

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

Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklungen* **

Eine katamnestische Untersuchung

Von

D. LANGEN und ANNEMARIE JAEGER

(Eingegangen am 11. Oktober 1963)

Kaum eine andere Lebensperiode bietet psychiatrisch so viel interessante Probleme wie die Pubertät. Eines davon ist die Weiterverfolgung der Schicksale der Menschen, die in dieser Lebensperiode psychiatrisch behandlungsbedürftig wurden. Das erste Ergebnis dieser langfristigen Katamnesen soll hier von den früheren jugendlichen Patienten vorgelegt werden, die unter der Diagnose „Pubertätskrise“ oder „krisenhafte Pubertätsentwicklungsstörung“ klinisch behandelt wurden.

KRETSCHMER (1949 u. 1961) hat sich mehrfach mit den in dieser Lebensperiode auftretenden Reifungsstörungen beschäftigt und die diagnostische Ungewissheit hervorgehoben. Einige seiner zu diesen Problemen wichtigen Äußerungen lauten: „Wir wissen oft nicht, stehen wir vor der Entwicklung einer schizophrenen Psychose oder sind wir mitten in der Psychose drin oder haben wir schon die physiologischen Produkte eines abgelaufenen Schubes oder ist das alles nur die etwas stürmische und bizarre Pubertätsentwicklung einer schizoiden Persönlichkeit.“ Den Psychosen stellte KRETSCHMER später die *Pubertätskrisen* gegenüber und definierte: „Pubertätskrisen sind keine Psychosen, sondern Reifungsschwierigkeiten der Persönlichkeit mit stärkeren soziologischen Ausstrahlungen. Die Pubertät ist hier zeitlich verlängert, verläuft schleppend über Jahre hin, die Symptome der normalen Pubertät sind bis zur Karikatur gesteigert“ (1953, S. 128).

An einer anderen Stelle heißt es: „Pubertätskrisen sind keine Krankheiten, auch keine Neurosen, ebenso wenig sind sie stabile Konstitutionsfaktoren, vielmehr sind sie umschriebene konstitutionelle Phasenabläufe, die eng an die Pubertät gebunden sind und die ganzen normalbiologischen Schwierigkeiten dieser psychophysischen Umschlagstelle in vergrößertem Ausmaß beleuchten“ (1949, S. 135). Andererseits betont KRETSCHMER, daß in diesem „pubertätskritischen Wetterwinkel“ auf engem Raum Ansätze zu schizophrenen, endokrinologischen und neurotischen Störungen liegen.

Von anderen Autoren seien genannt VAN DER HORST: Er nennt die Pubertätspsychosen „die Kinderkrankheiten der werdenden Persönlichkeit“ und sieht in den „Integrations- oder Adoleszenzpsychosen zum großen Teil ein Kulturprodukt“. Ebenso meint MEYER, der über einzelne puberale Syndrome katamnestische Untersuchungen angestellt hat, daß „die Reifungskrisen“ nicht selten ein Prodrom einer

* Herrn Professor Dr. Dr. h. c. ERNST KRETSCHMER zum 75. Geburtstag in Dankbarkeit und Verehrung gewidmet.

** Mit Hilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft Bad Godesberg.

Schizophrenie seien. Auch WEBER findet gelegentlich Krankheitsbilder in der Pubertät, die nicht entscheiden lassen, ob es sich um eine „prononcierte Entwicklungskrise oder beginnende Schizophrenie“ handelt.

Einige weitere Autoren, die sich speziell über die Störungen der Pubertätsentwicklung geäußert haben, sollen hier angeführt werden: ASSAILLY, BANDS, BLEULER, BENEDETTI, BOUTONIER, BURNS, FANNCONI, GAYRAL, v. GEBSATTEL, JILCHMANN, JUILLARD, LANGEN, LEGENDRE, LEMPP, MAIER, MASTERTON, NOLTE, STERN, STUTTE und WEBER.

Überblickt man die wesentlichen Veröffentlichungen, so lassen sich folgende Grundlinien feststellen: Pubertätskrisen sind primär keine endogenen Psychosen. Im Querschnittsbild ist die Differentialdiagnose zwischen krisenhafter Pubertätsentwicklung und in der Pubertät beginnender Psychose meist schizophrenen Gepräges oft nicht zu entscheiden.

Methodik der Katamnesen

Nachuntersucht wurden die zwischen 1948 und 1960 unter der Diagnose „Pubertätskrise“ behandelten Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren. Dies entspricht also den Jugendlichen in der Phase der Reharmonisierung bzw. der zweiten puberalen Phase nach ZELLER. Ausgesondert wurden die Fälle mit heterogenen Einschlägen in Befunden oder Diagnose wie frühkindliche Hirnschädigung, neurologische Erkrankungen, Schwachsinn oder Epilepsie, um von einer möglichst homogenen Ausgangsgruppe ausgehen zu können. Ferner wurden für die klinische Beurteilung nur die früheren Patienten gewählt, die zum Zeitpunkt der Untersuchung das Maturitätsalter von 21 Jahren überschritten hatten.

Auf diese Weise konnten 110 Patienten nachuntersucht werden, 70 davon persönlich. (Bei einigen dieser 70 Nachuntersuchten stammen die Befunde von Berichten aus anderen psychiatrischen Kliniken, in denen sich die Patienten jetzt aufhielten.) 40 der ehemaligen jugendlichen Patienten wurden durch Fragebögen erfaßt, in dem Fragen nach dem weiteren gesundheitlichen Ergehen, der sozialen Entwicklung und dem Kontaktverhalten zu beantworten waren. (Eine ausführliche Darstellung des Vorgehens bei der Nachuntersuchung und die detaillierte Kasuistik von 10 besonders prägnanten Beispielen ist aus der speziellen Arbeit von ANNEMARIE JAEGER zu ersehen.)

Die Katamnese lag zwischen 2—14 Jahren mit einem Schwerpunkt zwischen 6—10 Jahren, so daß im Durchschnitt von einer achtjährigen Katamnese gesprochen werden kann. Sicher klinisch verwertbar kann aber, wie die Untersuchungen ergaben, die 5 Jahres-Grenze angesehen werden. Bis zu dieser Zeit nach der Erstbehandlung kann sicher entschieden werden, wie der ursprünglich als Pubertätskrise diagnostizierte Zustand sich klinisch weiterentwickelt hat. Dagegen sind unter 5 Jahren und ganz besonders unter 3 Jahren liegende Katamnesen nicht zu verwerten.

Das Alter der Nachuntersuchten lag zwischen 21—32 Jahren mit einem flachen Gipfel bei 25 Jahren. (Nur zwei der verwerteten ehemaligen Patienten hatten das 21. Jahr noch nicht erreicht, zeigten aber einen so guten Kompensationszustand, daß sie mitbeurteilt werden konnten, obwohl das Maturitätsalter noch nicht erreicht war. Einige andere unter 21 Jahren aber wurden mit dem Nachuntersuchungsvermerk „zeigt noch puberale Schwankungen“ nicht mit ausgewertet.)

Ergebnisse

Überblickt man nun die 110 nachuntersuchten Verläufe von Patienten, die zwischen dem 15.—20. Lebensjahr unter der Diagnose Pubertäts-

krise im Durchschnitt von 8 Jahren klinisch behandelt wurden, so zeichnen sich drei charakteristische Weiterentwicklungen ab:

Gruppe I

38 der früheren Patienten waren bei der Nachuntersuchung als beschwerdefrei, gut sozial angepaßt und im Kontaktverhalten altersadäquat, d.h. als gut bis wesentlich gebessert bzw. praktisch gesund, beurteilt worden.

Bei dieser Gruppe ist man somit berechtigt, die vor Jahren diagnostizierte Pubertätskrise als „*karikierte Pubertätsentwicklung*“ zu bezeichnen.

Das *Familienbild* dieser Gruppe war praktisch unauffällig. Nur bei vier Fällen ließen sich psychiatrische Besonderheiten in Form von zweimal Psychosen und zweimal Suicid nachweisen.

Die *Familiensituation*, in der diese 38 in der Pubertät psychisch Behandlungsbedürftigen aufgewachsen waren, erwies sich 19 mal als gestört, sei es, daß die Ehe der Eltern geschieden war, der Tod eines Elternteils in der Kindheit des Patienten erfolgte, familiäre Spannungen bestanden oder die Mutter nicht verheiratet war. Somit bestand also bei über 50% der Fälle dieser Gruppe eine Familienkonstellation, die in der angloamerikanischen Literatur als „*broken-home-situation*“ bezeichnet wird. Allein in 13 dieser 19 Familien fehlte ein Elternteil, meist der Vater. Die Bedeutung einer Integrität der Familie für eine harmonische puberale Entwicklung kann aus diesem Befund abgelesen werden.

Prämorbid waren diese früheren Patienten meist nicht grob auffällig. Die meisten wurden als stille, etwas sensible und mehr in sich gekehrte Kinder geschildert. Diese Befunde decken sich mit denen von ERIKSON, der die Unergiebigkeit der Kindheitsanamnese bei Reifungskrisen betont.

Im *klinischen Bild* war bei dieser Gruppe von Pubertätskrisen eine relativ kurze Vorgeschichte auffällig, wobei der Beginn der psychischen Besonderheiten meist als unter 1 Jahr liegend angesehen wurde. Ebenso war die Symptomatik selbst meist stürmisch. Neben ausgeprägten vegetativen Dysregulationen zeigten die Jugendlichen in der Regel eine typische Polarisierung zwischen extremen Protesthaltungen den Eltern oder anderen Autoritätspersonen gegenüber und gleichzeitig eine Inaktivität, Schwunglosigkeit, Interesselosigkeit und verstärkte Ermüdbarkeit. Abrupte Schwankungen zwischen entgegengesetzten Einstellungen waren deutlich, ebenso alterstypische Komplexreaktionen im Bereich der Sexualsphäre, insbesondere bei männlichen Jugendlichen.

Konstitutionell waren diese Patienten meist leptosom-athletisch mit dysplastischen Stigmata, insbesondere Teilretardierungen und anderen Reifungsasynchronien.

Die Dauer der klinischen Behandlung lag um 2 Monate, in keinem Fall betrug sie länger als 4 Monate.

Die *Behandlung* bestand von der körperlichen Seite her in unterschwelligen Insulingaben, die je nach der Einstellung des direktbehandelnden Stationsarztes i.m. oder i.v. erfolgte. Der Schwerpunkt lag auf einer Psychotherapie.

Als erstes erwies sich der Aufbau eines soliden affektiven Rapportes als besonders wesentlich. Dieser wurde meist weniger durch eine nachgiebige („permissive“) als vielmehr durch eine möglichst affektfreie, aber doch bestimmte ärztliche Grundhaltung erreicht. In einer solchen Atmosphäre hat gerade diese Gruppe von Jugendlichen die Möglichkeit, zu einer neuen affektiven Polarisierung zu kommen. (Der Jugendliche muß „seine Affekte festmachen können“, wie MÜCHOW sich ausdrückt.) Ist ein derartiger affektiver Rapport konstelliert, was unseren langjährigen Beobachtungen nach am besten bei *Gleichgeschlechtlichkeit von Patient und Arzt* geschieht, wurde in der Regel die soziologische Entwicklung einschließlich der entsprechenden Ziele zusammen mit dem Patienten besprochen. Relativ häufig wurden testpsychologische Zusatzuntersuchungen durchgeführt, um intellektuelle Fähigkeiten so optimal wie möglich aufeinander abzustimmen. Dieser Teil individueller Psychotherapie erwies sich gerade bei diesen Patienten mit einer karikierten Pubertätsentwicklung als besonders wichtig, da ja keine Lebensperiode so sehr auf eine berufliche Zukunft hin ausgerichtet ist wie die Pubertät.

Die sich häufig in den Vordergrund drängenden sexuellen Probleme aber ließen sich meist in einigen kurzen, mehr psychagogisch-edukativ gehaltenen Gesprächen klären. Da oft eine Endaktualisierung speziell der meist vorhandenen sexuellen Probleme und eventuellen Spannungen so wesentlich ist, bietet sich die ja auch durchaus natürlich anmutende Forderung der Gleichgeschlechtlichkeit von Patient und Arzt von selbst an. Ließ sich aus äußeren Gründen nicht danach verfahren, so verliefen die Behandlungen meist stürmischer und länger, ohne ein besseres Resultat zu zeigen.

Ausgesprochene psychoanalytische Behandlungen waren selbst bei dieser Gruppe ehemaliger Patienten nicht sinnvoll. Wurden sie vereinzelt durchgeführt, so war das Resultat nicht günstiger, sondern eher schlechter. Dies leuchtet besonders dann ein, wenn man bedenkt, daß schon normalerweise die „zweite puberale Phase“ (ZELLER) eine Periode der Reharmonisierung der Persönlichkeit darstellt. Diese muß in der Therapie unterstützt, kann aber durch eine Analyse sogar noch erschwert oder sogar verhindert werden, wie einzelne ungünstige Verläufe zeigen. Die Kontraindikation einer analytischen Psychotherapie entbindet aber nicht von einer Psychotherapie überhaupt, wie dies gelegentlich von analytisch orientierter Seite behauptet wird. Die Methode der Wahl besteht hier in dem, was in dem angloamerikanischen Schrifttum als „supportiv-Therapie“ bezeichnet wird und die kürzlich erst von Roos ausführlich dargestellt wurde. „Ich-Stärkung“, Aufbau einer auf die gegebenen Möglichkeiten eingestellten Zukunftsbezogenheit und Ablenkung von dem Sexuellen und Aggressiv-Triebhaften stellt die wesentliche Methode einer individuellen Psychotherapie der karikierten Pubertätsentwicklung dar.

Ein anderer, wesentlicher, nur mehr gruppenpsychologisch sich auswirkender Faktor ist die *Milieutherapie* als gezielte psychotherapeutische Maßnahme. Die Besserung vieler derartiger Pubertätskrisen in der Klinik ist zu einem nicht geringen Teil durch die indirekte und direkte Gruppentherapie auf der Station bedingt. Das dort vorhandene, für den Patienten neue und zunächst weitgehend affektfreie Milieu, wirkt sich für den Jugendlichen immer besonders heilsam aus, da es durch die karikierten puberalen Verhaltensweisen in der Familie meist zu stärkeren affektiven Verzahnungen gekommen ist. Die durch den Klinikaufenthalt erzielte Neutralisierung und dann erreichte relative familiäre Harmonisierung wirkte sich in den

meisten Fällen dieser Gruppe aber nicht so stark aus, daß sie nach einer Entlassung ins alte Milieu auch bestehen blieb. Deshalb erschien es in den meisten Fällen geboten, den Angehörigen und dem Patienten den Rat zu geben, zumindest für längere Zeit eine Lebensführung außerhalb der Familie zu planen. Auch eine derartige Einstellung kommt einer häufigen Gepflogenheit in unserem kulturellen Raum sehr entgegen, da sie den puberalen Instinktwandel mit der Ablösung von der Primärfamilie („den Sprung über den Graben“ KRETSCHMER) erleichtert. Somit muß eine „gezielte Milieutherapie“ als eine spezielle, für die Pubertätsstörungen wesentliche, direkt wirkende psychotherapeutische Maßnahme angesehen werden. Die in dieser Hinsicht für optimal gehaltenen Ziele sollten, wenn für wichtig erachtet, während der klinischen Behandlung erreicht werden, was meist wegen der starken, aber ambivalenten affektiven Verzahnung zwischen den Generationen eine schwierige psychotherapeutische Aufgabe darstellt.

Bei den meisten Patienten mit einer karikierten Pubertätsentwicklung erwies sich rückbildend ferner eine über ein längere Zeit gehende *ambulante Nachbetreuung* zweckmäßig, da eine gleichmäßige Reharmonisierung hierdurch eher gewährleistet war. Auch hier genügte in der Regel eine in größer werdenden zeitlichen Abständen durchgeführte Betreuung, bei der die Realisierung der während des Klinikaufenthaltes besprochenen Haltungen und Maßnahmen kontrolliert werden mußten. Erreichte der Jugendliche dann eine gewisse Stabilität auch im realen Leben, bedurfte er des Arztes immer seltener und griff höchstens gelegentlich in Notfällen auf seine Hilfe zurück. So wurde von einem Großteil dieser Gruppe die vor Jahren durchgemachte Krise als ein vergangenes Ereignis gewertet, das sich meist weitgehend abgekapselt hatte.

Schon *bei der Entlassung* aus der Klinikbehandlung gaben über die Hälfte der Patienten aus dieser Gruppe eine Beschwerdefreiheit an. Der Rest erreichte sie innerhalb der nächsten 2 Jahre. Selbst bei einem Patienten, der genötigt war, in einer starken ambivalenten Situation zu verbleiben und sich einer beruflichen Entwicklung zu unterziehen, die nicht seinen Vorstellungen entsprach, kam es trotzdem zu einer guten Stabilisierung.

Bei der Nachuntersuchung entsprach die soziale Entwicklung im wesentlichen der Familiensituation. Ein nennenswertes Abgleiten war nicht zu beobachten. Selbst wenn durch die Störung ein sozialer Terrainverlust drohte, so konnte dies in den meisten Fällen aufgefangen werden. Auch bei den weiblichen Jugendlichen in dieser Gruppe wurde Wert auf eine solide berufliche Planung gelegt, weil dies dem Zuge der Zeit entspricht und unter Umständen eine etwas erhöhte Schwierigkeit bei der Kontaktfindung zum anderen Geschlecht bestehen kann. Eine gewisse Bevorzugung ideeller und sozialer Frauenberufe war bei der Berufswahl recht eindrucksvoll erkennbar.

Die gleiche Reharmonisierung war bei der Nachuntersuchung im Kontaktverhalten zu finden, nur daß hier eine gewisse Entwicklungsverzögerung nicht ganz selten war. Dies zeigt sich an einer im Vergleich zum

Durchschnitt vermutbar etwas höher liegenden Prozentsatz von Unverheirateten. Bei Eheschließungen waren keine groben Auffälligkeiten zu finden, die auf eine Erschwerung dieser Lebensaufgabe gegenüber hinweisen könnten. Um über diese Frage aber statistisch verbindliche Aussagen machen zu können, reichen die 38 ehemaligen Patienten dieser Gruppe nicht aus.

Gruppe II

35 Patienten der vor Jahren als Pubertätskrisen diagnostizierten Patienten waren dagegen bei der Nachuntersuchung oft nicht beschwerdefrei, sondern zeigten verschiedene körperliche, vorwiegend vegetative und auch psychische Auffälligkeiten. Auch sozial waren viele nicht stabil und waren im Kontaktverhalten oft nicht altersadäquat. Ein relativ hoher Prozentsatz dieser Gruppe mußte in einer schlechten katamnestischen Rubrik eingeordnet werden, so daß viele als „wenig gebessert“ und nur einzelne als „gut gebessert“ bezeichnet werden konnten.

Verschafft man sich nach den bereits dargestellten Gesichtspunkten einen Überblick über diese ehemaligen Patienten, so wird die Rechtfertigung der Heraushebung dieser Sondergruppe deutlich. Hier stellt die krisenhafte Pubertätsentwicklung eine *puberale Akzentuierung abnormer Charaktereigenschaften* dar.

Schon im *Familienbild* dieser Gruppe ließen sich, gemessen an der vorigen, häufiger abnorme Persönlichkeiten verschiedener Schattierungen nachweisen. Über alleinstehende Sonderlinge oder Verwandte, die im Zusammenleben mit anderen Schwierigkeiten bzw. in der beruflichen Entwicklung auffällige Angehörige haben, wurde um so häufiger berichtet, je mehr Familienmitglieder überblickt werden konnten. Wenn auch eine typologische Ordnung hier schwer möglich ist, so läßt sich eindrucksmäßig ein Überwiegen schizothymer Charakterstrukturen feststellen. Bei drei Familien wurden Psychosen, bei einer ein Suicid angegeben. In dieser Hinsicht war somit kein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur ersten Gruppe zu finden.

Das *Familienmilieu* der ehemaligen Patienten dieser Gruppe dagegen zeigte gegenüber der vorigen keine wesentlichen Unterschiede, es erwies sich bei den 35 Patienten 14 mal gestört, wobei die verschiedenen Formen der „broken-home-situation“ auch hier zu beobachten waren.

Prämorbid dagegen waren die Unterschiede zur ersten Gruppe der karikierten Pubertätsentwicklung recht deutlich: bei vielen Jugendlichen wurden bis in die Kindheit zurückreichende charakterliche Auffälligkeiten von den Angehörigen angegeben, wie Neigung zu Kontaktstörung, verstärkte oder fehlende Trotzreaktionen, eigensinniges Verhalten. Auch über andere, mehr im körperlichen Bereich liegende, meist allerdings passagere Symptome wie Sprachstörungen, oder Enuresis wurde berichtet. Jedenfalls war die Kindheitsanamnese selten ganz stumm.

Im *klinischen Bild* fiel zunächst eine im Vergleich zur ersten Gruppe längere unmittelbare Vorgeschichte von einigen Monaten bis zu 3 Jahren auf. Die Angaben streuen stark, so daß sich ein eindeutiges Maximum nicht finden ließ. Die subjektiven Beschwerden bei der Aufnahme schwankten ebenfalls stark zwischen vegetativen Störungen verschiedener Formen, allgemeinem Nachlassen der Vitalität und beruflichen, meist schulischer Leistungsfähigkeit. Ferner wurden Phobien und nicht selten Zwangsmechanismen geschildert. Schließlich wurden von den Angehörigen Störungen im Zusammenleben angegeben. Derartig massive Protesthaltungen dagegen wie bei den erstgenannten Pubertätskrisen, die als Folge einer karikierten Pubertätsentwicklung auftreten, fehlten hier meistens und wurden speziell niemals als Einzelsymptome geklagt. Im körperlichen Befund waren häufig Einzelsymptome einer vegetativen Dysregulation notiert.

Konstitutionell waren diese Patienten vorwiegend leptosom, gelegentlich mit athletischen Einschlägen. Bei allen Patienten dieser Gruppe waren aber dysplastische Einsprengungen in verschiedenen starker Ausprägung registriert in Form von Teilretardierungen, Asynchronien Eunuchoidismen und vor allem gestreute Hypoplasien.

In psychischer Hinsicht wechselten die Befunde je nach der charakterologischen Ausgangsstruktur, so daß ein einheitliches Syndrom gerade hier nicht zu finden war. Eine gewisse Neigung zu puberalen Protesthaltungen war gelegentlich zu beobachten. Am konstantesten waren Symptome eines psychasthenischen Versagens mit Interesselosigkeit, vorzeitiger Ermüdung, Konzentrationsstörung und Vergeßlichkeit sowie dysphorischer Verstimmung mit abruptem Wechsel der Stimmungslagen zu beobachten.

Die *Dauer der klinischen Behandlung* betrug bei diesen 35 Patienten mit einer Pubertätskrise als Folge einer puberalen Akzentuierung abnormer Charakteranlagen 29 mal etwa 2 Monate, 5 mal bis zu 4 Monaten und 1 mal $5\frac{1}{2}$ Monate. Im Durchschnitt war die Behandlungsdauer, wie zu sehen, hier im ganzen etwas länger als bei der erstgenannten Gruppe, deren Patienten nie länger als 4 Monate klinisch behandelt zu werden brauchten. Die klinische Behandlung selbst ähnelte der der Patienten mit einer karikierten Pubertätsentwicklung und bestand in einer kombinierten körperlichen und psychischen Therapie mit einer stärkeren Betonung der Gruppenpsychotherapie. Bei der Einzelbehandlung kam es noch mehr als bei den früher erwähnten Patienten an auf eine Ich-Stärkung, mehr psychologisch gehaltene Triebkonfliktbearbeitung und eine Charakteranalyse. Eine stärkere Variabilität hinsichtlich der ärztlichen Grundhaltung in Abhängigkeit von der Charakterstruktur war hier erforderlich. Die Pflege eines soliden affektiven Rapports aber stellte wohl auch hier die wichtigste therapeutische Maßnahme dar.

Bei der *Entlassung* klagten die Patienten dieser 2. Gruppe relativ oft und lange noch über diverse subjektive Beschwerden.

Bei der *Nachuntersuchung* waren viele der früheren Patienten dieser Gruppe subjektiv noch nicht beschwerdefrei, hatten diverse körperliche und seelische Klagen und häufig auch noch vegetative Begleitsymptome. Die vor der Pubertätsentwicklung berichteten Auffälligkeiten waren wieder deutlicher in Erscheinung getreten.

Die *soziale Entwicklung* zeigte bei den 21 männlichen Nachuntersuchten viermal deutliche Unregelmäßigkeiten mit häufigem Stellenwechsel und zum Teil auch eine Änderung der Art der Tätigkeit. Auch bei den 17 an sich stabilen beruflichen Entwicklungen zeigte sich häufig eine berufliche Niveausenkung, gemessen an dem Beruf des Vaters oder an der präpuberal begonnenen beruflichen Laufbahn. Von den 14 weiblichen Jugendlichen waren 3 verheiratet. 3 zeigten einen deutlich unstabilen, 8 dagegen einen stabilen beruflichen Werdegang. Im Vergleich zu den Frauen in der 1. Gruppe überwogen aber Berufe mit einer nüchternen Arbeit wie Kontoristin, Sekretärin, Verkäuferin u.ä.

Auch im *Kontaktverhalten* waren deutliche Auffälligkeiten zu finden: von den 21 Männern waren 5 verheiratet ähnlich wie bei 3 von den 15 männlichen Jugendlichen der 1. Gruppe.

Von den 14 Frauen waren dagegen nur 3 verheiratet im Gegensatz zu 15 von den 23 weiblichen Jugendlichen der 1. Gruppe.

Wenn auch die Zahl für eine statistische Auswertung und vor allen Dingen für einen Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung zu klein ist, so fällt der relativ hohe Prozentsatz unverheirateter junger Frauen (11 von 14) in dieser 2. Gruppe von früheren Pubertätskrisen auf, vor allem wenn sie mit den Frauen der 1. Gruppe verglichen werden. Im einzelnen siehe Tab. 1:

Tabelle 1. *Personenstand zur Zeit der Nachuntersuchung*

	Frauen			Männer		
	Summe	ver-heiratet	ledig	Summe	ver-heiratet	ledig
Frühere Pubertätskrisen Gruppe I	23	15	8	15	3	12
Frühere Pubertätskrisen Gruppe II	14	3	11	21	5	16

Abgesehen von diesen mehr globalen und quantitativen Feststellungen fielen die früheren Patienten dieser Gruppe wegen qualitativer Eigentümlichkeiten in ihrem Kontaktverhalten auf, mit einem nur schwach entwickelten Kontaktvermögen und häufig unreif wirkenden Kontaktbildungen. Persistierende und dabei häufig ambivalente Bindungen an

das Elternhaus waren nicht selten. Diese Befunde waren speziell im Vergleich zu der Gruppe I besonders deutlich.

Gruppe III

Bei 37 Patienten, die vor durchschnittlich 8 Jahren unter der Diagnose Pubertätskrise klinisch behandelt wurden, war bei der Nachuntersuchung eine eindeutige Schizophrenie festzustellen, weshalb diese jetzt zu beschreibende 3. Gruppe als *initiale Schizophrenien* bezeichnet werden sollen:

Schon im *Familienbild* dieser Gruppe ist auffällig, daß nur vereinzelt die hereditäre Anamnese stumm war. In vielen Familien dagegen ließen sich gleichsinnige, d.h. also schizophrene Psychosen feststellen. Nimmt man die Angaben über die recht zahlreich ausgeprägten schizoiden Varianten und die leichteren Residualzustände (auch bei einem enggefaßten Schizophreniebegriff) sowie Suicide dazu, so war fast nur in Ausnahmefällen keine familiäre Belastung festzustellen.

Das *Familienmilieu* dieser 37 Patienten zeigte 17 mal gestörte häusliche Verhältnisse im Sinne einer „broken-home-situation“. Davon hatten 12 Patienten frühzeitig einen Elternteil durch Tod verloren. Die speziell in der amerikanischen Literatur immer wieder beschriebenen „typischen Mütter schizophrener Patienten“ waren dagegen nicht zu finden. Charakterologische Auffälligkeiten der Eltern waren nicht gleichsinnig, sondern verschieden, wenn auch die schizothymen oder schizoiden Charakterzüge überwogen. (Alle diese Angaben können nicht im Sinne objektiver Befunde gewertet werden, da eine gleichzeitige persönliche Untersuchung der Eltern bei der Nachuntersuchung so gut wie nie erfolgte. Die entsprechenden Schilderungen sind den Krankengeschichten entnommen oder stammen vereinzelt von den Patienten selbst.)

Vergleicht man aber die 3 Gruppen, so lassen sich keine entscheidenden Unterschiede hinsichtlich einer gestörten Familiensituation finden:

Bei den 38 Pu.-Krisen der Gruppe I war das Familienmilieu 19 mal gestört.
bei den 35 Pu.-Krisen der Gruppe II war das Familienmilieu 14 mal gestört.
bei den 37 Pu.-Krisen der Gruppe III war das Familienmilieu 17 mal gestört.

Diese Feststellung relativiert die gelegentlich getroffene Aussage über die „kausale“ Bedeutung psychologischer, speziell familiärer Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie. Andernfalls hätte sich auch bei dieser relativ kleinen Gruppe ein signifikanter Unterschied zeigen müssen! Diese Tatsache entbindet nicht die spezielle psychologische Familienkonstellation auch bei schizophrenen Erkrankungen zu würdigen, ohne ihr aber deshalb gleich eine kausale Bedeutung beizumessen.

Prämorbid wurden die Patienten dieser III. Gruppe als kontakt-schwach, ja manchmal einzelnägerisch geschildert. Ebenso tauchen Be-

zeichnungen auf wie scheu, schüchtern und still. Aber auch andere Charakteristica, wie sie bei der Gruppe II beschrieben sind, wurden, wenn auch nicht so häufig, angetroffen.

Am *klinischen Bild* sind bei dieser Gruppe der initialen Schizophrenien zunächst einmal die kurzen Prodrome auffallend. Die zur klinischen Behandlung führenden Beschwerden reichten nie länger als 1 Jahr, in der Regel sogar nur wenige Wochen zurück. Einzelne Auffälligkeiten und leichtere psychische Veränderungen lassen sich dagegen unter Umständen bis zum 12./13. Lebensjahr zurückverfolgen, so daß sich der hochgradig schleichende Verlauf zumindest retrospektiv erkennen läßt. Die unmittelbaren, dann schließlich die klinische Behandlung erforderlich machenden Beschwerden dagegen traten erst relativ kurz vor der Aufnahme auf.

Die *klinischen Befunde* selbst zeigten in konstitutioneller Hinsicht das eindeutige Überwiegen der Leptosomen mit gelegentlichen athletischen Beimengungen und vor allem dysplastischen Stigmen, ähnlich wie bei den erstgenannten Gruppen. Körperlich sind auch hier wieder vegetative Begleitsymptome nicht selten.

Psychisch waren zunächst einmal alle die Symptome zu beobachten, die schon bei den beiden anderen Gruppen festgestellt wurden. Nicht selten waren Denkstörungen festzustellen, wie sie als Symptome erster Ordnung bei eindeutigen Fällen von Schizophrenie zu beobachten sind. Auch psychomotorische Auffälligkeiten traten dann und wann auf in Form von paramimischen Touren, eckig-schlacksigen Bewegungen mit abrupten Übergängen. Vereinzelt wurden Größenwahnideen in den Krankengeschichten notiert. Schließlich wurde nicht selten eine hochgradige Abulie mit „stundenlangem, tatenlosem Imbettliegen“ in den Befunden erwähnt. Alle diese psychopathologischen Auffälligkeiten waren dagegen in den Krankengeschichten der Patienten mit der Diagnose „Pubertätskrise“ aus der I. und II. Gruppe nie zu finden. Liest man diese Befunde hier hintereinander aufgezählt, so wird leicht der Eindruck entstehen, daß die Diagnose Schizophrenie doch gelegentlich klar sei. Dabei muß aber folgendes berücksichtigt werden: Einmal treten diese aufgezählten Befunde nur hier und da, sowie nur einzeln auf, zum anderen kommen sie nur in so leichtem Grade vor, daß nur ein geschulter Untersucher zu ihrer Feststellung überhaupt fähig ist und sie leichter der Registrierung entgehen als sie zu fixieren sind. Retrospektiv muß aber festgestellt werden: Das Auftreten von Denkstörungen, psychomotorischen Auffälligkeiten sowie Größenideen ist bei krisenhaften Pubertätsstörungen immer hochgradig schizophreneverdächtig.

In der *klinischen Behandlung* dieser III. Gruppe spielten somatische Therapien von vornherein eine größere Rolle, wobei unterschwellige Insulingaben länger appliziert wurden.

In dem einen oder dem anderen therapieresistenten Fall entschloß sich der behandelnde Arzt auch schon einmal zu einer Insulinvollkomabehandlung. In der individuellen Psychotherapie lag der Schwerpunkt in dem Aufbau eines soliden affektiven Rapports, einer schuldentlastenden Ichstärkung, einer psychagogischen Bearbeitung der häufig vorhandenen Sexualskrupel und auch hier wieder in der Abstimmung der beruflichen Entwicklung auf die Gesamtsituation. Leitender Gedanke in dieser Hinsicht war meist die Vermeidung eines sozialen Niveauverlustes. Besonders bedacht war man bei der Behandlung, daß die Patienten im Kontakt mit dem anderen Geschlecht nicht überfordert wurden und eine zu intensive Beschäftigung mit religiösen Problemen unterblieb. Erfahrungsgemäß (KRETSCHMER) sind auch schizophrene Grenzzustände speziell für diese beiden Bereiche des menschlichen Lebens besonders vulnerabel. Die gruppentherapeutischen Maßnahmen spielten dagegen in der klinischen Behandlung nur eine untergeordnete Rolle. Die psychotherapeutischen Grundübungen des autogenen Trainings waren meist kontraindiziert und wurden auch nie in Anwendung gebracht.

Die *Dauer der klinischen Behandlung* verteilte sich bei den 37 Patienten dieser Gruppe folgendermaßen:

23 wurden bis zu 2 Monaten, 10 Patienten zwischen 2—4 Monaten sowie 4 Patienten mehr als 4 Monate lang stationär behandelt. Dies entspricht im großen und ganzen der Behandlungszeit der ersten beiden Gruppen, wenn auch die längerdauernden klinischen Aufenthalte bei der Gruppe der initialen Schizophrenien häufiger waren.

Bei der *Entlassung* aus der klinischen Behandlung zeigten noch viele Restbeschwerden und Restbefunde, wobei Irritierbarkeit und Schwunglosigkeit im Vordergrund standen.

Bei der *Nachuntersuchung* waren begreiflicherweise gerade in dieser Gruppe besonders auffällige Feststellungen zu treffen: Von den 37 Patienten mußten 26 erneut in Behandlung aufgenommen werden. 21 Patienten zeigten ein *Rezidiv* meist innerhalb der ersten 2 Jahre nach der ersten Entlassung.

Dieser Befund stimmt mit der Feststellung von MEYER überein, daß sich meistens sogar innerhalb eines Jahres entscheiden lasse, ob eine Reifungskrise in der Adoleszenz Prodrom einer Schizophrenie sei. Drei Patienten mußten nach 3 Jahren, zwei schließlich nach 5 Jahren zum zweitenmal klinisch behandelt werden. Bei den nachfolgenden Behandlungen waren in der Regel die für eine schizophrene Psychose sprechenden Befunde sehr deutlich ausgeprägt, wobei eine vorwiegend *hebephrene* Verlaufsform charakteristisch war, während paranoide oder gar katatone Einschläge nur ganz vereinzelt zu beobachten waren. Weiter auseinanderliegende Wiederaufnahmen kamen in unserem Untersuchungsgut nicht vor, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß die durchschnittliche Katamnesezeit 8 Jahre beträgt. Die Frage, wie die Erkrankung dieser 26 mehrfach rezidivierten Schizophrenen schließlich ausläuft, ist zur Zeit noch nicht zu beantworten. Lediglich in vier Fällen kann bereits von einem Ausgang in „dauernde Verblödung“ (BLEULER) gesprochen werden, da diese seit über 8 Jahren anstaltsbedürftig sind. Bei den restlichen 21 Patienten dieser chronisch rezidivierenden Gruppe ließen sich zur Zeit der Nachuntersuchung verschiedengradig schwerere Residualzustände als Zeichen eines postschizophrenen Defektes feststellen, so daß bei ihnen schon jetzt ein „dauernder Defekt“ (BLEULER) feststellbar war. Bei einigen von ihnen ist damit zu rechnen, daß es durch weitere Rezidive zu „dauernder Verblödung“ nach der Einteilung von BLEULER kommt.

Je nach der Ausprägung des Residualzustandes war das soziale Niveau im Vergleich zu dem des Vaters oder der beruflichen Zielsetzung vor der Pubertät verringert. Viele waren zu einem eigenen Broterwerb nicht in der Lage. Neben dem *sozialen Niveauberlust* war bei allen, die zu einer beruflichen Tätigkeit überhaupt noch in der Lage waren, eine unstabile berufliche Entwicklung mit häufigem Stellenwechsel festzustellen. Ferner waren alle diese Patienten unverheiratet und lebten häufig im Elternhaus.

Bei den 37 Patienten der initial schizophrenen Gruppe von Pubertätskrisen waren über 5 Jahre nach der Ersterkrankung 6 der Nachuntersuchten nicht mehr klinisch behandlungsbedürftig und hatten sich im Laufe der Katamnesezeit zunehmend *stabilisiert*. Dabei waren auch bei diesen früheren Patienten mehr oder weniger deutliche *Residualsymptome* in Form von Kontaktstörungen, abrupten und oft nicht immer situationsadäquaten affektiven Schwankungen und Sperrungen mit einzelnen psychomotorischen Auffälligkeiten zu finden. Bei diesen 6 Patienten handelte es sich demnach um eine *Heilung mit verschieden starkem Defekt nach einem einmaligen schizophrenen Schub*.

Sozial war für diese Patienten eine gewisse „stabile Instabilität“ charakteristisch. Einer der Patienten war ein typischer „schizophrener Bummler“. Alle waren anspruchslos bis zur Bedürfnislosigkeit und lebten oft mehr von der Liebhaberei als von dem direkt erlernten Beruf. (Die besonders plastischen Fälle dieser 6 Patienten werden in der ausführlichen Arbeit von ANNEMARIE JAEGER geschildert.)

Auch diese Patienten lebten ausnahmslos unverheiratet, meist sogar besonders stark *von der Umwelt isoliert*.

Vier Patienten dieser Gruppe von Pubertätskrisen als Ausdruck einer initialen Schizophrenie hatten zwar schon das 21. Lebensjahr überschritten, waren aber erst vor 2—3 Jahren erstmalig klinisch behandelt worden und seither nicht rezidiviert. Von ihnen kann nur gesagt werden, daß sie zur Zeit der Nachuntersuchung Residualsymptome einer früher durchgemachten Schizophrenie zeigten, die etwa den eben erwähnten 6 Patienten mit einem einmaligen Schub entsprachen. Ob es bei diesen einmaligen Erkrankung bleibt, muß im Augenblick offengelassen werden. Je länger aber der Zeitraum nach der Ersterkrankung wird, je größer wird die Chance, daß kein Rezidiv auftritt. Bleibt dieses sogar 5 Jahre aus, so können die Patienten als stabilisiert bezeichnet werden. Über die soziale Entwicklung kann ebenso wie über die Kontaktfähigkeit bei den meisten dieser 4 Patienten noch nichts Endgültiges ausgesagt werden, da sie nur wenig über 21 Jahre alt waren. Diese Feststellung deckt sich weitgehend mit der von MAUZ, der sogar noch einen kürzeren Zeitraum von 3—4 Jahren angibt. Bei allen diesen 10 Patienten, von denen 6 vor mehr als 5 Jahren und 4 Patienten vor etwa 3 Jahren erstmalig und bisher einmalig erkrankt waren, läßt sich analog zu den Veröffentlichungen von MAUZ sagen, daß ein weitgehender Persönlichkeitszerfall ausgeblieben und innerhalb dieses Zeitraumes kein schwerer Defekt eingetreten ist.

Von einem Patienten dieser Gruppe initialer Schizophrenie muß schließlich berichtet werden, daß er schon bei der Erstbehandlung deutliche schizophrenieverdächtige Symptome zeigte, dann gegen unseren

Rat anderweitig psychoanalytisch behandelt wurde und sich $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Ersterkrankung suizidierte.

Ein Überblick über diese 37 initial schizophrenen Patienten zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr erstmalig Erkrankten zeigt:

- 26 Patienten sind chronisch rezidivierend, davon
 - 4 mit Ausgang in dauernde Verblödung,
 - 6 über 5 Jahre rezidivfrei mit Defekt,
 - 4 unter 5 Jahre rezidivfrei mit Defekt,
 - 1 Suicid $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Ersterkrankung.

Allgemeine Ergebnisse

Einige mehr summarische Ergebnisse bei der Katamnese der krisenhaften Pubertätsentwicklung waren:

1. Die *Geschlechtsverteilung* bei den einzelnen Gruppen war folgendermaßen:

Tabelle 2. *Geschlechtsverteilung der Pubertätskrisen*

	Gesamtzahl	Mädchen	Jungen
I. Karikierte Pubertätsentwicklung	38	23	15
II. Puberale Akzentuierung abnorme Charaktereigenschaften	35	14	21
III. Initiale Schizophrenien	37	8	29

Auffallend ist ein fast spiegelbildliches Verhalten der Geschlechtsverteilung bei Gruppe I und II sowie die relativ geringe Zahl weiblicher initial Schizophrener bei fast der vierfachen Zahl der männlichen Patienten (8 von 29). Dieser Befund deckt sich mit den Beobachtungen von BURNS, der „milde Episoden schizophrener Art“ bei Jungen häufiger fand als bei Mädchen. Ein Vergleich mit den Feststellungen einzelner anderer Autoren, so z. B. von SCHRAPPE, ist deshalb nicht möglich, da diese von vornherein von der Diagnose „Schizophrenie“, wir dagegen von den „Pubertätskrisen“ ausgingen. Da im allgemeinen keine charakteristischen Geschlechtsunterschiede bei den in der 2. puberalen Phase auftretenden Schizophrenien zu finden waren, läßt das hier festgestellte starke Überwiegen der Jungen bei den initialen Schizophrenien sich nur so verstehen, daß die entsprechenden Psychosen bei Mädchen schneller und leichter als solche zu erkennen sind.

Tabelle 3. *Besserungsgrad bei den nicht zur Psychose führenden Pubertätskrisen*

Patientengruppe	Summe	gut gebessert	wenig gebessert	ungebessert
I. Karikierte Pubertätsentwicklung	38	36	2	0
II. Puberale Akzentuierung abnormaler Charaktereigenschaften	35	7	19	9

Tabelle 4

	I. Karikierte Pubertätsentwicklungsstörung. 38 Patienten	II. Puberale Akzentuierung abnormer Charaktereigenschaften. 35 Patienten	III. Initiale Schizophrenien. 37 Patienten
Heredität	Nur vereinzelt Auffälligkeiten	Abnorme Persönlichkeiten verschiedener Schattierungen nicht selten, vereinzelt Psychosen	Gleichsinnige Psychosen, sowie vorwiegend schizoide Persönlichkeiten nicht selten
Gestörte Familiensituation	19 mal	14 mal	17 mal
Prämorbid	Unauffällig, höchstens entwicklungsverzögert	Häufig verschiedenartig auffällig	Häufig still, scheu, zurückgezogen
Prodromi	Meist unter 1 Jahr	Bis zu 3 Jahren	Meist nur wenige Wochen (leichtere psychische Veränderungen bis zu mehreren Jahren)
Subjektive Beschwerden	Vegetative Beschwerden und häusliche Spannungen, sowie schulische oder berufliche Schwierigkeiten	Vegetative Beschwerden, Sexualkomplexe, Phobien, gelegentliche Spannungen im Milieu	Nachlassen der Leistung, Entfremdungserlebnisse, Initiativlosigkeit
Konstitution	Vorwiegend leptosom mit athletischen Einschlägen und Teilretardierung	Leptosom-athletisch mit unterschiedlichen Dysplasien	Leptosom-athletisch
Psychischer Befund	Karikierter Autoritätsprotest, Initiativlosigkeit mit gleichzeitiger Irritierbarkeit	Phobisch-hypochondrische Symptome	Aktivitätsverlust, unter Umständen mit abrupten, affektiven Schwankungen, psychomotorischen Auffälligkeiten
Dauer der klinischen Behandlung	Im Schwerpunkt um 2 Monate	Im Schwerpunkt 2-4 Monate	Im Schwerpunkt 2-4 Monate
Befund bei der Entlassung	Meist sehr gut gebessert	Meist sehr wenig, zum Teil ungebessert	Meist wenig gebessert
Katamnese nach durchschnittlich 8 Jahren	Überwiegend gut gebessert	Überwiegend wenig gebessert, zum Teil ungebessert	Hohe Rezidivquote, 26 von 37. 10 Heilungen mit verschiedengradigem Defekt

2. Der Besserungsgrad. Hier können nur die beiden ersten Gruppen, die der karikierten Pubertätsentwicklung (I) und die der Gruppe II mit puberaler Akzentuierung abnormer Charaktereigenschaften miteinander verglichen werden. Berücksichtigt man etwa die Besserungskriterien, wie sie z.B. von BÖHM, LANGEN u. VEIT sowie CREMERIUS, DÜHRSSEN, STOKVIS u.a. für ein psychotherapeutisches Krankheitsgut herausgearbeitet wurden, so läßt sich feststellen:

Das günstige Verlaufsergebnis bei den Jugendlichen mit einer karikierten Pubertätsentwicklung entspricht den Beschreibungen KRETSCHMERS. Die günstigen Fälle derartiger krisenhafter Pubertätsentwicklungsstörungen treten zwar stürmisch in Erscheinung und ziehen sich meist länger hin als es dem Durchschnitt entspricht, werden dann aber nach einigen Jahren spontan überwunden. Auch aus diesem Grunde ist gerade bei diesen Jugendlichen eine sorgfältige Hilfestellung wichtig, um nicht durch die Entwicklungskrise einen zu großen sozialen Terrainverlust entstehen zu lassen.

Bei der II. Gruppe war bei einer Geschlechtsdifferenzierung auffällig, daß nur eine der 14 weiblichen Patienten gut gebessert katamnestisiert werden konnte.

Die einzelnen Ergebnisse der katamnestischen Untersuchungen sind auf der Tab. 4 eingetragen.

Bei retrospektiver Betrachtung muß zunächst einmal festgestellt werden, daß es sich bei der Diagnose „Pubertätskrise“ um einen Sammelbegriff handelt. Wenn auch gewisse psychische Befunde Kriterien für eine bessere Einordnung liefern können, so entscheidet letztlich erst der weitere Verlauf, worum es sich bei dem einzelnen Fall handelt. Eine vorschnelle diagnostische Einordnung sollte auch aus psychologischen Gesichtspunkten nicht erfolgen, um sich nicht zu früh dem therapielähmenden Endogenitätsfaktor auszuliefern, zumal in der speziellen Psychotherapie in jedem Fall eine Ich-stärkende Ermutigung, Aktivierung und zukunftsbezogene Orientierung die zentrale Forderung ist.

Zusammenfassung

Es wurden die in den Jahren 1948 bis 1960 an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen behandelten 110 Fälle von Pubertätskrisen nachuntersucht. Die durchschnittliche Katamnesezeit betrug 8 Jahre, das Alter der Patienten zur Zeit der Behandlung 15—20 Jahre, zur Zeit der Nachuntersuchung zwischen 21 und 32 Jahre mit einem flachen Gipfel bei 25 Jahren.

Durch die Nachuntersuchung konnte festgestellt werden, daß die ursprünglich als Pubertätskrisen diagnostizierten Fälle einen verschiedenen Verlauf nahmen. Dadurch war es möglich, das Ausgangsmaterial

in 3 Gruppen zu sondern. Für diese 3 Gruppen wurden folgende Bezeichnungen gewählt:

- I. Karikierte Pubertätsentwicklung*
- II. Puberale Akzentuierung abnormer Charaktere*
- III. Initiale Schizophrenie.*

Über Heredität, Familiensituation, prämorbide Persönlichkeit, Prodromie, Konstitution, psychischen Befund, Behandlungsdauer, Befund bei Entlassung und Katamnese orientiert eine Tabelle (Tab. 4).

I. Die 38 karikierten Pubertätsentwicklungen zeigten eine stürmischere Symptomatik vor allem mit Autoritätsprotesten und Inaktivität, sprachen auf eine kombiniert psychophysische Behandlung gut an und zeigten bei der Katamnese eine fast ausnahmslose gute Besserung hinsichtlich Symptomatik, sozialer Entwicklung und altersangepaßtem Kontaktverhalten.

II. Bei den 35 Patienten mit puberaler Akzentuierung abnormer Charaktereigenschaften hatte die Symptomatik längere Vorboten, war oft weniger stürmisch aber uneinheitlicher mit Bevorzugung von phobischen und Zwangssyndromen. Die Patienten sprachen auf kombinierte psychophysische Behandlung weniger gut an als die erste Gruppe. Bei der Katamnese überwogen die wenig Gebesserten. Die soziale Entwicklung war häufig unstabil oder zeigte einen Niveauverlust.

III. Bei den 37 initial Schizophrenen zeigten die für diese Erkrankung typischen Symptome retrospektiv eine vorwiegend hebephrene Färbung, obwohl sie zunächst nur gering ausgeprägt und vereinzelt vorkamen. 26 von 37 zeigten einen rezidivierenden, zu Defekt, vereinzelt sogar zu dauernder Verblödung führenden Verlauf. Bei 10 Patienten war nur ein einmaliger Schub mit verschiedengradigem Defekt bei der Nachuntersuchung festzustellen, wobei allerdings 4 Patienten noch unter der kritischen Zeit von 5 Jahren lagen. Verglichen mit den von BLEULER aufgestellten Verlaufstypen herrschten bei unserem Ausgangsgut dieser 37, damals noch als initiale Schizophrene bezeichneten Patienten die ungünstigen Verläufe bei weitem vor.

Literatur

- ASSAILLY, H.: Les troubles caractériels de la puberté. Arch. int. Neurol. **69**, 53—64 (1950).
- BLEULER, M., u. G. BENEDETTI: Forschungen und Begriffswandlung in der Schizophrenielehre 1941—1950. Fortschr. Neurol. Psychiat. **19**, 385—452 (1951).
- BOEHM, F.: Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen. Zbl. Psychother. **14**, 17 (1942).
- BOUTONIER, J.: La puberté normale du point de vue endocrinologique et psychologique. Les limites du normal et du pathologie. Acta neurol. belg. **52**, 311—324 (1952); ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **126**, 134 1954.
- BURNS, CH.: Pre-schizophrenic symptoms in pre-adolescents withdrawl and sensitivity. Nerv. Child **10**, 120—128 (1952).

- CREMERIUS, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1962.
- DÜHRSSEN, A.: Die Überprüfung prognostischer Urteile bei psychogenen Erkrankungen. Z. Psychother. med. Psychol. **2**, 174 (1952).
- Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z. Psychosom. Med. **6**, 94—113 (1962).
- ERIKSON, E. H.: Identity and the life cycle. New York: Interna. Univ. Press 1959.
- EYSENCK, H.: Funktion und Anwendung der Statistik in der Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/2. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1962.
- FANNCONI, G.: Über Störungen der Pubertät. Dtsch. med. Wschr. **1955**, 337—343.
- GAYRAL, L.: Les troubles neuro-psychiques de la puberté et de l'âge critique. Paris: Dr. Gean Garnier 1959. Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **155**, 214—215 (1963).
- GEBSATTEL, V. E. v.: Krisen in der Psychotherapie. Jb. Psychol. **1952**, 1.
- Reifungskrisen in Psychoseform. Südwestd. Neurol. u. Psychiatr. Sitzungsberichte in Baden-Baden, 1954. Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **130**, 9 (1954).
- VAN DER HORST, L.: Die Klinik der Pubertätspsychosen. Folia Psychiat. neerl. **58**, 391—407 (1955).
- JILCHMANN, A., u. A. CHRIST: Die Dissozialität weiblicher Minderjähriger im Spiegel puberaler Reifungsstörungen. Dtsch. Vereinigung für Jugendpsychiatrie e.V., Tagung in Marburg (Lahn) 1952. Ref.: Zb. ges. Neurol. Psychiat. **119**, 291 (1952).
- JUILLARD, E.: De quelques troubles de la puberté. Rev. méd. Suisse rom. **77**, 130 à 143 (1957); ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **144**, 152 (1958).
- KÖNDGEN, L., u. K. ÜBERLA: Einjahreskatamnesen von 150 stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten. Z. Psychother. med. Psychol. **12**, 246 (1962).
- KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: G. Thieme 1949.
- Der sensitive Beziehungswahn, 2. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950.
 - Schizophrenien und Pubertätskrisen und ihre seelische Führung. Mschr. Psychiat. Neurol. **125**, 562—571 (1953).
 - Hysterie, Reflex und Instinkt, 6. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1958.
 - Körperbau und Charakter, 24. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
 - Medizinische Psychologie, 12. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1963.
- LANGEN, D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Stuttgart: G. Thieme 1956.
- Diagnostik aus dem sprachlichen Ausdruck. Dtsch. med. Wschr. **82**, 1006—1009 (1957).
 - Über häufig in der Allgemeinpraxis verkannte psychiatrische Erkrankungen. Dtsch. med. Wschr. NI **83**, 1958, 1476—1480, 1495.
 - Klinische Psychotherapie einzelner Krankheitsbilder. Z. Psychother. med. Psychol. **11**, 216—222 (1961).
 - , u. H. VEIT: Katamnestische Untersuchungen nach stationärer Psychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. **4**, 281—296 (1954).
- LEMPPE, R.: Die Bedeutung der Reifungsstörung und der frühkindlichen Hirnschädigung für die Straffälligkeit Jugendlicher und ihre Prognose. Z. menschl. Vererb.- u. Konstit.-Lehre **34**, 461—469 (1958).
- MAIER, E. H.: Pubertätsverlauf bei straffälligen Minderjährigen. Dt. Vereinigung für Jugendpsych. e.V., Tagung in Marburg (Lahn), 1952. Ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **119**, 291 (1952).

- MASTERSON, J. F.: Prognosis in adolescent disorders. Amer. J. Psychiat. **114**, 1097 to 1103 (1958).
- MAUZ, F.: Die Prognose der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme 1930.
- MEYER, J. E.: Die Entfremdungserlebnisse. Stuttgart: G. Thieme 1959.
- Katamnestische Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern. Z. Psychother. med. Psychol. **12**, 49—58 (1962).
- Reifungskrisen der Adoleszenz, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Prognose. Arch. Psychiat. Nervenkr. **203** (1962).
- MUCHOW, H.: Sexualreife und Sozialstruktur der Jugend. Hamburg: Rowohlt 1961.
- MÜLLER, M.: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Stuttgart: G. Thieme 1949.
- NOLTE, E.: Pubertät. Pädagogisch-psychologische und psychiatrische Betrachtungen. Weinheim u. Berlin: J. Beltz 1958.
- SALFIELD, D. J.: Über kindliche Entfremdungserlebnisse. Acta paedopsychiat. **10**, (1962).
- SCHNEIDER, K.: Psychiatrie heute, 3. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1960.
- SPRANGER, E.: Psychologie des Jugendalters, 25. Aufl. Heidelberg: Quelle und Meyer 1957.
- STERN, E.: Verspätete Pubertätskrisen. Z. Psychother. med. Psychol. **6**, 45—60 (1956).
- STOKVIS, B.: Psychotherapie und Psychopharmakologie bei Psycho- und Somato-neurotikern. Heil- und Scheinerfolge. Wien 1961.
- STUTTE, H.: Störungen des Reifungsablaufes und Psyche. Mschr. Kinderheilk. **97**, 33 (1949).
- Reifungsbiologische Untersuchungen an weiblichen und männlichen Fürsorge-zöglingen. Dtsc. Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. Tagung in Marburg (Lahn), 1952. Ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **119**, 290 (1952).
- Pubertätseinflüsse beim Zustandekommen jugendlicher Gewaltverbrechen. Mschr. Kinderheilk. **103**, 57—58 (1955).
- WEBER, D.: Pubertätseinflüsse in der Symptomatologie jugendlicher Schizophrenien. Mschr. Kinderklinik **103**, 95—96 (1955).
- ZELLER, W.: Konstitution und Entwicklung. Göttingen: Psychologische Rundschau 1952.

Dozent Dr. D. LANGEN, 74 Tübingen, Universitäts-Nervenklinik, Osianderstr. 22