

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg
(Direktor: Prof. Dr. W. v. BAEYER)

Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnender Schizophrenien und erlebnisreaktiver Fehlentwicklungen bei Jugendlichen *

II. Mitteilung

Von

K. P. KISKER und L. STRÖTZEL

(Eingegangen am 25. Oktober 1961)

In einer ersten Mitteilung¹ wurden vergleichend Situationsstrukturen von 18 jugendlichen Schizophrenen und 14 jugendlichen Patienten mit erlebnisreaktiven Fehlentwicklungen beschrieben. Es handelt sich bei ihnen um die Hälfte bzw. zwei Drittel einer größeren Anzahl jugendlicher Patienten, deren Situation und Lebensgeschichte intensiv exploriert wurde. Diese 32 Kranken kamen aus Situationen, insbesondere aus Familienlagen, welche schon für eine pauschale klinische Betrachtung als zerbrochene oder zerrüttete bestimmbar waren. In einer schärfer eindringenden Analyse wurden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Familiensituationen schizophrener und erlebnisreaktiv-psychopathischer Jugendlicher (Kontrollgruppe) herausgehoben.

Die Kontrollfälle zeigten in der Regel ein *offenes* Protestieren, eine aktive Selbstbehauptung im gegebenen innerfamiliären Konflikt; Radikalität und Sthenie der Auseinandersetzung sind hier Gruppenphänomene und auch für die Angehörigen oder weitere extrafamiliäre Bezugspersonen eigentümlich. Die Lagen von Patienten, welche später an Schizophrenien erkrankten, sind bei gleicher Drastik der Familienzerrüttung dagegen beherrscht durch ein gegenseitiges Kaschieren, durch eine verdeckende Innenlebigkeit (KRETSCHMER) in der Auseinandersetzung mit dem Konflikt. Eigentümliche Probleme des sozialen Anspruchsniveaus und eine alternative Starre im Zwischenmenschlichen, vor allem in extrafamiliären erotischen Partnerschaften, nehmen in der situativen Geschichtlichkeit der Schizophrenen eine zentrale Stellung ein. Überforderungen und Abweisungen durch die Eltern, überprotektive Mütter und verständnislos-harte Väter, Exklusivität des Elternpaares gegen den Kranken — situative Züge, die in der amerikanischen Familienforschung oft als typische Kennzeichen der Familien Schizophrener angesehen werden — waren im Untersuchungsgut der 1. Mitteilung bei schizophrenen und Kontrollfällen in *nicht* unterscheidbarer Ausprägung gegeben.

Hier wie in der vorangehenden Arbeit bedeutet der Ausgang von *jugendlichen* Kranken, daß Situation entscheidend als *Familien*-Situation zu verstehen ist. Es geht um die Verdeutlichung, genauere Begründung

* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

¹ Arch. Psychiat. Nervenkr. **202**, 1 (1961).

und klinische Auswertung des aus der psychiatrischen Alltagserfahrung *geläufigen Eindrucks*: daß der Umgang mit Familien Schizophrener ungleich schwieriger ist, als mit den Familien von Fehlentwicklern. Geht man diesem Eindruck nach, so wird bald deutlich, daß diese Differenz nicht darin aufgeht, daß im ersten Fall die Katastrophe einer unbegreiflichen Veränderung eines Kindes in die Familie einbrach oder eine prä-morbide Abwegigkeit des Erkrankenden die Familie von langer Hand her deformierte. Blickt man schärfer zu, so läßt sich häufig in den Familien Schizophrener ein ganzes Geflecht gegenseitiger Abwehr, Abwertung, Unterstellungen, Indoktrinationen usw. feststellen, das dem Beginn der Psychose *voranliegt*. Es ist die Frage, ob dieses aus der vorwissenschaftlichen Erfahrung sich aufdrängende, abweichende soziale Interaktionsmuster im Vergleich zu einer Kontrollgruppe Nichtschizophrener und ihrer Familien besondere Züge hat und ob ihm möglicherweise eine pathogenetische Bedeutung zukommt.

Im folgenden setzen wir die *vergleichenden Situationsanalysen* der ersten Mitteilung fort (I) und bringen die Befunde unter *klinische Gesichtspunkte* (II).

I

Die Krankenblätter der jetzt zu untersuchenden 25 Kranken (18 Schizophrenie und 7 Kontrollfälle) melden einen „unauffälligen“, „geordneten“ Situations- bzw. Familienbefund. Die Familien sind vollständig, nicht zerrüttet, nach dem Ergebnis der Routineexploration ohne erkennbare Konfliktspannungen. Es war zu erwarten, daß eine vertiefte Exploration der Kranken, ihrer Angehörigen und extrafamiliären Partner, sowie die Erfahrungen aus Gruppengesprächen wenn überhaupt dann ein feinmaschigeres, hintergründiger angelegtes Netzwerk von Familienspannungen, abgewandelten Werdensstilen, präpsychotischen Erlebnisbelastungen usw. zur Anschauung bringen würde; hintergründiger und diskreter im Verhältnis zu den groben Entordnungen der in der ersten Mitteilung dargestellten Situationen.

Die folgende Gliederung orientiert sich nicht an den klinischen Erseineungsbildern, sondern geht wieder von hervorstechenden Situations-typen, meist von bestimmten Familiensituationen aus. Vorangestellt sei die Skizze einer 21 jährigen Büroangestellten (KG 57/99), welche im Versuch der Auflösung eines Ambivalenzkonfliktes an einer hypochondrischen Schizophrenie erkrankte.

(19) Die Pat. war seit der Kindheit übereifrig, frühreif, auf gewissenhafte Pflichterfüllung bedacht. Sie schloß sich schwer an, mied ängstlich erotische Beziehungen und rivalisierte seit je mit einer 3 Jahre älteren Schwester um die besondere Zuneigung der Mutter. Eifersüchtig pflegte sie die Verteilung ihrer Zuwendung auf die Schwester und auf sich zu kontrollieren. Während der 60jährige Vater mehr am Rande des Familienzusammenhangs lebte, bestand zwischen der erheblich jüngeren Mutter und den Töchtern ein enges Hin und Her von Gefühlsbezügen, in welchen

die Wahrung einer kleinbürgerlichen Reputierlichkeit, die Wachsamkeit auf die Einstellung der Nachbarn am kleinen Heimatort, schließlich die Sorge um gemäßige künftige Partner der Töchter vorherrschte. Der etwas asthenischen, seit 1 Jahr zudem amenorrhoeischen Pat., die ständig mit Hormonpräparaten und Befürchtungen um die Menstruation laborierte, wurden dabei im Vergleich zur Schwester nur geringe Chancen eingeräumt. — Man hatte sich 6 Wochen vor Ausbruch der Psychose zur Aufgabe eines Heiratsinserates für beide Geschwister entschlossen, als sich keine Aussichten auf sonstige Beziehungen ergaben. 2 Wochen später traf sich die Pat. ohne Wissen der Schwester, die diesen Partner für sich beanspruchte, mit einem 28jährigen seriösen Herrn in geeigneter Position, der allerdings nach einigen Autoausfahrten auf „Beweise körperlicher Liebe“ Anspruch machte. Obwohl die Pat. der Schwester gegenüber schwere Skrupel trug und dem Partner mehr aus Neugier als aus Neigung entgegenkam, willigte sie dann letzten Endes doch in seine Forderung. Ernüchterung und Enttäuschung waren komplett. Nach einem Geständnis an Mutter und Schwester und einem Abschiedsbrief fühlte sie sich erleichtert. Seine Erwiderung wurde der Mutter ungelesen zum Zerreißen gegeben: „Ich muß mich direkt übergeben, wenn ich ihn noch einmal sehe.“ Einige Tage später wurde die Pat. ängstlich, machte sich Vorwürfe über ihr Verhalten und äußerte Selbstmordabsichten. Im Leib sei alles nicht richtig, das Essen komme ihr hoch. Sie sucht das Geschehen umzuwerten: „Das war doch alles nichts, das hab' ich doch nur geträumt.“ „Ich hab mein Herz kaputt gemacht, habe gesündigt, habe die ganze Welt kaputt gemacht. Ich tyrannisiere die Menschen. Es kann mir niemand mehr helfen.“ Diesem depressiv-hypochondrischen Bild schloß sich ein Beeinträchtigungswahn mit Pluralisierung an.

Die von KRETSCHMER für den sensitiven Beziehungswahn herausgestellte pathogenetische Trias (triebschwache Persönlichkeit, enges Milieu, Schlüsselerlebnis) scheint auf die präpsychotische Lage dieser Kranken genau anwendbar. Über die zeitliche Verzahnung hinaus besteht eine dichte Verschränkung der Struktur des psychotischen Initialerlebens mit der Konfliktlage der Kranken. Der Versuch, die Verfehlung gegen den eigenen Lebensentwurf zu negieren, mißlingt und führt konsequent in den hypochondrischen Wandel des Leiberlebens, in abstruse Selbstvorwürfe und Wahn. Das Schlüsselerlebnis andererseits erfährt seine Bestimmbarkeit als Schlüsselerlebnis allererst aus der präd-asthenischen Wert- und Vitalwelt der Kranken. Diese bleibt letztlich in ihrem Zustandekommen dunkel. Ein genaueres Eindringen in den Lebensgang und die Familienwelt der Kranken könnte allererst klären, wie hier Vorgegebenes und Prägungen in der Herausbildung einer abnormen Persönlichkeitsartung zusammentreffen. Es wäre situationsanalytisch unzureichend, die aktuelle präpsychotische Situation ins Auge zu fassen und im übrigen auf „psychopathische“ Strukturmerkmale der Persönlichkeit zurückzugehen. Das Psychopath-Sein bedeutet nicht minder eine *Situation*, deren innere und äußere Dynamik Erhellung fordert, wie das zuletzt die Forschungen HÄFNERs deutlich machten. Das Verhältnis unserer Kranken zur älteren Schwester läßt gewisse Vorbahnungen zur späteren Lebensabnormität hin zwar ahnen; zum genaueren Aufweis der Determinanten dieser „psychopathischen“ Abbiegung bedürfte es indessen

eines weit intensiveren Studiums der frühkindlichen Familienumwelt.

Wir schildern jetzt fünf schizophrene Jugendliche, deren Situation durch *geheime innerfamiliäre Beziehungsstörungen* geprägt wird.

(20) Eine 17jährige Pat. (KG 57/19) zeigte nach einem einjährigen depressiven Vorstadium mit Selbstwertkrupeln und Zerstreutheit vor der Aufnahme einen akut über ein Depersonalisationssyndrom einsetzenden Beeinträchtigungswahn. Sie entwickelte seit der Kindheit eine feinfühligke Empfindlichkeit für Kränkungen, Pedanterie und ein starkes Eigentumsgefühl. Früh übernahm sie die bigotte Religiosität der Eltern, hielt wie diese sehr auf die Reputation der Familie, nahm Meinungen anderer über sich meist übel. Im Gegensatz zu einer um 3 Jahre jüngeren, lebendigeren Schwester, der die Eltern eine Prinzessinnenrolle zuteilten, konnte sich die Pat. nicht frei geben und lebte in dumpfen Ressentiments eine Aschenputtel-Rolle. Ähnlich wie die unterdrückte, unter der Härte und Sparsamkeit des Vaters leidende Mutter widmete sie sich in hektischem Übereifer dem Haushalt. Der Vater, ein sthenisch-undifferenzierter, einliniger Egozentriker, ist übertrieben sparsam und streng, ohne Zeit für die Familie. Die Eltern leben seit ihrer Eheschließung nebeneinander her, hatten insgeheim stets Scheidungsabsichten, die nie zur Aussprache kamen. Seit 2 Jahren besteht wachsende Eifersucht gegen die jüngere Schwester, die ihr von den Eltern häufig als Beispiel vorgehalten wird. Die Pat. fühlt sich unverstanden, ausgenutzt, kann sich gegenüber der lebhaften Schwester in der eigenen Schwerlebigkeit nicht zur Geltung bringen. Der Vater nahm 2 Jahre zuvor eine außereheliche Beziehung auf, wovon die Pat. durch die gedrückten Geständnisse der Mutter erfuhr. Sie sucht zunächst der Mutter zu Hilfe zu kommen. Spielt sie beim Vater auf den für die Familienehre abträglichen Sachverhalt an, so wird sie durch dessen Schimpfkanonaden bald zum Verstummen gebracht. Sie unternimmt es, beide Eltern zu „missionieren“, sucht eine Versöhnung herbeizuführen und „beide Seiten zu verstehen“. Sie „muß viel schlucken“ und hat keinen Erfolg. — Eine ängstliche Gedrücktheit beginnt, als die Eltern vor 1 Jahr eine Familienreise mit der Schwester unternehmen und sie ausgeschlossen wird. Die Pat. wurde seither ängstlich und lebte sich immer mehr in ein Gefühl der eigenen Wertlosigkeit hinein. Die frühere rigorose Identifizierung mit dem Familien-Ideal und die forcierte Religiosität gehen in eine unsicher-pessimistische Daseins-Angst über. 3 Monate vor der Aufnahme beginnt schleichend ein Beeinträchtigungswahn mit Kollektivierung der Wahnpartner.

(21) Eine 16jährige Oberschülerin (KG 57/185) wird in einer plötzlich einsetzenden zerfahren-hypomanen Verfassung vom Typ der pseudo-hysterischen Schizophrenie aufgenommen. In der Familie herrscht seit je ein extremer Formalismus der gegenseitigen Beziehungen. Man präsentiert sich als „Muster-Familie“ und legt größten Wert auf Anerkennung durch andere Familien des „gehobenen Mittelstandes“. Bei Spaziergängen, Gesellschaftlichkeiten usw. wurde die Tochter (Einzelkind) als wohlerzogenes Püppchen vorgestellt. Die inneren Bezüge der Familie waren von trostloser Ärmlichkeit. Der Vater bestimmte mit kühler Unerbittlichkeit, was „man“ zu tun habe. Die Mutter war unsicher und abhängig; sie suchte und fand eine gewisse Bestätigung in Damenzirkeln ihrer Kreise, wo die Positionen der Ehemänner den Rangplatz bestimmten. Süßliche Gekünsteltheit von seiten der Mutter, gezwungene Höflichkeit des ständig überarbeiteten Vaters bestimmten den häuslichen Ton. Als Siebenjährige war die Pat. das Opfer des Sexualdeliktes eines älteren Mannes gewesen. Die „Mädchen-Männer“ spielten in den Familiengesprächen der folgenden Zeit eine große Rolle. Die Pat. hatte bis zum 14. Lebensjahr die zugemutete Dressur-Rolle akzeptiert, seither aber in einem zunehmenden Vater-Protest

gelebt, ohne diesen Widerstand offen zu zeigen. Sie wünschte jetzt von der Mutter ein wärmeres Entgegenkommen, beklagte sich darüber, daß die Mutter „kein Herz“ habe und sie selbst „kein Heim“. Bis zum psychotischen Ausbruch blieb sie unreif, abhängig von wechselnden Vergnügungen, unsicher, ob ihr die Rolle einer schnip-pischen jungen Dame „ihrer Kreise“ oder eines Anlehnung suchenden Kindes zustehe. Der seelischen Uneinheitlichkeit entsprach eine leibliche Disproportioniertheit mit Teilretardierungen. In die Zeit vor der anlaufenden Psychose fällt eine erotische Beziehung zu einem älteren Herrn, dessen väterliche Qualitäten sie an-zogen. Kontakte intimerer Art sollen dabei gefehlt haben. Jetzt erkrankt die Pat. mit zunächst vereinzelter, dann in eine kontinuierliche Erregung übergehenden pseudo-hysterischen Anfällen mit Zerfahrenheit und sexueller Enthemmung (Onanie, arc de cercle, Coitus-Phantasien). Ein Verfolgungswahn schließt sich an, in welchem die „Mädchen-Männer“ kollektiviert als „Hochstapler“ wiederkehren. „Die Mutter soll eben ihr Kind ernähren, dann wird es nicht so schreien“, sagte die Kranke auf dem Höhepunkt ihres katatonen Erregungszustandes.

(22) Ein 16-jähriger Oberschüler (KG 56/115) erkrankt erstmals 1956/57, dann erneut 1959 und 1960 an paranoid-halluzinatorischen Schüben, die inzwischen zu einem leichten schizophrenen Dauerwandel führten. Die Ersterkrankung erschien zunächst als schwere Entwicklungskrise: Selbstwertzweifel, Lebensunsicherheit, Gewissenskonflikte im Anschluß an eine mögliche homosexuelle Versuchungssituation. — Ein Bruder des Vaters genuin epileptisch; die Mutter des Vaters machte mehrere depressive Phasen durch und ist seit Jahren mit einem melancholischen Dauerbild im Haushalt der Eltern. Der Vater ist ein kühler, kontaktschwieriger Mensch, überarbeitet, unter Anankasmen leidend, ohne inneren Zugang zu den drei Söhnen, deren mittlerer, der Patient, seit langem in einem Rivalitätsverhältnis zum älteren Bruder steht. Im Gegensatz zur Energie der Brüder war der Pat. stets unsicher, kleinlaut, übergefügig gegen die Eltern. Zum nervösen, wortkargen Vater schaute er einerseits in großer Autoritätsangst auf, andererseits genierte ihn die Un-scheinbarkeit des Äußeren des Vaters und dessen stilles Auftreten. Das etwas farblos-unzugängliche Wesen der Mutter war eher bedrückend. Der Pat. war sehr empfindlich, prezios in der Wahl seiner Freundschaften, überehrgeizig. — Alle psychotischen Schübe begannen mit einer „Umpolung“ des sonst zurückhaltend-reflektiven Wesens des Kranken: er machte übergroße Ansprüche an eine intensivere Fürsorglichkeit der Eltern, proklamierte jeweils eine neue Ära gegenseitiger „Wahrhaftigkeit“ und „Verantwortung“ in der Familie und fühlte sich als Opfer homosexueller Nachstellungen. Im Beginn des zweiten Schubes — der Pat. war inzwischen von der Oberschule abgegangen und in eine Lehre eingetreten — treten Aggressionen gegen den älteren Bruder hinzu: „Meine verpaßte Chance, die er jetzt verkörpert.“ In der letzten Erkrankung wird der Vater als Wahnpartner in die homoerotische Beeinträch-tigung einbezogen, während die Familie früher aus dieser Thematik ausgegrenzt war.

Die Fallgeschichte eines weiteren dieser Gruppe zugehörenden Schizophrenen (23, KG 58/271) wurde a.a.O. mitgeteilt¹. Ebenso wurde die Situation des fünften Patienten (24, KG 57/352) in anderem Zusammen-hang dargestellt². Es handelt sich bei diesem Kranken um einen kon-tinuierlich aus einer Pubertätskrise tretenden Wesenswandel mit der Ausbildung verschrobener Kommunikationsweisen, die in komplizierten

¹ KISKER, K. P.: Der Erlebniswandel des Schizophrenen, S. 53. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960 (Pat. O.).

² KISKER, K. P.: Situation und Sprache eines Schizophrenen. In: Psychopathologie heute (Festschrift für Prof. KURT SCHNEIDER). Stuttgart 1962.

Verflechtungen zum Familienzusammenhang stehen. Die Geschichte dieser hereditär stark belasteten Familie und des Lebens des Kranken in ihr kann zugleich verdeutlichen, daß es in einer situationsanalytischen Familienforschung nicht darum geht, *dieselben* Familiendaten, welche die klassische, hereditär orientierte Familienforschung auf ihre Weise deutete, nun einmal andersartig zu interpretieren (M. BLEULER). Die Fragerichtung familiärer Situationsanalysen zielt in eine andere Dimension: diejenige der Geschichtlichkeit und Mitmenschlichkeit der Kranken. Diese Richtung bestimmt von vornherein den empirischen Zugang zu den Familiendaten. Als Grundlage der Errechnung familiärer „Belastungen“ stehen diese Daten in anderen als historisch-situationsdynamischen Verweisungen. Das eine vom anderen methodisch zu sondern, scheint nützlich, damit beide Typen der Familienforschung nicht in ein unfruchtbares Verhältnis gegenseitiger Ausschließung geraten, sondern in dasjenige einer Ergänzung und differenzierender Verschränkung pathogenetischer Hypothesen. Es gibt zu denken, daß ein so konsequenter Erbforscher der Schizophrenien wie KALLMAN diese Ergänzung und methodische Trennung nachdrücklich fordert.

Die Situationen der hier gemeinten Patienten zeigen wieder jene unoffenen und verspannten innerfamiliären Kommunikationen, wie sie in der ersten Mitteilung herausgestellt wurden. Die deskriptiv untrennbare Verschränkung früh auftretender abnormer Verhaltensstile des Erkrankenden mit ebenso früh einsetzenden abnormen Umgangsformen innerhalb einer spannungsvollen Familienatmosphäre wird hier besonders deutlich. Die Spannung wird bewirkt durch Konflikte, welche keine befreiende Auflösung zulassen. Die Situation erscheint verhärtet und statisch. Ein heraushebbarer Zug dieser Familien liegt darin, daß sie sich oberflächlich an äußeren Reputationsschablonen orientieren, an einer Norm durchschnittlichen Verhaltens und sozialer Unauffälligkeit. Diese Anpassung wirkt aber nicht in den familiären Innenraum hinein. Überzogene Erwartungen und Rangansprüche, die früh auf die später Erkrankenden verlagert werden, wirken dem entgegen. Es gelingt keine echte Erfüllung durch gemeinschaftliche Normen. Die starre Einhaltung der gesellschaftlichen Spielregeln der jeweiligen Klasse ist in diesen Familien nicht selten das Resultat einer Abwehr von Innenspannungen. Im Familiengefüge selbst herrschen fixe gegenseitige Para-Haltungen (kaschierte Egozentrität, larvierte Herabsetzung, Mißtrauen, verschwiegene Ressentiments usw.)¹. Man erkennt, mehr oder minder ausgeprägt, eine familiäre Welt aberrierender Begegnungsweisen, in welche die übergefüigten Anpassungen, verschrobenen Abseitsstellungen und

¹ Es bleibe hier noch unerörtert, inwieweit es sich bei diesen aberrierenden Begegnungsformen um erlebnisbedingte soziale *Prägungen* oder um das Resultat *vorgegebener* abnormer Persönlichkeitsartungen handelt (siehe S. 28).

unoffenen Oppositionen der später Erkrankenden durchaus hineinpassen. Ihre abweichende Rolle erscheint dann grell direkt oder projektiv übersetzt in der psychotischen Initialsymptomatik wieder.

Man spricht in solchen Fällen gern von der Verzerrung pubertärer oder post-pubertärer Haltungen oder Eigenschaften des Erkrankenden und bezieht diese Wandlungen auf die Entordnung des Persongefüges durch den „Prozeß“. Es ist nicht zu bezweifeln, daß es ein solches passives Untergehen der Person in der apersonalen Erkrankung gibt. Ob dies häufig oder die Regel ist, weiß man nicht. Unsere Erfahrungen sprechen dafür, daß die Verzahnungen des präpsychotischen Werdens mit dem psychotischen Umbruch komplizierte wechselseitige Bedingungsbeziehungen bilden. In ihnen kann einmal prozeßhaft-überindividuelles *Geschehen*, zum anderen gestaltete persönliche *Leistung* überwiegen. Die Psychopathologie sah vorwiegend auf das eine Extrem dieser Relation: darauf nämlich, wie die Psychose mit der Persönlichkeit und ihren „Inhalten“ arbeite. Bekannte klinische Gründe hielten davon ab, der umgekehrten Frage dieselbe Berechtigung einzuräumen. Entgegen der psychiatrischen Gewohnheit, das sich hier stellende empirische Arbeitsfeld zu überspringen und mit der Mehrheit die Somatogenie, mit der Minderheit die Psychogenie der Schizophrenien zu behaupten, halten wir es für angebracht, das Gewicht auf Erfahrungen über gegebene Zusammenhänge präpsychotischer und initialpsychotischer Situationen zu legen und mit generalisierenden pathogenetischen Folgerungen zurückzuhalten. Um einen früher eingeführten Begriff heranzuziehen: der ätiologischen Bestimmung dieser vorderhand rein psychologisch definierten Verhaltens — Erlebens-Einheit Schizophrenie muß eine empirische Abwägung ihrer *Psychonomie*, d. h. ihrer mehr oder minder großen Eingefügtheit in die seelisch-menschliche Lage des je Erkrankenden vorangehen. Akzeptiert man diese methodische Forderung und bedenkt zugleich die Ergebnisse der Schizophrenie-Forschung von den klinischen Untersuchungen KRAEPELINS, des älteren und jüngeren BLEULER bis zu den jüngsten Familienstudien von LIDZ und JACKSON, so erscheinen einlinige Behauptungen einer Somato- bzw. Heredogenie oder einer Psycho- bzw. Soziogenie der Schizophrenien in gleicher Weise inadäquat. *Es geht um das Wie des Zusammenwirkens situativer und prozeßhafter Einflüsse beim jeweiligen Kranken oder klinisch-situativ bestimmt umrissenen Gruppen von Kranken.*

Die „Strukturanalyse“ BIRNBAUMS könnte diesen methodischen Sinn gewinnen, würde sie in ihrer Durchführung nicht häufig auf eine „medizinische Diagnostik“ eingeeengt. Die „Dimensionen“ der mehrdimensionalen Betrachtungsweisen reichen als biologische nicht zu. Kommen in dieser Forschungsrichtung seelische Lagen, psychopathologische Sachverhalte in den Blick, so stehen sie in der Gefahr, als psychische Konstitution, als Temperament- und Affektregulation, als Charakter-schichtung usw. unter quasi-somatistische Determinationsformen und damit um eine ihnen zukommende Eigenbestimmtheit gebracht zu werden.

Schwierigkeiten dieser methodischen Orientierung werden deutlich in der Strukturanalyse der Spätschizophrenien durch W. KLAGES. Die Untersuchung zielt nach Ausweis des Untertitels auf die „Klinik“ und „Biographie“ dieser Zustände. Die Durchführung bindet sich aber ganz an die Analyse gewohnter klinischer „Faktoren“ und führt hier auch zu bemerkenswerten Resultaten. Biographien dieser Spätschizophrenen gemäß den von JASPERS, THOMAE u. a. gestellten Forderungen an eine psycho(patho)logische Biographik und Analysen der geschichtlichen Bedingungen des Werdens dieser Kranken fehlen. Sie werden im „strukturanalytischen“ Fragekreis offensichtlich nicht gesehen. Sachverhalte des Werdens (Wandel, Ausfaltung, Krise usw.) werden durchweg nach Analogie evolutions- oder involutionsbiologischer Abläufe verstanden und damit um eine strukturanalytisch unerreichbare Sinn-„Dimension“ verkürzt.

Wir lenken zur Betrachtung der Fälle zurück. Sucht man unter den Kontroll-Patienten nach Situationen, welche denjenigen der oben erwähnten fünf Schizophrenen nahestehen, so findet man zwei Kranke mit Suicidversuchen (KG 57/243; 56/800). Im ersten Fall (K 9) besteht ein durch die Eltern mühsam verborgener Familienzerfall, der die früh-„psychopathische“ Lebensgeschichte eines 19jährigen ganz beherrscht. Die Familie duckte sich unter dem barschen, unzugänglichen Vater, der seit dem 5. Lebensjahr des Patienten eine außereheliche Beziehung unterhielt. Über diesen Sachverhalt, „an dem meine Mutter langsam kaputt ging“, wurde angesichts der Gereiztheit des Vaters nicht offen gesprochen. Der verwöhnte und durch die Konfidenzen der Mutter überforderte Patient (jüngstes von vier Geschwistern) war seit der Schulzeit gereizt-impulsiv, willensschwach, beeinflußbar. In der Pubertät bildet er einen massiven Vater-Protest heraus, wird zum jugendlichen Alkoholiker und bricht unter dem Eindruck einer ersten erotischen Enttäuschung nach Westdeutschland aus, wo er innerhalb weniger Wochen verwahrlost und sich betrunken vor einen Lastzug wirft.

In der anderen, aus Südosteuropa zugewanderten Familie (K 10, KG 56/800) herrscht eine starre, durch beide Eltern getragene Autorität. Ein primitives Herdengefühl bindet die beiden Töchter mit den dumpf und kommunikationsarm dahinglebenden Eltern zusammen, die überdies abergläubischen Vorstellungen ihrer ländlichen Heimat verhaftet geblieben sind. Die ältere Schwester der 19jährigen Pat. hatte sich 5 Jahre zuvor gemeinsam mit ihrem Freund erhängt, als die Eltern ihre Zustimmung zu dieser Beziehung verweigerten. In hypnagog-halluzinatorischer Weise erschien die verstorbene Schwester der Pat. während der folgenden Jahre und gab ihr konkrete Anweisungen zur Lebensführung. Die Pat., eine kontaktschwache, hyperexpressive Asthenika, nutzte den mediumistischen Rapport, um sich allmählich aus der festen Elternbindung herauszulösen. Die Erscheinung der Schwester schien sie im Aufbegehren gegen die Eltern jeweils zu unterstützen. Einige Wochen vor der Aufnahme riet ihr die Erscheinung, in einer Gerichtsverhandlung, die ihren des Diebstahls beschuldigten Freund betraf, falsch auszusagen, um diesen Freund, der für sie die erste nähere außerfamiliäre Beziehung bedeutete, zu entlasten. Als der Freund sie dann kalt behandelte, und sie sich um die Hoffnung gebracht sah, mit seiner Hilfe von der Familie unabhängig zu werden, legte ihr die Vision der Schwester den Selbstmord nahe. Mit einer Schlafmittelvergiftung wurde die Pat. in die Klinik gebracht.

Beide Patienten wuchsen in einer familiären Ursprungswelt heran, die in einigen äußeren Strukturmerkmalen derjenigen der oben erwähnten schizophrenen entspricht: relative Abgeschlossenheit gegen die Sozietät, Kommunikationsmangel der Eltern, Mißlingen der puberalen Ablösung von den Eltern, Verschwiegenheit der innerfamiliären Spannungen. Gleichwohl sind die Interaktions- und Entwurfsweisen der Fehlentwickler im Familienzusammenhang einfacher und schlagender als die verfahrenen und verquälten Versuche der Schizophrenen, im konfliktuellen Zusammenhang der Familie auszuhalten. Bestimmte *Gewissenslagen*, etwa das Bedürfnis nach Wiederherstellung einer persönlichen

Atmosphäre (20), nach einem Mittragen des familiären Konflikts in „gegenseitiger Verantwortlichkeit“ (22) usw. sind offenbar nur bei Schizophrenen anzutreffen. Sie tragen in die Situation dieser Kranken eine geheime Schärfe und Unerbittlichkeit, zugleich eine Abriegelung gegen jede befreiende Auflösung, aber auch gegen die endgültige Destruktion der familiären Schein-Ordnung. Der aktive Ausbruch in die Trennung von der Familie, in Alkoholismus und Verwahrlosung bei K 9, die primitive Realitätsflucht bei K 10 sind dagegen Bewältigungsversuche, welche im prämorbidem Vorfeld Schizophrener ungewöhnlich sind.

Im folgenden vergleichen wir die Situationen von je drei Schizophrenen und Fehlentwicklern, deren Familienlagen durch *dominierend-distanzierte Väter* bestimmt werden¹. Es verdient Beachtung, daß hier im klinischen Bild der Schizophrenen jeweils die *Hypochondrie* überwog.

(25) Eine 18jährige Arbeiterin (KG 56/791) leidet seit 1 Jahr unter paroxysmalen Tachykardien und wird unter dem Verdacht einer Hyperthyreose strumektomiert. Wenige Wochen vor der Aufnahme erkrankt sie akut mit Herzangst und hört eine „Kopfstimme“. Sie erlebt sich geteilt in Ich, Herz und Leib. Die Arbeitskollegen verlachen sie wegen ihrer kirchlichen Einstellung. Sie fühlt sich unter ihnen isoliert. In einer Jammer-Hypochondrie äußert sie stereotyp: „Mir hat die Liebe gefehlt, die Wärme, die Herzenswärme.“ — Die Eltern lebten abgeschlossen. Die Mutter wagte unter dem Eindruck des despotischen, selbstgerechten und moralisierenden Vaters keine vertraulich-warme Nähe zur Tochter, obwohl sie spürte, daß diese sie suchte. Seit der Pubertät leidet die sonst lebensfrohe, sportliche, im Umgangston eher freche Pat. verschwiegen unter der zurückhaltenden Indifferenz des Vaters. Zum älteren Bruder, der, eher oberflächlich und selbstgenügsam, nicht um die Nähe zu den Eltern warb, steht sie in einem andauernden „Stichel-Verhältnis“. In einer seit 1 Jahr währenden Beziehung zu einem sehr zurückhaltenden, überhöflichen Freund, den sie sich unmittelbarer und aggressiver wünscht, erlebt sie eine ähnliche ambivalente Unschlüssigkeit wie im Eltern-Verhältnis. Ihr lebhafter Anspruch auf warmes Angenommensein und Verstandensein findet keine Erfüllung. Noch das primitiv-infantile Jammern der Kranken in der beginnenden Psychose, Verzerrung ihrer seit 1 Jahr bestehenden diskreten Unsicherheit über den eigenen Leib, drückt ihre Isolation und Abgewiesenheit aus.

(26) Ein 18jähriger Bundesbahnarbeiter (KG 58/169) ist das älteste von fünf aufeinander folgenden Geschwistern. In der primitiv strukturierten Familie ist der Vater beherrschende Figur, von dessen Lob alle abhängen, vor dessen zornigen Ausbrüchen man zittert. Der Pat. wird früh zu schweren Arbeiten herangezogen und in den Dienst der Familie gespannt. Die debile Mutter, ganz ihrem Ehemann hörig, weist den Sohn häufig zurück, wenn er bei ihr Schutz und Verständnis für seine stets zunehmende Bitterkeit gegen den Vater sucht. Seinen Protest gegen die väterliche Autorität drückt der Pat. in unoffener Verschlagenheit aus. Der Vater bevorzugt bald den jüngeren Bruder und sieht in dem Pat., der in der Pubertät häufiger wegläuft, schließlich mit dessen Auto ohne Führerschein verunglückt, das „schwarze

¹ Der Titel des dominierend-distanzierten Vaters (bzw. der dominierenden Mutter) ist für uns nicht mehr als ein Ordnungsgesichtspunkt. Bestimmte Vater- bzw. Mutter-Typen werden in der Familienforschung an Schizophrenen häufig als pathogenetisch bedeutsam in Anspruch genommen: eine unzulässige Vereinfachung der Problemlage, da die Wirkeinheit der Familie *als ganzer* unter dem Eindruck solcher Typologien vernachlässigt wird.

Schaf der Familie“. In der schleichend beginnenden depressiv-ängstlichen Psychose fühlt sich der Kranke von allen verlassen, rettungslos verloren ohne die Fürsorge der Eltern. Auf der anderen Seite entwirft er unrealistische Berufspläne, möchte Beamter werden, um den Vater aus dem Felde zu schlagen. Bald bildet sich ein chronisch hypochondrisches Bild heraus, in welchem sich der Kranke ganz kindlich und pflegebedürftig fühlt. Recht schnell tritt ein schizophrener Personwandel mit dumpfer Antriebserlahmung, Enthemmung und sozialer Unstetheit ein. Der Pat. sucht über Jahre hin spontan die Klinik auf und will vom Arzt quasi-väterlichen Rat, sowie Zustimmung zu verstiegenen Berufsprojekten.

(27) Ein 16jähriger Lehrling (KG 57/342) wurde bis zum 5. Lebensjahr von sehr nachgiebigen Großeltern erzogen. Nach der Rückkehr des Vaters aus dem Kriegsdienst setzt eine systematische Umerziehung des Kindes zu „harter, gerader Männlichkeit“ ein. Der Pat. identifiziert sich früh mit der rigorosen Gebots- und Verbotswelt des Vaters und bewahrt auch in der Pubertät eine kindlich-vertrauliche Anhänglichkeit an die Eltern. Er ist stolz über jedes spärliche Lob des Vaters, aber auch in steter Angst vor jeglicher Kritik. Eine größere Sicherheit findet er bei der Mutter, (deren Schwester an einer Schizophrenie erkrankte). Bis zum 9. Lebensjahr nähte der Kranke ein. Er ist übergefügig, liest den Eltern alle Wünsche von den Augen ab und ist, weniger aus Neigung, als um den Eltern zu gefallen, sportlich und in Jugendgruppen aktiv. Im 13. Lebensjahr wird er durch eine 15jährige zum Geschlechtsverkehr verführt. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren beginnt schleichend eine hypochondrische Psychose mit einer Unzahl abnormer Leibsensationen, gemachten Leibempfindungen und abstrusen Erkrankungsbefürchtungen. Der in seelischer Hinsicht noch sehr infantil wirkende Pat. führt seine Erkrankung auf einen Nicotinetzeß vor $\frac{3}{4}$ Jahren zurück, den er ohne Wissen der Eltern unternahm. Neben hypochondrischen Befürchtungen quält ihn eine antreibende Männerstimme: „Schlagt ihn tot!“, „geh was holen!“, „nicht so lahm!“ usw. Die Stimme erinnert den Kranken an die Einschärfungen und gelegentlichen Zornausbrüche des Vaters.

Wir stellen diesen Fallgeschichten die Skizzen von drei Kontroll-Patienten gegenüber, deren Situation ebenfalls durch dominante Väter ausgezeichnet wird.

(K 9) Ein 19jähriger Schlossergeselle (KG 59/264) gerät in einen psychogenen Dämmerzustand mit primitiver Erregung und Amnesie, als er bei einem Gasthausbesuch durch einen Glassplitter eine unbedeutende Verletzung der Wange davonträgt. Ein Handgemenge am Nebentisch, bei welchem ein Raufbold einen ihm bekannten rechtschaffenen jungen Mann mit einer Bierflasche attackiert, versetzt den Pat., dessen Gerechtigkeitssinn sehr ausgeprägt ist, in maßlose Erregung. Er fühlt sich um so mehr beteiligt, als seine Schwester ebenfalls durch einen Splitter verletzt wird und seine Freundin bei dem ganzen Vorfall zugegen ist. Gleichwohl verhält er seinen Zorn, verläßt mit den Begleiterinnen das Lokal und gerät erst nach einstündiger Latenz zu Hause in einen Erregungsturm, in welchem er von mehreren Personen gehalten werden muß. (Eine leichte Alkoholisierung ist anzunehmen.) Vor $\frac{1}{2}$ Jahr hatte er bei einer ähnlichen Gelegenheit zwei Gleichaltrige in einem Raptus zusammengeschlagen. — Sein nervös-reizbarer Vater bestimmt allein die Familienatmosphäre. Die Mutter ist schlicht, liebevoll, ordnet sich gutmütig unter. Der kleinlauten Unterordnung zum Vater kontrastiert bei dem Pat. ein überforschendes Erwachsen-tun-Wollen. Er ist erregbar, aber sehr angepaßt, identifiziert sich ganz mit dörflichen Ehrbegriffen und hat ein starkes Familiengefühl mit ausgewogener Bindung an den auswärts wohnenden älteren Bruder und die zu Hause weilende 21jährige Schwester.

(K 10) Der Vater ist die beherrschende Figur einer primitiv strukturierten Flüchtlingsfamilie aus Südosteuropa, in welcher der 16jährige Hilfsarbeiter (KG 57/541) aufwuchs. Er wurde bis zum 6. Lebensjahr von Mutter und Großmutter eher nachgiebig erzogen und erlitt im 5. Lebensjahr bei Kriegsende Mißhandlungen. Die Erziehung durch den Vater war verständnislos und hart. Zwei jüngere Schwestern stimmten aus Angst vor dem Vater in die Schimpfereien gegen den Pat. ein. Seit dem 10. Lebensjahr, zunehmend während der Pubertät, wird der Pat. unbeherrscht, reizbar, zugleich auch unoffen und zurückhaltend. Seit 1 Jahr pflegt er eine zu Hause geheimgehaltene Freundschaft zu einer Oberschülerin. Einige Wochen vor der Aufnahme hat er eine flüchtige homosexuelle Beziehung zu einem Mann mittleren Alters. Er demoliert zuletzt in einer Auseinandersetzung mit dem Vater die Wohnung und droht, ihn zu erschlagen. „Ich und mein Vater, wir gehören auseinander.“ Primitive, leicht unterbegabte, teilinfantile Persönlichkeit. Die Angehörigen sehen in ihm den „Sündenbock der Familie“.

(K 11) Ein 17jähriger Oberschüler (KG 56/859) war in der frühen Kindheit übergefügig und leicht zu erziehen. In der Pubertät machte er eine Wandlung zu selbstsicherer, kühler Arroganz durch. Zwei jüngeren Geschwistern gegenüber verhält er sich reserviert. Den Eltern erscheint er unnahbar. Höflich, aber ohne jede Herzlichkeit hält er sich am Rande des Familienkreises, den im übrigen der Vater mit pedantischer Disziplin beherrscht. Seit etwa 1 Jahr unterhält der Pat. halb gewerbsmäßig homosexuelle Beziehungen innerhalb eines entsprechenden Klubs. Seit dieser Zeit zu Hause noch zurückhaltender, still und in existentialistische Lektüre vergraben. Nach einer Party, die er zu Hause veranstaltete, gerät er über eine Kleinigkeit in einen Wutausbruch gegen die Schwester und macht einen Suicidversuch mit Tabletten. Lehnt in der Klinik für eine Weile den Besuch der Eltern ab. Wünscht insbesondere der Mutter nicht zu begegnen. Meist in den Explorationen verschlossen. Deutet an, er stehe seit einigen Jahren in einer Vertrauenskrise zu den Eltern, vor allem zum Vater, der ihn durch seine Oberflächlichkeit, durch seinen Mangel an Gefühl für das, was in ihm vorgegangen sei, schwer enttäuscht habe.

Dem durchgehenden äußeren Merkmal dieser Fallskizzen — der väterlichen Dominanz — entspricht sichtlich keine genotypische Ähnlichkeit der Situationen. Schwerlich lassen sich charakteristische Unterschiede der Familiengefüge zwischen den schizophrenen und Kontrollpatienten allein aus dem Gesichtspunkt der Patriarchalität entwickeln. Am ehesten ist bei den Kranken 25 und 27 daran zu denken, daß hier ein familiäres Ungleichgewicht verformend auf den individuellen Lebensgang der Heranwachsenden einwirkte und charakterliche Bereitschaften umakzentuierte. Im unerfüllten Anspruch auf Angenommensein (26) und im Zurückbleiben hinter der geforderten Selbständigkeit (27) kommen Konfliktlagen zum Ausdruck, welche tief in die Identitätsprobleme der Kranken eingreifen. Die Lage von K 11 steht dieser Konstellation am nächsten; jedoch wird hier früh eine stabile Abwehrhaltung kühler Distanz entwickelt, wogegen bei den Schizophrenen eine *schwebende* Dauerspannung bestehen bleibt, die durch ständige Anläufe der Kranken nicht aufgelöst werden kann. Der Kranke 26 fällt aus dem Rahmen der bisher gefundenen praeschizophrenen Lagen heraus. Offene Proteste, Verschlagenheit und Kriminalität beim Patienten, grobe pädagogische

Mißgriffe und Auseinandersetzungen im familiären Lebensraum sind eher Signa der Fehlentwickler (siehe auch K 9 und K 10). Allenfalls läßt die Übertragung, die der Patient auf den Arzt vornimmt, vermuten, daß hinter seinem lautstarken Agieren und dissozialen Verhalten eine tieferreichende Identitätsunsicherheit steht. Sicher gehen auch die jeweiligen Gesellschaftsklassen in die Situation und die darin erstehenden Bewältigungsversuche ein. Es scheint aber zu oberflächlich, die situativen Parallelen zwischen 26 und K 9, K 10 auf das relativ niedrige soziologische Niveau dieser Fälle zu beziehen. Dem widerspricht schon, daß 25 und 27 derselben Gesellschaftsschicht zugehören, gleichwohl aber durch schwierig gegliederte, differenzierte Konfliktformen ausgezeichnet sind. Umgekehrt zeigt die Situation bei K 11, welcher der gehobenen Sozialklasse angehört, neben der oben diskutierten Abwehrhaltung kühler Distanz nicht jene Direktheit und Kraßheit der Konfliktbewältigung, wie wir sie als typisch für Fehlentwickler herausstellten. Entscheidend ist in allen Fällen die zwischenmenschliche Dynamik, die Sozialklasse gibt in der Regel nur das Lokalkolorit.

Ein abnormes *Dominieren der Mütter* war bei vier schizophrenen Kranken festzustellen. Klinisch gesehen handelt es sich um zwei hypomanisch enthemmte und zwei paranoide Bilder. Bei den Kontrollfällen fehlten vergleichbare Situationen. Im Hinblick auf die schon erwähnte Relativität der Eltern-Dominanz gibt es zu denken, daß es sich hier ausschließlich um *männliche* Patienten handelt.

(28) Der 18jährige Handwerksgeselle (KG 57/895) wuchs als überfolgsames Kind auf, war bis in die Schulzeit Bettnässer und bis zum 5. Lebensjahr ausschließlich mütterlicher Erziehung überlassen. Die Mutter ist eine betriebssame, eifersüchtig über die Familie wachende Frau, deren überfürsorgliche, beengende Aktivität aus ängstlicher Unsicherheit und innerer Leere hervorgeht. Der Pat. steht seit Jahren in einer steten eifersüchtigen Spannung zum jüngeren intelligenteren Bruder und klagt bei den Eltern häufig über Vernachlässigung. Bei der Mutter unselbständig-anhänglich, zugleich oft erpresserisch tyrannisierend, verhält sich der Pat. zum stillen, im Hintergrund bleibenden Vater eher verschlossen und gleichgültig. Er wurde zu einer blassen, launischen Persönlichkeit und lebte in stetem Mißverhältnis zwischen phantastischem Wollen, übertriebenen Ansprüchen und kärglichem Können. 1 Jahr vor der Aufnahme kommt es in zeitlichem Anschluß an ein Ferienlager im Ausland, wo Pat. erstmals geschlechtliche Beziehungen aufnimmt, zu einer Depression mit vitaler Hemmung, Selbstvorwürfen und der Befürchtung, die kurze Ferienbekanntschaft, eine Ausländerin, deren Sprache der Kranke nicht verstand, geschwängert zu haben. 5 Monate später faßte sich der Pat., begann eine Freundschaft zu einer Gleichaltrigen, blitzte jedoch bald bei den Eltern der Freundin ab und war äußerst gekränkt, als die eigene Mutter zudem die Freundin nicht zu seinem Geburtstag einlud. Jetzt setzen vereinzelte Größengedanken ein; bald lebt der Pat. in maniformer Überaktivität und kontinuierlicher Selbstüberschätzung. Die Mutter bedeutet ihm ein „rotes Tuch“. Im Gegensatz zum früheren Verhalten erschließt er sich dem Vater, sucht bei ihm Anlehnung und ist nur von ihm zu lenken. Gegen die Mutter, die seine erste echte Freundschaft vereitelt habe, ergeht er sich in wilden

Schmähungen. Wahnhafte Omnipotenzserlebnisse, Faseligkeit und Negativismen beherrschen bei der Aufnahme das Bild.

(29) Eine extreme Mutterfixierung zeigte ein 17-jähriger Oberschüler (KG 56/908), der als Einzelkind verwöhnt und mit Zuwendungen übersättigt aufwuchs. Während der ersten 5 Jahre nahezu ausschließlich durch die Mutter erzogen, blieb der Pat. in der Kindheit scheu, ohne Freunde und ängstlich vor jeder äußeren Bewährung. Bis ins Jünglingalter blieb er am Schürzenzipfel, wollte sein zukünftiges Leben ganz zu Hause verbringen und als kleiner Beamter in die Fußtapfen des Vaters treten. Er schlief bis zur Zeit im Bett der Mutter, verhielt sich dabei klein-kindhaft-zärtlich und zwang den Vater, den er „Spätheimkehrer“ nannte, sich ein besonderes Schlafgemach einzurichten. In körperbaulicher und seelischer Hinsicht entspricht der Pat. dem Entwicklungszustand eines Vierzehnjährigen. — Vor 1 Jahr erlebte er bekümmert, daß drei Mädchen, die über Jahre seine Spielfreundinnen gewesen waren, sich verlobten. Er faßte in dieser Zeit eine stille Neigung zu einer Schülerin, die er mehrmals aus der Ferne bewunderte. Vor 4 Monaten war er erschreckter Zuschauer einer Szene, bei welcher Klassenkameraden eine gleichaltrige Schülerin entkleideten und sadistisch traktierten. Eine Clique der Klasse erpreßte daraufhin seine Verschwiegenheit; man suchte ihn für einen Zirkel zu gewinnen, in welchem mutuelle Masturbation gepflegt wurde, und schmuggelte pornographisches Material in seine Schulsachen, um ihn zu diskreditieren und in der Hand zu behalten. In diese Zeit fällt auch die Nachricht seiner gefährdeten Versetzung und der Versuch der Eltern, ihn im eigenen Schlafzimmer zu etablieren. Der Pat. lehnt das ab. Er schwankt den Verführungsangeboten der Klassenkameraden gegenüber und ist mehrfach dicht daran, nachzugeben. Er gerät schließlich in eine Verfassung der Kopflosigkeit und Verwirrung. — In dieser Zeit setzt ein überbetriebsames, hypomanes Aufbegehren ein. Der Pat. wirft den Vater aus dem Ehebett und beansprucht die Mutter für sich. „Sie ist die einzige Instanz, wo ich mich bei schlechten Gedanken hinwenden kann.“ Zugleich erklärt er erbittert den Eltern, man solle ihn endlich nicht mehr als Dreijährigen behandeln. In einem Zustand kompletter Ich-Überblähung sucht der Kranke selbstherrlich die Familie zu regieren, entwirft Hörspiele, Romane, utopische Erfindungen usw. Daneben ängstlich, fürchtet Racheaktionen der Klasse und stammelt in inkohärentem Redefluß Schutzgebete.

(30) Ein 19-jähriger Bürogehilfe (KG 56/866) wird seit der frühen Jugend durch eine überresolute, borniert-egozentrische Mutter in seiner Entfaltung gehemmt. Den um 3 Jahre älteren Bruder des Pat. ließ sie eher links liegen, während sie sich des Kranken, der vom 3. Lebenstag bis zum 6. Lebensjahr wegen einer Kyphose nachts im Gipsbett lag, mit usurpierender und zugleich verständnisarmer Überfürsorglichkeit annahm. Sie betont, daß sie sich zeit ihres Lebens nur für ihn krank gearbeitet habe. Der Pat. wurde auf der einen Seite von ihr verhätschelt, vor allem von jeder körperlicher Aktivität unter Hinweis auf seinen (objektiv längst nicht mehr bestehenden) „Buckel“ zurückgehalten; andererseits wurden ehrgeizige berufliche Erwartungen in ihn gesetzt, die der Kranke bei seiner mäßigen Intelligenz nicht erfüllen konnte. Der Vater nimmt in der Familie eine ganz blasse, auf seine Angestelltentätigkeit beschränkte Rolle ein, unterstützt jedoch die Mutter in ihren Riesenerwartungen an den Sohn. Dieser trat vor 4 Jahren mit äußerst angespanntem, zugleich sehr verschwiegenem Ehrgeiz in die Bürolistenlaufbahn. Hier verhält er sich zunächst timide, ist peinlich auf korrektes Ansehen bedacht und früh um erste Schritte in der erwarteten Karriere bemüht. Den Mitarbeitern steht er, wie den Mitmenschen überhaupt, kontaktschwach und unsicher gegenüber. Seit der Pubertät erfüllt ihn in erotischer Hinsicht eine ängstlich-neugierige ambivalente Haltung, die durch Onanieskrupel gefördert wird. — Ende 1955 bietet sich dem damals 16-jährigen eine betrunkene Frau zum Geschlechtsverkehr an. Er geht zunächst auf

die Verführung ein, weicht aber im letzten Augenblick aus. Wenige Tage später beginnen Anspielungen des Gewerbeschullehrers, der ihn wegen schlechter Leistungen früher vor der Klasse beschämt hatte. Der Lehrer spielte auf das Vorgefallene an, schien ihn vor dem weiblichen Geschlecht zu warnen und zugleich homosexuelle Angebote zu machen. In derselben Zeit beginnt auch eine indirekte Kritik der Geschäftskollegen, die auf seinen Lebenswandel anspielen und eine Gefährdung seiner Geschäftskarriere prophezeien. Der Pat. zieht sich fortan noch mehr zurück, bleibt aber im weiterlaufenden Beziehungswahn, den er zu Hause verschweigt, angepaßt. 1 Jahr vor der Aufnahme verliebt er sich in eine gleichaltrige Kollegin, wagt sich aber nicht zu erklären. Bei einem Betriebsausflug, wenige Wochen darauf, hat er den Eindruck, man wolle sie mit ihm verkuppeln und lehnt seither vor sich selbst brüsk jede Neigung zur Kollegin ab. Jetzt wendet die früher Geliebte den Spieß gegen ihn, und zwar im wörtlichen Sinne. Er meint, sie habe im Geschäft ein Komplott gegen ihn geschmiedet und Helfershelfer gedungen, die ihm kurz vor der Klinikaufnahme bei einem Gasthausbesuch eine „Spritze in den Buckel“ gaben. Dadurch entstand der während der ersten Lebenstage (nach Meinung der Mutter durch Unachtsamkeit der Säuglingsschwester) hervorgerufene Buckel von neuem. Der Pat. fühlt sich jetzt in den Augen aller Menschen erledigt, gerät in eine paranoide Panik und meint zuletzt, es könne auch die Mutter jene katastrophale Einspritzung veranlaßt haben.

(31) Ein 20jähriger Hilfsarbeiter (KG 57/506) ist das jüngste von drei Geschwistern und wurde als solches von einer überbesorgten, debilen Mutter verwöhnt und zugleich gehemmt. Der Pat. erinnert sich, daß die Mutter seit je in einem primitiven Wortschwall auf ihn einredete, ihn zugleich lobte und zurechtwies und bis ins 20. Lebensjahr nicht die Lebensbelange eines Jugendlichen freigab. „Sie schwätzt und schreit in einem fort, fragt mich zehnmal am Tage, wie es mir geht, daß sie mir auf die Nerven fällt.“ Der Vater ist ein kleinlauter Mensch, der sich darauf beschränkt, die Meinungen und Haltungen der Ehefrau zu kopieren. Als verpflichtendes, zugleich aber unerreichbares Ideal fungiert der ältere Bruder, ein Polizeibeamter, der verheiratet im Elternhaus wohnt und verächtlich auf die „niedrige“ Familie herabblickt. Der Pat. ist seit der Pubertät gehemmt, unsicher, überhaupt von schlechter Charakterartung. Eine für ihn entscheidende Partnerin stieß ihn vor 2 Jahren von sich, da er ihr zu simpel erschien. Davon abgesehen zeigt der Pat. eine unauffällige Sexualentwicklung mit kurzfristigen, gelegentlich auch intimen Beziehungen zu Mädchen. Im ganzen erschien er unselbständig, kleinmütig, still und schwunglos. Eine gewisse Pedanterie und eine Neigung zur Tüftelei in Kleinigkeiten war ihm eigen. Unter Alkohol hatte sich der Pat. 1 Jahr vor der Aufnahme von einem Kriminellen zur Teilnahme an einem Raubüberfall auf eine ältere Passantin verleiten lassen. Er geriet dabei in eine Schlägerei mit Hinzueilenden, wurde über Trümmergrundstücke verfolgt, übel zugerichtet und gestellt. Bereits in der Haft und weiterlaufend nach der Entlassung hörte Pat. Stimmen, die ihn als Gangster und Schläger titulierte. Das geduckte Aufschauen zum älteren Bruder, der ihm nach dem Delikt verachtet, wird zum ängstlichen Sich-Verkriechen. Der Pat. erlebt das Elternhaus als Tag und Nacht durch die Polizei umstellt, hört laufend Anspielungen auf seine Untat. Er wird schließlich mutistisch, verweigert die Nahrung und zieht sich von jedem Umgang zurück. — In der Klinik wird sein Verhalten als verständliches Reagieren einer primitiven Persönlichkeit gewertet. Nach der Entlassung laufen bei Arbeitsversuchen die Anspielungen weiter. Der Pat. wird ratlos, gerät schließlich in ein spielerisch-gespreiztes Gehabe, zuletzt in eine katatone Erregung. Bei der Aufnahme wird die Diagnose einer Schizophrenie gesichert.

Ausgeprägte Hemmungen bestimmter Antriebsrichtungen, frühpsychopathische Züge, stärkere Unausgewogenheiten des Entwicklungsganges

im ganzen sind bei diesen Kranken zu beobachten. Abnorme symbiotische Verflechtungen zwischen Kind und Mutter, wie sie beim infantilen Autismus geläufig sind, tragen die Haltungsabwandlungen dieser Jugendlichen. Verwöhnend-lastendes Geben auf der einen Seite, über-große emotionale Bedürftigkeit oder verschwiegene Opposition auf der anderen geben den Symbiosen eine besondere Färbung. Daß diese Gruppe ausschließlich von männlichen Kranken gebildet wird und mütterliche Verwöhnungen dieser Art bei unseren Kontrollfällen nie zu finden waren, verdient Beachtung. Eine exzessiv beengende *Verwöhnung* durch den Vater war bei den vorher untersuchten Kranken 25—27 und K 9—K 11 nicht anzutreffen. Vielleicht liegt es im Wesen patriarchalischer Familienordnung, daß sie vom Kind als imperative, als fordernd-versagende erlebt und dann mit Opposition (26, K 10), Übergefügigkeit (27, K 9) oder verschlüsselten Reaktionsbildungen (25, K 11) beantwortet wird. Mütterlicher Usurpation begegnet das Kind offenbar mit anderen Haltungen: mit erpresserisch überfärbter regressiver Anhänglichkeit (28, 29), Kontakthemmung (30) oder unsicherer Passivität (31).

Es wäre künstlich, solche und andere Muster von Mutter-Kind-Beziehungen zu katalogisieren. Es handelt sich eben nicht um isolierbare Sozial-„Faktoren“, sondern um *Begegnungsstile*, die aus dem gegebenen Familienzusammenhang in jeweils unterschiedlicher Weise entstehen. Wie vielfältig die Abnormitäten des Werdens dieser praeschizophrenen Adoleszenten determiniert sind, zeigt beispielhaft Fall 30. Hier treten eine vermeintliche „Organminderwertigkeit“, eine bestimmte Geschwister-Position, eine geeignete Persönlichkeitsstruktur des Vaters, die Abnormität der Mutter usw. zusammen und begünstigen die Entfaltung eines sensitiven Charakters, welcher wiederum durch extrafamiliäre Begegnungen weitergeprägt wird. Das eigene Erziehungsschicksal der Eltern, die Motivation ihrer Partnerwahl und manche weiteren situativen Strukturglieder bleiben dabei noch im Dunkel. Die Mutter-Beziehung ist lediglich Glied eines weitläufiger gestörten Familienzusammenhanges.

Wesentlich scheint, daß diese Kranken kompliziert determinierte Ausgesetzttheiten und Gefährdungen herausbilden, welchen vor Beginn der Psychose eine *kritische* Belastungsprobe zugemutet wurde. Das Sich-Einlassen mit der Welt des Geschlechtlichen ist an sich ein gewöhnlicher Vorgang einer Adoleszenten-Biographie. Angesichts der besonderen Werdenswelt der Kranken (28, 29 und 30) kann es jedoch nicht zweifelhaft sein, daß die je eigenartige Begegnung mit dem Erotischen hier einschneidenden Konfliktcharakter hatte; dies nicht zuletzt im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten eines Aufbaues der Identität bei der Ablösung von der eigenen Mutter.

Wir stellen jetzt drei schizophrene Patienten zwei Kontrollfällen gegenüber. Es handelt sich um *Einzelkinder* oder um solche mit *Extrem-*

positionen in der Geschwisterreihe. (Einige weitere Kranke, die man hier einordnen könnte, wurden oben (siehe 21, 29) angeführt, da bei ihnen andere situative Gesichtspunkte im Vordergrund standen).

(32) Ein 19jähriger Hilfsarbeiter (KG 57/119) kommt aus einer einfachen, patriarchalisch geordneten Arbeiterfamilie. Von Kindheit an wurden diesem einzigen Kind Ordentlichkeit und Sparsamkeit als verpflichtende Ideale vorgestellt. Für den 6jährigen bedeutet es eine nachhaltige Erschütterung, als er von einrückenden Besatzungstruppen zusammengeschlagen wurde und alle Gespielen ihn dabei im Stich ließen. Wegen seiner Rothaarigkeit fühlte er sich früh zweitrangig. Seit der Schulzeit erschien er asthenisch, empfindlich, ruhig. Er liebte einsame Ausflüge in die Natur, wobei er sich Träumereien über eine glänzende berufliche Laufbahn überließ. Er litt unter der sozialen Inferiorität der Familie und entwickelte als Kehrseite eines matten, unerfüllt bleibenden Ehrgeizes ein bitteres Ressentiment gegen die „besseren Leute“. — Während der Tage vor dem Ausbruch der Psychose hatte er eine Tanzstunde begonnen und dabei jeden Gedanken an eine Freundschaft mit einem Mädchen aus sozialen Rücksichten von sich gewiesen. Zur gleichen Zeit war der Pat. an der Arbeitsstelle in eine Auseinandersetzung mit einem Kollegen geraten, der, wie er wußte, „aus besserem Hause“ stammte. Der Pat. hatte, um ihn abzuwerten, auf dessen uneheliche Geburt angespielt. Wenige Tage darauf fühlte er sich von jenem Kollegen unvermittelt hypnotisiert und forderte jetzt von den Eltern, daß man ihm die Hypnose beibringe, damit er gescheitert als die anderen werde. Es sei bekannt, daß „die Höheren auf Hypnose studieren“. Er wolle da nicht zurückstehen. Schneller Übergang in ein wahnhaft-ängstliches Bild mit Stimmenhören, das bald chronifiziert und zu längerem Anstaltsaufenthalt führt.

(33) Eine 19jährige, als Einzelkind von der Mutter verwöhnte Hotelfachschülerin (KG 56/821) hatte sich seit der Pubertät früh zur Selbstständigkeit entwickelt. Sie erschien ruhig, unkompliziert und hatte über längere Zeit mit jugendhafter Energie eine Pension allein geleitet. (Ein Bruder der Mutter schizophren.) Zur Komplettierung ihrer Ausbildung war sie 4 Monate zuvor in eine Londoner Pension gegangen, wo sie sich bald vernachlässigt, zu niedrigen Tätigkeiten ausgenutzt und gedemütigt fühlte. 3 Wochen vor Ausbruch der Psychose ging sie eine lesbische Beziehung zu einer Dame mittleren Alters ein, die seit längerem in der Pension logierte. Die Pat. wurde bald von Skrupeln geplagt und suchte ihr Verhalten vor sich mit Vereinsamung und Heimweh zu rechtfertigen. In diesen Tagen geriet sie in eine zügellose Erotomanie, begann eine unklare Beziehung zu einem älteren Exoten, brüstete sich damit, den „Vorhang von London gelüftet“ und den „Pfuhl“ beobachtet zu haben. Sie glaubte sich von einem Spionage- und Verbrecherzirkel eingekreist und wurde zurücktransportiert. In der Klinik bestand ein langwieriges Bild mit distanzlos-enthemmter Hypomanie und Verbalhalluzinose.

(34) Ein 18jähriger Arbeiter der Schmuck-Industrie (KG 57/595) ist jüngstes Kind einer Landwirtsfamilie, die vor dem Krieg in das Dorf eingezogen war. Der Vater ist ein schweigsamer Schaffer, bei den Nachbarn wegen seiner Verschlossenheit wenig beliebt. Die Mutter fühlt sich mit dem nachgeborenen Kind am Ort isoliert. Ein erheblich älterer Bruder des Pat. fiel im Krieg; die 36jährige verheiratete Schwester wohnt entfernt. Als Kind schon überfolgsam, peinlich gewissenhaft; während des letzten Jahres überfordert und erschöpft durch das Nebeneinander von industrieller und landwirtschaftlicher Tätigkeit. Seit der Schulzeit ist der Pat. schüchtern, einsam, wird von Gleichaltrigen gemieden und fühlt sich zurückgesetzt. Später nahm seine Umgebung seine Zurückhaltung als besondere Reife. Über Jahre hin war es für ihn vor anderen beschämend, ohne Bruder zu sein. — Nach einem fieberhaften grippalen Infekt fühlte der Kranke sich erschöpft und überlastet durch die Mitarbeit in der Landwirtschaft, von der er sich aber mit Rücksicht auf die

betagten Eltern nicht lösen konnte. — In dieser Zeit kommt es zu einem paranoid-halluzinatorischen Einbruch, in dessen Mittelpunkt der Gedanke steht, der gefallene Bruder sei auferstanden, leite ihn an oder verfolge ihn.

Vergleichend wäre hier anzuführen eine phantasiefreudig-geltungsbedürftige 20jährige (KG 57/613), älteste von vier erheblich jüngeren Geschwistern, welche für sich die Karriere einer Schauspielerin erträumt hatte und nach einjähriger Ehe in eine oberflächliche depressive Reaktion geriet, als sie ihre überzogenen Lebensansprüche nicht erfüllt fand. Als Kontrolle ist lehrreicher die folgende Lebensgeschichte eines 18jährigen Gärtners.

(K 12; KG 57/117). Dieser Pat. ist Jüngster einer großen Geschwisterreihe. Seine Kindheit wurde durch das Flüchtlingsschicksal der Familie stark gestört. Die häufig erschöpfte und überforderte Mutter kümmerte sich wenig um ihn. Der Vater kehrte erst 1948 heim. Ein Bruder der Mutter ist schizophran. Der Pat., Gärtnergehilfe, schloß sich bald mit einem um 5 Jahre älteren Bruder zusammen, einer haltlos-unsteten Persönlichkeit mit häufigen Suicidversuchen. Mit den Mitteln einer phantastischen, aggressiven Intellektualität dominierte er bald den Bruder. Zeitweise ließ er sich in dessen Lotterleben hineinziehen, distanzierte sich aber immer wieder und rief ihn belehrend zur Ordnung. Der Pat. entwickelte seit der Pubertät einen rhetorischen Familiensinn. Er fühlte sich als jemand, der die Familie vor dem Zerfall bewahrte, entfernte sich aber mit dem Bruder aus dem Elternhaus und proklamierte brieflich, was die Eltern tun müßten, um die Familie hochzuhalten. Die gedrückte soziale Lage der Familie hatte sein großes Bedürfnis nach intellektueller Anregung nicht fördern können. Er wurde jetzt in Jugendorganisationen aktiv und machte sich dort durch eine endlose Diskutiersucht unbeliebt. Bei Riesenansprüchen an seine jeweiligen Partner blieb er im Grunde kontaktlos. Er fühlte sich schließlich durch alle enttäuscht, stellte sich dabei aber unter das moralische Postulat: „Es darf nicht sein, daß ich mich durch andere gereizt fühle.“ Hinter einer spröden-ironischen Oberfläche blieb er verletzbar und unsicher. Seine Enttäuschung war komplett, als eine politische Missionierung seiner Betriebskollegen mißlang. Sein Sendungswille überzeugte nicht. Er erlebte ein Zusammenbrechen seiner Ideologien und warf sich für einige Wochen in das haltlose Leben des Bruders zurück. Ein Versagen beim ersten Bordellbesuch spitzte die Lage weiter zu. Der Pat. entschloß sich zum Suicid, fand sich aber letztlich zu feige. Er wünschte dann jemanden niederzuschlagen, ihn zu berauben, um seine anarchistische Einstellung auch äußerlich zu bekunden. Zuletzt unternahm er einen schwachen SMV mit Hypnotica.

Der Ordnungsgesichtspunkt des Einzelkindes bzw. der Stellung in der Geschwisterreihe ist ein äußerlicher, wie beim ersten Zublicken deutlich wird. Diese Sachverhalte bestimmen in keinem der Fälle die Situation. Die Problematik des Sozialranges, die in den meisten schizophranen Lebensgeschichten auffiel, tritt bei 32 ganz in den Vordergrund. Charakteristisch ist der Unterschied der Verarbeitung der in vielem ähnlichen prekären Lagen von 32 und K 12. Hier die lautstarken, in steter Selbstbespiegelung vor sich gehenden Umschwünge eines intellektualistischen Parvenüs, dessen wortreiche Proklamationen zugleich eine Abwehr echten Beteiligtseins bedeuten; dort die dumpf-sensitive Innenverarbeitung und halbverdeckte Einsicht in das eigene Anders-Sein. Wir erkennen den oben herausgehobenen Unterschied wieder, der zwischen dem

offenen, auf ein mitmenschliches Vernehmen unmittelbar zielenden, erlebnisreaktiv-psychopathischen Agieren und der abgeriegelt-*verdeckten* Weise präschizophrener Verarbeitung zu herrschen scheint.

Bei Fall 33 steht der präpsychotische erotische Konflikt im Vordergrund. Es war nicht zu klären, ob früher eine innerfamiliäre Übertragungssituation bestand, welche das Hineingeraten in den Konflikt vorbereitete. Daß die präpsychotische Krise dieser Patientin sich im Bereich eines intimen Fehlverhaltens entzündete, verbindet sie mit vielen der bisher analysierten präschizophrenen Lebensgänge. Beim bruderlosen Patienten 34 kommt seiner besonderen Stellung als Nachgeborener Bedeutung zu. Die soziale Isolation der Familie und die große Altersspanne zu den Eltern erschwerte die Identitätsfindung an einem Leitbild, auf welches diese unsicher-retardierte Persönlichkeit in besonderer Weise angewiesen war. Eine präpsychotische Zuspitzung dieser Lage, deren Verarbeitung die Struktur des *innerlichen* Austragens und ein schamhaft-innenlebigen Schuldbewußtsein erkennen ließe, fehlt. Allerdings weist die thematische und formale Dynamik der einsetzenden Psychose auf die besondere Situation des Kranken zurück.

Wir schließen die Beschreibung mit zwei schizophrenen Patienten, deren präpsychotische *Situationen* bei eindringlicher Exploration *ohne erkennbaren Konflikt* waren.

(35; KG 57/675). 20-jähriger Arbeiter; in früher Kindheit und Schulzeit angepaßt, ohne Erziehungsschwierigkeiten. Später leicht gehemmt, bedächtig, reflektiv. Im Vergleich einer um 2 Jahre jüngeren, temperamentvoll-fixen Schwester wirkte der Kranke ruhig, frühreif. Im Beruflichen zielstrebig. Während der letzten beiden Jahre schien Pat. lebhafter zu werden und aufgeschlossener für Freundschaften. Er war stets sehr der Mutter zugetan; am stillen arbeitsamen Vater gewann er ein stabiles Vorbild. Die Schwester sieht ein wenig auf den Pat. herab und kann sein Verhältnis zu den Eltern gelegentlich eifersüchtig kontrollieren. Seit 5 Jahren Onanieskrupel. — Im Jahr vor der Aufnahme leidet der Pat. unter Konzentrationsstörungen, seit 6 Wochen unter „abgehackten Gedanken“. Planlosigkeit, Antriebsverarmung und Insuffizienzgedanken überwiegen im Bild stets gegenüber einem farblosen Beeinträchtigungswahn. Zuletzt versagte er in einer Fahrprüfung (offensichtlich in der Folge der Denkstörung) und fühlte sich vor Gleichaltrigen diskreditiert.

(36; KG 56/977). Der 14-jährige Pat. ist jüngstes Kind und kommt aus einer sehr schlichten Familie, die seine Erkrankung deswegen betrifft, weil der Junge als künftiger Mitverdiener auszufallen droht. Seit der frühen Kindheit sehr fügsam, schwunglos, schüchtern; hing bis zuletzt kleinkindhaft an den Eltern. Zwei erheblich ältere Schwestern sind seit längerem nicht mehr im Elternhaus. Patriarchalische Familie mit dumpfer Kontaktarmut aller Mitglieder. — Seit dem 11. Lebensjahr wurde ein allmählicher schulischer Leistungsabbau beobachtet. Pat. stumpfte ab, wechselte zwischen wortkarger Zurückgezogenheit und abrupter Aggressivität gegen die Eltern. Seit etwa 1 Jahr ausgeprägte formale Denkstörungen und Ichstörung. Bald schwerer hebephrener Verlauf, therapeutisch unbeeinflussbar.

Beiden Fällen ist das Überwiegen dyston-schizothymen praemorbider Züge eigentümlich. Reaktive Momente treten dagegen zurück. Wo Spannungen auftreten, sind sie als Folge des schon eingetretenen psychotischen

Wandels zu sehen. Daß die praemorbid-abnorme Artung beider Kranker Verfestigung einer Abwehrhaltung im Zusammenhang einer früheren situativen Spannung sei, ist nicht zu erweisen. Diese farblos-gefügigen Persönlichkeiten scheinen von vornherein konfliktunfähig. Das Gegeben-sein blander hebephrener Bilder in beiden Fällen ist vorderhand nur zu registrieren. Wir sind zur Beantwortung der Frage noch nicht gerüstet, ob zwischen solchen nivellierten Situationsbildern schwunglos-matter Prä-psychotiker und symptomarmen, nichtprojektiven Schizophrenen eine Beziehung besteht.

Wir heben rückblickend einige *situative Züge* dieser 18 schizophrenen Jugendlichen heraus. Früh einwirkende parataktische innerfamiliäre Umgangsstile sind häufig zu beobachten. Im abwegigen Familienzusammenhang wird dem später Erkrankenden nicht selten eine starre, abgeriegelte Rolle zuteil, welche die in der Pubertät und Adoleszenz geforderte Entfaltung, Ablösung, den Wandel der Beziehungen überhaupt vereitelt. Spezielle Typen von Vätern oder Müttern haben im Rahmen dieser Familien-Pathologie keine eigenständige Bedeutung. Sie können allenfalls gewisse Akzente in den Familienzusammenhang hineinragen (Dominanz, Distanz, Überforderung usw.). Die abnorme Rolle des Vaters oder der Mutter erscheint dort, wo ihr Zustandekommen überblickbar war, als Resultat langjähriger verdeckter Spannungen zwischen den Ehepartnern. Es begegnen unterschiedlichste Abschattungen väterlicher oder mütterlicher Usurpation: Kontaktformen und erzieherische Haltungen, welche sich zunächst nur unter dem Gesichtspunkt einer egozentrischen, wesentliche Bedürfnisse des Kindes vernachlässigenden „Fürsorge“ vereinheitlichen lassen. Gewisse situative Strukturen der Kranken unserer ersten Mitteilung, ließen sich bei diesen Patienten wiederfinden (Probleme der Rangordnung, Begegnungsstarre, Konfliktkaschierung).

Im Vergleich zu den Fehlentwicklern ist deutlicher geworden, daß die situative Genesis praeschizophrener Lebensläufe durch ein Vorwiegen *verborgener* Auseinandersetzungen und stillen Ausgeliefertseins, durch ein geheimes Laborieren mit Fragen der Moralität und Schuld ausgezeichnet ist. Das Gemeinte unterscheidet sich in einer jetzt noch schwer zu charakterisierenden Weise vom situativen Kontext selbst-unsicherer Skrupulanten, depressiver Astheniker usw., deutlicher von den sthenischen Varianten des Erlebnisreaktiven und Psychopathischen, welche in der uns zugänglichen Kontrollgruppe leider einseitig überwiegen.

Der Vergleich grober soziologischer Daten ergibt zwischen Schizophrenen und Kontrollpatienten *keine* entscheidenden Unterschiede. Die Isolation der Familie innerhalb der Sozietät, hier wie dort zu beobachten (etwa 34 und K 10), ist überhaupt ein Kennzeichen der modernen Kleinfamilie. Ein früher Tod von Eltern und Geschwistern, Ehescheidung der

Eltern, Einzelkind-Schicksale, Extrempositionen in der Geschwisterreihe usw. sind in ähnlicher Verteilung in beiden Gruppen anzutreffen. Unterscheidendes ergibt sich erst, wenn *intime* sozialpsychologische Zusammenhänge beobachtet werden. Unsere Beschreibungen lassen freilich keine *spezifischen* Situationen bei jenen Patienten erkennen, welche später schizophren wurden. (Eine situative Diskrimination zwischen Schizophrenen und Nichtschizophrenen nach dem Vorbild jener Unterscheidungen, wie sie die exakten Naturwissenschaften zwischen ihren Gegenständen vornehmen, ist auf psycho(patho)logischem Gebiet ohnehin unmöglich.) Idealtypisch heraushebbar sind aber gewisse sozialpsychologische Akzente, welche in der Lebenswelt späterer Schizophrener in je eigener Weise erscheinen. Merkwürdig ist hier vor allem die fatale Starre des Hin und Her zwischen Abstand und „Tuchföhlung“ zu wesentlichen Partnern; sie kommt *nahezu* ausschließlich bei späteren Schizophrenen vor. Wir fanden diesen Zug lediglich bei einem Kontrollfall (K 1), dessen paranoide Reaktion dem psychotischen Paranoide psycho-dynamisch nahesteht. Da diese kommunikative Ambivalenz nicht bei allen Schizophrenen bestand, ergibt sich die Frage, ob sie an bestimmte Symptome oder Verläufe der Schizophrenien gebunden ist.

Wir suchen weitere Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe zu bestimmen. Die Identitäts-Probleme der Patienten 22 und K 12 zeigen auf den ersten Blick manche phänotypischen Verwandtschaften. Eine lebhafte Mitverantwortung der Integrität der Familie (vgl. auch Fall 8) ist deutlich. Dieser Zug erstet aber aus geschichtlichen Verweisungen, welcher in beiden Fällen genotypisch andersartig ist. Bei Praeschizophrenen ist der Zusammenhalt des Ich, die Bestätigung durch Partner tiefer in Frage gestellt, das Bedürfnis nach Errichtung einer heilen mitmenschlichen und (damit zugleich) egologischen Ordnung kompromißloser und um so schwieriger, als eine Art Zwang zur Selbst-Verdeckung und Selbst-Vereitelung das Erstrebte zugleich entfernt und destruiert. Bei den Kontrollfällen fehlt die für den Praeschizophrenen charakteristische *unerbittliche Moralität* der Auseinandersetzung. Bei ihnen bleiben auch in verfahrenen Lagen (moralpsychologisch genommen) billigere Lösungen möglich, sei es nun abruptes Aus-dem-Felde-Gehen (Suicidversuch, Flucht aus der Familie, phantastische Realitätsflucht), regressive Dissozialität (Alkoholismus) oder ein anderer Weg.

Das Unterscheidende auf Begriffe zu bringen, ist schwierig. Da die situativen Differenzen in jedem Fall hintergründig sind, einen großen sozialpsychologischen Komplikationsgrad haben, also nur im Zusammenhang weiter situativer Kontexte *als* Differenzen entwickelbar sind, ist vorauszusagen, daß sie sich (zumindest auf absehbare Zeit) statistischen und psychometrischen Methoden nicht erschließen werden. Wenn überhaupt, dann helfen hier eingehendere Erfahrungen an einzelnen Kranken und kleinen Gruppen weiter. Im Verlauf unserer Explorationen wurde uns klar, daß die an diese Fälle herangetragene Intensität biographischer und psycho-

pathologischer Durchdringung einen *vorläufigen ersten Aufriß* ihrer Situationen zuläßt. Feinere Verzweigungen, die Genealogie der Situationen insbesondere, blieben unbekannt. Gleichwohl kann das in beiden Studien Angedeutete für künftige intensive Erforschungen zur nützlichen Orientierung werden. Wir belassen die situativen Befunde, die wir bisher ohne pathogenetische Seitenblicke darstellten, so vorläufig und korrekturbedürftig, wie sie aus der Sache entgegentraten. Die Geschichte der „Familienforschung“ in den USA ist ein lehrreiches Beispiel dafür, daß voreilende Systematisierungen Klärungen der Situationsproblematik von Schizophrenien eher erschweren können.

Wir betonten, daß die skizzierten Situationen Schizophrener keine *strikte* Spezifität besitzen. Sie sind unprägnant und — wie jedes auf komplexen Motivzusammenhängen gewonnene Datum — relativ auf diese Zusammenhänge. Weitere Forschungen werden eine größere psycho-(patho)logische Prägnanz von Situationsbefunden erreichen. Wenn es auch unwahrscheinlich ist, zu einer strikten Unterscheidung *spezifischer* Situationen Präschizophrener und Nicht-Schizophrener zu gelangen, bedeutet dies kein Hindernis für situations-pathogenetische Überlegungen bei Schizophrenien, worauf unten einzugehen ist.

Die Korrelation unserer situativen Befunde zum klinischen Faktum Schizophrenie ist hoch genug, um praktische *Voraussagen* zuzulassen. Wendet man die oben niedergelegten Gesichtspunkte an, so ist es in mehr als $\frac{2}{3}$ der Fälle möglich, allein aus der Kenntnis von Lebensgeschichte und prä-morbider Situation zu entscheiden, ob es zur Schizophrenie oder zur Fehlentwicklung kam. Eine solche praktische Anwendbarkeit situativer Daten schließt noch keine Annahme über die besondere Art des Nexus von Situation und psychiatrischer Verfassung ein. Sie ist, obzwar unter Umständen nützlich, wissenschaftlich wertlos, wenn sie nicht in die umfassenderen *klinischen* Zusammenhänge der Schizophrenielehre eingeordnet und aus ihnen theoretisch begründet werden kann. Das soll im folgenden versucht werden.

II

Wenn *klinisch* Situation und Schizophrenie in Beziehung gebracht werden, so unter der Vorstellung, daß das Situative die Psychose färbe und daß gelegentlich „Auslösungen“ der Psychose durch „psychische Traumen“ festzustellen seien. „Psychoreaktive“ Schizophrenien gelten als Widerspruch in sich. Deutliche situative und charakterogene Einschlüsse machen für viele Kliniker die Schizophrenie-Diagnose fragwürdig. Man nimmt solche Fälle in Anlehnung an KRETSCHMERS Randpsychosen gerne aus den „eigentlichen“ Schizophrenien heraus, oder bezeichnet sie als Entwicklungs-Pseudo-Schizophrenien. Die Verschiebung diagnostisch schwieriger Fälle in ein anderes nosologisches Feld bedeutet indessen nur ein Ausweichen vor dem *Problem der Verzahnung von Situation und Psychose* und damit vor dem Schizophrenie-Problem schlechthin.

Es ist klinisch üblich geworden, eine *Auslösung* ernstlich zu erwägen, wenn die seelische Erschütterung hinreichend *intensiv*, *nachhaltig* und mit dem Beginn der Psychose *zeitlich* streng *verknüpft* ist. Daß diese Kriterien allenfalls einer groben statistischen Orientierung, kaum aber wissenschaftlich genügen, geht aus den Überlegungen KORNHUBERS und MATUSSEKS zum Problem der „Anlässe“ hervor. Ob eine Situation Anlaß-Wert für das Beginnen einer Schizophrenie hat oder nicht, ist mit den drei genannten Kriterien nicht zureichend zu entscheiden. Operiert man mit diesen behavioral-objektiven Kriterien, so muß Klarheit darüber bestehen, daß sie als heuristische Instrumente verankert sind in einer *bestimmten* Auffassung über ein als allein möglich zugelassenes Verhältnis von Situation und Psychose. Die Auffassung besagt, daß eine bestimmte Situation *als Erlebnis* (WEITBRECHT; KORNHUBER) oder *als sinnblinder Affektschlag* (KURT SCHNEIDER) in jedem Falle auf *Somatisches* wirke, dessen Alteration dann das Korrelat der Psychose sei. Diese Sicht ist für das Gebiet der Cyclothymien, wo die Relation psychisches Trauma-Psychose in vielem klarer zu liegen scheint, gründlich diskutiert worden.

Werten wir unter Übernahme der klinischen Kriterien die Verhältnisse unserer 36 schizophrenen Patienten aus, so ist bei 14 Kranken eine „Auslösung“ durch belangvolle „psychische Traumen“ anzunehmen. Dabei wurde sorgfältig darauf geachtet, praepsychotische Konflikte von solchen Konflikten zu unterscheiden, welche Ausdruck einer schon einsetzenden Psychose sind. Mehr als ein Drittel sogenannter psychischer Auslösungen, das ist ein überraschend hoher Wert, der selbst die Auslösungsziffern bei Cyclothymien übertrifft, welche stets höher angegeben werden als diejenigen von Schizophrenien. Unsere intensive Exploration der präpsychotischen Lebenswelt der Kranken ist sicher mitbedingend für diese Differenz. Auf der anderen Seite ist einzugestehen, daß die „Objektivität“ der Kriterien eine Scheinobjektivität ist, relativ auf die subjektive Evidenz, besser: die psychiatrische Ideologie des jeweiligen Bearbeiters. Wer vermöchte „Objektives“ über die Intensität, Nachhaltigkeit und Zeitbindung einer seelischen Erschütterung verbindlich zu machen? Provokationsprozente überzeugen hier nur *innerhalb* der methodischen Voraussetzungen und theoretischen Annahmen des Errechners der Prozente.

Blickt man auf die *Thematik der Erschütterungen*, so steht Erotisches im Vordergrund (4, 14, 17, 18, 19, 21, 28, 29, 30, 33). Entbergungen (7, 20) und ethische Konflikte allgemeiner Art (23, 31) sind weniger häufig. Unter den erotischen Erschütterungen ist Erlittenes (Frustationskonflikte im Sinne von Verlust oder Enttäuschung) seltener auslösend als Selbstbewirktes (vor allem Ambivalenzkonflikte, die den Betroffenen in Widerspruch zu eigenen Normen bringen). Ein solcher Schematismus

der Konflikte ließe sich natürlich differenzieren. Befriedigendes wird dabei nicht gewonnen.

Es bedarf *zweier* neuer Gesichtspunkte, wenn man dem Sachverhalt gerecht werden will. *Zuerst*: es gibt Anlässe hintergründiger und diskreter Art, welche auch in intensiver klinischer Exploration nicht klar herausgearbeitet, in ihrer psychodynamischen Wirksamkeit höchstens erschlossen werden können¹; das können gedehnte Dauer-Situationen (KORNHUBER) oder Dauer-Anlässe (MATUSSEK) sein, gespannte und unter Umständen quasi-statische situative Systeme, die sich in der Konsequenz komplizierter innerer Entwicklungen herausbildeten. Auch ohne kritischen Umschlag können sie anlaßwertig werden. Sieht man unser Material daraufhin durch, so drängt sich die Vermutung auf, Daueranlässe könnten der Manifestation der Psychosen weiterer sieben Kranker voranliegen (6, 8, 11, 15, 16, 24, 32). Anerkennt man überhaupt diesen Gesichtspunkt, so muß man der Intensität und der Nachhaltigkeit einer seelischen Erschütterung einen anderen als den konventionellen bewußtseinspsychologisch-charakterlogischen Sinn geben. Unter Umständen kann sich dann ein „psychisches Trauma“, das die formalen Voraussetzungen starker Intensität und Nachhaltigkeit erfüllt, bei einer differenzierten Sicht der situativen Verweisungen als belanglos herausstellen. Nach unseren oben mitgeteilten Erfahrungen über Situationen später Erkrankender ist es sogar wenig wahrscheinlich, daß Katastrophen im *äußeren* Situationsfeld, sie mögen so intensiv und nachhaltig sein wie auch immer, Anlässe abgeben. Die Anlässe waren bei den „Auslösungen“ unserer 21 Kranken allesamt solche der *Intimssphäre*. Sie sind damit sinnvoll bezogen auf die in diesen Studien herausgestellte Situationstypik Schizophrener.

Daß das Verhalten und Erleben Schizophrener durch akute, schwerwiegende Ereignisse im äußeren Situationsfeld beträchtlich *formbar* ist, liegt auf anderer Ebene. Man kann daraus um so weniger einen Einwand gegen den Intim-Charakter auslösender Anlässe ableiten, als schlichte und kontinuierliche Wandlungen im äußeren Situationsfeld (Beschäftigungstherapie usw.) ähnliche Formungen des Schizophrenen bewirken können. Die Reform der Innenstruktur des psychiatrischen Krankenhauses eröffnet dem Psychiater jetzt einen besseren Blick auf die nicht geringere Wandelbarkeit Schizophrener unter den hintergründig-intimen Verflechtungen mit anderen Pat. und dem Personal.

Für die Begutachtung der Frage seelisch ausgelöster Schizophrenien, für die angewandte Psychiatrie also, sind die Richtlinien KURT SCHNEIDERS verbindlich,

¹ Diese hintergründigen Motive, auf welche die Psychotherapie Schizophrener wiederholt hinwies, entzogen sich auch unserer explorativen Arbeit. Wir begannen daher inzwischen mit intensiveren Studien an einer kleinen Gruppe von Schizophrenen. Hintergründig bedeutet *nicht*: nur therapeutisch oder interpretativ erhellbar. Aber die Bestimmung der im Situationshintergrund wirksamen Motive bedarf eben einer ungleich differenzierteren Erfassung aller ins Spiel gelangenden situativen Momente, als sie uns hier möglich war.

nach welchen „ganz selten vielleicht auch einmal akuten seelischen Schädigungen“ ein Anlaßwert zukommt. Es scheint aber unfruchtbar, diese praktische Regel zum Richtmaß psychopathologischer Beurteilung von Anlässen überhaupt auszudehnen. Niemand wird bestreiten, daß akute Anlässe dieser Art im ganzen belanglos für die Auslösung von Schizophrenien sind und daß die Anzahl der Schizophrenen unter kollektiven Katastrophen konstant blieb. Man sieht aber die Sachlage einseitig, wenn man daraus schließt, seelische Einwirkungen seien überhaupt unerheblich. Wenige Problemgebiete der Psychiatrie lassen deutlicher als dieses die Verbiegung echter psychopathologischer Fragestellungen durch ein somatogenetisches Vorurteil (Erlebnis als somatisch wirksamer Affektschlag) erkennen. Der Psychiater sollte indessen die Unbefangenheit seines psychopathologischen Blickes auch dann wahren, wenn er (aus anderen Quellen seines Faches) weiß, daß *allen* Schizophrenien somatische Vorgänge als *notwendige* Bedingungen zugrunde liegen. Das Ob, Wann, Wie und Wielange der Schizophrenie kann nicht als geklärt gelten, solange die zu den notwendigen Bedingungen tretenden *zureichenden* Bedingungen nicht differenziert erfaßt sind. Dies zumal, wenn die letzteren psychopathologisch einigermaßen erfaßbar sind, während über somatische Bedingungen wenig Sicheres bekannt ist.

Zum zweiten: ein lebensgeschichtliches Geschehen, ein Konflikt oder eine Dauerspannung ist *als* Anlaß nicht allein dadurch bestimmt, daß Zeitbindung zur initialen Psychose und psychodynamisches Gewicht aufgewiesen werden. Zum Anlaß gehört die *Rückbestimmung von der initialen psychotischen Erlebnisdynamik* her. Erst wenn eine *Verschränkung* des Konfliktes mit der Struktur der Psychose sichergestellt ist, läßt sich im Sinne einer Zusammenhangs-Psychopathologie vom Anlaß sprechen. Die Analyse der Verschränkungen hat zwischen oberflächlichen Färbungen der Psychose durch lebensgeschichtliche Themen (Schein-Anlässe) und Verzahnungen von Konflikten und psychotischen Erlebnisstrukturen (Anlässe) zu unterscheiden. Eine so verstandene *Verschränkungsanalyse* muß den in der klinischen Auslösungsproblematik steckenden Dualismus von Auslösendem und Ausgelöstem methodisch überwinden. Die Struktur des Psychotischen läßt allererst evident werden, ob und welche praepsychotischen Ereignisse anlaßwertig waren. Das bedeutet aber, das psychiatrische Denken in einen *hermeneutischen Kreisgang* zu bringen, der das Ganze des Präpsychotischen und Initialpsychotischen umschließt und den Stellenwert jeder Teilstruktur aus dieser Gesamtsituation bestimmt. Die Anlaß-Frage so anzugehen, ist freilich mit den Mitteln psychiatrischer Elementardeskription nicht möglich. Zu leisten ist dies von einer verstehenden Psychopathologie weitesten Sinnes, die allerdings noch in den Kinderschuhen und voll vager Hypothesen steckt. Die Aufgabe ist aber gestellt, Maßstäbe für die Dichte der Verschränkungen von Situation und Psychose zu erarbeiten.

Legt man solche Forderungen an die Erfahrungen über unsere Kranken, so stellt sich heraus, daß es zu ihrer Erfüllung eingehenderer Kenntnisse bedarf. Einiges Exemplarisches läßt sich aber andeuten (siehe Tabelle).

Mit den klinischen Auslöskriterien hatten wir oben 14 ausgelöste Schizophrenien gefunden, 7 weitere Kranke traten hinzu, wenn diskrete

Dauieranlässe berücksichtigt wurden. Werden nun diese Anlässe einer Retrospektion von der beginnenden Psychose her unterzogen, so genügen (unter unseren Explorationsbedingungen) lediglich 12 Kranke dieser verschärften Anlaß-Charakteristik (siehe Tabelle, rechte Spalte). In elf Fällen ist der Anlaßwert der Situationen, so betrachtet, fraglich oder nur vermutbar. (In zwei Fällen 2, 22, welche unter Anwendung der klinischen und Anlaß-Kriterien nicht als ausgelöst angesehen werden konnten, waren strukturelle Verschränkungen der beginnenden Schizophrenie mit der Situation gegeben, welche immerhin eine Zuordnung zu den fraglichen Anlaß-Fällen zuließ.) Wesentlich ist die Betrachtung der zwölf

Verschränkung von Situation und Psychose

Keine Verschränkungen	Situativ-thematische Färbungen der Psychose ohne Anlaßwert	Verschränkungen mit Anlaßwert		
		fraglich	vermutlich	sicher
5, 12, 27, 35, 36 insgesamt: 5	1, 3, 9, 10, 13, 25, 20, 34 insgesamt: 8	2, 11, 22, 28 insgesamt: 4	7, 14, 20, 23, 29, 30, 32 insgesamt: 7	4, 6, 8, 15, 16, 18, 19, 21, 24, 31, 33 insgesamt: 12

Fälle, bei welchen eine sichere Verschränkung vorlag¹. Verschränkung heißt jetzt, daß Konfliktlagen der präpsychotischen Zeit im Zentrum des schizophrenen Erlebens verharren, daß entscheidende Haltungen, Einstellungen und innere Positionen zum Konflikt in die Psychose hinein durchgehalten werden, wenn sie auch unter der Marke des psychotischen Umbruchs mannigfache Umbiegungen, Versetzungen, „Verrückungen“ durchmachen. Die *Struktur* der inneren und äußeren Verarbeitung der Situation erfährt mit dem Umbruch eine kontinuierliche oder plötzliche, in jedem Falle *radikale* Änderung. Diese Änderung ist hier aber keine alteratio im Sinne zerstückelnder Beliebigkeit. Bei aller Verschiebung, Verschlüsselung, Transposition ins Irrationale usw. hält sich die Individual-Charakteristik des In-Situation-Seins dieser Kranken identisch durch. *Die Änderung hat den Typus des Wandels*. Man kann diesen Wandel als *Krise* fassen, wenn sein protentives Moment, sein Telos, herausgehoben werden soll. Eine psychiatrische Krisenlehre der Psychosen (ZUTT; SCHULTE; WINKLER; HÄFNER; KULENKAMPPF u. a.), welche nicht mehr verwechselt werden sollte mit der Krisenproblematik im Gebiet des Neurotischen und Normalpsychischen, hat fruchtbare Einsichten zur Typik der Verschränkung von Situation und initialer Psychose beigetragen.

¹ Wir vernachlässigen hier die Möglichkeit, daß bei intensiverem Studium eine Reihe sicherer Verschränkungen sich als fraglich herausstellen oder fragliche in den Rang sicherer Verschränkungen treten könnten.

Wollte man *Typen* der Verschränkung von Situation und Psychose bilden, so ließen sich sondern eine gewaltsame, *unvermittelte Umstrukturierung* der präpsychotischen Situation (8, 21, 24, 33), eine *starre*, in schizo-phrener Selbstverdeckung geübte *Rekapitulation* der präpsychotischen Lage (4, 16, 19), eine *verschlüsselnde Transponierung* des Präpsychotischen ins Irreale (6, 15, 17, 18, 31). Beide letztgenannten Wege erscheinen am ehesten als verzerrte Verlängerungen jener verdeckend-verschraubten Haltungen, welche viele Präschizophrene einnehmen. Der erste Typus ist eher eine Umstülpung dieser Haltung. Indessen befriedigen solche Typen wenig in ihrer Vorläufigkeit und mangelnden Prägnanz. Bis zu genaueren Erfahrungen ist ein individualisierendes Vorgehen vorzuziehen. So sind Krisenstrukturen, wie sie KULENKAMPFF in einer Fallstudie herausarbeitete (Zwang zum Unmöglichen, seitliches Ausbrechen, Ausbruch ins mögliche Irreale usw.), bei manchen unserer Kranken wiederzufinden.

Die sexuellen Beeinflussungserlebnisse und oral betonten abnormen Sensationen der Kranken 4 wiederholen monoton ein Ekelgefühl, dem sie unmittelbar vor Beginn der Psychose ausgesetzt war, als sie aus dem Glas des moribunden Vaters trank und einen oralen Sexualverkehr mit einem Gelegenheitsbekannten hatte. — Der verschwiegene Vater-Protest bei 6 wird umgebildet in eine magische Identifikation mit einem übermächtigen Vater, der den Kranken beeinflusst, als dessen Medium er sich fühlt und dessen Attitüde er in psychotischer Aufblähung imitiert. — Die Kranke 8 wendet den Inzest mit dem Vater psychotisch ins Spielerisch-Enthemmte, ergibt sich Reinigungsriten und erfährt schließlich eine symbolische Heiligung (Ich-Mythisierung i. S. WINKLERS). — Die Pat. 15 sucht in der beginnenden Psychose zunächst die gewaltsame Realisierung einer seit langem bestehenden Inzest-Spannung zum Vater („der Vater ist mein Mann“). Sie erlebt den Vater als Sexualpartner und transponiert ihn später in die Christus-Figur. — Die Transponierung der präpsychotischen Lage in ein extremes Schulterleben und leibliche Unsicherheit wird im Fall 19 deutlich. — Eine Umstülpung der Situation mit krassem Hervorbrechen sonst verschwiegener Antriebe zeigt die Kranke 21.

Solche initial-psychotischen Bewältigungsweisen der präpsychotischen Situation sind nicht ohne Gewalt unter generelle Titel wie Entlastung, Regression, Ersatz-Befriedigung usw. zu bringen. In ihnen waltet eine seelische Vielfalt, die den Möglichkeiten der Auseinandersetzung und des Stellungsnehmens in der Normalität nicht nachsteht. Sieht man unbefangen zu, so herrscht hier nicht jene starre Einschränkung auf wenige Erlebnisbahnen, wie sie (vielleicht) die chronisch-psychotischen Zustände kennzeichnet. Der Blick auf solche psychopathologischen Sachverhalte sollte nicht dadurch behindert werden, daß ihre Beschreibung mit Begriffen wie Bewältigungsweise, Auseinandersetzung, Lösungsversuch usw. mit den Mitteln der „Normal“-Psychologie, also am vermeintlich untauglichen Objekt und mit vermeintlich psycho-genetischen Absichten versucht wird. *Psychologisierung und Psychogenese sind auseinanderzuhalten.*

Da eine differenzierte Syndromatik beginnender Schizophrenien (etwa im Sinne WEITBRECHTS) noch aussteht und eine vergleichende Orientierung an nosologischen Gruppen (etwa denjenigen KLEISTS oder LEONHARDS) für unsere Aufgabe wenig fruchtbar scheint, ist die Frage nach einer *Beziehung der Auslösungen zu den klinischen Bildern* angewiesen auf jene deskriptiven Initial-Syndrome, welche der Aufteilung S.5 unserer ersten Mitteilung zugrunde liegen. Folgen wir der oben gegebenen Tabelle, so ist festzustellen, daß die fünf Kranken, bei welchen Verschränkungen von Situation und initialer Psychose fehlten, überwiegend (vier Fälle) einen blanden Wesenswandel mit Denkstörungen und Hinweisen auf einen primär chronischen Verlauf zeigten (5, 12, 35, 36). Beim fünften Kranken (27) hat das vorwiegend hypochondrische Bild ebenfalls den Charakter einer schleichenden Wandlung und Chronifizierung. Je zwei weitere Kranke mit blandem Wesenswandel und chronischem Verlauf (10, 13) und hypochondrischen Bildern (25, 26) finden sich in der Gruppe oberflächlicher thematischer Färbungen der Psychose ohne Anlaßwert. Innerhalb der Gruppe von Kranken, bei welchen an Verschränkungen mit Anlaßwert zu denken war, traten solche Bilder nur zweimal auf (19: Hypochondrie; 24: Wesenswandel). Im übrigen sind hier akute paranoid-halluzinatorische Einbrüche, chronische Wahnbildungen und hypoman-enthemmte Zustände allein vertreten, bewegtere Verfassungen also, welche bei den unausgelösten (unverschränkten) Fällen ganz zurücktraten.

Diese Verhältnisse haben statistisch gesehen nur den Wert einer Schätzung. Es gibt aber zu denken, daß diejenigen klinischen Bilder, welche dem organischen Pol der Schizophrenien nahestehen, keine markante Auslösungscharakteristik zeigen, wogegen bei bewegteren Bildern mit Wahn, Sinnestäuschungen und affektiver Produktivität diese Charakteristik ganz überwiegt. Natürlich ist wieder die Deutung möglich, es werde in den Beginn erlebnisreicher und bewegter Psychosen soviel „*lebensgeschichtliches Material*“ hineingerissen, daß so der *Anschein* von Verschränkungen mit der präpsychotischen Situation entstehe. Dieser Einwand ist ebenso leicht wie bequem. Es steht ihm entgegen, daß Auslösung hier nicht nur Verschränkung umfaßt, sondern auch den Aufweis einer zeitlich an den Beginn der Psychose gebundenen, zugleich aber von diesem Beginn zu unterscheidenden belangvollen situativen Belastung.

Für eine Differenzierung der Pathogenese der Schizophrenien, wie sie aus klinischer Sicht am deutlichsten von KRETSCHMER, v. BAEYER, JANZARIK, u.a., aus anthropologischer von ZUTT, aus somatologischer zuletzt von HUBER gefordert wird, ist es entscheidend, echte *Wirkungsbeziehungen* zwischen der Auslösung im oben entwickelten Sinne und bestimmten Zustand-Verlauf-Einheiten innerhalb der Schizophrenien zur

Anerkennung zu bringen. Das oben Erörterte kann lediglich Vorbereitung dieser Aufgabe sein. Wir verfolgen hier die Relation: Auslösung — klinisches Bild nicht weiter. Es bedürfte dazu einer klinisch begründeten Kenntnis von Schizophrenie-Syndromen oder psychopathologisch erarbeiteter Typen des Schizophrenseins. Beides fehlt. Sicher drücken die deskriptiven Bilder in gewissen Grenzen psychodynamische Strukturen besonderer Situationen der Schizophrenen aus. Oft aber decken die Titel der hypomanen Enthemmtheit, der Hypochondrie, des blanden Wesenswandels schizophrene Situationen, welche im Sinne einer Zusammenhangs-Psychopathologie heterogen sind. (Beispielhaft wird dies klar am Wesenswandel des Patienten 24¹, dessen Lage nicht vergleichbar ist mit derjenigen der Kranken 5, 10, 12, 13, 35 und 36.)

Zur klinischen Betrachtung gehört eine Stellungnahme zur Bedeutung *abnormer präorbider Persönlichkeitsstrukturen*. In erster Näherung bestätigen unsere Befunde die seit KRETSCHMER, M. BLEULER u. a. gesicherte Häufung abnormer präorbider Züge bei Schizophrenen. Nur ein Sechstel der Kranken schien frei von jenen Merkmalen, welche klinisch den Sachverhalt einer abwegigen präorbiden Artung erfüllen (13, 14, 19, 25, 33, 35). Die übrigen 30 Kranken ließen Züge abnormer Sensitivität, Innenlebigkeit und Gehemmtheit erkennen und entsprechen damit dem bekannten Bild der Prämorbidität Schizophrener. Nun ist es allerdings unbefriedigend, bei der Konstatierung solcher Varianten stehen zu bleiben. Man sieht sich sofort vor der Frage nach der *Genese* der präorbiden Abnormalität. Wir suchen in aller Vorläufigkeit, eingedenk der hier herrschenden Dunkelheit der Problemlage, zu sondern zwischen solchen *Varianten*, welche *überwiegend durch Anagemomente bedingt* scheinen und solchen, bei denen der *Akzent auf lebensgeschichtlicher Prägung* im weitesten Sinne liegt. Ihr Verhältnis ist wie 1:2 (siehe Tabelle).

Abnorme präorbide Persönlichkeiten
(30 Kranke)

überwiegende Anlage	überwiegende lebensgeschichtliche Prägung
1, 5, 11, 12, 22, 23, 26, 28, 31, 36 (insgesamt: 10 Patienten)	2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 27, 29, 30, 32, 34 (insgesamt: 20 Patienten)

Diese Aufgliederung ist eine akzentuierende und wird wieder nur denjenigen überzeugen, der bestimmte methodische Voraussetzungen und einige Grundannahmen der Entwicklungspsychologie und Prägungstheorie mit uns teilt. (Wir sind a. a. O. darauf eingegangen.) Das Gewicht lebensgeschichtlicher Prägungen läßt sich positiv mit der psychopathologischen Längsschnittanalyse fassen, während die Einschätzung der

¹ Näher beschrieben a. a. O.

Wirksamkeit der Anlage indirekt aus Körperbau, anderen leiblichen Stigmata, Hereditärem im eigentlichen Sinne, aus Abnormitäten biopsychischer Rhythmen, aus tragenden charakterlichen Zügen usw. geschieht und letztlich bestimmt wird durch die Abwesenheit abnormer Prägungen durch Situatives. Diese Verhältnisse streifte schon die erste Mitteilung (S. 12), als eine Aufgliederung *aller* untersuchten Patienten in differenziert-uneinheitliche und schlichtsyntone Persönlichkeiten versucht wurde.

Im Blick auf das Verschränkungsproblem ist zu beachten, daß auch eine praemorbide Abnormität zunächst und immer ein Stück *Situation* bedeutet. Unabhängig von ihrer Genese ist sie psycho(patho)logisch wirklich *und* wirksam. Zumal bei Abnormitäten, welche Resultat einer Prägung sind, ist wenig Anlaß, sie als situativ bedeutungslosen Index einer konstitutionellen Vorbahnung der späteren Krankheit zu nehmen. Wir teilen hier den methodischen Grundsatz der Forschungen HÄFNERs zum Psychopathie-Problem, wonach für die Beurteilung eines abnormen Werdenstils entscheidend sind die psycho(patho)logisch *aufweisbaren* geschichtlichen Zusammenhänge, während die konstitutiogene Verbiegung eines Werdens und die konstitutionelle Relation der Abnormität zur beginnenden Psychose erst *erschließbar* sind aus bestimmten theoretischen Konzeptionen über das Wesen der Psychopathie usw. Es wirft ein Licht auf die Frage der Verklammerung von Abnormität und Psychose, daß 11 der 12 Kranken mit sicheren situativen Verschränkungen der Psychose *keine* überwiegende Einwirkung der Anlage auf ihre praemorbide Persönlichkeitsstruktur zeigten. Nahezu ausschließlich beobachteten wir praepsychotisch Abnorme mit Anlage-Dominanz unter jenen Kranken, die keine Verschränkungen, bloße thematische Überfärbungen der Psychose oder eine fragliche Anlaß-Charakteristik aufwiesen (vgl. Tabelle S. 50).

Wir suchen an diese Befunde vorläufige Überlegungen zur *Pathogenese* anzuschließen und gehen dabei von den zuletzt berührten Verhältnissen aus. Es liegt nahe, die Seltenheit anlagebetonter präpsychotischer Abnormitäten bei situativ veranlaßten Schizophrenien und das Zusammengehen lebensgeschichtlicher präpsychotischer Prägungen mit evidenten Anlaßcharakteristiken als *einen* Hinweis auf eine echte pathogenetische Mitgetragenheit der initialen Psychose durch die Situation im weitesten Sinne zu nehmen. Weitere Hinweise müssen hinzutreten, wenn von Fall zu Fall das Situative als belangvolles Moment in der Konditionalgenese initialer Schizophrenien angesetzt werden soll. Wir denken vor allem an die Abwesenheit penetranter *hereditärer* Bedingungen, an den *Verlauf* der Ersterkrankung und an den *Ausschluß* solcher *somatischer* Prädispositionen, welche, wie die pneumencephalographischen Resultate HUBERS, entscheidende körperliche Mitbedingungen nahelegen. Diese Einwirkungen schließen zwar eine situative Partial-Patho-

genese nie prinzipiell aus, setzen aber doch Vermutungen in dieser Richtung eine enge Grenze.

Werden unter diesen Maßstäben jene 12 Patienten der Tabelle (S. 50 rechte Spalte) gesichtet, bei welchen eine situative Steuerung wahrscheinlich war, so bleiben lediglich sechs Fälle frei von begünstigenden hereditären, somatischen usw. Bedingungen: 6, 16, 17, 19, 21, 34. Dieses Sechstel der Schizophrenen, von denen unsere Untersuchung ausging, zeigte eine Relation von Situation und Psychose, welche für klinisch-pathogenetische Überlegungen nicht außer acht gelassen werden kann. Es ist bemerkenswert, daß sich unter den sechs Kranken kein primär chronisches (paranoides oder hebephrenes) Bild fand. Diesen Fällen wird eine psycho-somatische Umdeutung der Relation Situation—Psychose in jenem Sinne, als entfalte die Situation als „stressor“ eine Anstoßwirkung auf einen bis dahin latenten somatischen „Prozeß“, nicht gerecht. *Akute „psychische Traumen“*, die eine Umdeutung der Relation Situation—Psychose nach dem stress-Modell am ehesten fordern würden, sind bei diesen (wie auch bei den übrigen hier untersuchten) Schizophrenen *nicht* gegeben, ein unübersehbarer Fingerzeig auf die Kompliziertheit der pathogenetischen Lage. *Wertet man alle Umstände dieses Sechstels beginnender Schizophrenien Jugendlicher, so kommt der präpsychotischen Situation im weitesten Sinne ein entscheidend mitbedingtes Gewicht in der Pathogenese zu.*

Diese Folgerung ist eine vorläufige und bedarf — wovon die Bearbeiter das deutlichste Bewußtsein haben — der Kontrolle und Korrektur durch differenzierter angelegte Situationsstudien an Schizophrenen. Langfristig geplante Nachuntersuchungen vor allem sind erforderlich. Unsere Folgerung bezieht sich auf *beginnende* Schizophrenien. Sollte sich herausstellen, daß die hier herausgehobenen Kranken chronifizieren, so wird die Folgerung dadurch nicht entkräftet, da Chronifizierung bei einem überwiegenden Anteil schwerer seelischer Fehlhaltungen ebenfalls zu beobachten, aus seelischen Gesetzmäßigkeiten allein hinreichend erklärbar und nicht unbedingt Hinweis ist auf die überwiegende Wirksamkeit eines somatischen Prozeßfaktors. Die Reichweite der Folgerung würde allerdings auf das *Initialstadium* der Schizophrenie eingeengt, wenn über die Chronifizierung hinaus ein Wandel des Bildes zum Hebephrenen hin oder zum eindeutigen Defekt zu sehen wäre.

Entscheidend war uns hier, die gewohnte Sicht auf die sogenannte psychische Auslösung von Schizophrenien in Frage zu stellen und damit — innerhalb der klinischen Denkweise — zu einer differenzierteren Sicht des Schizophrenie-Problems schlechthin beizutragen. Für die klinische Praxis heißt dies, daß die Relation Situation—Psychose als pathogenetisch belangvolle *Wirkungsbeziehung* dann zu erwägen ist, wenn 1. eine lebensgeschichtliche (insbesondere familiäre) Lage gegeben ist,

welche sich (wenn nicht grundsätzlich, so doch in einigen typischen Zügen) von Situationen Kranker anderer psychiatrischer Kategorien unterscheidet; 2. beim später Erkrankenden ein Werdensstil nachweisbar ist, der durch jene Situation und nicht durch anlagebedingte Abnormitäten wesentlich geformt wird; 3. eine zeitliche, thematische und strukturelle Verschränkung jener Situation mit der beginnenden Psychose besteht; 4. belangvolle Hinweise auf Organizität (Hereditäres, somatische Predispositionen und Begleitbefunde, primär chronische hebephrene oder defektuose Verläufe u. a.) auszuschließen sind. Solche Fälle nennen wir *situativ mitbedingte Schizophrenien*. Die Überlegung scheint fruchtlos, ob ihnen innerhalb der klinischen Systematik eine Sonderstellung am Rande oder außerhalb der übrigen Schizophrenien zukomme. Sie liegen dem organischen Pol der Schizophrenien relativ fern und bezeichnen in dieser Distanz die ganze Spannweite des Schizophrenieproblems, das nach einer gültigen Einsicht KRETSCHMERS stets ein Problem der *Schizophrenien* ist. Der Gegensatz von Psychogenem und Somatogenem ist auf diesem Gebiet über seine didaktische Brauchbarkeit hinaus sinnvoll, wenn er Bemühungen um die Verteilung und Skalierung der Faktoren zwischen den Extremen veranlaßt. Die Frage einer situativen Steuerung der Schizophrenien ist eine solche des *Maßes*: die Steuerung ist bei der Mehrzahl Schizophrener gegeben, häufig aber so geringfügig, daß sie klinisch vernachlässigt werden darf. In einigen anderen Fällen erlangt sie den Rang eines *mitbedingenden* Momentes, was wiederum ein Licht auf die Genese der Schizophrenie *überhaupt* wirft¹.

Die hier mitgeteilten Erfahrungen erlauben noch keine therapeutischen Rückschlüsse. Somatotherapie und Psychotherapie sind hier ebensowenig in eine *Alternative* zu bringen wie Somatogenese und Psychogenese. Psychotherapie ist bei jedem Schizophrenen möglich und in jeweils gleitenden Grenzen wirksam. Ganz allgemein liegt die Vermutung nahe, situativ mitbedingte Schizophrenien seien für die Psychotherapie besonders geeignet. Einen Hinweis darauf gibt die erfolgreiche Psychotherapie eines Patienten, der dieser Gruppe zugehört (6) durch WINKLER. Weitere Studien sind zur Klärung dieser wichtigen Frage erforderlich. Für die Aufforderungscharaktere und Erfolgchancen zur Psychotherapie mögen die hier erörterten Gesichtspunkte wertvoll sein; es kommen aber zusätzliche, dieser Behandlungsweise eigentümliche Momente ins Spiel (Persönlichkeit des Therapeuten, Übertragung, spezielle Dynamik des Autismus des Kranken usw.), welche die therapeutischen Indikationen verschieben können (BRÄUTIGAM; C. MÜLLER).

¹ Situativ mitbedingte Schizophrenien sind eindrucksmäßig im mittleren Lebensalter häufiger, hier vor allem in der Form akuter paranoider Einbrüche. Dieser Sachverhalt lohnt eine gesonderte Untersuchung.

Sieht man aufs Ganze der dargelegten Befunde, so kann von einer Anlaßarmut oder Motivlosigkeit beginnender Schizophrenien nicht die Rede sein. Abwesenheit belangvoller Spannungen im situativen Feld von Jugendlichen, die später an Schizophrenien erkrankten, ist Ausnahme. Diese Situationen haben kein *spezifisches*, aber in einigen Zügen heraushebbares *typisches* Gesicht. Was allerdings diese Motive und Anlässe, diese Situationstypik pathogenetisch bedeutet, konnte nur vorläufig umrissen werden. Die heutige Lage der Schizophrenieforschung bringt es mit sich, daß unsere Überlegungen und Ergebnisse diesem als Einrennen offener Türen, jenem als Stoß gegen Unumstößliches erscheinen werden. Förderlicher als die Option für diese oder jene psychiatrische Ideologie schien uns die Darlegung kontroll- und korrekturfähiger Erfahrungen.

Zusammenfassung

An 57 Jugendlichen (36 Schizophrenien; 21 Fehlentwicklungen) wurden vergleichende Situationsanalysen durch intensive klinische Explorationen vorgenommen.

Die praepsychotischen *Situationen Schizophrener* sind gekennzeichnet durch eine Häufung *verdeckter* innerfamiliärer Gruppenkonflikte, in welchen der später Erkrankende seit langem zu abwegigen Kommunikationsweisen veranlaßt wurde. Durchweg herrscht ein *starres* familiäres Rollensystem mit vorherrschender Exklusivität der Elternpaare und verstärkten Schwierigkeiten einer Ablösung aus der Elternbindung für den Heranwachsenden. Probleme der sozialen Rangordnung und eine auffallende *Unelastizität in der Polarität von mitmenschlicher Nähe und Distanz* (vor allem in der Anbahnung extrafamiliärer erotischer Beziehungen) sind häufig. Umprägungen des Werdensstils der später Erkrankenden durch diese Situationen überwiegen die anlagebetonten praemorbiden Abnormitäten¹. Elterntypen mit besonderer sozialpathologischer Struktur sind im Vergleich nicht herauszuheben. Die situativen Spannungen späterer Schizophrener sind durch innere Barrieren gegen befreiende Auflösungen abgesichert. Eine geheime Schärfe, moralische Unerbittlichkeit und besondere *Gewissen-Haltigkeit* ist ihren Bewältigungsweisen eigentümlich.

In den Situationen der *Fehlentwickler (Kontrollgruppe)* tritt dieser Zwang zur Selbstverdeckung und Selbstvereitelung ursprünglicher

¹ *Anmerkung der Schriftleitung.* Die Retardierungen und Asynchronien des puberalen Instinktwandels müssen als wesentlicher konstitutioneller Hintergrund des hier geschilderten Werdensstiles gesehen werden, speziell was die ambivalent persistierenden Elternbindungen betrifft. Diese Reifungsstörungen haben ihre Parallele auf der körperlichen Seite mit maximal 70–80% gynäkologischer Genitalhypoplasien (Fränkelsche Schule, vgl. Körperbau und Charakter, 23./24. Auflage, S. 140).

Strebungen ganz zurück. Hier herrscht ein *offenes Protestieren* und *Agieren* vor. *Stabile Abwehrhaltungen* (offene Aggression, Dissozialität, darstellungsfreudige Selbstbespiegelung, asthenisch-depressiver Rückzug und anderes) werden entwickelt und mit einer gewissen *Elastizität* festgehalten. Überfordernde Annäherungen und enttäuschende Abweisungen durch die Eltern sind in beiden Gruppen gegeben. Im Vergleich zu den Situationen Schizophrener wiegt die Veräußerlichung der Konflikte, die Möglichkeit zu drastischer Abfuhr von Spannungen vor.

Die Situationen späterer Schizophrener sind *nicht spezifisch*, wahrscheinlich aber *typisch* unterschieden von denen der Kontrollgruppe. Konformität herrscht in bezug auf grobe soziologische Entordnungen des situativen, insbesondere familiären Gefüges. Typische Unterschiede werden erst deutlich, wenn der hintergründige sozialpsychologische Zusammenhang der Situation, insbesondere der Familiensituation, beachtet wird, der in der klinischen Routineexploration nicht erfaßbar ist.

Im *klinischen* Teil wird die traditionelle Sicht der „Auslösung“ von Schizophrenien durch seelische Erschütterungen einer Kritik unterzogen. Unter den klinischen Kriterien der „Auslösung“ (Intensität, Nachhaltigkeit und Zeitbindung der Erschütterung) sind 14 der 36 untersuchten initialen Schizophrenien als „ausgelöst“ zu betrachten. Werden noch hintergründige situative Spannungen hinzugenommen, so erhöht sich die Auslösungsrate auf 21. „Auslösend“ waren ausschließlich Erlebnisse, welche die Innensphäre der Kranken betreffen. Akute Erschütterungen durch die „äußere“ Situation mit stress-Charakter, nach dem somatogenetisch gelenkten Denkschema der „Auslösung“ allein als adäquat „Auslösendes“ zugelassen, sind nicht gegeben.

Die Beziehung der Situation zur initialen Schizophrenie wird angemessener erfaßt, wenn auf die darin gegebenen (zeitlichen, thematischen und strukturellen) *Verschränkungen* geachtet wird. Werden die klinischen Auslösungs-Kriterien durch eine Analyse der Verschränkungen von Situation und beginnender Psychose verschärft oder ersetzt, so zeigen lediglich 12 Kranke Verschränkungen mit sicherem Anlaßwert.

Beim Blick auf die *klinischen Bilder* ergibt sich, daß blanden hebephrenen Syndromen eine Anlaß-Charakteristik fehlt, während sie bei akut beginnenden produktiven Bildern überwiegt.

Abnorme prämorbid Züge wurden bei 30 der 36 Kranken gesehen. Abnormitäten als Ergebnis situativer Prägungen sind doppelt so häufig wie Abnormitäten mit überwiegender Anlagebetonung. Kranke mit anagedominanter praepsychotischer Abnormität zeigen geringe Verschränkungen der Situation zur beginnenden Psychose. Umgekehrt geht eine situative Genese der abnormen Prämorbidität in der Regel mit strikten situativen Verschränkungen der Psychose zusammen.

Scheidet man aus der Gruppe von 12 Kranken mit strikter Verschränkung und Anlaßcharakteristik Fälle mit penetranten hereditären Bedingungen, somatischen Praedispositionen und primär chronischem Verlauf aus, so bleiben 6 Kranke, bei welchen eine belangvolle Wirkungsbeziehung von Situation und Psychose zu diskutieren ist. Klinisch gesehen handelt es sich hier ausschließlich um akute Bilder. Dieses Sechstel der Kranken, herausgehoben unter Verweis auf die Vorläufigkeit und Ergänzungsbedürftigkeit dieser Untersuchung durch schärfere Situationsanalysen, repräsentiert eine Sondergruppe *situativ mitbedingter Schizophrenien*. Sie zwingt zu stärkerer Beachtung der Verflechtungen von Somatogenem und Psychogenem *innerhalb* der Schizophrenien.

Literatur

- BAEYER, W. v.: Diskussionsbeitrag zu den Referaten von WEITBRECHT, CONRAD und BALLY in Bad Nauheim 1958. *Nervenarzt* **30**, 507 (1959).
- BIRNBAUM, K.: Der Aufbau der Psychose. *Allg. Z. Psychiat.* **75**, 455 (1919).
- BLEULER, E.: *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien. Berlin 1911.
- BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Leipzig 1941.
- BLEULER, M., u. G. BENEDETTI: Forschungen und Begriffswandlungen der Schizophrenielehre 1941—1950. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **19**, 385 (1951).
- BLOCK, J., V. PATTERSON, J. BLOCK and D. D. JACKSON: A study of the parents of schizophrenic and neurotic children. *Psychiatry* **21**, 387 (1958).
- BRÄUTIGAM, W.: Psychotherapie in anthropologischer Sicht. Stuttgart 1961.
- HÄFNER, H.: *Schulderleben und Gewissen*. Stuttgart 1956.
- HÄFNER, H.: Psychopathien. Daseinsanalytische Untersuchungen zur Struktur und Verlaufsgestalt von Psychopathien. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
- HUBER, G.: Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- HUBER, G.: Chronische Schizophrenie. Heidelberg 1961.
- JACKSON, D. D.: siehe BLOCK, J.
- JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- JASPERS, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. 6. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953.
- KALLMAN, F. J., and B. ROTH: Genetic aspects of praedolescent schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.* **112**, 599 (1955).
- KISKER, K. P.: Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- KISKER, K. P.: Schizophrenie und Familie. *Nervenarzt* (im Druck).
- KISKER, K. P.: Sprache und Situation eines Schizophrenen. In: *Psychopathologie heute*. Festschr. für Prof. K. SCHNEIDER. Stuttgart 1962.
- KISKER, K. P., u. L. STRÖTZEL: Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnender Schizophrenien und erlebnisreaktiver Fehlentwicklungen bei Jugendlichen. (I. Mitteilung). *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 1 (1961).
- KISKER, K. P., u. L. STRÖTZEL: Soziologisch-psychologische Voraussetzungen und methodische Probleme einer psychiatrischen Familienforschung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 477 (1961).

- KLAGES, W.: Die Spätschizophrenie. Biographie und Klinik schizophrener Erst-
erkrankungen des mittleren Lebensalters. Stuttgart 1961.
- KLEIST, K.: Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1947.
- KORNHUBER, H.: Über Auslösung cyclothymen Depressionen durch seelische
Erschütterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **193**, 391 (1955).
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. 7. Aufl. Leipzig 1903/04.
- KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidel-
berg: Springer 1950.
- KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 23. und 24. Aufl. Berlin, Göttingen,
Heidelberg: Springer 1961.
- KRETSCHMER, E.: Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien in bezug auf
ihre Therapie. Z. Psychother. med. Psychol. **7**, 183 (1957).
- KULENKAMPFF, C.: Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie. Nerven-
arzt **30**, 62 (1959).
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin 1957.
- LIDZ, T., u. a.: Zur Familienumwelt des Schizophrenen. Psyche (Stuttgart) **13**,
1943 (1959).
- MATUSSEK, P.: Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen. Arch. Psychiat.
Nervenkr. **197**, 91 (1958).
- MÜLLER, C.: Die Psychotherapie Schizophrener in der Zürcher Klinik. Versuch
einer vorläufigen katamnestischen Übersicht. Nervenarzt **32**, 354 (1961).
- SCHNEIDER, K.: Selbstmord und Dienstbeschädigung. Schizophrenie und Dienst-
beschädigung. Nervenarzt **21**, 480 (1950).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 5. Aufl. Stuttgart 1959.
- SCHULTE, W.: Möglichkeiten und Grenzen der derzeitigen klinischen Psycho-
therapie bei den einzelnen Psychosen. In: Vortr. Kongr. allg. ärztl. Ges. Psycho-
ther. Stuttgart 1956.
- THOMAE, H.: Die biographische Methode in den anthropologischen Wissenschaften.
Stud. Gen. **5**, 163 (1952).
- WEITBRECHT, H. J.: Das Syndrom in der psychiatrischen Diagnostik. Fortschr.
Neurol. Psychiat. **37**, 1 (1959).
- WEITBRECHT, H. J.: Endogene phasische Psychosen. Symptombilder und Verläufe.
Fortschr. Neurol. Psychiat. **29**, 129 (1961).
- WINKLER, W. T.: Krisensituation und Schizophrenie. Nervenarzt **25**, 500 (1954).
- WINKLER, W. T.: Dynamische Phänomenologie der Schizophrenien als Weg zur
gezielten Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. **7**, 192 (1957).
- WINKLER, W. T.: Erfolgreiche analytische Kurztherapie bei einem Schizophrenen.
II. Internat. Sympos. ü. Psychother. d. Schizophrenie. Basel, New York 1959.
- ZUTT, J.: Der Lebensweg als Bild der Geschichtlichkeit. Nervenarzt **25**, 426 (1954).
- ZUTT, J.: Das Schizophrenieproblem. Nosologische Hypothesen. Klin. Wschr. **1956**,
679.

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. P. KISKER
und Dipl.-Psychologin Dr. phil. L. STRÖTZEL,
Psychiatrische und Neurologische Klinik der Universität Heidelberg, Voßstraße 4