

Sanatorium Hohenegg, Meilen bei Zürich

Neurotische und endogene Residualzustände

Von

K. ERNST

(Eingegangen am 1. Oktober 1961)

1. Fragestellung

Diese Mitteilung hat folgenden Anlaß: 1958 publizierte CONRAD seine Monographie „Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns“⁵. Das Buch brachte mehr als sein Titel versprach: nämlich eine Neufassung und Neuordnung der psychopathologischen Grundbegriffe der Schizophrenielehre. Uns beschäftigt hier vor allem das Kapitel über den „Residualzustand“ (S. 121—127).

Der Autor faßt unter diesem Begriff die psychischen Dauerveränderungen zusammen, die nach dem Schub zurückbleiben und die man bisher gewöhnlich als „Defekt“ bezeichnet hat. CONRAD empfindet den Begriff des Defektes als unschön und ungenau und will sich auf die neutrale Bezeichnung „Residuum“ beschränken (S. 23). Das zentrale Wesen der Residualstörung sieht er in der „Reduktion des energetischen Potentials“, die mit Verarmung an Energie und Interessen einhergeht und die als „Syndrom der gebrochenen Feder“ zu einem allgemeinen Verlust der seelischen Spannkraft führt. Auf Grund seiner ausführlichen Explorationsprotokolle beschreibt CONRAD anschaulich das Ausmünden des Schubes in solche Residuen. Diese faßt er als den Ausdruck des *somatischen schizophrenen Grundprozesses* auf: „das ernsteste Argument gegen die Anschauung von der Psychogenie schizophrener Psychosen ist wohl die Tatsache, daß sie nicht ad integrum abzuklingen, sondern mit einem Residuum auszuheilen pflegen“. Damit belebt und illustriert CONRAD ein klassisches psychiatrisches Postulat in eindrucksvoller Weise aufs Neue.

1959 habe ich ohne Kenntnis dieses Werkes 120 langfristige Katanmesen poliklinischer Neurosen publiziert⁶. Bei diesen Nachuntersuchungen fand ich nicht selten Persönlichkeitsveränderungen, die ich als „neurotische Residualzustände“ bezeichnete (S. 80—84). Den Begriff des „Defektes“ wollte ich vermeiden: „denn die Verbindung von ‚übrig geblieben‘ und ‚zur Ruhe gekommen‘, welche dem Sprachgebrauch nach im Wort ‚Residuum‘ liegt, scheint uns den Sachverhalt sowohl für die schizophrenen wie für die in Frage stehenden neurotischen Persönlichkeitsveränderungen besser zu treffen als der Ausdruck ‚Defekt‘, der ein

bloßes Fehlen bezeichnet“ (S. 80). An Hand einiger Beispiele versuchte ich, dem Hervorwachsen von bleibenden Restsymptomen und von ungünstigen Dauerhaltungen aus der *inneren Lebensgeschichte* ehemals manifest kranker Neurotiker nachzugehen. Das Gefundene verglich ich mit ungünstigen Persönlichkeitsentwicklungen bei Gesunden.

Es ergibt sich also, daß zwei Autoren unabhängig voneinander für seelische Dauerveränderungen, die nach verschiedenartigen psychischen Störungen zurückbleiben, denselben Terminus des „Residualzustandes“ benützen — aber in ganz verschiedener Meinung: der eine zielt auf organisch verursachte Restzustände, der andere auf lebensgeschichtlich bedingte Persönlichkeitsveränderungen hin. Das kann zu allerlei Konfusion führen, um so mehr, als hinter diesen beiden „Meinungen“ bedeutende Traditionen der deutschen und der schweizerischen Psychiatrie stehen. Ein Beitrag zur Klärung dieses Problems dürfte vielleicht besser gelingen, wenn zum Vergleich noch andere Residualzustände aus der Normalpsychologie und der Psychopathologie herangezogen werden. Es stellen sich vor allem folgende Fragen:

1. Worin unterscheiden und worin gleichen sich die neurotischen, die manisch-depressiven und die schizophrenen Residualzustände *verlaufs-mäßig* und *erscheinungsbildlich*?

2. Was zeigt der Vergleich dieser Residuen mit *normalpsychologischen* Dauerveränderungen einerseits und mit *hirnlokalen* Psychosyndromen andererseits?

3. Was ergibt sich daraus für die Frage nach der körperlichen oder seelischen *Genese* der neurotischen und der endogenen Residuen?

4. Wie verhalten sich die theoretischen Ansichten über das Wesen der Residuen zur *praktischen ärztlichen Einstellung* gegenüber dem Residualkranken?

2. Beispiele neurotischer Residualbildungen

Die folgenden Fälle stammen aus dem oben erwähnten, katamnestisch nachuntersuchten poliklinischen Krankengut. Es erübrigt sich im Rahmen der gegenwärtigen Fragestellung, auf die Auswahl und die Zusammensetzung dieses Gesamtmaterials einzugehen. Die hier benutzten drei Beispiele von Residualbildungen wurden lediglich wegen ihrer Anschaulichkeit ausgewählt.

1. *Beispiel. Schwerer neurotischer Residualzustand nach chirurgischer Heilung einer funktionellen Adductorenkontraktur.* Im Jahre 1936 überwies die orthopädische Klinik an die psychiatrische Poliklinik eine 36jährige unverheiratete Damenschneiderin, die wegen einer rechtsseitigen hysterischen Adductorenkontraktur eine massive Gehstörung zeigte.

Die Pat. war als zweites von fünf Kindern eines ruhigen und rechtschaffenen Straßenbahnkontrolleurs und einer streit- und klatsch süchtigen Mutter aufgewachsen. Die ganze Familie bekannte sich zu einer religiösen Gemeinschaft, welche das Gesundbeten pflegte und damit dem Vater bei einer Magenblutung angeblich entscheidend geholfen hatte.

Der Vater berichtete dem Psychiater in der Poliklinik, daß die Pat. das bravste unter seinen Kindern gewesen sei, in der Schule schüchtern, zu Hause ein Musterkind. Sie habe ohne intellektuelle Schwierigkeiten die Sekundarschule besucht und später eine Damenschneiderinnenlehre abgeschlossen. Nach einer beruflichen und sprachlichen Weiterbildung in einem Konfektionsgeschäft im Welschland habe sie vom 19. Altersjahr an ihren Beruf dauernd im Elternhaus ausgeübt. — Die Pat. bestätigte damals, daß sie dieser Arbeit immer mit Freude zugetan gewesen sei.

Ihren Vetter haben wir erst bei der Nachuntersuchung gesprochen. Er erinnert sich ihrer noch heute als einer liebenswerten Jugendgespielin, die zu einem hübschen und geselligen, aber empfindsamen und leicht errötenden Mädchen herangewachsen war. Die eifersüchtige Mutter, die ihr Kind nicht aus dem Haus geben wollte, habe es jedoch verstanden, der heiratslustigen Tochter durch Klatsch und Intrigen jede aufkeimende Beziehung zu einem Mann zu vergällen — so meint der Vetter heute. Die Pat. dagegen erklärte seinerzeit dem Psychiater mit verschämt niedergeschlagenem Blick, sie habe eben nie Gelegenheit zum Heiraten gehabt — und überhaupt habe sie es zu Hause schön genug. Diese Version bestätigte uns damals der Vater bereitwillig.

Einige Jahre vor Krankheitsausbruch begann sich die Pat. um die Aufnahme in einen Kreis führender Mitglieder ihrer religiösen Gemeinschaft zu bewerben. Diese Bemühungen scheiterten — woran, ist bei der Nachuntersuchung nach mehr als 20 Jahren nicht mehr herauszubringen. Sicher ist, daß sich die Pat., deren erotisches Leben bereits damals am Verkümmern war, aufs Schwerste enttäuscht und abgewiesen fühlte, als ihr die persönliche Entfaltung auch auf dem Gebiet versagt blieb, das für das einfache Mädchen den einzigen gangbaren Weg zur höheren Geistigkeit und den Inbegriff der Religiosität bedeutete.

Etwa 1 Jahr vor der psychiatrischen Erstuntersuchung erkrankte sie an einer rechtsseitigen Adductorenkontraktur, die anfänglich nur nach der Periode störend wirkte, mit der Zeit aber zu einem dauernden schweren Hinken und zur habituellen Lumbalskoliose führte. Die orthopädische Poliklinik, welche durch eine gymnastische Behandlung nur eine kurzdauernde Besserung erzielen konnte und im übrigen nach eingehender Abklärung organische Ursachen ausschloß, schickte die Kranke zur Psychotherapie in die psychiatrische Poliklinik.

Dort wirkten sowohl das Hinken wie der verschleierte Blick und das Erröten der Pat. hysteriform. Die Eltern erstrebten eine gesundbeterische Behandlung und die Pat. überhaupt keine. Während der folgenden Monate verschlechterte sich der Zustand trotz intensiver Gymnastik und eifrigen Gesundbetens durch die Gemeinde bis zur fast völligen Gehunfähigkeit. Der poliklinische Psychiater, der mit der ablehnenden Kranken keine therapeutische Beziehung aufzubauen vermochte, vermittelte sie an einen bekannten, psychotherapeutisch sehr erfahrenen Nervenarzt in der Stadt. Die Kranke konnte sich indessen nach einigen Konsultationen nicht zur Fortsetzung der Behandlung entschließen, und der Nervenarzt schickte sie zurück an die orthopädische Klinik, von deren Behandlung er wenigstens einen palliativen Erfolg erhoffte.

Dort wurde nach insgesamt zweijähriger Dauer des Leidens und nach abermaligen, nun völlig erfolglosen physikalisch-therapeutischen Maßnahmen die Sehenddurchtrennung der Adductoren rechts durchgeführt. Es resultierte ein sehr gutes funktionelles Ergebnis: nach kurzer postoperativer Übungsbehandlung und kompensatorischer Absatzerhöhung links normalisierte sich der Gang der Pat. vollständig.

Seit jener Zeit hat sich im Wesen der Pat. etwas geändert. Hatte das leicht errötende, zierliche Fräulein früher den Eindruck eines empfindsamen, zartbesaiteten und mimosenhaft verletzlichen Wesens erweckt, so erschien sie nun ihrem Vetter als eine „rässe“, geizige und freudlose Person, die es an Klatschsucht und

Reizbarkeit ihrer inzwischen verstorbenen Mutter gleichtat. Sie lebte bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mit zweien ihrer Geschwister zusammen im elterlichen Haus, wobei es häufig zu allerlei finanziell motivierten Streitigkeiten kam. Beruflich ist die Pat. nur noch in reduziertem Umfang tätig; oft beschäftigt sie sich ausschließlich im gemeinsamen Haushalt. Sie pflegt weder auswärtige menschliche Beziehungen noch besondere Interessen. In ihrer freien Zeit verläßt sie das Haus nur wenig. Gelegentlich läßt sie sich von den Geschwistern zum Gottesdienst ihrer religiösen Gemeinschaft mitnehmen, verspürt aber kein inneres Bedürfnis dazu. Die freien Stunden verbringt sie am Radio mit einer illustrierten Zeitschrift in der Hand.

Bei der Nachuntersuchung, 21 Jahre nach der orthopädischen Operation, ist in Übereinstimmung mit der Schilderung des Veters nichts Hysteriformes mehr an der Pat. zu finden. Sie ist ein asthenisches, ältliches Jüngferchen geworden. Der Gang ist unauffällig, das früher so heftige Erröten ist verschwunden. Geblieben ist die Neigung zum Vergießen von Tränen, die aber jetzt über ein beinahe unbewegtes Gesicht fließen und die mechanisch in regelmäßigen Abständen abgewischt werden. Ein Gespräch kommt kaum in Gang; meine Fragen werden wortkarg und unanschaulich beantwortet. Gegen Ende der Unterhaltung bricht mimisch eine diffuse Verbitterung durch, die sich aber kaum verbal ausdrückt.

Worin besteht hier der Residualzustand? — Die Patientin war vor dem Auftreten der hysterischen Erscheinungen in ihrem Schneiderinnenberuf voll arbeitsfähig. Sie erschien als ein schüchternes, aber lebenswürdiges Fräulein, das erotisch noch anzusprechen vermochte, obgleich es innerlich bereits am Resignieren war. Die Patientin besaß damals rege religiöse Interessen und suchte eine geistige Gemeinschaft. — Seit der Krankheit hat sich die Schüchternheit zur Kontaktabsperrung gesteigert, das unbefriedigte Geltungsbedürfnis ist zur Klatsch- und Streitsucht degeneriert. Die vegetativen und mimischen Äußerungen einer modulierten, sensitiven Emotionalität sind erstarrt und die früher regen geistig-religiösen Interessen sind weitgehend erloschen. Der Beruf wird nur noch in verkümmerter Form ausgeübt.

Sehr vieles wäre darüber zu sagen, wie diese Veränderung aus der innern Lebensgeschichte zu verstehen ist. Unter anderem könnte man die Frage aufwerfen, ob sich nicht die operative Beseitigung des hysterischen Ausdrucks-Symptoms ungünstig ausgewirkt habe; ob nicht dadurch der „Ausweg“ in die chronische körperliche Invalidität versperrt worden sei. Diesen Ausweg haben einige unserer nachuntersuchten schweren Hysterikerinnen gefunden. Er ermöglichte es ihnen, als körperlich Kranke zu leben, als solche zu gelten und dabei emotionell lebendig, teilnehmend und weltzugewandt zu bleiben. Unsere Patientin dagegen erreichte es auf die Dauer nicht, sei es als Gesunde oder sei es als Kranke, im ersehnten Ausmaß ernst genommen zu werden.

Freilich ist festzuhalten, daß viele ähnlich aussehende neurotische Wesensveränderungen bei nicht symptombehandelten Patienten auftreten. Die meisten Hysteriker werden nicht durch einen chirurgischen Eingriff, wohl aber durch das Erlahmen des Mitagierens ihrer Umgebung veranlaßt, ihre Symptome aufzugeben. Da sie weder den Sinn ihrer

eigenen Alarmrufe noch die Reaktion der Welt darauf verstehen und verarbeiten können, ziehen sie sich resigniert oder verbittert zurück. Das Resultat braucht nicht verschieden zu sein von demjenigen nach artefizieller Symptombeseitigung, weswegen sich der dargestellte Fall durchaus als Beispiel für die Residuenbildung nach dem Abklingen manifester Hysterien überhaupt eignet.

2. *Beispiel. Leichter neurotischer Residualzustand nach hysterischem Anfallsleiden und reaktiver Depression.* Ein 18jähriges Mädchen wurde wegen hysterischer Anfälle von Zittern und Steifwerden im Jahre 1937 aus einem Krankenhaus konsiliarisch in die psychiatrische Poliklinik geschickt.

Die Anfälle waren schon seit dem 12. Lebensjahr der Pat. zeitweise aufgetreten, hatten sich aber in den letzten Wochen massiv gehäuft. Da die Kranke bei der Untersuchung ihren Symptomen recht indifferent gegenüberstand und keine Therapie wünschte, beschränkte sich der Psychiater darauf, die baldmöglichste Entlassung nach Hause zu empfehlen. Das Mädchen kam indessen zuerst für 2 Monate in ein Erholungsheim, das von einer liebenswürdigen und sehr mütterlichen Leiterin betreut wurde. Seither sind keine Anfälle mehr vorgekommen.

Man versteht die günstige Wirkung dieses Heimaufenthaltes besser, wenn man weiß, daß die Pat., das jüngste von fünf Geschwistern, seit ihrer Kindheit den brutal prügelnden, als Chauffeur oft arbeitslosen Vater fürchtete und ihn doch wiederum wegen seines Kampfes um die Erhaltung der Familie bewunderte und liebte; daß ihre Mutter nach jahrelanger körperlicher Pflegebedürftigkeit im 14. Altersjahr der Pat. starb und daß das Kind nachher durch eine überlastete und mißgünstige Stiefmutter gedrückt wurde. Dies alles wird heute von der Schwester der Pat. aufs anschaulichste bestätigt. Diese Schwester berichtet uns ferner, daß sich die Pat. innerhalb ihrer Sekundarschulklasse durch ihre guten Manieren, ihre Intelligenz, ihren eigensinnigen Fleiß und ihr Talent zum „Friedensrichter“ eine eindeutige Führerrolle zu sichern wußte. Sie verfolgte damals mit Ehrgeiz den Plan, Lehrerin zu werden und arbeitete diesem Plan zuliebe bis in alle Nacht an ihren Aufgaben. Es half ihr dies aber wenig, denn sie mußte auf Druck der Eltern eine Damenschneiderinnenlehre absolvieren. Die Exacerbation der Anfälle wurde schließlich ausgelöst durch ein Verbot der Stiefmutter, den ambivalent geliebten Vater bei einer berufsbedingten Abwesenheit zu besuchen, wobei die Stiefmutter auch Inzestbefürchtungen durchblicken ließ.

Nachdem das Anfallsleiden unter den geschilderten Umständen abgeklungen war und sich die Pat. beruflich etabliert hatte, heiratete sie 22jährig einen Maschinenkonstrukteur, der ihr bald untreu wurde und von dem sie trotz normalen Verkehrs und lebhaften Kinderwunsches keine Kinder bekam. Aus den Scheidungsakten geht hervor, daß der Mann ihre kindliche Anlehnungsbedürftigkeit schlecht ertrug. Auch durch die Annahme eines Pflegekindes besserten sich die Verhältnisse nicht, so daß es nach zehnjähriger Ehe zur Scheidung kam. In der Folge litt die Pat. schwer unter dem Gefühl des Enttäuscht- und Verlassenseins. Diese dreijährige depressive Periode wich schließlich einer gemäßigt-resignierten Grundstimmung. Ein mittelschweres Asthma bronchiale, das zur Zeit der Annahme des Pflegekindes aufgetreten war, ist bis heute bestehen geblieben.

Beruflich hat sich die Pat. allmählich von der Schneiderin zur Übersetzerin auf einem technischen Bureau umgestellt. Sie bleibt dadurch und durch gelegentlich erteilte Englischstunden in Kontakt mit der Sprache ihrer frühverstorbenen Mutter, die Engländerin gewesen war, und wohl auch in Kontakt mit ihrem Jugendwunsch, Lehrerin zu werden. Das Einkommen, das die Pat. auf diese Weise erwirbt, reicht allerdings nur knapp zum notwendigsten Lebensunterhalt für sie selbst und ihre

Pflegtochter. Persönliche Beziehungen unterhält die ehemals gesellige Pat. kaum zu irgend jemandem außer zu ihrer Schwester, die ihr treu beisteht. Diese, eine ausgeglichene und wohlmeinend wirkende Frau, erzählt uns bei der Nachuntersuchung, daß das ursprünglich lebhaft und ehrgeizige Mädchen sich seit seinen Ehejahren immer mehr zurückgezogen habe und seine vier Wände so wenig wie möglich verlasse. Obwohl die Pat. behauptete, daß sie gerne wieder heiraten würde, unternehme sie keinen Schritt in dieser Richtung. Dagegen bekomme die Schwester alle Tage Telefonanrufe der Pat., in denen diese ziemlich haltlos ihre Verleiderstimmungen ausdrücke und oft leichthin suicide Gedanken äußere. Die Schwester kann diese Belastung nur deshalb ertragen, weil sie die intelligentere Pat. insgeheim bewundert und bemitleidet.

Bei der Nachuntersuchung fand ich eine 39 jährige schlanke Frau, die jugendlich und doch verbraucht aussah. Im Gespräch wirkte sie halb oberflächlich, halb resigniert, aber nicht mehr verhalten und gezwungen, wie sie der psychiatrische Erstuntersucher schilderte. Lachend kann sie sagen: „Das Leben ist ein Bruch, es ist ja doch alles sinnlos, am besten wäre es, wenn man sterben würde“; ein andermal kann sie dann doch wieder zugeben, daß sie viel Freude an ihrem Pflegekind habe — und zwar mit beinahe unverändert flachem Affekt. Sie spürt auch selber, daß ihre Stimmungsschwankungen nicht mehr so lebhaft und steil verlaufen wie ehemals, und sie wirkt in der Tat viel nivellierter. Dessen ungeachtet kann sie aber ihre Verstimmungen heute viel weniger gut beherrschen als früher, so daß sie auf ihre Schwester launischer wirkt.

Der Eindruck des seinerzeitigen Erstuntersuchers, „daß sie einem das Wichtigste vorenthalte“ (was durchaus zutrifft!), besteht keineswegs mehr; im Gegenteil berichtet sie ohne Spannung oder Zögern offen über alles, sogar über ihre jetzige sexuelle Frustration, indem sie widerstandslos über jedes Gesprächsthema hineilt. Man hat das Gefühl, daß sie keine innere Spannung mehr aushalten, aufrechterhalten oder verarbeiten kann, sondern daß sie dem ersten auftauchenden Unbehagen ausweichen oder es in den Telephonhörer hinein entleeren wird. Es ist, wie wenn sie Steuer und Ziel verloren hätte; sie sagt auch selbst leichthin, daß sie von der Zukunft nichts erwarte. Ihre Freizeit füllt sie hauptsächlich mit dem Lesen billiger Romane aus; zu einer anspruchsvolleren Lektüre reiche es ihr nicht mehr, meint sie lachend. Ihre Ausdrucksweise verrät noch immer das gute Intelligenzniveau, aber man spürt, daß den früheren erotischen und intellektuellen Interessen der Antrieb zur Verwirklichung und der Schwung zur Belebung verloren gegangen ist.

Der Residualzustand dieses zweiten Falles hat mit demjenigen des ersten die Verminderung von Schwung, Spannkraft, Interessen und Kontaktfähigkeit gemeinsam. Nach außen tritt der Zustand der zweiten Patientin etwas weniger störend in Erscheinung. In zeitlicher Beziehung hat er sich wahrscheinlich allmählicher ausgebildet als im ersten Fall. Man kann sogar die Frage aufwerfen, ob man hier nicht einfach von einer „ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung“ sprechen solle. Sicher kann man dies bei jeder Entstehung eines Residualzustandes tun. Die besondere Bezeichnung als Residualzustand drängt sich aber aus drei Gründen auf: 1. wegen des charakteristischen psychopathologischen Bildes, in dem der Verlust an Spannkraft vorherrscht; 2. wegen des seit vielen Jahren unveränderten Zustandsbildes; und 3., weil die Persönlichkeitsveränderungen sich doch in zwei deutlichen Stufen an Zeiten lebhafteren seelischen Leidens, nämlich an das hysterische Anfallsleiden und an die reaktive Depression durch die Ehescheidung, anschließen.

3. *Beispiel. Hysterisches Residualsymptom ohne deutliche Persönlichkeitsveränderung.* Einen kurzen Abriß der Krankengeschichte dieser Portiersfrau habe ich in der eingangs erwähnten Publikation auf S. 45 gegeben. Hier sei lediglich wiederholt, daß die Pat. vor 22 Jahren, als sie 28jährig war, im Zusammenhang mit einem Eifersuchterlebnis für einige Monate an hysterischen Zitteranfällen erkrankte. Sie machte dem Erstuntersucher damals einen verhemmten und gezierten Eindruck und wollte sich auch nicht behandeln lassen.

Heute zeigt sie immer noch ihr verlegen-erotisiertes Lächeln und errötet im Gespräch genau wie einst, obgleich sie betont, wie selbständig sie heute ihr Leben meistere. Für die Zitteranfälle hat sie eine Erinnerungslücke, die ebenso vollständig und hartnäckig ist wie die Amnesie für den auslösenden erotischen Konflikt. Lediglich einer damals gleichzeitig bestehenden nächtlichen Einbrecherangst erinnert sie sich und rationalisiert dazu: „Heute würde ich mir überlegen, daß ein Einbrecher doch nicht bei solch unermöglichen Leuten einsteigen wird.“ Bei diesen Worten lächelt die Pat. merkwürdig süßlich, während man ihrer unfreien Körperhaltung die habituelle Angstabwehr anspürt. Zudem beginnt die Pat. bei der Berührung der heiklen Themen in diesem Gespräch jeweils mit dem übergeschlagenen Bein in auffälliger Weise rhythmisch zu zittern — genau so, wie sie es damals mit allen vier Extremitäten getan hatte, woran sie sich wie gesagt nicht mehr bewußt erinnert.

Weder die Selbstbeschreibung der Patientin noch die Angaben des freilich wenig intelligenten und nur beschränkt auskunftswilligen Ehemannes lassen eine an die hysterische Krankheitsphase anschließende Persönlichkeitsveränderung erkennen, die so deutlich wäre, daß man von einem neurotischen Residualzustand sprechen könnte. Dagegen läßt sich heute eine bemerkenswerte „Zitteranfälligkeit“ und eine dazu gehörende inveterierte Amnesie nachweisen. Beide Erscheinungen dürfen als Restsymptome der im übrigen symptomgeheilten Patientin angesprochen werden.

Einen ganz ähnlichen Fall habe ich auf S. 80/81 der erwähnten Monographie beschrieben. Auch dort handelte es sich um eine Patientin, deren geheilte hysterische Abasie nach ihrer äußeren Lebensbewährung und Selbstschilderung zu schließen (gute Fremdbeobachtungen fehlten), keine ungünstige Persönlichkeitsveränderung hinterlassen hatte. Die Patientin zeigte aber Restsymptome in Form einer massiven Amnesie für das erotische Psychotrauma und einer residuierenden Parästhesie im wiederhergestellten Bein. Auch bei ihr erschien die Affektivität im Gebiet des Konfliktherdes maniert und die Mimik geradezu parathym, wenigstens solange der Beobachter den erotischen Hintergrund nicht durchschaute. Ich habe deshalb auf jenen Seiten die Analogie dieser Affektstörungen zur Affektivität gewisser schizophrener Residualkranker angedeutet.

Bevor dieser Vergleich hier eingehender diskutiert wird, soll nochmals klar formuliert werden, was unter neurotischen Residualzuständen und -symptomen zu verstehen ist und was nicht.

3. Definition und Abgrenzung von Residualzustand und Residualsymptom

Als *neurotischen Residualzustand* bezeichnen wir eine dauernde, das Persönlichkeitspotential beeinträchtigende Wesensveränderung, die nach emotionell und symptomatisch bewegten neurotischen Krankheitszeiten zurückbleibt (Beispiel 1 und 2).

Ein *neurotisches Residualsymptom* nennen wir einen bleibenden, umschriebenen und blanden Krankheitsrest, der nach dem Abklingen der heftiger störenden neurotischen Krankheitserscheinungen übrigbleibt und an den der Patient sich weitgehend gewöhnt hat (Beispiel 3).

Beide Erscheinungen können als *Residualbildungen* oder kurz als *Residuen* zusammengefaßt werden.

Im Interesse einer klaren psychopathologischen Sprache ist es zweckmäßig, Residualzustand und Residualsymptom auseinander zu halten. In Wirklichkeit wird bei ein und demselben Menschen in der Regel beides miteinander vorkommen, weil beides Ausdruck derselben Grundveränderung ist. Je nachdem, ob der Betrachter mehr die Persönlichkeit als Ganzes oder ihre besonderen Eigenheiten ins Auge faßt, wird er mehr den „Zustand“ oder das „Symptom“ herausstellen. Man wird aber bei sorgfältiger Untersuchung selten ein Restsymptom ohne Residualzustand finden, wie man auch sonst in der Psychopathologie kaum Einzelsymptome ohne Gesamtveränderungen antrifft. Auch die Umkehrung gilt: wo eine neurotische Krankheit so tiefgreifend wirkte, daß ein Residualzustand zurückblieb, sind wohl auch einzelne Symptomrelikte aufzufinden, wenn man sie genügend sucht.

In der Definition wird die Wesensveränderung, die dem *Residualzustand* entspricht, mit dem Ausdruck „beeinträchtigtes Persönlichkeitspotential“ gekennzeichnet. Es wollte mir nicht gelingen, ein konkretes und doch allgemein zutreffendes Eigenschaftswort zu finden. Auf Deutsch würde man vielleicht am ehesten von der „verminderten Spannkraft“ sprechen. In der Tat wirken die Residualkranken in ihrer Vitalität, Elastizität und Widerstandskraft beeinträchtigt. Sie sind allem Neuen abhold und ihre Affekte sind matter und spröder als vor der manifesten Erkrankung. Wohl sind oft Auflehnung und Verbitterung, Reizbarkeit und Unbeherrschtheit deutlich spürbar, aber die Spannkraft der Emotionalität, ihr Durchhalten und ihr Einsatz scheinen geschwächt. Unbeherrschbare Gereiztheit bildet ja keinen Widerspruch zu geschwächter Spannkraft. Man ist versucht, in Anlehnung an die alte Neurastheniedefinition geradezu von „reizbarer Schwäche“ zu sprechen. Zwanglos läßt sich auch das Wort vom „Syndrom der gebrochenen Feder“ anwenden.

Wesentlich für die Zwecke dieser Darstellung ist die Abgrenzung des Residualzustandes von dem allgemeineren Begriff der „*ungünstigen Persönlichkeitsveränderung*“. Von einem Residualzustand sollte man nur

sprechen, wenn wirklich „bewegtere neurotische Krankheitszeiten“ vorausgegangen sind, wenn der spätere Zustand also wirklich „übriggeblieben“ ist; nicht aber, wenn es im Rahmen einer neurotischen Lebensentwicklung ganz allmählich zu Verarmungserscheinungen der Person kommt, wie z.B. bei einer affektiven Kümmerentwicklung oder bei chronifizierter neurotischer Verbitterung (ein Beispiel hierfür ist die Krankengeschichte des neurasthenischen Magaziners auf S. 78 bei⁶). Das Zustandsbild an sich unterscheidet sich bei einem solchen Kranken vielleicht nicht vom Bild eines Residualzustandes, wohl aber die Verlaufskurve, die nur im letzteren Fall die charakteristische Stufe zeigt. In der gegenwärtigen Untersuchung geht es gerade darum, die neurotischen Residualzustände auch im Längsschnitt klar abzugrenzen, damit sie nachher in adäquater Weise mit den schizophrenen Residualzuständen verglichen werden können.

Das *Residualsymptom* wird in der obigen Definition als „bland“ charakterisiert. Es wird damit ausgedrückt, daß es nicht von heftigen Verstimmungen begleitet ist und daß der Kranke nach Möglichkeit an ihm vorbeilebt. Der Begriff des Residualsymptoms soll vom Begriff des „*chronischen neurotischen Symptoms*“ unterschieden werden — wiederum im Hinblick auf den Vergleich mit den Verhältnissen bei der Schizophrenie. Bei der chronischen Neurose florieren die Symptome immer noch und erscheinen keineswegs bland wie beim Residualsymptom. Solange ein Patient z. B. unter seinen Ängsten und Zwängen erheblich leidet und mit ihnen kämpft, wird man nicht von „Residualbildungen“ sprechen können, auch wenn die Störung einen einigermaßen umschriebenen Beginn hatte und nachher lebenslänglich bestehen blieb. Die Resignation, die Gewöhnung und das Vorbeileben sind in solchen Fällen nicht so weit fortgeschritten, daß der Patient und sein Symptom „zur Ruhe gekommen“ wären.

Wenn hier verschiedentlich von „Abgrenzung“ gesprochen wurde, so dürfte es selbstverständlich sein, daß scharfe Grenzen in Wirklichkeit auf diesem Gebiet nicht existieren. Die Abgrenzung dient, wie meistens in der Psychopathologie, der Hervorhebung des zentralen Typus, von dem die Rede ist und den man unmißverständlich kennzeichnen möchte.

4. Vorkommen und Häufigkeit der neurotischen Residuen

Welche neurotischen Syndrome neigen am ehesten zu Residualbildungen? Definitionsgemäß sind es vor allem diejenigen Symptomenkomplexe, welche sich durch ein zeitlich einigermaßen umschriebenes Beginnen und Enden auszeichnen. Nur in solchen Fällen kann man ja den „postmorbiden“ mit dem „prämorbidem“ Zustand überhaupt vergleichen.

Verlaufsuntersuchungen^{4,6,9,10} haben gezeigt, daß eine solche zeitliche Begrenztheit besonders oft bei den *Hysterien* vorkommt. Es ist denn auch

kein Zufall, daß sich unsere drei Beispiele alle auf ehemalige Hysterikerinnen beziehen. Bei den 24 ehemals hysterischen poliklinischen Kranken, die ich nach durchschnittlich 24 Jahren nachuntersuchen konnte, waren überall die hysterischen Symptome abgeklungen. Indessen fand ich in der Mehrzahl der Fälle Persönlichkeitsveränderungen, die mir nicht aus dem normalen Älterwerden erklärlich waren und die mir als neurotische Residualzustände erschienen.

Aber auch nach *neurotisch-depressiven Lebenskrisen* oder *reaktiven Depressionen* scheinen nicht selten Residualzustände zurückzubleiben. Auch bei den Depressionen handelt es sich ja um Syndrome, die als solche retrospektiv meist eine einigermaßen deutlich begrenzte Dauer haben. Unter den 20 Fällen meines poliklinischen Krankengutes, die im Laufe ihres Lebens neurotische Depressionen durchmachten, mündeten nur 3 in depressive Charakterentwicklungen aus, die residuäre Züge trugen. Da sich die andern 17 Probanden dank ihrer sthenischen prämorbidem Persönlichkeitseigenschaften oft recht günstig entwickelten, möchte ich nur bei wenigen unter ihnen von Residualzuständen sprechen. Andere, außerhalb dieses Krankengutes liegende Erfahrungen zeigen aber, daß es nach schweren „reaktiven“ Depressionen mit mißlungener Krisenbewältigung oft zu einem deutlichen und schwerwiegenden Residualzustand mit eindrucklichem „energetischem Potentialverlust“ und Mattwerden der ganzen Persönlichkeit kommen kann.

In manchen Einzelfällen erweist es sich freilich, wie willkürlich auf diesem Gebiete jede Grenzziehung bleibt. So ist man zwar durchaus berechtigt, ein Härter- und Kälterwerden im mitmenschlichen Kontakt nach einer schweren depressiven Lebenskrise als Residualzustand zu bezeichnen; man wird dies aber doch nicht gerne tun, wenn die betreffende Person gleichzeitig durchsetzungsfähiger und tüchtiger geworden ist. Ein Beispiel für eine solche Veränderung wird auf S. 62 der erwähnten Monographie⁶ geschildert. Es sind dort auch einige vegetative Symptome skizziert, wie sie nach schwereren depressiven Phasen oft als hartnäckige Störungen zurückbleiben. Durch ihr Zurückbleiben und durch ihre abgespaltene Existenz am Rande des Erlebnisfeldes tragen diese Symptome das Gepräge von Residualsymptomen, die demnach keineswegs nur nach hysterischen Syndromen auftreten.

Bei *Angst-, Zwangs-, hypochondrischen und neurasthenischen Syndromen*, die meistens zeitlich weniger umschrieben verlaufen, kommt es häufiger zu einem Verschwinden der „Residualbildungen“ in der „chronischen Neurose“. Zweifellos gehört eine allmähliche Angewöhnung an die ablassenden Symptome zum Häufigsten, was man bei neurotischen Verläufen überhaupt beobachten kann. Und daß dies nicht ohne eine gewisse Einbuße an Spannkraft bei der betreffenden Persönlichkeit möglich ist, zeigen ebenfalls viele Krankengeschichten. Es würde aber zu

einer Überdehnung und Verwässerung des Begriffes des Residuums führen, wenn man alle diese Veränderungen kurzerhand als Residualbildungen bezeichnen wollte. In solchen Fällen spricht man besser bloß von „*residuären Zügen*“ der einen oder andern chronischen Krankheitserscheinung, sofern keine umschreibbare, abgeklungene initiale Krankheitszeit sie als eindeutiges Residuum kennzeichnet.

Wenn wir zum Schluß die Frage stellen, wie *häufig* die neurotischen Residualbildungen überhaupt sind, so werden wir zurückhaltend antworten müssen. Die Langstreckenverläufe der Neurosen sind ja unvergleichlich viel schlechter bekannt als diejenigen der Schizophrenien; vor allem deshalb, weil es bei Neurotikern viel seltener als bei Psychotikern zur langdauernden oder wiederholten Beobachtung in psychiatrischen Anstalten kommt. Besonders weit klafft der Unterschied auf dem Gebiet der Residuen. Der Anstaltspsychiater sieht die schweren schizophrenen Residuen auf der Abteilung, und über die leichten berichten ihm die Angehörigen bei der Wiederaufnahme. Der ambulant praktizierende Nervenarzt oder der psychiatrische Polikliniker dagegen sieht seine Patienten in der Regel nicht mehr, wenn sie ihre Residualzustände ausgebildet haben, denn sie suchen dann keine psychiatrische Behandlung mehr auf. Lediglich bei der Nachuntersuchung aus wissenschaftlichen Gründen wird man ihnen häufiger begegnen, den schweren Fällen heute etwa auch anläßlich von Begutachtungen für die Invalidenversicherung.

Im eigenen poliklinischen Krankengut möchte ich vielleicht in etwa der Hälfte der Fälle von Residualbildungen sprechen. Diese Angabe erhebt aber keinerlei Anspruch auf Genauigkeit, — schon deswegen, weil die Zahl der leicht Residualkranken mit der Untersuchungsgründlichkeit zunimmt. Ich vermute lediglich, daß deutliche Residualbildungen keineswegs Seltenheiten, sondern etwas durchaus Gewöhnliches sind. Daß sie bisher kaum beschrieben wurden, kommt sicher nicht von ihrer Seltenheit überhaupt, sondern von der Seltenheit ihres Erscheinens im ärztlichen Blickfeld — und vielleicht auch vom geringen Interesse des Arztes an Störungen, die er für kaum beeinflufßbar und therapeutisch undankbar hält.

5. Vergleich der neurotischen mit den endogenen Residualzuständen

a) Die manisch-depressiven Residualzustände

KRAEPELIN hat keineswegs die Vollremission als regelmäßigen Ausgang der manisch-depressiven Phasen gelehrt, wie dies immer wieder behauptet wird. So schreibt er z. B. in seinem Lehrbuch von 1899⁸ siehe (S. 417 und 419):

„Es ist jedoch richtig, daß namentlich sehr lange anhaltende und häufige, schwere Krankheitsanfälle auf die Dauer nicht ohne schädigenden Einfluß bleiben. Solche Kranke sind während der Zwischenzeiten zwar besonnen, orientiert, behalten

ein leidliches Gedächtnis, aber sie werden schließlich dauernd urteilslos, reizbar, ungemein schwankend in ihrer Stimmung, oder stumpf, gleichgültig und willenlos.“ Und über die besonders schweren Formen des manisch-depressiven Krankseins schreibt er: „Das gesamte Seelenleben der Kranken pflegt bei diesem Verlaufe sehr empfindlich zu leiden ... Ist auch oft die äußere Form ihrer Gefühlsbeziehungen, annähernd wenigstens, die frühere geblieben, so vermag sie doch den tieferblickenden Beobachter nicht über die innere Leere und Teilnahmslosigkeit hinwegzutäuschen.“

Damit ist das Wesentliche über die manisch-depressiven Residualzustände bereits ausgesagt. Neuere Untersuchungen, z.B. die Verlaufsstudie von KINKELIN bestätigen die relevante Häufigkeit dieser ungünstigen Ausgänge. Da sie im allgemeinen weniger schwer und weniger bizarr sind als die schizophrenen und da die meisten Lehrbücher die gute Phasenprognose betonen, pflegt die Mehrzahl der Anstaltspsychiater sie nicht zu diagnostizieren — obwohl ein jeder sie kennt und nach kurzem Besinnen mühelos viele solche Patienten aufzählen kann.

Es ist nach dem Durchlesen der Kraepelinschen Bemerkungen gar nicht leicht zu sagen, was an ihnen nicht auch auf die neurotische Residualzustände paßt. Weil sich die Beschreibung auf Anstaltspatienten bezieht, mutet sie vielleicht etwas schwerwiegender an, als es unseren neurotischen Residualbildern entspricht. Aber die wesentliche Gemütsveränderung mit ihrem emotionellen Potentialverlust, der oft mit vermehrter Reizbarkeit und Stimmungslabilität verbunden ist, wirkt doch sehr verwandt. Der neurotische Residualkranke mag in der Regel etwas gespannter, gleichsam „vorwurfsvoller“ gestimmt erscheinen. Dies dürfte unter anderem einfach davon herkommen, daß er als „Neurotiker“ schon immer so war. Demgegenüber bleiben manche manisch-depressive Residualkranke vielleicht auch im Residualzustand synthymen, sofern dies ihrer prämorbidem Persönlichkeitsart entspricht. Diese Unterschiede in der durchschnittlichen Färbung reichen aber keineswegs aus, um eine radikale Wesensverschiedenheit der beiden Arten von Residualbildungen anzunehmen. So verschieden die Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe auch sein mögen, so ähnlich werden sich die Restzustände.

b) Die schizophrenen Residualzustände

SCHINDLER¹¹ hat neuerdings wieder die große Vielgestaltigkeit dieser Bilder betont und auf anschauliche Weise einige Typen residuärer Persönlichkeitsveränderungen gezeichnet. Seine eindrucksvollen Katamnesen zeigen auch die bloß relative Konstanz und Endgültigkeit der „psychotischen Persönlichkeitsabwandlung“, die sich nach eingreifenden Schicksalswendungen auch gelegentlich einmal weitgehend zu bessern vermag.

Die *Häufigkeit* der schizophrenen Residualzustände ist vermutlich größer als bei den Neurosen, wohl auch dann, wenn man systematisch nachuntersucht. Wenn wir für das eigene neurotische Krankengut eine

Größenordnung von der Hälfte der Probanden annahmen, so war dies freilich nur eine grobe Schätzung. Aber bei den Schizophrenen wird doch mit einer deutlich größeren Häufigkeit zu rechnen sein. Viele Autoren, unter ihnen auch CONRAD, halten Residualbildungen nach schizophrenen Schüben praktisch für obligat. Andere zweifeln nicht daran, auch bei gründlichster Untersuchung nicht selten völlige und dauerhafte Heilungen zu sehen. Aber wohl niemand wird hier bloß in 50% der Fälle Residualbildungen annehmen, wie wir es bei den Neurosen vermutet haben. Freilich sind viele schizophrene Dauerpatienten in unserem Sinn eher „chronisch krank“ als bloß „residualkrank“, was bei der Häufigkeitschätzung der reinen Residualfälle zu berücksichtigen ist.

Der *Beginn* der neurotischen Residualzustände ist naturgemäß zeitlich oft weniger genau festzulegen als derjenige der schizophrenen, wo man die Residualbildung beim Abklingen des Wahns erwartet. Ich möchte allerdings an dieser Stelle auf die Möglichkeit der Verwechslung der sehr häufigen depressiven Nachschwankungen sowohl nach schizophrenen wie nach neurotischen Exacerbationen mit depressiv-apatthischen Residualzuständen hinweisen. Es ist oft unmöglich zu sagen, wie sich ein leicht gedrückter, apathischer und wurstig-resignierter Kranker nach einem Schub im Laufe der folgenden Monate und Jahre weiter entwickeln wird. Der Zustand kann genau wie ein Residualzustand aussehen. Eine spätere Nachuntersuchung kann aber ergeben, daß der Patient praktisch völlig gesund geworden ist und die auf den Schub folgenden Monate rückblickend als reine „reaktive“ Depression erlebt — ganz analog wie mancher ehemalige Hysteriker. Als Faustregel scheint es deshalb empfehlenswert, *Residualzustände nicht früher als 1—2 Jahre nach Eintritt der Symptomruhe zu diagnostizieren*¹. Alles in allem scheint sich der Zeitraum des Beginns eines Residualzustandes bei Schizophrenen aber doch häufiger auf Monate genau angeben zu lassen als bei neurotischen Erkrankungen, weil schizophrene Schübe häufiger innert Wochen abklingen als neurotische Manifestationen.

In bezug auf die *Dauerhaftigkeit* der Residualzustände scheint dagegen zwischen Schizophrenen und Neurosen kein Unterschied zu bestehen. Jahrzehnte- und lebenslange Dauer ist in beiden Fällen nicht selten. Lediglich die häufige Unterbrechung und die stufenweise Verschlechterung durch rezidivierende Schübe dürfte bei den Neurosen viel seltener vorkommen. Die mehrfache Wiederholung gleichartiger Phasen schwerer Krankheit aus leidlicher Gesundheit heraus bleibt wohl ein Charakteristicum mancher endogener Psychosen, während für viele neurotische Verläufe ein phasischer Syndromwandel⁶ (S. 42ff.) typisch zu sein scheint.

Mit dem Hinweis auf die Dauerhaftigkeit der Residualzustände soll übrigens nicht deren absolute Unveränderlichkeit behauptet werden.

¹ SCHINDLER fand $1\frac{1}{2}$ —5 Jahre bis zur stabilen Defektbildung.

Jeder Anstaltspsychiater kennt Residualschizophrene, die in geeigneter Familienpflege oder unter anderen guten Milieubedingungen ganz erstaunlich auftauen und zugänglicher und leistungsfähiger werden, solange die günstigen Verhältnisse andauern. Analoge Beispiele könnte ich von Residualneurotikern berichten. Gerade die Kehrseite dieser Milieuabhängigkeit, nämlich die Neigung zum Rückfall in den schlechteren Habitualzustand bei geringfügigen Milieuveränderungen, scheint mir aber für das residuäre, wenig entwicklungsfähige Wesen der schwereren Restzustände zu sprechen.

Am interessantesten ist es wohl, den Vergleich der neurotischen und der schizophrenen Residualzustände auf dem Gebiet der *psychopathologischen Zustandsbilder* durchzuführen. An Gemeinsamem springt zunächst vor allem der „energetische Potentialverlust“ in die Augen. Einzuräumen bleibt selbstverständlich, daß die schwersten Grade von Potentialverlust nur bei schizophren-dementen Endzuständen erreicht werden; daß also in bezug auf den maximal erreichbaren Schweregrad zwischen den neurotischen und den schizophrenen Residuen immerhin ein deutlicher Unterschied besteht.

Es sei hierzu lediglich auf ein mögliches Mißverständnis hingewiesen: die dementen Anstaltspatienten, die die Bilder des chronischen Stupors und der autistischen Inaktivität zeigen, erweisen sich bekanntlich bei näherer Untersuchung oft keineswegs als reine Residualzustände in unserem Sinn. Vielmehr verbergen sie hinter ihrer scheinbar „entleerten“ oder „ausgebrannten“ Fassade gewöhnlich ein ausgedehntes, buntes und groteskes halluzinatorisches Wahnerleben, das über das Maß eines „Potentialverlustes“ oder eines „umschriebenen und blanden Krankheitsrestes“ im Sinne unserer Definition für die Residualzustände und -symptome weit hinausgeht. Der Stupor ist oft nur die Resultante der geladenen inneren Ambivalenz. Residuär ist an diesen Zuständen lediglich, daß die Kranken sich an ihr apophänes Erleben gewöhnt haben und daran vorbeigehen. Wo es aber im Kranken noch so phantastisch zugeht, werden wir lieber von „chronischen Schizophrenen“ als von „schizophrenen Residualzuständen“ sprechen. In bezug auf den Aktivitätsgrad der Krankheit sind diese Fälle eher unseren chronischen Zwangskranken, Phobikern oder Hypochondern zu vergleichen, die zwar auch an ihren Krankheitserscheinungen vorbeileben, deren Symptome aber doch zu lebendig, ausgedehnt und bedeutend sind, als daß sie als Restsymptome angesprochen werden könnten. Auf alle Fälle eignen sich die meisten schweren schizophrenen Demenzen nicht zum Vergleich mit den neurotischen Residualzuständen — wohl aber viele leichtere schizophrene Residuen, auf die wir damit zurückkommen.

Es besteht kein Zweifel, daß unzählige Charakteristica, die man früher als spezifisch für diese „Defektzustände“ ansah, wortwörtlich auch für

die neurotischen Residualzustände gelten. So findet man z.B. bei den letzteren geradezu auffallend oft eine gewisse Manieriertheit und Geziertheit des Benehmens, Steifheit der Affektivität und Parathymie beim Berühren von Konfliktthemen. Die oben gegebenen Beispiele stehen für viele; sie vermögen das Gesagte etwas zu illustrieren. Auch jene unbeherrschte Reizbarkeit, die mit mangelnder Elastizität und Anpassungsfähigkeit einhergeht und die bildlich der abgeschächten „haltenden Komponente der Spannkraft“ entspricht, ist den neurotischen und den schizophrenen Residualzuständen gemein, wenn auch vielleicht in verschiedener durchschnittlicher Ausprägung.

Dennoch wird der sachkundige Leser von diesen Gleichsetzungen nicht völlig befriedigt sein. Er wird mit Recht behaupten, es bestehe *doch* ein wesentlicher Unterschied zwischen den schizophrenen und den neurotischen Residualbildern, wenn dieser Unterschied auch schwierig zu beschreiben sei. Man müsse etwa darauf hinweisen, daß den Residualschizophrenen (und zwar auch den leichtkranken, um die es hier ja vor allem geht), in ihrem Benehmen doch etwas eigentümlich Skurriles, Verschrobenes und Unberechenbares anhafte, das meinen Beispielen samt und sonders abgehe.

Dieser Einwand ist uneingeschränkt zu akzeptieren. Meine Erklärung für diese Verschiedenheit ist freilich so banal als möglich: die Residualneurotiker waren eben früher neurotisch, die Residualschizophrenen schizophren. Die vorwurfsvoll-anklagende Haltung des Neurotikers und sein Gefühl, unverstanden zu sein, wird natürlicherweise in eine andere Atmosphäre auslaufen als der Beziehungs- und Bedeutungswahn des Schizophrenen. CONRAD zeigt gerade dieses letztere an seinem „Schulfall Rainer“ auf packende Weise. Ich zitiere nur eine Äußerung seines remittierten Kranken: „ich weiß überhaupt nicht mehr, auch in Zukunft nicht, ob irgendetwas Zufall ist. Das ist ein Eindruck, der lähmt“ (S. 14). So zu sprechen hat ein Neurotiker keinen Grund. Es ist die Reminiscenz der Apophänie, die dem Residualschizophrenen nachgeht. So kann z.B. das Erleben einer apophänen Zahlensymbolik im Schub eine verschrobene Vorliebe für Zählspielereien beim Residualschizophrenen hinterlassen — ein Beispiel, das BERZE erwähnt.

Ein weiterer Einwand gegen die Verwandtschaft der neurotischen und schizophrenen Residuen bezieht sich nicht auf die Emotionalität, sondern auf den Gedankenablauf. Für die schizophrene Zerfahrenheit, so wird man argumentieren, gebe es kein Analogon in der Psychopathologie der Neurosen. Hierzu kann man freilich mit BERZE geltend machen, daß man sich eben beim Bestehen einer floriden Zerfahrenheit noch nicht im Residualzustand, sondern noch im aktiven Krankheitsprozeß befinde. Erst wenn sich die (auch subjektiv empfundene) Zerfahrenheit zur bloßen habituellen Verschrobenheit der Denkweise gemildert habe, dürfe man, so meint

BERZE, von Defekt sprechen. Diese Ansicht deckt sich mit derjenigen von CONRAD und kommt der unsrigen ebenfalls entgegen. Trotzdem müssen wir zugeben, daß es eindeutige schizophrene Residualzustände mit typischem energetischem Potentialverlust gibt, die auch bei sorgfältigster und langfristiger Untersuchung abgesehen von der mangelhaften Krankheitseinsicht und -erinnerung keinerlei wahnhaft-ideation oder andere Anzeichen eines aktiven Krankheitsstadiums mehr aufweisen und die doch mündlich und schriftlich eine deutliche Sprunghaftigkeit und Verworrenheit des Denkablaufs zeigen. Man könnte hier allerdings noch den Versuch wagen, solche Störungen des Gedankenganges mit der geschraubten, gewundenen und sonderbaren Ausdrucksweise gewisser chronischer anankastischer oder hypochondrischer Neurosen oder mit der gestörten Denkkordnung bei Abgelenkten und Ermüdeten zu vergleichen. Eine solche vergleichende Studie müßte sich allerdings auf ausführliche Gestaltanalysen stützen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt werden können. Das Problem der Alteration des formalen Gedankenablaufes bei Schizophrenen und bei Neurotikern kann deshalb hier nur angedeutet werden.

Was wir dagegen an gut fundierten Vergleichen besitzen, läßt sich schlagwortartig etwa folgendermaßen zusammenfassen: das neurotische Residuum zeigt häufiger eine verbittert-resignierte, das schizophrene häufiger eine verschoben-scurrile Färbung, was sich ganz einfach und einfühlbar aus der Art der überstandenen seelischen Störung herleiten läßt. *Qualitativ nicht unterscheidbar* sind die beiden Arten von Residualzuständen dagegen hinsichtlich ihres *energetischen Potentialverlustes* mit seiner Verarmung an Interessen, allgemeiner Spannkraft und mitmenschlicher Beziehungsfähigkeit. *Gerade dieses zentralste und bedeutungsvollste Merkmal, das viele Schizophrenieforscher als spezifisch für die schizophrene Residuenbildung ansprachen, erweist sich im Vergleich mit manisch-depressiven Spätintervallen und mit neurotischen Residualzuständen als denkbar allgemein und unspezifisch.*

An dieser Stelle ist auch noch ein Wort über die sogenannte „*Krankheitseinsicht*“ zu sagen. Ihr Fehlen nach schizophrenen Schüben und nach manisch-depressiven Phasen wird oft als Hinweis auf das Bestehen eines spezifischen endogenen Prozeßresiduums aufgefaßt. Die Nachuntersuchung von ehemals neurotisch Kranken zeigt nun, daß die Krankheitseinsicht auch bei ihnen sehr oft fehlt, namentlich eben bei denjenigen Probanden, die eine ungünstige Persönlichkeitsentwicklung eingeschlagen oder einen deutlichen Residualzustand ausgebildet haben. Auch hier wird die frühere manifeste Krankheit in der bekannten und charakteristischen Weise bagatellisiert und beschönigt: man war überarbeitet, übermüdet und wegen finanzieller Sorgen einem Nervenzusammenbruch nahe, oder man war bloß wegen einer falschen Spritze krank geworden. Die Baga-

tellisierung kann sich zum Abstreiten oder zur Amnesie steigern. Ähnlich wie bei den Schizophrenen besteht die Tendenz, einen allmählichen und schleichenden Beginn der Störung retrospektiv als akuten reaktiven Ausbruch umzudeuten und in die eng umschriebene Zeit der ersten ärztlichen Behandlung zu verlegen; wobei die Behandlung, ebenfalls wie beim Residualschizophrenen, oft als Ursache und nicht als Folge der Störung erlebt wird. Neurotische Beeinträchtigungsgefühle werden in solchen Fällen ebensowenig korrigiert wie schizophrener Verfolgungswahn. Wenn das Fehlen von Korrekturfähigkeit und Krankheitseinsicht bei den poliklinischen Neurosen auch nicht ganz so häufig zu finden ist wie bei den anstaltsbehandelten Schizophrenen, so erweist es sich doch als ein allgemeines Charakteristicum nach schweren, das Selbstwertgefühl bedrohenden seelischen Störungen jeder Art.

6. Vergleich der neurotischen Residualbildungen mit ungünstigen Persönlichkeitsveränderungen bei Gesunden

Die letzten Ausführungen nähern sich bereits der Einmündung der Psychopathologie in die allgemeinmenschliche Lebenserfahrung, jenem Gebiet, wo sich die spezialistischen Begriffe in den Redewendungen der Umgangssprache auflösen. EUGEN BLEULER schrieb 1911 in seiner „Dementia praecox“ im Kapitel über die „Entstehung des schizophrenen Blödsinns“ (S. 308): „Schon Gesunde verrennen sich nicht selten dauernd in irgendeine Idee, wieviel mehr muß dies dem Schizophrenen begegnen, der die korrigierenden Einwirkungen der Wirklichkeit und der Überlegung systematisch abspaltet ...“

Es gibt noch andere Erscheinungen bei „Gesunden“, die mit pathologischen Residualbildungen vergleichbar sind. Erwähnt sei beispielsweise die Resignation nach subjektiv verfehlter Berufswahl oder nach objektiv gescheiterter Karriere; ferner die hartnäckige Verbitterung in unglücklicher Ehe oder in selbst herbeigeführter und doch unfreiwilliger erotischer Einsamkeit. Entsprechend allgemeiner psychiatrischer Erfahrung wird es weniger das Leiden an sich sein, das in solchen Fällen ungünstig wirkt, als vielmehr der Selbstvorwurf nach fragwürdigen Lebensentscheidungen, zu denen der Betreffende nicht stehen kann, weil er sie schon aus einer uneingestanden Fehlhaltung heraus getroffen hat.

Die Unfähigkeit, nachträglich zur eigenen minderwertigen oder unreifen Handlungsweise zu stehen, ist wohl bei den Gesunden ähnlich verbreitet, wie das Fehlen der „Krankheitseinsicht“ bei den Neurotikern und Schizophrenen. Und diese Unfähigkeit bedeutet wohl auch prognostisch etwas Verwandtes: sie kündigt nämlich mit Wahrscheinlichkeit eine Verarmung und vorzeitige Erkaltung der Persönlichkeitsentwicklung auf dem betreffenden Gebiet sowie die Verhärtung in der grundlegenden Fehlhaltung an. (In diesem Zusammenhang kann die eminente religiöse und

juristische Wertschätzung der echten Reue gesehen werden, da diese die Möglichkeit der günstigen Wandlung anzeigt.)

Nicht nur zu den Residualzuständen, sondern auch zu den Residualsymptomen lassen sich bei klinisch Gesunden oft Analogien finden. Viele Menschen entwickeln im Laufe ihres Lebens irreversible Erinnerungsverbiegungen und Schrullen. Man denke etwa an die Legendenbildungen der Nicht-Arrivierten über ihre bösen Vorgesetzten oder an die stereotypisierten, rudimentären Erziehungsversuche der Ehegatten aneinander („wie kannst du nur immer...“) — Verhaltensrudimente, die fast automatisch ablaufen, obgleich man intellektuell schon lange die gegenseitige Unerziehbarkeit eingesehen hat. Indem man die Frage umgeht, warum man sich denn jenem Vorgesetzten so lange unterworfen habe oder warum man eigentlich seinen Ehepartner weder akzeptieren noch in Ruhe lassen könne, vermeidet man an akuter Scham und schmerzlicher Einsicht, was man an chronischer Verdrossenheit erwirbt.

Solche „normale“ Residuenbildungen pflegen sich von den (im engern Sinne) neurotischen in ihrer Dauerhaftigkeit und oft in ihrer Endgültigkeit nicht zu unterscheiden. Die „Macht der Gewohnheit“ oder das psychische Trägheitsgesetz erweist sich dabei als weitgehend unwiderstehlich. Eine weitere Analogie zur Residuenbildung besteht nicht selten darin, daß gut beobachtende Angehörige sogar den Beginn der Eigentümlichkeit in bestimmte kritische Lebenszeiten, z.B. in die Auflösung einer Verlobung oder in die Zeit nach einer mißglückten Stellenbewerbung lokalisieren können. Und was die emotionalen Eigentümlichkeiten des Residuären, das Vorbeileben, den Manierismus und die Sonderlingshaftigkeit anbelangt, so sind diese Merkmale bei den „normalen Eigenheiten“ oft auch recht deutlich vorhanden.

In psychodynamischer Beziehung kann man übrigens sehr wohl der Meinung sein, daß solche residuäre Dauerhaltungen Schutzmaßnahmen der Person gegen die Bedrohungen durch schwere Schicksalskränkungen bedeuten. Man wird auch einräumen, daß gewisse seelische Rückbildungen, Verhärtungen und Gewohnheiten residuären Charakters zum normalen Erwachsenwerden gehören, ohne daß von etwas Abwegigem, Minderwertigem oder Bedauerlichem überhaupt gesprochen werden kann.

Der Vollständigkeit wegen sei daran erinnert, daß es noch ganz andersartig verursachte Dauerschädigungen der Persönlichkeit gibt, nämlich solche durch gewaltsam über Körper und Seele hereinbrechende Katastrophen, die nicht aus der individuellen emotionalen Vorgeschichte entspringen. Es sei z.B. hingewiesen auf die seelischen Störungen infolge schwerer körperlicher Behinderung, die sogenannte Krüppelpsychologie, und auf die Restzustände nach langdauernden, grauenvollen Schreckenszeiten, wie sie von Konzentrationslagerhäftlingen und Kriegsgefangenen

durchlebt werden. Bei diesen schwersten Entbehrungsfolgen wird freilich neben der Entwurzelungsreaktion oft eine hungerdystrophische Hirnschädigung angenommen. Der Literatur (z.B. SCHULTE) entnehmen wir, daß diese Schädigungen, wenn man sie lediglich in ihren gröberen Äußerungen betrachtet, im Vergleich zu unsern endogenen und neurotischen Residualzuständen zunächst viel mehr durch ihre Ähnlichkeit als durch ihre Verschiedenheit überraschen. Die immer wieder hervorgehobene Verarmung an Initiative, Spannkraft, Anpassungsfähigkeit und Interessen gleicht auffallend dem, was wir aus unseren Erfahrungen mit neurotischen und schizophrenen Residualkranken kennen. Vermutlich fehlen diesen Katastrophenresiduen allerdings die feineren Färbungen der nicht exogen bedingten Residualzustände, wie z.B. der gekränkte und verlegene Unterton des neurotischen oder der verschrobene und manierte Zug des schizophrenen Residuums. Wahrscheinlich gehören viele psychische Katastrophenfolgen denn auch bereits mehr in das folgende Kapitel.

7. Vergleich der körperlich nicht begründbaren psychischen Residuen mit den hirnllokalen Psychosyndromen (M. Bleuler)

Man kann sich die Frage stellen, ob die charakteristische Antriebsverarmung mancher leichterer hirnllokalen Defekte (z.B. der typischen Stirnhirnsyndrome) sich von den beschriebenen residuären Antriebsveränderungen nach körperlich nicht begründbaren Seelenstörungen überhaupt mit einiger Regelmäßigkeit unterscheiden lassen, ohne daß der Untersucher (wie dies praktisch immer der Fall ist) die Anamnese zu Rate zieht. (Hirnorganische Defekte mit mnestischen Störungen fallen hier nicht in Betracht.) CONRAD (S. 126 und 161) weist sogar ausdrücklich auf die Ähnlichkeit des energetischen Potentialverlustes nach schizophrenen Schüben und bei manchen Stirnhirndefekten hin. Wenn man leichtere Fälle ins Auge faßt, gilt diese Ähnlichkeit aber auch ganz deutlich für die neurotischen Residuen mit ihrem charakteristischen Verlust der Spannkraft.

Man könnte hier einwenden, daß das hirnllokale Psychosyndrom nicht nur eine Verminderung, sondern auch eine Vermehrung der Antriebshaftigkeit mit sich bringen könne: es sei nur an die Reizbarkeit, Unstetigkeit und einschließende Triebhaftigkeit vor allem der hirnllokal geschädigten Jugendlichen erinnert. Aber genau die gleiche Reizbarkeit, Unstetigkeit und Explosivität findet sich ja bekanntlich in charakteristischer Weise auch beim schizophrenen Residualzustand (vgl. etwa die klassischen Schilderungen in der „Dementia praecox“ EUGEN BLEULERS). Und bei den neurotischen Residualbildungen läßt sich dieselbe Erscheinung wiederum im Rahmen des herabgesetzten Persönlichkeitspotentials nachweisen — vielleicht in quantitativ etwas milderer Ausprägung, aber doch

in qualitativ ununterscheidbarer Art. M. BLEULER schreibt sogar, daß „leichte Formen des hirnllokalen Psychosyndroms rein aus der psychischen Symptomatologie nicht abzugrenzen sind gegen viele Formen von Psychopathien und neurotischen Charakterveränderungen“ (S. 198). In unseren eigenen Beispielen trat die erhöhte Reizbarkeit nicht sehr stark hervor, sie fehlte aber auch nicht; in anderen Fällen kann sie gegenüber der Apathie und Anergie sogar überwiegen.

Theoretisch könnte man sich denken, daß die Trieb- und Drangausbrüche der hirnllokal Gestörten mehr „von innen einschließend“, diejenigen der nicht körperlich begründbar Residualkranken mehr „reaktiv auf Außenreize“ folgten. Ich glaube aber nicht, daß dieser Unterschied sich klinisch hinreichend deutlich nachweisen läßt. — Wie immer es sich damit auch verhalte: die „Plus-Komponente“ der veränderten Antriebshaftigkeit widerspricht jedenfalls in keiner Weise den Begriffen der „verminderten Spannkraft“ und des „herabgesetzten Persönlichkeitspotentials“, da diese Begriffe, wie schon wiederholt betont wurde, gerade das Ungeordnete, Ziellose und Schwächliche der residuären Reizbarkeit mit umfassen.

Ein anderer Einwand gegen die psychopathologische Ähnlichkeit der leichten hirnllokalen und der schweren nicht körperlich begründbaren Residualzustände betrifft das subjektive Erleben der Störung. Es mag zutreffen, daß die hirnorganisch bedingten Temperamentsveränderungen häufig „ichfremder“ erlebt werden als die neurotischen; vor allem, wenn die Läsion plötzlich zustande gekommen ist. Aber auch dieses Gefühl der Exogenität besteht in voller Deutlichkeit oft nur während der ersten Zeit der Alteration. Später identifizieren sich die Kranken oft in auffallendem Maße mit ihrer Wesensveränderung: sofern sie nicht gerade ein Entschädigungsbegehren geltend machen, entschuldigen oder erklären sie ihre Reizbarkeit oder Apathie nicht mehr mit dem eigenen Defekt, sondern sie schuldigen jeweils die Umgebung an. Die Auseinandersetzung mit der Veränderung ist zum Stillstand gekommen, eine „Krankheitseinsicht“ ist kaum mehr vorhanden.

Wir stehen vor der Tatsache, daß maßgebende Autoren die Übereinstimmung einerseits der schizophrenen, anderseits der charakterneurotischen Dauerveränderungen mit dem hirnllokalen Psychosyndrom hervorheben. Der Schluß, der sich aus der offenkundigen psychopathologischen Ähnlichkeit der körperlich nicht begründbaren und der hirnllokal bedingten Residualzustände ergibt, kann etwa folgendermaßen formuliert werden: das Bestehen eines energetischen Potentialverlustes an und für sich zeigt lediglich an, daß dem betreffenden Schicksal etwas Schwerwiegendes geschehen ist, das sich weder durch seelische Verarbeitung noch durch hirnorganische Regeneration kompensieren ließ. *Rein psychopathologisch* und querschnittsmäßig könnte man in diesem Sinn ein

„*allgemeines residuäres Psychosyndrom*“ einführen, das vor allem durch die Einbuße an psychischer Spannkraft und Ordnung der Antriebe definiert wäre.

Daß ein soches Syndrom ätiologisch so verschiedene Dinge wie ein leichtes posttraumatisches Stirnhirnsyndrom und einen schweren hysterischen Residualzustand umfassen soll, wirkt auf den ersten Blick stoßend. Wir sind zwar aus der Psychopathologie der körperlich begründbaren Seelenstörungen daran gewöhnt, daß ganz verschiedene körperliche Noxen (wie Traumen, Gifte, Sauerstoffmangel usw.) in unspezifischer Weise ein und dasselbe große Psychosyndrom erzeugen können (wie z. B. den akuten exogenen Reaktionstyp Bonhoeffer, das hirndiffuse psychoorganische Syndrom E. Bleuler oder das hirnlokale Psychosyndrom M. Bleuler.) Neu und zunächst absurd erscheint hingegen die Zusammenfassung von Dauerzuständen, die wir als Erlebnisreaktion betrachten, mit andern Dauerzuständen, die zweifellos im wesentlichen somatogen sind.

Indessen könnte es sich im Lichte einer künftigen Hirnphysiologie erweisen, daß die Gesamttätigkeit des Gehirns durch seelische Integrationsstörungen in ähnlicher Art alteriert wird wie durch hirnlokale Läsionen. Zum Beispiel könnte es sich zeigen, daß gewisse physische Hirnfunktionen durch eine dauernde angstvermeidende seelische Schonhaltung in vergleichbarer Art verändert werden wie durch eine Hirnnarbe. Die in beiden Fällen ähnliche Beziehung zwischen cerebraler Funktion und seelischem Erleben würde dann vielleicht die Übereinstimmung der hirnlokalen und der „psychogenen“ Residuen erklären. Die Forschung ist aber noch nicht so weit, und wir wollen uns nicht in Spekulationen verlieren. Das „allgemeine residuäre Psychosyndrom“ bleibt vorerst ein rein psychopathologischer, ätiologisch neutraler Begriff. Ob ihm auch eine einigermaßen einheitliche Pathophysiologie zugeordnet werden kann, und ob sich deshalb seine ausführlichere Diskussion lohnt, bleibt offen.

8. Die ärztliche Einstellung zu den residuär Veränderten

Die Tendenz dieses Aufsatzes geht nicht in der Richtung auf eine positive Stellungnahme zur Frage „psychogen oder somatogen“. Wieweit diese Frage auf dem Gebiet der körperlich nicht sicher begründbaren Seelenstörungen in solch alternativer Form heute überhaupt noch sinnvoll gestellt werden kann, ist ohnehin unsicher. Auf alle Fälle kann dieses Kernproblem der psychiatrischen Grundlagenforschung mit den Mitteln der vorliegenden Arbeit nicht entschieden werden.

Dagegen lassen die mitgeteilten Beobachtungen gewisse oft angenommene Antworten auf die ätiologische Grundfrage als mangelhaft begründet erscheinen. Dazu gehört der Schluß, daß die Existenz des schizophrenen Residuums das Wirken eines spezifischen organischen Prozesses beweise. Zeigen doch die erwähnten Untersuchungen, daß das Hinterlassen von Residualzuständen mit psychischem Potentialverlust kein ausschließliches Merkmal der endogenen Erkrankungen ist, sondern daß diese Erscheinung auch bei sogenannten neurotischen Krankheiten vorkommt. Man gelangt bei der Übersicht über verschiedenartige Residualbildungen zum Eindruck,

daß die residuären Veränderungen der Persönlichkeit und ihres Verhaltens einer allgemeins menschlichen Weise der seelischen Rückbildung, einer unspezifischen Folgeerscheinung nicht zu bewältigender seelischer Krankheiten und unlösbarer Lebenskonflikte entsprechen. Daß im übrigen die Residuen nach schwerer seelischer Krankheit und Zerrüttung meist gravierender und abwegiger sind als nach leichten Störungen und daß sie in ihrem Typus durch die abgelaufene Krankheitsart geformt und in ihrer individuellen Ausgestaltung durch die ursprüngliche Persönlichkeit geprägt werden — diese Erkenntnis mag zwar denkbar banal anmuten. Aber sie drückt das Äußerste aus, was wir auf diesem Gebiet überhaupt begründet aussagen können.

An dieser Stelle erhebt sich die Frage, wie es nun mit der „Verständlichkeit“ der nicht körperlich begründbaren Residualbildungen stehe. Das Merkmal der Verstehbarkeit oder Einfühlbarkeit spielt in der klassischen Psychopathologie eine eminente Rolle und der schizophrene Residualzustand galt immer wieder als Paradigma eines nicht verstehbaren psychischen Phänomens. Demgegenüber mögen die mitgeteilten Beispiele neurotischer Residualbildungen auf den Leser ziemlich „verständlich“ wirken — was freilich auch einfach die Folge der gedrängten, das Einfühlbare betonenden Darstellung sein könnte.

Eine eingehende Besprechung dieser Frage würde hier viel zu weit führen. Sie soll im Rahmen einer späteren Studie über „das Verständliche und das Unverständliche in Psychopathologie und Psychotherapie“ gesondert illustriert werden. Hier sei nur darauf hingewiesen, daß nicht nur die neurotischen Residualbildungen verständlich scheinen — oder sein — können, sondern auch die schizophrenen. Mancher Leser der CONRADschen Monographie z.B. wird wohl die Residuen-Entstehung bei seinem „Schulfall Rainer“ besonders verständlich finden, weil die Darstellung auf eingehendster Untersuchung beruht und weil der Kranke liebevoll und lebensnah gezeichnet worden ist. Es würde in einem solchen Fall wenig ändern, zu betonen, daß hier lediglich das Sosein, nicht aber das Dasein des Residuums verständlich sei. Wenn man diese Formulierung überhaupt treffend findet, kann man sie ebensogut auch auf die neurotischen Residualbildungen und auf normale Eigenheiten anwenden. Auch deren Dasein mutet oft unverständlicher an als ihr Sosein. Generell kann man etwa sagen, daß die schizophrenen Manifestationen nur insofern unverständlicher sind als die neurotischen, als sie absonderlicher sind. „Absonderlich und vernunftwidrig“ ist aber nicht „unverständlich und uneinfühlbar“ in jenem radikalen Sinn, wie es die klassische Psychopathologie meint.

Praktisch führt das eingehende Kennenlernen der neurotischen Residualkranken den Untersucher dahin, daß für ihn auch die schweren Residualzustände in der Anstalt ab und zu etwas von ihrer schroffen Fremdheit und Unnahbarkeit verlieren. Der Psychiater braucht deswegen das Verstehen nicht ad absurdum zu treiben und ohne Respekt vor der wirklichen Entfremdung des Kranken Dinge zu „verstehen“, die er bloß unterstellt. Er wird sich höchstens von Fall zu Fall dafür freihalten, das subjektiv Verstandene zu akzeptieren und zu verwenden, wie sonst im menschlichen Umgang auch.

Glaubt man einmal zu verstehen, so hofft man auch zu behandeln — auch dann, wenn man keiner optimistischen Illusion huldigt. Gewiß unterzieht sich ein schwer residuär Veränderter kaum je einer intensiven Psychotherapie. Und doch kommt es vor, daß der Psychotherapeut sich angesichts eines inveterierten Symptoms gedanklich oder instinktiv fragt: entwicklungsfähiger Keim oder unbeeinflussbares Residualsymptom? — aber was bedeutet diese Frage überhaupt in der Psychotherapie? und genügt dem Therapeuten zur Beantwortung die Beurteilung von Akuität, Heftigkeit und Leidensdruck auf der einen Seite, von Gewöhnung, Gleichmut und Vorbeileben auf der andern Seite, oder spielen für ihn noch ganz andere Elemente eine Rolle? — Die Bearbeitung dieser Fragen erfordert psychotherapeutische Kasuistik, die den

Rahmen der vorliegenden Mitteilung sprengen würde und die deshalb andernorts dargestellt werden soll.

Hier sei zum Schluß nur noch an jene vereinzeltten Residualkranken erinnert, deren Zustand sich nach Jahr und Tag außerhalb jeder gezielten ärztlichen Therapie bis an die Grenze der Heilung erholte. Diese freilich nicht häufigen Fälle setzen den Gültigkeitsgrad unserer Erkenntnisse ins rechte Verhältnis zur Wirklichkeit, und sie bewahren uns davor, unsere Prognosen für letzte Wesenserkenntnisse oder für zwingende Gesetze zu halten.

Zusammenfassung

Neurotische Residualzustände sind dauernde, das Persönlichkeitspotential beeinträchtigende Wesensveränderungen, die nach emotionell und symptomatisch bewegten Krankheitszeiten (z.B. hysterischen Exacerbationen oder neurotischen Depressionen) zurückbleiben. An Hand von jahrzehntelangen Katamnesen poliklinischer Neurosen wird die charakteristische Verarmung der mitmenschlichen Beziehungsfähigkeit, der beruflichen Aktivität und der geistigen Interessen sowie die gestörte Antriebshaftigkeit neurotischer Residualkranker dargestellt.

Diese neurotischen Residualbildungen lassen sich im Querschnitt weder von den *manisch-depressiven* noch von den *schizophrenen Residualzuständen* qualitativ deutlich unterscheiden. Die endogenen Residuen haben mit den neurotischen nicht nur die bekannte Verminderung der seelischen Spannkraft bzw. die Reduktion des energetischen Potentials gemeinsam, sondern auch den Manierismus und die Steifheit des Benehmens, die Parathymie im Konfliktgebiet, die Reizbarkeit und Zwiespältigkeit der gesamten Emotionalität, das Vorbeileben an den Residualsymptomen und das Fehlen der retrospektiven Krankheitseinsicht.

Die Wesensverwandtschaft der Residuen nach seelischen Krankheiten mit „normalen“ resignierten, versteiften und verbitterten Dauerhaltungen nach unlösbaren, kränkenden und uneingestandenen Schicksalskonflikten wird illustriert und es wird die Frage der *Verstehbarkeit* der neurotischen und der endogenen Residualzustände aufgeworfen.

Das *hirnlokale Psychosyndrom* gleicht nach M. BLEULER den neurotischen Dauerveränderungen, nach K. CONRAD den reinen schizophrenen Residualzuständen. Bei ausschließlicher Betrachtung des psychopathologischen Querschnitts lassen sich alle drei Arten von Residualzuständen in einem ätiologisch neutralen „*allgemeinen residuären Psychosyndrom*“ zusammenfassen. Dieses Syndrom ist lediglich durch die Reduktion des Persönlichkeitspotentials und durch die allgemeine Störung der Antriebshaftigkeit gekennzeichnet. Es kann als eine unspezifische, allgemeinemenschliche Folge nicht zu bewältigender seelischer Konflikte und nicht regenerierbarer hirnlukaler Läsionen aufgefaßt werden — unabhängig davon, ob die Schädigung letztlich seelischer oder körperlicher Natur ist und ob diese Alternativfrage überhaupt richtig gestellt ist.

Literatur

- ¹ BERZE, J., u. H. W. GRUHLE: Psychologie der Schizophrenie. Monographien a. d. Gesamtgebiete der Neurologie u. Psychiatrie. Berlin: Springer 1929.
- ² BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien: Deuticke 1911.
- ³ BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- ⁴ CANESTRINI, L., e M. MORENO: Studio catamnestico delle personalità nevrotiche. (Collana di studi sui problemi medico-sociali XLII.) Editore, Roma 1957.
- ⁵ CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Sammlung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen. Stuttgart: Thieme 1958.
- ⁶ ERNST, K.: Die Prognose der Neurosen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- ⁷ KINKELIN, M.: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **73**, 100—146 (1954).
- ⁸ KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, II. Band, 6. Aufl. Leipzig 1899.
- ⁹ LJUNGBERG, L.: Hysteria. A clinical, prognostic and genetic study. Acta psychiat. scand. **32**, Suppl. 112 (1957).
- ¹⁰ RENNIE, T. A. C.: Prognosis in the psychoneuroses: benign and malignant developments. In: ZUBIN, J., and P. H. HOCH: Current problems in psychiatric diagnosis. New York 1953.
- ¹¹ SCHINDLER, R.: Das psychodynamische Problem beim sog. schizophrenen Defekt. 2. Internat. Sympos. Psychother. Schizophrenie, Zürich 1959, Vol. 2, S. 276 bis 288. Basel: Karger 1960.
- ¹² SCHULTE, W., u. R. STIAWA: Organische Hirnschädigung nach schwerer Hungerdystrophie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **26**, 66 (1958).

Dr. K. ERNST,
Sanatorium Hohenegg, Meilen bei Zürich (Schweiz)