nach der Entlassung einen Ferienaufenthalt mit ihrer Familie. Dann aber, als sie wieder in ihre Wohnung zurückkehrte und die Kleidungsstücke und Spielsachen des verstorbenen Kindes sie täglich an den Schicksalsschlag erinnerten, geriet sie in eine depressive Verstimmung, hinter der nun langsam die Trauer um das verlorene Kind zum Vorschein kam.

d) Wiederholte schizophrene Reaktionen

Wiederholte Erkrankungen an schizophrenen Reaktionen fanden wir bei unseren Probanden eher selten. Nur bei drei der 26 Probanden der ersten Gruppe mit günstigem Verlauf und genügend langer Katamnese kam es, unabhängig von der ersten Erkrankung, unter neuen Belastungen wiederum zu kurzdauernden schizophreniformen Zuständen. Mehr als zweimalige Erkrankungen kamen in unserem Untersuchungsgut nicht vor. Schizophrene Reaktionen sind also möglicherweise nicht nur im gesamten, sondern auch in der individuellen Lebensgeschichte der betroffenen Menschen seltene Ereignisse. Soweit sich dies in unserem Untersuchungsgut beurteilen läßt, überwiegen die einmaligen Erkrankungen.

Bemerkenswert war die Feststellung, daß bei allen drei Fällen die zweite Erkrankung in einer ähnlichen Schwierigkeit ausbrach wie die erste, und weiterhin, daß sich auch die zweiten Erkrankungen in Symptomatik und zeitlicher Dauer nicht wesentlich von den vorhergehenden unterschieden. Die zweite Erkrankung stellte jeweils eine Art Variation der ersten dar.

So führten im ersten Fall äußere Schwierigkeiten materieller und affektiver Art zweimal zu einem ängstlich-depressiven Erregungszustand mit wahnhaften Inhalten, Sperrungen und leichter Zerfahrenheit, der je innert Wochen abklang.

Im zweiten Fall erkrankte eine ältere Hausangestellte zweimal im Abstand von 3 Jahren unter dem Bild von sensitiven Wahnepisodes, deren Dauer einige Stunden nicht überschritt.

Beim dritten Patienten schließlich wurden entscheidende Erlebnisse und Schritte seiner persönlichen Reifung in kurzdauernden psychotischen Zäsuren verarbeitet: Er erkrankte erstmals, als er, aus einem behüteten und umsorgten Heim kommend, im Militärdienst als Offizier selbständig Entscheidungen treffen und Verantwortungen tragen mußte. Eine depressive Phase markierte den Übergang vom Studium zur eigenen Erwerbstätigkeit, und die Ablösung vom Elternhaus und die Übernahme der vollen Verantwortung für die eigene Familie führte noch einmal zu einer schizophren anmutenden Flucht vor der Realität.

Unter den 15 Probanden der zweiten Gruppe fanden wir fünf mit wiederholten schizophrenen Reaktionen. Abgesehen von der größeren Häufigkeit konnten wir die übrigen Befunde bestätigen: Es waren je ähnliche Situationen, die der Erkrankung vorausgingen, und die einzelnen Phasen entsprachen einander weitgehend in Symptomatologie und Dauer.

Die kurze Nachbeobachtungszeit erlaubt allerdings kein endgültiges Urteil, ob sich nicht im einen oder andern dieser Fälle eine echte schizophrene Entwicklung anbahnt. Der deutliche Zusammenhang von traumatischer Situation und Ausbruch der Krankheit sowie deren kurze Dauer veranlaßten uns aber doch, bei diesen Probanden vorerst von wiederholten schizophrenen Reaktionen zu sprechen, wenn auch die Vermutung, es könnte sich in einzelnen Fällen um wellenförmig verlaufende

Schizophrenien handeln, naheliegt. Die Entscheidung, welche der beiden Diagnosen gestellt werden soll, ist im Einzelfall nicht immer leicht und liegt oft im Bereich des subjektiven Ermessens.

e) Schizophrene Reaktionen als Einzelereignisse im Leben der Probanden

Von den verbleibenden 18 Probanden, die im Zeitpunkt der Nachuntersuchung gesund waren und deren Katamnesen genügend lang sind, wissen wir von 14, daß sie seit der damaligen Erkrankung gesund geblieben sind. Einige von ihnen berichteten uns, daß sie eine Rekonvaleszenzzeit, ähnlich der nach einer somatischen Erkrankung, durchmachten, mit Müdigkeit und verminderter Leistungsfähigkeit. Andere hatten in ihrem Kontakt mit der Umwelt anfänglich Hemmungen wegen des Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik zu überwinden. Bei keinem dieser Probanden aber bildeten diese Nachwirkungen ein ernstliches Hindernis für ihre Wiedereingliederung in ihre Umgebung, ihre Arbeitsverhältnisse und die mitmenschlichen Beziehungen. Solche Nachwehen verschwanden jeweils im Laufe einiger Wochen.

f) Persönlichkeitsentwicklung der Probanden

Neben dem Verlauf, den Rezidiven und eventuellen späteren schizophrenen Erkrankungen interessierte uns die Persönlichkeitsentwicklung der Probanden seit der schizophreniformen Episode und der Stellenwert, der ihr rückblickend von den Probanden selber und vom ärztlichen Nachuntersucher zuzumessen ist.

Die berufliche und soziale Entwicklung der Probanden als recht zuverlässiger Gradmesser der Lebensbewährung über einen längeren Zeitraum zeigt Tab. 6.

Es geht daraus hervor, daß die Entwicklung bei allen 26 nicht schizophren gewordenen Probanden der ersten Gruppe mit genügend langer Katamnesenzeit günstig verlaufen ist. Sie haben ihre soziale und berufliche Stellung halten oder verbessern können. Keiner dieser Probanden steht jetzt beruflich oder sozial schlechter als vor der Erkrankung. Sie konnten nach der Genesung wieder dort anknüpfen, wo die Entwicklung unterbrochen worden war und diese nach den Möglichkeiten, die sich vorher abgezeichnet hatten, weiterführen.

Sieben dieser 25 Probanden haben in der Zwischenzeit geheiratet und leben in geordneter Ehe.

Die persönliche Kontaktnahme, und wo diese nicht möglich war, Auskünfte von Angehörigen und Hausärzten der Probanden ergänzten diese mehr äußeren Erfolgskriterien. Zwei Ehemänner von ehemaligen Patientinnen widersetzten sich einer persönlichen Nachuntersuchung, berichteten uns aber, daß ihre Frauen den Verpflichtungen in Haushalt und Familie zu ihrer Befriedigung nachkämen. Im übrigen konnten

wir bei allen genügend nachuntersuchten Probanden jene Persönlichkeitszüge wiederfinden, die sie schon präpsychotisch gezeigt und die oftmals Angriffs- und Angelpunkt der psychotischen Reaktion gebildet hatten. Schizoide Charakterzüge, wie Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen, Gehemmtheit, Verschrobenheit, prägen auch jetzt noch das Verhalten der Probanden, ohne aber krankhaftes Ausmaß anzunehmen. Bei den Veränderungen, die dem ärztlichen Nachuntersucher oder der Umgebung der Probanden auffielen,

Tabelle 6. *Berufliche Stellung zur Zeit der Erkrankung und im Zeitpunkt der Nachuntersuchung*

Erkrankung	Jetzt
Student	Ingenieur
Maler	Maler
Landwirtschaftl. Angestellter	selbständiger Bauer
Buchhalter	Buchhalter
arbeitslos, Gelegenheits- beschäftigungen	Inhaber eines eigenen Geschäftes
Hausfrauen sieben	Hausfrauen sieben
Sekretärin	Sekretärin
Verkäuferin	Sekretärin
Bäckerangestellter	Bäckerangestellter
Hausangestellte	Hausfrau
Lehrer zwei	Lehrer zwei
Bäcker, Angestellter	Bäcker mit eigenem Geschäft
Elektriker	Elektriker
Bauernknecht	Vertreter
Hausfrau	Hausangestellte (verwitwet)
Landwirtschaftl. Angestellter	Handlanger und Depotinhaber
Lehrerin	Hausfrau
Dreher	Dreher
Beamter	Beamter

handelt es sich eher um persönlichkeitsgemäße Entwicklungen als um Folgen und Residualzustände einer psychotischen Erkrankung. Solche Veränderungen wären etwa eine gewisse Vergröberung der Affekte bei einer schon präpsychotisch undifferenzierten Probandin, eine leise Angst vor neuen psychotischen Erkrankungen bei einer ängstlichen und selbstunsicheren Frau, in deren Verwandtschaft zudem vor Jahren kurzdauernde Psychosen vorgekommen waren, oder schließlich eine wohl auch durch veränderte äußere Lebensbedingungen geförderte stärkere Ausprägung von verschrobenen und sonderlingshaften Interessen eines älteren Mannes, der jetzt nach einem sehr bewegten und schweren Lebensschicksal endlich eine sichere Existenz aufbauen konnte.

In der Erinnerung der Probanden ist die psychotische Episode etwas Unerklärliches und Fremdes. Die Scheu, durch die Nachuntersuchung

erneut mit jenem unheimlichen und bedrohlichen Erlebnis konfrontiert zu werden, war bei den meisten unverkennbar und teilweise auch der Grund, daß einzelne überhaupt nicht oder erst nach wiederholter Bitte zu einer Besprechung zu bewegen waren.

Das psychotische Erleben selber ist weitgehend verdrängt: für einen Probanden z.B. ist die Erinnerung daran „einfach ausgeschaltet“, ein anderer wundert sich, daß er von 14 Tagen seines Lebens, die Ausbruch und Höhepunkt der Erkrankung umfassen, nichts mehr wisse. Wo die Verdrängung nicht so vollständig ist, schildern die Probanden die damaligen Ereignisse, wie wenn es fremde, dem Erzähler selbst nicht ganz verständliche Erlebnisse wären.

Die Zusammenhänge hingen zwischen auslösendem Ereignis und „Nervenzusammenbruch“ sind jetzt meist viel deutlicher und überzeugender als zur Zeit der Erkrankung. Dies überrascht uns eigentlich nicht, wenn wir die schizophrene Reaktion gerade als Ausdruck dafür betrachten, daß die Fähigkeit zu einer persönlichkeitsgerechten und bewußten Verarbeitung des krankmachenden Erlebnisses fehlte. Wenn auch Kausalitätsbedürfnis und Rationalisierungstendenzen bei der rückblickenden Deutung jener Erkrankung eine Rolle spielen, so ist andererseits doch diese nachträgliche Erkenntnis der Zusammenhänge ein Hinweis darauf, daß die Veränderung der Situation, die zeitliche Distanzierung und wohl auch die Reifung der Persönlichkeit jetzt doch noch eine einigermaßen befriedigende Auseinandersetzung mit jenen Erlebnissen ermöglicht haben könnte.

So war es bei den katamnesticen Untersuchungen eindrucklich, wie klar oft Zusammenhänge zutage traten, von denen anläßlich der Erkrankung kaum oder gar nicht die Rede war, die aber für die Auslösung der psychotischen Episode mit größter Wahrscheinlichkeit sehr wesentlich und bestimmend waren.

Ein besonders eindruckliches Beispiel in dieser Hinsicht ist Fall JS:

Der 20jährige Bauernsohn war an einer akuten Psychose erkrankt, als er erfuhr, daß seine Braut die Beziehungen zu ihm abbrechen wollte. Er äußerte verworrene religiöse Ideen, identifizierte sich mit Christus, war zerfahren und affektiv steif. Das akute katatone Bild klang im Lauf von 6 Wochen ab. Seither geht es ihm gut, er entwickelte sich erfreulich, konnte den Hof seiner Eltern übernehmen, hat geheiratet und ist jetzt Vater von drei Kindern. Bei der Nachuntersuchung berichtete er, daß er damals im Zeitpunkt der Erkrankung in einer beständigen Angst lebte, seine Eltern, zu denen er kein herzliches Verhältnis hatte, könnten ihre wiederholte Drohung wahr machen, den Hof zu verkaufen, und damit seinen Lebenswunsch, ein selbständiger Bauer zu werden, zunichte machen. Diese Belastung spielt rückblickend für den Probanden eine viel größere Rolle für den Ausbruch der Erkrankung als die Lösung des Liebesverhältnisses, die wohl nur noch den Stein ins Rollen brachte.

Auch den gegenteiligen Fall, daß nämlich eindruckliche Zusammenhänge zwischen Anlaß und Erkrankung weder damals noch heute dem

Probanden einsichtig geworden sind, fanden wir — wenn auch seltener — in unserem Material.

Im Gegensatz zu dieser Einsicht in die Zusammenhänge zwischen Trauma und Erkrankung bleibt die psychotische Episode selbst für die Probanden fast durchwegs etwas Unerklärliches. Man spürt beim Gespräch hinter den Bagatellisierungstendenzen und verharmlosenden Bemerkungen, wie fremd und unheimlich die Erinnerung an jene Ereignisse geblieben ist, eine Erinnerung, die die meisten Probanden sich möglichst vom Leibe halten. Nur in seltenen Fällen findet eine eigentliche Verarbeitung statt, wodurch dann die Psychose nicht mehr als Fremdkörper, sondern sogar als Höhepunkt einer inneren Entwicklung erinnert wird.

Damit sind wir bei der Frage, welchen Stellenwert die Probanden selber der psychotischen Episode in ihrer Entwicklung zumessen. Acht von 18 Probanden, denen wir diese Frage vorlegen konnten und die eine genügende zeitliche Distanzierung von der Erkrankung gewonnen haben, beurteilen die Auswirkungen auf ihre Persönlichkeit positiv. Zwei Patienten fühlen sich in ihrem religiösen Leben reifer und klarer. Für eine Probandin war die damalige Erkrankung rückblickend „wie eine Neugeburt“, die ihr weitere geistige Horizonte eröffnete. Andere beschreiben die Veränderung und den Gewinn mit den Worten „reifer, bescheidener, ruhiger, gelöster, weniger gehemmt“. Für die übrigen zehn Probanden bedeutete die Psychose eine schwere Krankheit, einen „Nervenzusammenbruch“, eine Episode, aus der sie gleich hervorgingen, wie sie eingetreten waren. Sie fühlten sich weder bereichert noch verarmt. Sie haben eine Krankheit überstanden, die nunmehr vorbei ist und keine Spuren hinterlassen hat.

Keiner dieser 18 Probanden will nachteilige Krankheitsfolgen bei sich festgestellt haben. Wohl berichteten uns zwei Probandinnen von seither gelegentlich auftretenden prämenstruellen Verstimmungen, ohne daß sie sie in einen ursächlichen Zusammenhang mit der psychotischen Episode bringen. Möglicherweise handelt es sich hier um den Ausdruck und die Folge einer aufmerksameren Beobachtung der eigenen seelischen Vorgänge.

Zusammenfassung und Besprechung

Die schizophrenen Reaktionen zeigen ein rätselhaftes Doppelgesicht. Ihre Entstehung aus einer psychotraumatischen Situation und die rasche Heilung charakterisieren sie als reaktive psychogene Störungen. Der Symptomatologie nach lassen sie sich aber wiederum nicht unterscheiden von den echten Schizophrenien. Welches ist nun die Bedeutung dieses Krankheitsbildes?

Hier stehen wir vor einer der großen grundsätzlichen Weichenstellungen in unserem psychiatrischen Denken: Entweder nehmen wir an, daß es sich bei den psychoreaktiv verständlichen Psychosen um etwas grundsätzlich anderes handelt als bei den „endogenen“, daß nur eine äußerliche

Symptomähnlichkeit bestehe, aber keine Wesensverwandtschaft; oder wir vermuten umgekehrt: an diesen Fällen, die sich symptomatologisch nicht von einer Schizophrenie unterscheiden, erlebe man deutlich jene Zusammenhänge mit dem emotionellen Leben, die versteckter bei jeder Schizophrenie vorhanden wären. Schizophrene Reaktionen wären dann Musterbeispiele für die Entstehung der Schizophrenie. Sie riefen dazu auf, bei allen schizophrenen Erkrankungen besser als bisher nach äußeren Ursachen zu forschen und ihnen mehr Gewicht zuzuschreiben, als dies die Auffassung der Schizophrenie als „endogene“ Störung nahelegt.

Wir stellten uns zur Aufgabe, Material zusammenzustellen und zu sichten, um Anhaltspunkte zu gewinnen, welche dieser beiden gegensätzlichen Denkrichtungen der Wirklichkeit besser entspreche.

Das Ergebnis spricht nicht im Sinne einer scharfen Ablehnung der einen Vermutung und einer absoluten Richtigkeit der andern, es geht vielmehr im Sinne einer Kompromiß-Auffassung, die zwischen den extremen Hypothesen liegt.

Wir gingen von Fällen aus, die sich als „schizophrene Reaktionen“ kennzeichnen, weil sie

1. im unmittelbaren Anschluß an eine schwere psychotraumatische Situation ausbrachen;
2. eine Symptomatologie zeigten, die sich von derjenigen ungünstig verlaufender Schizophrenie nicht unterschied;
3. nach kurzer Zeit in Heilung ausging.

Die Frage, ob es sich um schweren Schizophrenien wesensähnliche Psychosen handelt oder im Gegenteil um psychogene Störungen, die von schizophrenen wesensverschieden wären, suchten wir zu beantworten:

1. durch das Studium des Familienbildes und 2. durch das Studium langer Katamnesen.

Das Ergebnis beider Studien war gleichgerichtet: Die Mehrzahl der früheren Patienten blieb später 6–11 Jahre gesund, aber eine kleine Minderzahl entwickelte später doch typische schizophrene Psychosen. Unter den Verwandten sind kaum so viele Schizophrene wie unter den Verwandten von Schizophrenen, aber mehr als in der Durchschnittsbevölkerung. Diese Ergebnisse sind freilich statisch aus unserem Untersuchungsgut nicht voll gesichert, dazu ist es zu klein. Sie sind ihm immerhin mit erheblicher Wahrscheinlichkeit zu entnehmen. Diese Wahrscheinlichkeit wird noch größer, wenn die Feststellung hinzugefügt wird, daß sie der persönlichen Erfahrung der meisten Psychiater durchaus entsprechen.

Es drängt sich der Schluß auf, daß schizophrene Reaktionen weder einfache Schizophrenien gleichzusetzen sind, noch als etwas vollkommen anderes Schizophrenien gegenüberzustellen sind. Vielmehr ist festzustellen, daß bei Erkrankung an schizophrener Reaktion (im Sinne

unserer Begriffsumschreibung) familiäre Momente ähnlich, aber nicht so stark wie bei schweren schizophrenen Psychosen, ursächlich mitspielen. Es ist weiter anzunehmen, daß bei einfühlbaren Zusammenhängen zwischen einer akuten schizophrenieartigen Psychose, die rasch wieder ausheilt, und schweren psychotraumatischen Situationen, die Gefahr von Rückfällen in schwere schizophrene Psychosen gegeben ist, daß sie aber lange nicht so groß ist, wie bei anders charakterisierten schizophrenen Psychosen. Mit anderen Worten: Voraussetzungen zu schweren schizophrenen Verläufen sind bei den schizophrenen Reaktionen mitgegeben, aber nicht im gleichen Maße wie bei andern schizophrenen Psychosen.

Bemerkenswert ist am vorliegenden Erfahrungsgut auch die Tatsache, wie wenig die gesunde Persönlichkeitsentwicklung der meisten unserer Patienten durch die einmalige schwere Erkrankung auf lange Sicht verändert wird. In unserem Untersuchungsgut sind sogar Beispiele dafür, wie eine eigentliche Reifung und Weiterentwicklung im guten Sinne trotz oder wegen der schweren psychotischen Reaktion erfolgen kann.

Literatur

- ALLERS, R.: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. Z. ges. Neurol. Psychiat. **60**, 281—289 (1920).
- BELLAK, L.: *Demertia praecox*. New York: Grune and Stratton 1948.
- BLEULER, E.: Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Z. Psychiat. **84**, 22—37 (1926).
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Aufl. Umgearb. von M. BLEULER. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Leipzig: G. Thieme 1941.
- BORNSTEIN, M.: Über einen eigenartigen Typus psychischer Spaltung (Schizothymia reactiva). Z. ges. Neurol. Psychiat. **36**, 86—145 (1917).
- FAERGEMANN, P.: Early differential diagnosis between psychogenic psychosis and schizophrenia. Acta psychiat. scand. **21**, 275—279 (1946).
- FINKELSTEIN, Z.: A Study in schizophreniform psychoses. Acta psychiat. scand. **28**, 45—60 (1953).
- GLICK, B. S.: Homosexual panic, clinical and theoretical considerations. J. nerv. ment. Dis. **192**, 20—28 (1959).
- HOLMBOE, R., and C. ASTRUP: A follow-up study of 255 patients with acute schizophrenia and schizophreniform psychoses. Acta psychiat. scand. Suppl. **115** (1957).
- JASPERS, K.: Psychopathologie, 6. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953.
- KAHN, E.: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Z. ges. Neurol. Psychiat. **66**, 273—282 (1921).
- KANT, O.: The problem of psychogenic precipitation in schizophrenia. Psychiat. Quart. **16**, 341—351 (1942).
- KANT, O.: Psychoses in the families of schizophrenic patients Psychiat. Quart. **16**, 176—186 (1942).
- KEMPF, E. J.: Psychopathologie; zit. bei GLICK.
- KNIGGE, F.: Ein Beitrag zur Frage des primitiven Beziehungswahns. Z. ges. Neurol. Psychiat. **153**, 622—627 (1935).

- KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949.
- KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn, 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950.
- LANGFELDT, G.: The schizophreniform States. Copenhagen: Munksgaard, London: Milford 1939.
- LANGFELDT, G.: Prognosis in Schizophrenia. Acta psychiat. scand. Suppl. **110** (1956).
- OLES, M.: Schizoforme Psychosen bei Erschöpfungszuständen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **11**, 112—116 (1959).
- PETRÒ, C., e B. LEONE: Osservazioni di sindromi pseudoschizofreniche in militari. Riv. sper. Freniat. **82**, 392—410 (1958).
- POPPER, E.: Der schizophrene Reaktionstypus. Z. ges. Neurol. Psychiat. **62**, 194—207 (1920).
- POPPER, E.: Notiz zu KAHNS: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Z. ges. Neurol. Psychiat. **68**, 61—62 (1921).
- ROSENZWEIG, N.: Sensory deprivation and schizophrenia. Some clinical and theoretical similarities. Amer. J. Psychiat. **116**, 326—329 (1959).
- SCHNEIDER, K.: Über primitiven Beziehungswahn. Z. ges. Neurol. Psychiat. **127**, 725—735 (1930).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme 1959.
- SCHULZ, B.: Zur Erbpathologie der Schizophrenie. Z. ges. Neurol. Psychiat. **143**, 175—293 (1932).
- STAHELIN, J. E., Zur Frage der Emotionspsychose. Bull. schweiz. Akad. med. Wiss. **2**, 121—132 (1946/47).
- SEREISKJ, M.: Zur Fragestellung über Umfang und Klassifikation der schizophrenen Reaktion. Z. ges. Neurol. Psychiat. **152**, 310—323 (1935).
- SPEER, E.: Endogen oder reaktiv. Z. ges. Neurol. Psychiat. **145**, 686—720 (1933).
- URECHIA, C. J.: Les psychoses réactionnelles. Encéphale **26**, 591—608 (1931).
- WELNER, J., and E. STRÖMGREN: Clinical and genetic studies on benign schizophreniform psychoses based on a follow-up. Acta psychiat. scand. **33**, 377—399 (1958).
- WILLINGE WITTMANN, A., u. B. SCHULZ: Genealogischer Beitrag zur Frage der geheilten Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **185**, 211—232 (1950).
- WYRSCH, J.: Über akute schizophrene Zustände, ihren psychopathologischen Aufbau und ihre praktische Bedeutung. Basel: Karger 1937.

Dr. med. K. ROHR,
Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli, Zürich (Schweiz)