

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. W. SCHULTE)

Meinungen westdeutscher Nervenärzte zur Schizophrenie

Von
G. IRLE

(*Ein gegangen am 10. November 1962*)

Im Frühjahr 1961 versuchten wir durch eine Umfrage bei westdeutschen Nervenärzten Daten darüber zu erlangen, in welchem Maße man sich auf das Rümkesche „Praecoxgefühl“ in der Diagnostik der Schizophrenie stütze. Es interessierte uns darüber hinaus, ob sich bestimmte Gruppen von Psychiatern herausschälen, die mehr als andere dazu neigen, sich auf ein Praecoxgefühl zu verlassen. Deswegen brachten wir in den Fragebogen eine Reihe von Fragen nach der Einstellung zum Schizophreniebegriff, nach der Weise, sich schizophrenem Erleben zu nähern und nach den Kriterien, die eine Diagnose sichern. Wir hielten es für ratsam, die Absicht des Unternehmens, nach dem Praecoxgefühl zu fragen, nicht in den Vordergrund zu stellen und erweckten, da entsprechende Fragen erst spät in der Reihe erschienen, den Eindruck, es gehe um eine allgemeine Befragung zum Schizophrenieproblem. Viele äußerten sich in den Antworten zustimmend zu solcher Absicht. Offenbar besteht ein verbreitetes Interesse nach einer Übersicht über die Haltung der Psychiater zur Schizophrenie. Nachdem wir das Ergebnis der Umfrage, soweit es das Praecoxgefühl betrifft, publiziert haben¹, können wir nicht umhin, auch mit dem Teil der Aussagen bekannt zu machen, der bei dem Unternehmen nebenher abfiel.

Methodik

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird für Einzelheiten unseres Vorgehens auf den vorangehenden Aufsatz verwiesen¹. Wir haben mit wenigen Ausnahmen, alle westdeutschen Nervenärzte angeschrieben und sie um Beantwortung eines 21 Fragen umfassenden Bogen gebeten. Bei dieser Art des Vorgehens mußten wir darauf verzichten, repräsentative Ergebnisse zu bekommen. Es scheint uns beim gegenwärtigen Stand der statistischen Daten über Nervenärzte kaum möglich zu sein, eine repräsentative Umfrage durchzuführen. Wir haben 2324 Bögen ausgesandt und bekamen 1246 Antworten, können uns also auf die Ansicht von über der Hälfte der Angeschriebenen stützen. Ausgewertet wurden von 1246 nur 1196, also 51,4% des Gesamts der Bogen — ein Teil der Antworten kam zu spät, andere waren nicht beurteilbar.

Wir wollen den Fragebogen nicht erneut im ganzen aufzählen, sondern beschränken uns hier auf die Darstellung der Fragen, die zum Schizophrenieproblem interessieren.

¹ Arch. Psychiat. Nervenkr. 203, 385—406 (1962).

Ergebnisse

Bei der Frage nach der *Schizophreniegenese* waren 1061 (88,7%) geneigt, in der Schizophrenie etwas grundsätzlich anderes, dagegen 78 (6,5%) der Meinung, die besonders schwere Form einer Neurose vor sich zu haben. 13 (1,1%) blieben unentschieden und 44 (3,7%) machten keine Aussage.

Den *Bereich der Schizophrenie* soll man nach Ansicht von 719 (60,1%) eng fassen, dagegen wollen ihn 99 (8,3%) weit halten und 341 (28,5%) zwar weit halten, aber eine Kerngruppe von Randgruppen unterscheiden.

Ist eine Schizophrenie heilbar? Für eigentlich unheilbar sprechen sich 208 (17,4%) aus. Dazu meinen 493 (41,2%), die Krankheit sei nur unter Hinterlassen eines Defekts zu bessern. Nur 473 (39,6%) sind der Ansicht, gelegentlich sei eine Schizophrenie völlig reversibel. 22 (1,8%) nahmen keine Stellung.

Nach der *inneren Abwehr* beim Schizophreniediagnostiker zu fragen, schien uns im Zusammenhang mit dem Praecoxgefühl sinnvoll. K. CONRAD wies uns in seiner Antwort darauf hin, daß die Fragen: entschließen sie sich a) nüchtern und sachlich oder b) nur unter Überwindung inneren Widerstandes zur Diagnose? eigentlich keine Alternative seien. Sicher hatte er Recht. Trotzdem sagten 916 (76,6%) von sich, sie diagnostizierten nüchtern und sachlich, immerhin 231 (19,3%) gestanden die Überwindung inneren Widerstandes zu und 27 (2,2%) wollten die Diagnose überhaupt besser umgehen. 22 (1,8%) äußerten sich nicht.

Gelegentlich eine Schizophrenie „auf Anhieb“ zu diagnostizieren trauten sich 1035 (86,5%) zu. Dieser Frage folgte keine Alternative, so daß man den Rest, 161 (13,5%) unter die rechnen muß, die nicht auf Anhieb diagnostizieren können oder wollen.

Auch die weitere Frage, ob das gegenwärtige Zustandsbild oder die charakteristische Vorgesichte aufschlußreicher für die Schizophrenie sei, führten wir mehr um des Praecoxgefühls willen ein. 380 (31,8%) wollten das Querschnittsbild, 425 (35,5%) das Längsschnitrbild bevorzugen, 356 (29,8%) kreuzten beide Positionen an, 35 (2,9%) nahmen keine Stellung.

Zwar kann die Frage, auf welche Faktoren man sich am ehesten in der Diagnose verlassen wolle, nur im Zusammenhang des Fragebogens gesehen werden, denn sie sollte eigentlich nur von denen beantwortet werden, die nichts mit dem Praecoxgefühl anfangen können. Doch hat sich ein Großteil der Gesamtzahl hier eingeordnet. Für die Symptome I. Ranges, etwa im Sinne K. SCHNEIDERS sprachen sich 309 (25,8%) aus. 155 (13%) kreuzten die Ausdruckssymptome, das Gehabe des Patienten an. 27 (3,5%) setzten an den Möglichkeiten des Patienten an, Kontakt zu finden. 42 (2,3%) sahen in der mangelnden affektiven Resonanz des Patienten das entscheidende Kriterium. 425 (35,5%) kreuzten mehrere Positionen an. Unter diesen Mehrfachantworten wurden am häufigsten die Ausdruckssymptome (308 mal) genannt. 256 mal kam die affektive Resonanz des Patienten, 233 mal die Symptome I. Ranges und 162 mal die Möglichkeiten des Patienten, Kontakt zu finden. Schließlich kreuzten 121 (10,1%) alle 4 Positionen an und 117 (9,8%) äußerten sich nicht.

Unsere Frage danach, ob man sich in schwierigen Fällen mit der Therapie zufrieden gebe oder großen Wert auf diagnostische Einordnung lege, wurde in ihrem ersten Teil von 472 (39,4%) für zutreffend angemerkt, dagegen von 616 (51,5%) in ihrem zweiten Teil. Unentschieden blieben 51 (4,3%) und 57 (4,8%) gaben keine Auskunft.

423 (35,4%) halten es für möglich, daß die Psychiatrie eines Tages zu einer exakten Naturwissenschaft wird. 671 (56,1%) meinen dagegen, daß naturwissenschaftliche Kategorien zum Begreifen der eigentlichen Probleme der Geisteskrankheiten nicht ausreichen werden. 10 (0,8%) kreuzten beide Positionen an, 92 (7,7%) äußerten sich nicht.

332 (27,8%) waren der Ansicht, daß ein Psychiater mit wachsender Erfahrung und unterstützt durch wissenschaftliche Fortschritte sich weitgehend in das Erleben eines Schizophrenen einfühlen kann. Andererseits waren 802 (67,1%) der Ansicht, daß letzten Endes über begrenzte Möglichkeiten des Verständnisses hinaus eine Psychose uneinfühlbar bleibe. Nur 21 (1,7%) kreuzten beide Positionen an und 41 (3,4%) enthielten sich der Aussage.

Auf die Frage schließlich, ob man meine, der Arzt möge im schizophrenen Patienten vor allem die gesunden Anteile der Persönlichkeit ansprechen, stimmten 793 (66,3%) zu, während 175 (14,6%) eher dafür waren, er möge sich in die kranke Innenwelt intensiv einzufühlen suchen, um Ansatzpunkte zur Heilung zu gewinnen. 159 (13,3%) wollten keine der beiden Aussagen bevorzugen und 69 (5,8%) äußerten sich nicht.

Es scheint uns bemerkenswert, auch das Faktum zu erwähnen, daß, obwohl Anonymität bei der Rücksendung der Fragebogen vorgeschlagen wurde, doch 515 (43,1%) ihren Namen angaben. Eine ganze Reihe machten ihrem Unmut Luft, sich ohne Namen äußern zu sollen. 66 (5,5%) explizierten in mehr oder weniger ausführlichen Zusatzschreiben ihre Meinung zu den angeschnittenen Themen.

Die 1196 Antwortenden konnte man entsprechend den Angaben in folgende Gruppen aufteilen: 258 (21,6%) arbeiteten in Kliniken, 475 (39,7%) kamen aus Anstalten (Landeskrankenhäusern) und 397 (33,2%) waren in freier Praxis tätig. Ein Rest, 66 (5,5%), kam aus Gutachterstellen, Gesundheitsämtern und ähnlichen Institutionen.

Dem Erfahrungsalter im Fach entsprechend unterteilten wir in vier, allerdings recht verschieden große Gruppen. 67 (5,6%) waren noch nicht 5 Jahre im Fach, die Mehrzahl, 603 (50,4%), konnte auf eine 5—15jährige Erfahrung zurückblicken. 214 (17,9%) waren zwischen 15 und 25 Jahren im Fach und 283 (23,7%) länger als 25 Jahre. 29 (2,4%) hatten hier keine Angaben gemacht.

Betrachtet man das Haupttätigkeitsmerkmal, so ergab es sich, daß 566 (47,3%) vorwiegend psychiatrisch arbeiten, 263 (22,0%) vorwiegend neurologisch und 220 (18,4%) zu gleichen Teilen psychiatrisch und neurologisch. 111 (9,3%) sagten von sich, daß sie ausschließlich oder jedenfalls betont psychotherapeutisch tätig seien. 36 (3,0%) kamen aus verschiedenen Sonderdisziplinen, etwa der Epilepsie- oder Schwachsinnarbeit. Es fällt auf, daß relativ weniger vorwiegend neurologisch, oder doch wenigstens zu gleichen Teilen neurologisch und psychiatrisch Tätige dabei sind, als man es sonst vermutet (siehe dazu etwa die Notiz im Aufsatz Neurologie und Psychiatrie von BEHRENDT u.a.¹), so daß der Schluß nahe liegt, an dieser Stelle zeige sich in unseren Antworten ein bestimmter Trend in Richtung auf mehr psychiatrisch Interessierte.

Wir versäumten es leider, nach dem Geschlecht der Antwortenden zu fragen. Zwar machten es Zuschriften mit Absenderangabe möglich unter ihnen 43 Frauen herauszufinden, doch haben wir darauf verzichtet, diese Gruppe außer nach ihrer Einstellung zum Praecoxgefühl herauszuheben. Man muß statt mit diesen 3,6% eigentlich mit etwa 17% Frauen unter Nervenärzten rechnen (entsprechend den Angaben des Statistischen Bundesamtes).

Wir haben uns nun bemüht, im Blick auf die aufgezählten Gruppierungen zu prüfen, ob es Korrelationen zwischen bestimmten dieser Gruppen und den Einstellungen gibt, zu denen im Fragebogen Auskunft eingeholt wurde.

¹ BEHREND, R. CH., H. GÄNSHIRT, O. HALLEN, D. JANZ u. H. KALM: Neurologie und Psychiatrie, S. 247. — Nervenarzt 6, 33 (1962).

Verglich man die drei Gruppen der Kliniker, Anstaltspsychiater und freiberuflich Tätigen (siehe die Tabellen unter a), so zeigte sich zum Komplex der Schizophreniegenese (a/I) keine überzeugende Differenz. Ebenso war es mit der Schizophreniebegrenzung (a/II). Dagegen ergab es sich bei der Therapierbarkeit (a/III), daß Kliniker in vermehrtem Umfang geneigt sind, die Schizophrenie für gelegentlich völlig reversibel zu halten (χ^2 -Test signifikant auf 0,01 Ebene). Bei den Fragen nach innerem Widerstand (a/IV) und der möglichen Anhiebsdiagnose (a/V) zeigte sich keine Differenz der Einstellung. Die Antworten zum Quer- und Längsschnittsbild (a/VI) brachten bei den Anstaltspsychiatern eine deutliche Tendenz zum Längsschnittsbild (Signifikanz der Differenz auf der 0,01 Ebene). Bevorzugte diagnostische Kriterien (a/VII) wurden nicht unterschiedlich angegeben, dagegen betonten die Kliniker entschiedener als die beiden anderen Gruppen ihre Tendenz zur diagnostischen Einordnung (a/VIII). (Die Differenz zeigte sich nur mäßig signifikant zwischen 0,10—0,05.) Die Rolle naturwissenschaftlichen Denkens wurde kaum verschieden eingeschätzt (a/IX), während die Anstaltspsychiater in deutlich stärkerem Ausmaß als die beiden anderen Gruppen von der Uneinfühlbarkeit schizophrener Erlebens überzeugt waren (a/X). (Signifikant zwischen 0,01 und 0,001.) Schließlich waren wiederum die Anstaltspsychiater erheblich entschiedener als die anderen, die gesunden Anteile der Persönlichkeit ihrer Schizophreniepatienten anzusprechen (a/XI). (Mittlere Signifikanz zwischen 0,05 und 0,02.)

Bei den Gruppierungen nach der Zahl der Jahre im Fach (Tabellen unter b) kann angemerkt werden, daß die Kliniker den höchsten Anteil unter den jüngeren Kollegen haben (bis 15 Jahre fast 73% der Kliniker gegenüber knapp 57% der Anstaltspsychiater und knapp 45% der Freiberuflichen). Bei den Antworten zu den Fragen nach I, III, IV, V, VIII, X und XI fanden sich keine einigermaßen verwertbaren Differenzen. Unterschiede zeichneten sich ab bei der Frage nach der Begrenzung der Schizophrenie (b/II). Die Jungen (bis 5 Jahre Erfahrung) wollen den Bereich in erheblich stärkerem Umfang als Ältere eng gefaßt wissen (Signifikanz zwischen 0,01 und 0,001). Das Längsschnittsbild (b/VI) erschien den Jüngeren (bis zu 15 Jahren im Fach) charakteristischer, während die über 25 Jahre im Fach befindlichen sich insofern abhoben, als sie sich stärker als die anderen nicht für eine Alternative entscheiden wollten. (Hochsignifikant auf 0,001 Ebene.) Zu den diagnostischen Kriterien (b/VII) hob es sich heraus, daß die Jüngeren bis zu 15 Jahren sich wesentlich mehr auf die Symptome I. Ranges (K. SCHNEIDER) verlassen wollten, während gerade die Älteren (über 25 Jahre) in viel geringerem Maß als die Allgemeinheit das zu tun geneigt scheinen. (Signifikanz zwischen 0,01 und 0,001.) Zu den übrigen aufgeführten diagnostischen Kriterien ergaben sich keine verwertbaren Differenzen. In der Frage nach

der Rolle naturwissenschaftlicher Kategorien in der Psychiatrie (b/IX) ergab sich insofern eine unterschiedliche Einstellung, als die Gruppe der 15—25 Jahre im Fach befindlichen in deutlich erhöhtem Ausmaß es für möglich hielt, die Psychiatrie werde eines Tages eine exakte Naturwissenschaft. Auffallend wenig vertrauten auf naturwissenschaftliche Kategorien gerade die, die noch keine 5 Jahre im Fach sind. (Signifikanz der Differenz zwischen 0,05 und 0,02.)

Die drei Gruppen der vorwiegend psychiatrisch, neurologisch und psychotherapeutisch Orientierten sind in ihrer Größe different (Tabellen unter c). Es ergaben sich jedoch gerade nach dieser Gruppierung deutliche Unterschiede in der Einstellung. Das beginnt gleich mit der Einschätzung der Schizophrenie als einer Neurosevariante oder etwas gänzlich anderem (c/I). Die psychotherapeutisch Orientierten sind in erheblich stärkerem Ausmaß geneigt, von einer Neurosevariante zu sprechen. (Differenz hochsignifikant auf 0,001 Ebene.) Die psychotherapeutisch Ausgerichteten sind auch in ihren Äußerungen zum Schizophreniebereich (c/II) vielfach anderer Meinung als die übrigen. Sie wollen nicht so sehr enge Grenzen ziehen, plädieren in erhöhtem Umfang für Aufteilung in Kern- und Randgruppen. (Signifikant auf der Ebene zwischen 0,01 und 0,001.) Bei der Frage nach der Heilungsmöglichkeit (c/III) halten die neurologisch Orientierten die Schizophrenie in stärkerem Ausmaß als die anderen für irreversibel, umgekehrt die psychotherapeutisch Orientierten die Krankheit in höherem Umfang für reversibel. Entsprechend verteilt sich die Stellung zur Defektheilung. (Hochsignifikant auf 0,001 Ebene.) In deutlich stärkerem Ausmaß spüren psychotherapeutisch Orientierte inneren Widerstand bei der Diagnose oder möchten den Terminus Schizophrenie lieber ganz umgehen. Die neurologisch Orientierten reihen sich wiederum stärker am anderen Ende ein und halten sich vermehrt für nüchtern (c/IV). (Signifikanz auf Ebene 0,001.) Antworten zur möglichen Anhiebsdiagnose wie zur Bedeutung des Quer- und Längsschnittbildes (c/V und VI) brachten keine verwertbaren Differenzen. Aus den Antworten zu den diagnostischen Kriterien (c/VII) ragt einerseits die hohe Wertschätzung heraus, die neurologisch Orientierte den Symptomen I. Ranges zu erkennen, andererseits die relativ geringe Einschätzung, die psychotherapeutisch Orientierte diesen Symptomen zu erkennen möchten. (Signifikanz der Differenz zwischen 0,02—0,01.)

Die Frage nach der Betonung therapeutischen oder diagnostischen 'Impetus' in schwierigen Fällen ließ die psychotherapeutisch Orientierten sich wieder anders als die übrigen einordnen, sie verschoben den Akzent deutlich auf das Therapeutische. (c/VIII Signifikanz 0,02—0,01.) Die daturwissenschaftlichen Kategorien waren den psychotherapeutisch Orientierten weniger bedeutsam in der Psychiatrie als den anderen beiden Gruppen (c/IX, Signifikanz 0,10—0,05 nur mäßig). Die Einfühlbarkeit

schizophrenen Erlebens (c/X) schien psychotherapeutisch Orientierten in ausgeprägt höherem Ausmaß möglich, während umgekehrt den neurologisch Orientierten in höherem Prozentsatz die Uneinfühlbarkeit erwiesen schien. (Hochsignifikant 0,001.) Die Antworten zur letzten Frage schließlich, nach dem Ansprechen der gesunden Anteile der Persönlichkeit oder dem Sicheinfühlen in die kranke Innenwelt (c/XI), ließen erneut die psychotherapeutisch Orientierten hervortreten, indem sie einmal in vermehrtem Umfang den Ton auf die kranke Innenwelt legten, darüber hinaus aber auch in vermehrtem Umfang beide Positionen ankreuzten. Ein Stück stärker auch legten die neurologisch Arbeitenden den Ton auf die gesunden Anteile der Persönlichkeit. (Hochsignifikant 0,001.)

Besprechung der Ergebnisse

Man wird von den Ergebnissen erwarten können, daß sie zu drei Fragen Auskunft geben: Ist die Meinung westdeutscher Nervenärzte zur Schizophrenie im angeschnittenen Rahmen einigermaßen konform? Wo lassen sich Divergenzen erkennen? Zeichnet sich ein Umbruch der Meinungen, eine Auflockerung der „herrschenden Lehre“ ab? Wenn wir versuchen, dazu die Ergebnisse zu interpretieren, so muß betont werden: repräsentativ konnten sie nicht sein, Schlüsse können also immer nur einen mehr oder weniger überzeugenden Trend ausdrücken. Liest man mehr heraus, gerät man in Spekulationen. Von Konformität kann an einigen entscheidenden Stellen in der Meinung zur Schizophrenie nicht die Rede sein. Wenn wir auch in der Studie zum Praecoxgefühl darlegten, ein überraschend hoher Prozentsatz der Nervenärzte bestätigte für sich dieses Gefühl, so muß hier doch darauf verwiesen werden, daß in der Frage der Heilbarkeit, der Schizophreniebegrenzung aber auch der verlässlichsten Symptome deutliche Differenzen der Meinungen ins Auge fallen. Relativ konform dagegen hält sich die Meinung, die in der Schizophrenie etwas qualitativ anderes als eine Neurose sehen will. Nicht konform wiederum sind die Ansichten zur Einfühlbarkeit und zum therapeutischen Ansatz bei gesunden Persönlichkeitsanteilen oder kranker Innenwelt. Fragt man, ob dieser doch bemerkenswerte Mangel an Konformismus schon lange vorhanden oder der Ausdruck eines mehr oder weniger stürmischen Umschwungs im Denken ist, so könnte man am ehesten bei der Differenzierung der Meinungen der Altersgruppen Auskunft erhalten. Überraschenderweise zeichnet sich jedoch bei den verschiedenen Altersgruppen kaum eine wesentliche Verschiebung ab. Es sei in diesem Zusammenhang erwähnt, daß die Gruppe der vorwiegend psychotherapeutisch Orientierten, die sich besonders stark von der Meinung der übrigen abhebt, in ihrem Altersaufbau vom Gesamt nur geringfügige Unterschiede aufweist. Es kann nicht gesagt werden, daß hier vor allem die „revolutionären“ Jugend sich ausdrücke. Nun wird sich daraus nicht

schließen lassen, das Phänomen mangelnder Konformität sei also der Ausdruck schon seit langem bestehender Meinungsverschiedenheiten. Es ist ja ebensogut möglich, daß sich seit einigen Jahren quer durch die Altersstufen eine Wandlung der Auffassungen anbahnt. Wir selbst halten das für wahrscheinlich und möchten daraus schließen, es gäbe im nervenärztlichen Bereich durchaus nicht so viel festgefahrenen Traditionalismus. Doch ist diese unsere Meinung nicht aus den Ergebnissen der Umfrage ablesbar.

Es muß noch auf die Gruppierungen eingegangen werden, in denen sich in besonderem Ausmaß Differenzen abgezeichnet haben. Voneinander abweichende Auffassungen gibt es bei der Frage nach der Schizophrenie als Neurosevariante kaum. Die durchgehende Konformität, die Psychose für ein qualitativ anderes zu halten, wird eigentlich nur von den psychotherapeutisch Orientierten durchbrochen (c/I) und auch hier nur so weit, daß etwa $\frac{1}{4}$ dieser 111 Stimmen umfassenden Gruppe von einer Neurosevariante sprechen möchte. Dieses Viertel allerdings, das sollte beachtet werden, hält einen Anteil an Jüngeren (bis zu 15 Jahre im Fach) von 72% gegenüber 59% der ganzen Gruppe. Im großen Überblick ist aber, auch für die psychotherapeutisch Orientierten, in dieser Frage nicht eigentlich von einem Umbruch des Denkens in Richtung amerikanisch-analytischer Schulen zu sprechen.

Versucht man die Unterschiede in der Auffassung zur Schizophreniebegrenzung auf einen Nenner zu bringen, so zeichnet es sich zwar ab, daß die psychotherapeutisch Orientierten etwas stärker auf die Unterscheidung von Kern- und Randgruppen drängen, daß aber im ganzen ohnehin nur 60% für eine enge Grenze plädieren. Die kleine Gruppe der bis zu 5 Jahren im Fach Tätigen, in der stark für eine enge Begrenzung Stimmen laut werden, fällt wenig ins Gewicht. Es scheint uns nicht möglich zu sein, über die Darstellung der Fakten hinaus, Schlüsse zu ziehen.

Bemerkenswert ist es sicherlich, ein wie hoher Prozentsatz durchgehend meint, gelegentlich sei eine Schizophrenie reversibel. Daß hier die Kliniker und die psychotherapeutisch Interessierten ein günstigeres Bild haben, mag eigentlich nur verwundern, wenn man dagegen hält, daß mit ansteigender Erfahrung im Fach ebensowenig wie bei den Freiberuflischen eine ähnliche Tendenz zu beobachten ist. Immerhin ließe sich die Divergenz bei den Freiberuflischen vom Gedankengang her erklären, daß dort der besonders stark vertretene neurologisch orientierte Flügel einen sonst doch vorhandenen Trend verschoben haben kann (a, b, c/III). Im ganzen könnte man postulieren: je eingehender man mit den Kranken sich befassen kann, desto eher scheint sich der Eindruck zu ergeben, manches Zustandsbild sei reversibel. Allerdings wird diese Erklärung gefundener Tendenzen einseitig bleiben, denkbar sind auch eine Reihe anderer (Möglichkeiten von Nachuntersuchungen, Vorurteile verschiedener Art usw.).

Immerhin könnte die geringe Neigung der neurologisch Orientierten, von völlig reversiblen Fällen zu berichten, die Erklärung durch intensivere Kenntnis stützen. Das Bild der Anstaltspsychiater ist verständlicherweise in gewissem Maß durch die negative Auslese ihrer Kranken bestimmt. Interessant ist es, daß sich für die Neigung, Defektzustände zu konstatieren, ähnliche Verteilungen ergeben. Auch hier stehen die neurologisch Orientierten an der Spitze im Feststellen von nur Defektheilung, erst dann folgen die Anstaltspsychiater.

Eingestandene affektive Momente (innerer Widerstand, Vermeiden-wollen der Diagnose) heben sich vor allem bei den psychotherapeutisch Tätigen heraus. Immerhin ist überhaupt das Faktum so durchgängigen Eingehens auf diese Frage von Interesse. Im ganzen Schnitt sind es ja über 20%, die sich nicht scheuen, einzuräumen, sie seien in dieser Weise sensibel.

In der Stellungnahme dazu, gelegentlich auf Anhieb eine Schizophrenie einordnen zu können, sind die Meinungen außerordentlich konform, selbst die bis zu 5 Jahren im Fach Arbeitenden heben sich nicht signifikant heraus (a, b, c, d/V). Hier scheint mehr ein Allgemeinplatz angesprochen worden zu sein. Auch aus dem Votum der Älteren für Quer- und Längsschnittbild (b/VI) wird man keine Schlüsse ziehen können. Die Tendenz der Anstaltspsychiater zur stärkeren Bewertung des Längsschnittbildes leuchtet ein (a/VI).

Neurologisch Orientierte und Jüngere (b, c/VII) verlassen sich stärker auf die Symptome I. Ranges, die psychotherapeutisch Tätigen und die Älteren lieber auf eine yieldimensionale Symptomatik. Im ganzen ist hervorzuheben, daß die Symptome I. Ranges nicht so ausschließlich das Feld beherrschen, wie man es annehmen könnte. Immerhin die Hälfte des sich für Symptome I. Ranges aussprechenden Prozentsatzes plädierte für die Ausdruckssymptome als verlässlichstem Merkmal (im Gesamtschnitt siehe vorn 13%).

Die Wertschätzung, die Kliniker diagnostischen Bemühungen angedeihen lassen, leuchtet ebenso sehr ein wie die der psychotherapeutisch Ausgerichteten, die sie therapeutischen Gesichtspunkten widmen wollen. Es muß dahingestellt bleiben, ob ein besonderes Licht auf mangelhafte Einordbarkeit der Schizophrenie gegenüber anderen Krankheitsbildern etwa im internistischen Bereich von daher fällt, daß in schwierigen Fällen nach dem Gesamtschnitt so viele (beinahe 40%) sich stärker auf die Therapie konzentrieren wollen (a, b, c/VIII).

Auf die Psychiatrie als exakte Naturwissenschaft hoffen immerhin 35% des Gesamts, wobei sich besonders die Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren im Fach besonders hervortut (b/IX). Dagegen heben sich psychotherapeutisch Interessierte und die Jungen bis zu 5 Jahren im Fach auf der anderen Seite dadurch heraus, daß sie vermehrt geistes-

wissenschaftliche Kategorien für am Platze halten. Vor allem an den psychotherapeutisch Orientierten spiegelt sich unseres Erachtens dabei der Wandel, den die Einstellung zu naturwissenschaftlichen Kriterien seit FREUD durchgemacht hat. Es überrascht, daß die älteren Psychiater, deren Ausbildung schätzungsweise in den zwanziger Jahren des Jahrhunderts und früher statthatte, sich in dieser Frage nicht vom Gesamt der Antwortenden unterscheiden.

Wenn auch irgendwelche Vergleichszahlen für frühere Jahre fehlen, wird man unterstellen müssen, daß die Tatsache, daß über $\frac{1}{4}$ des Gesamts meint, man könne — oder werde es eines Tages können — sich weitgehend in das schizophrene Erleben einfühlen, auf einen Wandel der Anschauungen zur Schizophrenie hinweist. Aber auch hier ist der Wandel nicht an entsprechenden Differenzen der Ansicht in verschiedenen Altersklassen ablesbar. Am wenigsten hat er sich bei den Anstaltspsychiatern und bei den Neurologen durchsetzen können. Man wird daraus ablesen wollen, daß Vermutungen über die Ursache eines Abweichens von der Meinung des Gros, immer vieldeutig bleiben müssen. Die Annahme, die neurologisch Ausgerichteten hätten weniger Kontakte mit Schizophrenen, wird auf man die Anstaltspsychiatern nicht übertragen wollen. Die Unterstellung, Anstaltspsychiatrer sähen weniger frische Fälle wird ebenso grobschlächtig bleiben. Ein Rückschluß auf die Persönlichkeitsstruktur der genannten Ärztegruppen ist unzulässig verallgemeinernd. Es scheint uns, daß die verschiedensten weiteren Erklärungsmöglichkeiten allemal unzulänglich bleiben müssen, weil sie nicht genügend belegt werden können. Wir sind uns dessen bewußt, daß man Deutungsmöglichkeiten, die wir hier und an anderen Stellen unserer Darstellung gegeben haben, bedenklich bleiben und müssen warnen, auch da, wo wir Schlüsse andeuteten, sie einfach zu akzeptieren (siehe Tabelle a, b, c/X).

Relativ wenige des Gesamts sind therapeutisch bereit, an der kranken schizophrenen Innenwelt anzusetzen (14%). Rechnet man allerdings die dazu, die beide Positionen, also die gleichzeitige Förderung der „gesunden“ Anteile der Persönlichkeit“ ankreuzten, so sind es beinahe 28%. Das scheint uns doch eine beträchtliche Gruppe zu sein, die der Psychotherapie der Psychose zuneigt. Die vermehrte Tendenz der ausdrücklichen Psychotherapeuten in dieser Richtung wirkt dagegen etwas matt, wenn man sich vor Augen hält, daß nur 53% von ihnen (c/XI) sich hier einreihen. Im ganzen sicherlich auch hier ein Wandel, der sich zwar nicht im Altersaufbau darstellt, doch einen Status aufzeigt, wie er vor 1 bis 2 Jahrzehnten wahrscheinlich kaum denkbar war.

Es ist eine Sache des Standpunktes, ob man nach allem bedauern will, die Meinungen zur Schizophrenie seien in den hier erkennbaren Trends an einer Reihe entscheidender Punkte wenig konform oder ob man es begrüßt, daß die Fronten durchgängig, ohne massivere Abhängigkeit von

Gruppenvorurteilen, in Bewegung geraten sind. Uns scheint es bemerkenswert, auf die sich ergebende Offenheit vieler westdeutscher Nervenärzte hinweisen zu können, die einer Erstarrung der Standpunkte entgegenwirkt und zeigt, daß die Diskussion in der Literatur und in den Fachzeitschriften von einer großen Zahl der in der Praxis Tätigen mit vollzogen wird.

Zusammenfassung

Es werden Ergebnisse einer Umfrage zur Schizophrenie bei westdeutschen Nervenärzten mitgeteilt. Über die Hälfte der ausgesandten Fragebogen wurden beantwortet, so daß die hier dargestellten Meinungen einen beträchtlichen Teil unter den Psychiatern erfassen. Es zeigte sich, daß nur in einigen Punkten (Schizophrenie keine Neurosevariante) eine starke Konformität der Meinungen vorhanden ist, während an entscheidenden Stellen (Heilbarkeit, Wertschätzung der diagnostischen Kriterien, Ansätze zur Therapie) die Ansichten auseinander gehen. Es wurde versucht, stärkere Abweichungen von der Meinung des Gesamts bei einzelnen Gruppen nachzuweisen. Dabei ergaben sich hervorstechende Differenzen bei der Gruppe der vorwiegend psychotherapeutisch Orientierten.

Tabellen können zur Einsicht beim Verfasser angefordert werden.

Dr. med. GERHARD IRLE,
Univ.-Nervenklinik Tübingen, 74 Tübingen, Osianderstr. 22