

Familie, Pubertät und Generationsvorgänge in der Anamnese neurotischer Klinikpatientinnen *

KLAUS und CÉCILE ERNST

Sanatorium Hohenegg, Meilen/ZH (Damaliger Chefarzt: Priv.-Dozent Dr. K. Ernst)

Eingegangen am 19. August 1969

Childhood, Puberty and Motherhood of Hospitalized Female Neurotic Patients

Summary. 100 neurotic and 100 schizophrenic female patients from the same hospital are compared. Parents and siblings of the neurotic patients do not show a greater risk of developing an endogenous psychosis as compared to the entire population. This is also true for the incidence of broken homes in neurotic and schizophrenic patients. Neurotic patients who grew up as orphans report fewer neurotic symptoms in childhood than those where the broken home was primarily caused by behaviour disturbances of the parents.

Physical puberty does not increase the incidence of neurotic symptoms as compared to earlier or later periods of life. Our patients do not consider puberty as a cause of their illness, although they often experienced it as a time of heavy stress. This stress is partially related to the absence of information about the onset of menstruation and to the general rejection of sexuality in the family, especially in the lower social classes.

Since marriage and pregnancy often have an unfavourable and very rarely a positive influence on the course of the neurosis, it amounts to a professional error to advise a neurotic patient to get married. On the other hand a single pregnancy so seldom permanently aggravates a neurotic illness, that a severe neurosis in itself cannot be considered sufficient reason for a legal abortion.

Key-Words: Broken Home — Puberty — Pregnancy — Lying-in Period — Neurosis.

Zusammenfassung. 100 neurosekranken Patientinnen werden mit 100 schizophrenen derselben Klinik verglichen. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit für endogene Psychosen ist bei den Eltern und Geschwistern der Neurosekranken gegenüber der Gesamtbevölkerung nicht faßbar erhöht. Dasselbe gilt für die Broken-home-Häufigkeit sowohl der Neurotikerinnen wie der Schizophrenen. Teilt man die milieugestörten Neurosekranken einerseits in Verwaisungsfälle und andererseits in solche Fälle ein, die vorwiegend durch die ungünstigen sozialen Folgen elterlichen Verhaltens belastet worden sind, so findet man in der letzteren Gruppe prozentual mehr Kinderneurosen als in der ersteren.

* Dem Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung danken wir für die finanzielle Ermöglichung dieser Arbeit und der Direktionskommission des Sanatoriums Hohenegg für die Gewährung eines wissenschaftlichen Urlaubes an den Erstunterzeichnenden. Gedankt sei auch Frau Dr. med. Jana Tuček, ohne deren stellvertretendes Einspringen diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Die biologische Pubertät zeigt objektiv keine Tendenz zur Auslösung manifestester neurotischer Syndrome, und sie wird subjektiv von den Patientinnen selten als pathogen betrachtet, obwohl jene Zeit oft als besonders schwere Belastung erlebt wird. Letzteres steht zum Teil im Zusammenhang mit der fehlenden Aufklärung über die Menarche und mit der allgemeinen Sexualablehnung zuhause, besonders bei den Angehörigen einfacherer Sozialklassen.

Ehe, Generationsvorgänge und Mutterschaft sind so selten von günstiger und so häufig von ungünstiger Wirkung auf den Neurosenverlauf, daß der Arzt einen Kunstfehler begeht, wenn er sich von der neurotischen Patientin dahin bringen läßt, ihr zur Heirat zu raten. Andererseits führt die einzelne Schwangerschaft in unserem Material nicht häufig genug zu einer so deutlichen und dauerhaften Verschlimmerung des Leidens, daß man retrospektiv in der Diagnose einer schweren Neurose an und für sich die Voraussetzung für eine Interruptio gemäß Art. 120 StGB („große Gefahr eines dauernden schweren Gesundheitsschadens“) erkennen kann. Daß die Neurose der Mutter für das kommende Kind ein Unglück bedeutet, steht dabei auf einem anderen Blatt.

Schlüsselwörter: „Broken home“ — Pubertät — Schwangerschaft — Wochenbett — Neurose.

Einleitende Bemerkungen

Die Frage, ob ein bestimmter lebensgeschichtlicher Faktor neurotisches Leiden zu beeinflussen vermöge, ist in dieser Form meistens schon im Ansatz falsch gestellt: sehr viele solche „Faktoren“ werden ja ihrerseits durch die Neurose des Kranken konstelliert und geprägt. Dies trifft bekanntlich für das Verhalten der Eltern ebenso zu wie etwa für die Gattenwahl oder die Schwierigkeiten der Neurosekranken mit den eigenen Kindern. Faktoren dieser Art sind deshalb eher im Rahmen von „Wechselwirkungen“ als im Rang von „Ursachen“ zu sehen.

Eine begrifflich sorgfältige Sprache begnügt sich angesichts solcher Zusammenhänge damit, von „Korrelationen“ zu sprechen. Durch diese vorsichtige Zurückhaltung in der Interpretation entsteht leicht der Eindruck, als würden nur trockene Ziffern vermittelt. In Wirklichkeit sind aber solche Verhältniszahlen geeignet, das Verständnis neurotischen Geschehens zu vertiefen und irrite Vorstellungen zu korrigieren.

Gelegentlich stößt man auf dem Gebiet der Neuroseforschung dann freilich auf eine andere Schwierigkeit: das Wichtige, so hört man, sei nicht messbar und das Meßbare nicht wichtig. Die vorliegende Studie gehört zu denjenigen, die versuchen, die Allgemeingültigkeit dieses Satzes zu widerlegen. Sie bearbeitet vorwiegend solche lebensgeschichtliche Faktoren, deren Vorhandensein oder Fehlen in jedem Einzelfall verhältnismäßig gut festgestellt werden kann und die deshalb innerhalb einer gegebenen Krankengruppe einigermaßen *zählbar* sind. Ob damit auch *wesentliche* Gesichtspunkte aufgegriffen werden, ist eine Frage, deren Beantwortung dem Leser anheimgestellt sei.

1. Beschreibung der drei Krankengruppen

Es handelt sich ausschließlich um weibliche Kranke. Sie entstammen alle derselben psychiatrischen Privatklinik, die hauptsächlich Frauen aufnimmt.

In allen 3 Gruppen fehlen Patientinnen, die an schweren körperlichen Krankheiten litten. Unter den Neurotikerinnen finden sich nur solche

Tabelle 1. *Hauptsyndrome bei der psychiatrischen Ersthospitalisierung^a*

Gruppe	neu- rot. Depress.	Neur- asth. Depress.	Hyste- rie	Angst- syn- drom	Zwangs- syn- drom	Hypo- chon- drie	Organ- neuro- se	Charakt. rose
1. 70 „frühere“ Neurosen (1936—1943); in %	43	14	16	10	3	1	2	11
2. 100 „heutige“ Neurosen (1965—1968)	56	5	7	13	7	6	6	0
	Paranoid	Katatonie	Hebephre- nie		Schiz. simplex		andere (bes. depressive)	
3. 100 „heutige“ Schizophrene (1961—1965)	46		16	15	3		20	

^a Für die Schizophrenen zu ergänzen: „wegen Schizophrenie“: 9 von ihnen waren schon früher wegen neurotiformen Syndromen psychiatrisch hospitalisiert gewesen.

Kranke, die nicht auch debil, vorwiegend süchtig oder ausschließlich charakterneurotisch (insbesondere asozial) waren. Als „schizophren“ wurden nur Probandinnen aufgenommen, die Wahnideen, Halluzinationen, Verirrtheitszustände oder Motilitätsstörungen schizophrenen Gepräges und psychotischen Ausmaßes zeigten und die nicht gleichzeitig auch an psychoorganischen Störungen litten.

Um die Anamnesen hinreichend genau rekonstruieren zu können, wurden in die beiden „heutigen“ Gruppen keine Probandinnen aufgenommen, deren psychiatrische Ersthospitalisation weiter als 6 Jahre zurücklag. Durch diese Einschränkung entstand, besonders bei den Schizophrenen, ein gewisser Ausfall an chronisch hospitalisierungsbedürftigen Kranken, was für manche Fragestellungen im Auge zu behalten ist. — Die übrigen gewollten und ungewollten Auswahlfaktoren der 3 Gruppen sind anderswo bereits ausführlich beschrieben worden (in [3] für die 70 „früheren“ Neurosekranken und in [4] für die je 100 „heutigen“ Neurotikerinnen und Schizophrenen.)

Der Altersaufbau ist mit Grenzwerten von 17—66 und einem Durchschnitt von 37—38 Altersjahren für alle 3 Gruppen recht einheitlich. Der Anteil an über 39jährigen beträgt für die „früheren“ Neurotikerinnen 38% und für die beiden „heutigen“ Gruppen 45%. Die Zivilstandsverhältnisse und die eheliche Fruchtbarkeit aller 3 Gruppen

weichen nicht vom Bevölkerungsdurchschnitt ab. Daß die Häufigkeit der unehelichen Herkunft wie die uneheliche Fertilität überall hinter den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung zurückbleibt, dürfte mit der Ausscheidung der debilen und der hältlosen Psychopathinnen aus dem Ausgangskrankengut zusammenhängen.

2. Untersuchungsmethode

Für die Einzelheiten sei wiederum auf die beiden erwähnten Publikationen verwiesen. Die persönliche Untersuchung wurde in allen Fällen durch Beziehung möglichst vieler ärztlicher Auskünfte und Akten ergänzt.

Die 70 „früheren“, 1936—1943 hospitalisierten Neurotikerinnen wurden 1962 und die 100 „heutigen“, 1965—1968 hospitalisierten Neurosekranken 1968 von den beiden Unterzeichnenden nachuntersucht. Die 100 1961—1965 klinisch behandelten Schizophrenen dagegen wurden unter der Leitung des Erstunterzeichnenden 1966 von Beatrix Streiff [12] und Lukas Spring [11] nachuntersucht (zusammengefaßt bei [5]).

3. Psychopathologische, verlaufsbezogene und soziologische Vergleiche zwischen den 3 Gruppen

Hierüber haben wir andernorts [4] ausführlich berichtet. Für die besonderen Zwecke der vorliegenden Studie genügt es, die folgenden Resultate zu rekapitulieren:

1. Wenn man im Zeitpunkt der psychiatrischen Ersthospitalisierung die neurotischen Anamnesen der Neurosekranken mit den neurotiformen Prodromen der Schizophrenen vergleicht, so finden sich bei den ersten mehr umschriebene Organneurosen, bei den letzteren mehr diffuse Neurasthenien in der Vorgeschichte. Auch in der Ausgestaltung der psycho-neurotischen Syndrome neigen die neurotisch bleibenden Patientinnen mehr zur konkretisierenden Ausarbeitung der Symptome als die späteren Schizophrenen.

2. Die Neurotikerinnen waren im Zeitpunkt der Ersthospitalisierung schon seit sehr viel längerer Zeit manifest neurotiform krank (also bei dem ähnlichen Altersaufbau durchschnittlich früher erkrankt) als die Schizophrenen. Dieser Befund paßt zu der auf katamnestischen Erfahrungen beruhenden Vermutung, daß bereits chronifizierte Neurosen nur noch selten in Schizophrenie übergehen.

3. Der soziale Hintergrund der heutigen Neurosekranken wirkt im vorliegenden Material gehobener als derjenige der Schizophrenen. Von den 3 sozialen Merkmalen: 1. Berufsklasse des Vaters, 2. abgeschlossene oder nicht abgeschlossene Berufslehre der Patientin und 3. Berufsklasse der Patientin bzw. des Ehemannes, ergibt der 2. Faktor bei weitem den

stärksten (hochsignifikanten) Unterschied zugunsten der heutigen Neurotikerinnen im Vergleich mit den heutigen Schizophrenen. Bei den Schizophrenen erscheint also die prämorbide jugendliche Leistungsfähigkeit stärker beeinträchtigt als das soziale Herkommen und der (durch Heirat mitbestimmte) soziale „Enderfolg“.

4. Fragestellung

Außer zur Bearbeitung der soeben erwähnten Probleme eignen sich die Krankengruppen auch zur Untersuchung der folgenden Fragen, die in der vorliegenden Studie behandelt werden sollen:

1. Lassen sich zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen und Sozialklassen Unterschiede feststellen in bezug auf die Gestörtheit des Kindheitsmilieus nach Art und Grad und in bezug auf das Auftreten von Kinderneurosen?

2. Löst die biologische Pubertät gehäuft neurotische Syndrome aus? — Wie werden die Mädchen von ihren Eltern im Hinblick auf die Menarche aufgeklärt? — Wie wurde die Pubertät von den Patientinnen erlebt?

3. Was läßt sich über allfällige Zusammenhänge zwischen Neuroseverlauf und Eheschließung, Generationsvorgängen und Mutterschaft aussagen?

5. Endogene Psychosen in den Familien

Tabelle 2. Hospitalisierte endogene Psychosen bei Eltern und Geschwistern

	Schizophrenie		endogene Affektpsychosen	
	Eltern	Geschwister	Eltern	Geschwister
70 ♀ Neurosekrankene hospitalisiert 1936 bis 1943				
	$3/_{128} = 2\frac{1}{2}\%$	$6/_{218} = 3\%$	$2/_{128} = 1\frac{1}{2}\%$	$2/_{218} = 1\%$
100 ♀ Neurosekrankene hospitalisiert 1965 bis 1968				
	$2/_{193} = 1\%$	$4/_{225} = 2\%$	$3/_{193} = 1\frac{1}{2}\%$	$2/_{225} = 1\%$
100 ♀ Schizophrene hospitalisiert 1961 bis 1965				
	$4/_{192} = 2\%$	$7/_{190} = 4\%$	$4/_{192} = 2\%$	$1/_{190} = 1\frac{1}{2}\%$
Schizophrene massenstatistisch ^a	6%	10%	?	?
Gesamtbevölkerung ^a	1%	1%	$1\frac{1}{2}\%$	$1\frac{1}{2}\%$

Bezugsziffern korrigiert nach Weinberg.

^a Nach M. Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie, 1966, S. 400 u. 424.

Die Morbidität an hospitalisierten endogenen *Affektpsychosen* ist bei den Verwandten unserer Gruppen nirgends deutlich erhöht.

In bezug auf *schizophrene* Verwandte fallen die niedrigen Belastungsziffern unserer schizophrenen Gruppe gegenüber den bekannten statistischen Erwartungswerten auf. Vielleicht röhrt dies von der relativ hohen Zahl von Spätschizophrenien und vom Manko der ganzen Gruppe an chronischen Fällen her (vgl. 1. Kapitel).

Von den beiden neurotischen Gruppen zeigt nur die frühere eine fragliche (für die Geschwister mit einem *p* von annähernd 0,01 signifikante) Erhöhung der Verwandtenmorbidity an Schizophrenie gegenüber der Gesamtbevölkerung. Die heutigen Neurotikerinnen unserer Klinik, die in den späteren Abschnitten dieser Arbeit ausschließlich betrachtet werden, zeigen keine erhöhte familiäre Psychosenbelastung — wie dies auch von den ambulanten poliklinischen Neurosen bekannt ist [2].

6. Kindheitsmilieu, Kinderneurosen und prämorbide Persönlichkeit

a) Die Häufigkeit schwerer Familienstörungen bei den 3 Gruppen

Tabelle 3. Störung der Familie bis Ende 15. Altersjahr

A. Ausfall der Eltern	70 ♀ „frühere“ Neurosekranke	100 ♀ „heutige“ Neurosekranke	100 ♀ „heutige“ Schizophrene
a) Tod des Vaters	4 (+ 2)	10	5
b) Tod der Mutter	8	5 (+ 1)	7 (+ 1)
c) Trennung von den Eltern	0 (+ 2)	3 (+ 1)	6 (+ 2)
d) Trennung oder Scheidung der Eltern	9	5	7
e) uneheliche Geburt	2	2 (+ 1)	4
Summe der „broken homes“	23 = 33%	25 = 25%	29 = 29%
<hr/>			
B. Gestörte Eltern			
f) Vater Alkoholiker	18 (+ 6)	13 (+ 3)	3 (+ 8)
g) Vater abnorm (ohne Trinker u. Psychotiker)	5 (+ 4)	17 (+ 4)	13 + 5)
h) Mutter abnorm (ohne Psychotikerinnen)	(8 + 12)	4 (+ 8)	9 (+ 11)
i) Vater psychotisch	2 (+ 1)	3	4
k) Mutter psychotisch	0 (- 1)	3 (+ 1)	8 (+ 5)
l) Ehe der Eltern sonst zerrüttet	1	4 (+ 3)	2 (+ 3)
Gestörte Familien total	57 = 81%	69 = 69%	68 = 68%

Die in Klammern beigelegten Zahlen beziehen sich auf Familien, bei denen ein anderes, sicherer Faßbares, in der Tabelle meist weiter oben angeführtes Störmerkmal bereits für die Zählung verwendet worden war. Bei a) und b) beziehen sie sich auf den unter b) bzw. a) bereits gezählten Tod auch des anderen Elternteils.

Die obere Tabellenhälfte enthält die relativ sicherzählbaren, die untere die schwer abgrenzbaren Fakten. Wären diese letzteren nicht unter ein- und derselben Untersuchungsleitung abgeschätzt worden, so wäre es wohl überhaupt nicht sinnvoll, ihre Werte in den 3 Gruppen zu vergleichen.

Wie wir dies aus der Literatur gewohnt sind, so weichen auch hier die summarischen Verhältnisse zwischen den diagnostischen Gruppen prozentual nicht massiv voneinander ab (vor allem nicht zwischen den beiden „heutigen“ Gruppen) — ausgenommen natürlich für die elterlichen Psychosen. (Die gegenüber Tab. 1 erhöhten Belastungsziffern erklären sich daraus, daß in Tab. 2 auch nie hospitalisierte psychotische Eltern mitgezählt wurden; die letzteren bleiben deshalb diagnostisch etwas fragwürdig, wenn sie auch sozial gesehen sicher psychotisch waren.) Ob sich in der deutlich höheren Häufigkeit des väterlichen Alkoholismus bei den früheren gegenüber den heutigen Probandinnen eine allgemeine Abnahme der schweren Formen des Alkoholismus in der Bevölkerung abzeichnet, ob dieser Unterschied mit der nachgewiesenen stärkeren Vertretung unterer sozialer Schichten in der „früheren“ Gruppe zusammenhängt oder ob andere Faktoren die Differenz begründen, ist schwer zu entscheiden.

Ein Viertel der Familien der „heutigen“ Neurotikerinnen sind also in deren Kindheit durch Tod der Eltern oder durch Trennung des Kindes von den Eltern gestört worden. Bei den heutigen Schizophrenen ist die entsprechende Prozentzahl nur wenig und nicht signifikant größer. Dagegen stimmen diese Zahlen mit den 24 % „broken homes“ überein, die Rotach u. Hicklin [8] an 1505 Stellungspflichtigen des Kantons Zürich gefunden haben. Eine direkte Vergleichbarkeit mit dieser männlichen „Normalgruppe“ darf aber wahrscheinlich nicht angenommen werden, da die Lebenserwartung der Eltern unserer Probandinnen etwas geringer sein dürfte als diejenige der Eltern der durchschnittlich 20 Jahre jüngeren Stellungspflichtigen.

b) Schwere Familienstörungen und Kinderneurosen bei den 100 „heutigen“ Neurotikerinnen

In der Gruppe der 100 „heutigen“ Neurotikerinnen — der einzigen der 3 Gruppen, die speziell daraufhin untersucht worden ist — erhielten wir bei 91 verwertbaren Fällen 61 mal von den Patientinnen oder ihren Angehörigen Angaben über erhebliche kinderneurotische Verhaltensstörungen bis zum Beginn der Pubertät. (Schwidder [10] hat bei 600 neurotischen Patientinnen ebenfalls um 70 % Kinderneurosen gefunden.)

Es handelt sich bei unserer Gruppe in über der Hälfte der Fälle um Angstsymptome, die sich meistens in auffälliger Schüchternheit und

störender Ängstlichkeit, etwas seltener auch in umschriebenen Phobien und Pavores äußerten. 8 weitere Kinder waren depressiv-asthenisch, 7 zeigten andere Verhaltensstörungen (nur selten expansiver, trotziger oder asozialer Art), 4 litten an Bettlässen, 2 an Stottern und 6 an verschiedenartigen funktionellen Organbeschwerden (wovon 2 an Atemstörungen).

Das Verhältnis der kinderneurotischen zu den „unauffälligen“ oder nicht beurteilbaren Kindern beträgt bei den 69 milieugestörten Fällen der Tab. 2 45:24, bei den 31 aus „geordneten“ Verhältnissen stammenden dagegen 16:15. Die milieugestörten Kinder wurden also rund doppelt so häufig neurotisch wie unauffällig, die nicht-gestörten nur ebensooft. Dieser Unterschied erreicht allerdings bei der Berechnung mit der Chi-Quadrat-Methode keine Signifikanz.

Bemerkenswert ist indessen Folgendes: teilt man die 69 milieugestörten Kinder in die 15 Halb- und Vollwaisen einerseits und in die 54 fremdplazierten oder durch elterliche Scheidung oder Abnormität gestörten Kinder andererseits ein, so ergibt sich in der ersten Gruppe ein Verhältnis der Kinderneurotikerinnen zu den Unauffälligen (plus nicht beurteilbaren) von 7:8, in der zweiten von 38:16. Die Verwaisungsfälle werden also beinahe 3 mal seltener kinderneurotisch als die auf andere Weise milieugestörten Probandinnen. Dies ist nur mit einer Wahrscheinlichkeit von wenig mehr als 0,05 Zufall, nähert sich also der Grenze der Signifikanz.

Daß von den Verwaisungsfällen prozentual viel weniger Kinderneurosen bekannt geworden sind als von den fremdplazierten und Scheidungs-Kindern, könnte banalerweise davon herkommen, daß über die ersten weniger elterliche Auskünfte erhältlich waren als über die letzteren. Da es sich aber in der erstgenannten Gruppe mit einer einzigen Ausnahme nur um Halbwaisen handelt und da eine Durchsicht der Auskünfte keinen Unterschied im Gründlichkeitsgrad der Erhebungen erkennen läßt, halten wir diese Entwertungsmöglichkeit des Befundes nicht für wahrscheinlich. Es besteht deshalb kein Grund dagegen, den Unterschied in der Tendenz zu Kinderneurosen durch die folgende Vermutung zu erklären: der Tod eines Elternteils ist weniger stark mit pathogenen Faktoren verbunden und wird mehr als ein unpersönlicher, von außen kommender Schicksalsschlag erlebt, während die anderen, vorwiegend emotionell begründeten Familienstörungen pathogener wirken — sei es nun durch Vererbung schwieriger Persönlichkeitseigenschaften oder durch Milieueinfluß. Freilich reichen die Probandenzahlen nicht aus, um dieser Hypothese eine gesicherte statistische Stütze zu verleihen. Sie weisen lediglich in eine Richtung, die von der statistischen Milieuforschung bereits verschiedentlich eingeschlagen worden ist und deren Weiterverfolgung lohnend sein dürfte.

c) Die prämorbid Persönlichkeit der 100 „heutigen“ Neurotikerinnen

Es werden hier nur die nachpubertären Verhaltens- oder Charakter-eigenschaften der Probandinnen betrachtet, sofern die Auffälligkeiten schon vor dem ersten Auftreten umschriebener neurotischer Syndrome (vgl. 2. Kapitel) bestanden hatten. 82 von den 100 Fällen betrachten wir in diesem Sinne als „auffällige Persönlichkeiten“.

Ähnlich wie bei den Kinderneurosen, so war auch hier bei über der Hälfte dieser gestörten Charaktere die *Ängstlichkeit*, in einem Drittel davon auch die *Zwangshaftigkeit* das dominierende Merkmal. Ein weiteres Viertel litt vorwiegend an chronischer Depressivität, sei es in der Form von Minderwertigkeitsgefühlen oder von neurastheniformem Unwohlsein. Der Rest verteilt sich auf die verschiedensten Auffälligkeiten, die jedoch wie bei den Kinderneurosen merkwürdig selten ein aggressives oder trotziges Gepräge trugen. Letzteres könnte natürlich mit der Ausscheidung vorwiegend asozialer Persönlichkeiten aus der Ausgangsgruppe zusammenhängen; denn Kinderneurosen zeigen oft eine beachtliche Symptomkonstanz bis in die Erwachsenen-Neurosen hinein [2, p. 51f].

Eindrucksmäßig drängte sich diese ängstlich-zwangshaft-depressive Komponente den Untersuchern bei der schizophrenen Gruppe viel weniger auf. Dies würde zu den Erfahrungen passen, wonach die spätere Schizophreniegefährdung bei aggressiven und sozial verhaltengestörten Kindern größer ist als bei ängstlichen und schüchternen, welch letztere viel eher neurotisch werden (vgl. die Literatur des erwähnten Sammelerferates [2, p. 53 Abs. 2]).

Eine erkennbare Korrelation der Herkunft aus „geordnetem“ Milieu besteht weder zu den „unauffälligen Persönlichkeiten“ noch zu spätem Neurosebeginn.

7. Pubertät

Die Pubertät wurde lediglich bei der Gruppe der 100 „heutigen“ Neurosekranken mit besonderer Zielrichtung exploriert. Hinreichende Angaben waren nur für 91 Probandinnen zu erhalten, weil 3 für die nötige Nachuntersuchung unauffindbar blieben, 4 die Auskunft verweigerten und 2 durch Suicid verstorben waren.

a) Menarche und Beginn des neurotischen Syndroms

Tabelle 4. Menarche bei 91 Neurotikerinnen

Alter	9 (?)	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Anzahl	1	0	3	12	22	13	16	12	9	2	1
18 %				56 %				26 %			

Tabelle 5. *Beginn des ersten manifesten neurotischen Syndroms bei 100 Neurotikerinnen*

Alter bei Beginn	12	13	14	15	16	17	18	19
Anzahl Pat.	1	2	3	1	2	5	3	4
also pro Jahr etwa				2			3	
Alter bei Beginn	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	
Anzahl Pat.	26	16	15	12	5	2	3	
also pro Jahr etwa	5	3	3	2—3	1	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	

Der Altersdurchschnitt dürfte mit 14,2 Jahren ungefähr den Verhältnissen des Bevölkerungsdurchschnittes zur Zeit der Jugend unserer Probandinnen entsprechen. Ob die Werte etwas mehr als üblich nach oben streuen, vermögen wir nicht zu sagen.

Die beiden Tab. 4 und 5 zeigen, daß die manifesten neurotischen Syndrome weder um die Zeit der Menarche noch zu sonst irgendeiner Zeit der Adoleszenz deutlich gehäuft einsetzen. Es bestehen auch keine Anzeichen eines Abfalles der Ausbruchshäufigkeit in den Jahren nach der Menarche. Im Gegenteil steigen die Durchschnittswerte der Fünfjahres-Gruppen bis zu ihrem Gipfel zwischen 20 und 25 Altersjahren steil an, um in den folgenden Jahrzehnten ohne eine zweite Gipfelbildung stetig und langsam wieder abzufallen.

Man bekommt also anhand dieser Krankengruppe keineswegs den Eindruck, daß die Pubertät — immerhin der einschneidendste biologisch fundierte Umbruch im Leben — neurotische Syndrome in faßbarer Häufigkeit „auszulösen“ vermöge. Dieses Resultat stimmt mit demjenigen von Schwidder [9] an 150 psychogen erkrankten Patientinnen völlig überein, auch in bezug auf den Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 25 Jahren. Lediglich der zweite Gipfel Schwidders um das 35. Altersjahr kommt bei uns nicht zur Darstellung.

b) *Elterliche Aufklärung über die Menarche in Beziehung zu Jahrgang und Sozialklasse*

Unter „Aufklärung“ verstehen wir in diesem Abschnitt lediglich einen Hinweis der Eltern an ihre Tochter darüber, daß die kommende Unterleibsblutung ein natürliches, nichtkrankhaftes Ereignis sei. (Eine eigentliche, den Geschlechtsverkehr einbeziehende Sexualaufklärung durch die Eltern wurde wohl unseren Patientinnen noch seltener zuteil als jenen Gesunden, bei denen v. Friedeburg, 1953 [6, p. 80] in seiner Umfrage 17% elterlich Aufgeklärte gefunden hat).

Im Sinne dieser Minimalforderung gaben uns nur 26 von den 91 Patientinnen an, durch die Eltern — meist die Mutter — vor der Menarche aufgeklärt worden zu sein. 4 weitere erinnerten sich einer solchen

Mitteilung von Seiten eines Geschwisters und 9 andere erfuhren noch vor der Menarche durch Schulkameradinnen oder aus Büchern irgendwelche — meist recht ungereimte — Dinge, die mit dem weiblichen Cyclus in Zusammenhang zu bringen waren. Die restlichen 52 wurden vom Eintritt der Menarche völlig überrascht (also wesentlich mehr als die rund 25 %, die Hunger 1967 [7] aus seiner eigenen Erhebung wie aus weiteren von ihm zitierten Umfragen bei gesunden heutigen Jugendlichen ermittelte hat).

Bei 15 von den 52 völlig unvorbereiteten Mädchen äußerte sich früher oder später *nach* dem Eintritt der Menarche noch eine Person aus der Familie — meist die Mutter — in irgendeiner Form zu dem Ereignis. (Auffallend oft handelte es sich dabei aber nicht um eine beruhigende Erklärung, sondern um eine unfreundliche Bemerkung, angesichts einer unliebsamen Überraschung, wie z. B.: „ach herrjeh, geht die Sauerei bei dir auch schon los?“) Somit verbleiben 37 Probandinnen, mit denen nach ihren Angaben nie im Leben ein Familienmitglied oder eine die Eltern vertretende Person über die Monatsregel gesprochen hat.

Wir wissen nicht, ob diese Verhältnisse in der Gesamtbevölkerung zahlenmäßig ähnlich sind oder ob die ungünstigen Resultate bei unserer Krankengruppe mit der familiären Psychopathologie zusammenhängen. Der Vergleich mit den erwähnten Umfragen von v. Friedeburg und Hunger läßt letzteres als wahrscheinlicher annehmen. Jedenfalls stellt aber unsere Krankengruppe innerhalb der Gesamtbevölkerung keine Auslese nach unteren Sozialklassen dar und deshalb kann ihre geringe Aufklärungshäufigkeit nicht daraus erklärt werden.

Hingegen läßt sich zeigen, daß eine einigermaßen hinreichende elterliche Aufklärung bei den Probandinnen aus den oberen Sozialklassen $2\frac{1}{2}$ —3 mal häufiger erinnert wird als bei denjenigen aus den unteren Schichten (je nachdem ob die Klasse des Vaters oder diejenige der Patientin selber berücksichtigt wird) — Unterschiede, die sich bei der Berechnung als schwach bis mittel signifikant erweisen ($p = 0,05$ — $0,01$).

Hat sich die Aufklärungshäufigkeit im Laufe der Jahrzehnte verbessert? — Ein Vergleich der über und unter 40jährigen Probandinnen ergibt keinen solchen Zusammenhang. Und dies, obwohl das Krankengut insgesamt eine deutliche Korrelation der gehobenen sozialen Schichten mit jüngeren Altersgruppen aufweist. (Letzteres kommt vielleicht daher, daß Bessergestellte sich weniger lange gegen eine Hospitalisierung sträuben.)

Vieles spricht dafür, daß wirklich in erster Linie soziale Traditionen darüber entschieden, ob in den Familien unserer Neurosekranken über die Menarche gesprochen wurde oder nicht. Hingegen vermögen unsere Auszählungen nicht zu belegen, daß sich diese Verhältnisse mit den Jahrzehnten gebessert haben. Umfragen an Bevölkerungsstichproben [7] lassen dies dennoch erhoffen.

c) Das Erlebnis der Pubertät

Die Menarche war für die Mehrzahl der späteren Neurosekranken ein unangenehmes, oft angstbetontes Erlebnis. Die Gründe dafür lagen weniger in einer Dysmenorrhoe, die bei 31 Pubertierenden in heftiger Form auftrat, als in der mangelhaften oder unrichtigen Aufklärung und in der dumpfen Atmosphäre der Sexualablehnung, die sich in den Familien anlässlich der Menarche der Probandinnen zu verdichten pflegte. Natürlich waren damals schon die meisten Mädchen, auch abgesehen von den familiären Pubertätsproblemen, bereits in neurotischen Entwicklungen begriffen, auch wenn sie noch nicht manifest erkrankt waren.

Jedenfalls wurde die Pubertät in manchen Einzelfällen zu einer jammervollen Leidenszeit für die Mädchen, die sich von einer vermeintlichen schlimmen Krankheit befallen glaubten, sich in unklaren Schuldgefühlen ihres Körpers schämten und nicht einmal mit ihrer Wäsche zurechtkamen, weil ihnen niemand half.

Daß statistisch kein zeitlicher Zusammenhang zwischen Pubertät und manifestem Neurosebeginn besteht, wurde bereits gezeigt. Die Erinnerungen der Probandinnen passen zu diesem negativen Befund. Zwar hat sich bei vielen um die Zeit der Pubertät die neurotische Sexualfurcht und die erotische Kontaktstörung konsolidiert. Nur wenige aber bringen diesen Problemkreis mit den Beschwerden ihrer umschriebenen neurotischen Syndrome in einen zeitlichen oder kausalen Zusammenhang. Im subjektiven Erleben wie bei der objektiv-statistischen Prüfung gehören bemerkenswerter Weise die neurotische Persönlichkeitsentwicklung samt der gestörten Sexualsphäre einerseits und das umschriebene neurotische Syndrom andererseits zwei verschiedenen Bereichen an. Zeitlich sind diese Bereich oft durch eine „Latenzphase“ getrennt. Aus den Erfahrungen der Psychotherapie wissen wir, wieviel es gewöhnlich braucht, bis die beiden Aspekte „ich bin so“ und „ich habe dies“ wieder als eine Einheit erlebt werden können. Nicht selten bleibt bekanntlich die Annahme eines solchen ursprünglichen Zusammenhangs von Persönlichkeitsentwicklung und neurotischem Syndrom unsere therapeutische Arbeitshypothese, ohne daß es uns gelingt, dieselbe auch zur erlebten Einsicht des Patientinnen werden zu lassen.

8. Schwangerschaft und Wochenbett

Auch dieses Kapitel bezieht sich nur auf die Gruppe der „heutigen“ Neurotikerinnen.

a) Ehe

Von den 100 Probandinnen waren zur Zeit der psychiatrischen Ersthospitalisierung 41 ledig, 50 verheiratet, 1 verwitwet, 5 geschieden und 3 geschieden und verwitwet. 8 verheiratete und z.T. wieder geschie-

dene Frauen sind bisher kinderlos geblieben. Insgesamt hatten die Patientinnen 107 Kinder, wovon ein uneheliches. Daß diese Heirats- und Scheidungshäufigkeit in Anbetracht des Altersaufbaus dem Bevölkerungsdurchschnitt ungefähr entspricht, wurde bereits erwähnt und stimmt mit den Resultaten der meisten anderen Autoren überein [2].

Über die Möglichkeit, Einflüsse der Eheschließung auf den Verlauf der neurotischen Syndrome zahlenmäßig zu erfassen, wird man sich schon aus methodischen Gründen keine optimistischen Vorstellungen machen dürfen. Einen nachhaltigen günstigen Einfluß haben wir nirgends gefunden. Wenige Male folgte auf die Heirat eine vorübergehende Symptombesserung, die aber spätestens anlässlich des ersten Wochenbettes in ein Rezidiv mit hartnäckigem Verlauf umschlug. Insgesamt glauben wir in 18 Fällen einen deutlichen zeitlichen Zusammenhang zwischen Eheschließung und nachhaltiger Verschlechterung des neurotischen Syndromverlaufs zu erkennen.

Daß es sich dabei nicht um einen einseitig gerichteten Kausalzusammenhang handelt, ist klar: die Eheschließung selber kann oft sehr wohl als neurotisches Symptom bzw. als Ersatz für ein solches aufgefaßt werden. Man spricht hier also wie bei den meisten in dieser Studie untersuchten „Einflüssen auf den Neuroseverlauf“ besser von „Wechselwirkung“.

b) Schwangerschaft

Von den 51 Müttern fühlten sich 5 während ihrer ersten Schwangerschaft „so wohl wie noch nie“. 10 andere Probandinnen erinnern sich einer Verschlechterung ihres Befindens in der ersten Gravidität, 7 davon allerdings infolge einer Hyperemesis, die bei den Multiparen unter ihnen meist auch in allen folgenden Schwangerschaften auftrat. — Rund 30 % aller Mütter haben also auffällige Schwangerschaften durchgemacht.

c) Wochenbett und Postpuerperium

Bei 22 von den 51 Müttern hat die Geburt eines Kindes ungünstige Folgen für den Verlauf der Neurose gezeitigt. Meistens handelte es sich dabei um charakteristische mehrmonatige Puerperaldepressionen, gelegentlich auch um spätere (postpuerperale) Reaktionen auf den Säugling. Dreimal kam es im Wochenbett zur Auslösung oder Exacerbation von Angst- und Zwangsnurosen. In 3 anderen Fällen trat die Puerperaldepression bei 1 der 5 Patientinnen auf, die sich in einer Schwangerschaft ungewöhnlich wohl gefühlt hatten. Nie fanden wir dagegen eine Puerperaldepression bei einer von den 10 anderen Probandinnen, deren Gravidität wegen Hyperemesis oder aus einem anderen Grund besonders unangenehm verlaufen war. Es läßt sich demnach in unserer Gruppe keine Analogie oder Gleichsinnigkeit der Reaktionen auf die Schwangerschaft einerseits und auf das Wochenbett andererseits erkennen.

Nur selten bedeutet die Mutterschaft den Beginn eines chronischen neurotischen Syndroms, das nicht schon vorbestanden hätte. Deshalb ist es auch schwierig zu sagen, wie viele von den chronischen Neurosen günstiger verlaufen wären, wenn die Patientinnen nie Mütter geworden wären. Daß diejenigen neurotischen Syndrome, die in einen Zusammenhang mit der Mutterschaft gebracht werden können, einen besonders schweren und chronischen Verlauf genommen hätten, konnten wir im Unterschied zu Schwidder [10] nicht feststellen. Wir haben auch nur bei 43% aller neurotischen Mütter irgendeinen Einfluß der Mutterschaft auf den Neuroseverlauf angenommen, während Schwidder bei seinen 182 Müttern (von denen allerdings 32 unverheiratet waren) einen solchen Zusammenhang bei 122 Probandinnen = 67% gefunden hat.

Einige praktische Konsequenzen aus diesem Kapitel wurden in der Zusammenfassung erwähnt.

Literatur

1. Ernst, K.: Die Prognose der Neurosen. 120 jahrzehntelange Katamnesen poliklinischer Fälle. Monographien a. d. Gesamtgebiet d. Neurol. u. Psychiat., Heft 85. Berlin: Springer 1959.
2. — (unter Mitarb. von Cécile Ernst): Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Eine vergleichende Literaturübersicht. In: Monographien a. d. Gesamtgebiete d. Neurol. u. Psychiat., Heft 125. Berlin: Springer 1968.
3. — Ernst, Cécile: 70 20jährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **95**, 359—415 (1965).
4. — — Die Anamnese schizophrener und neurotischer Klinikpatientinnen. Eine psychopathologische und soziologische Untersuchung. Erscheint demnächst im Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.
5. — Spring, L., Streiff, B.: Statistisches zum Übergang von Neurosen in Schizophrenien. (Häufige neurotische Anamnesen bei Schizophrenen — seltene schizophrene Katamnesen bei Neurotikern?) Nervenarzt **38**, 408—412 (1967).
6. Friedeburg, L. v.: Die Umfrage in der Intimsphäre. Beiträge zur Sexualforschung, 4. Heft Stuttgart: Enke 1953.
7. Hunger, H.: Das Sexualwissen der Jugend. (In: Sexualpädagogische Beiträge, Hrsg. H. Hunger, Bd. 1). 3. überarb., Aufl. München-Basel: Reinhardt 1967.
8. Rotach, S., Hicklin, A.: Mitteilungen über broken-home-Untersuchungen bei Stellungspflichtigen. Vjschr. schweiz. Sanit.-Off. **42**, 125—130 (1965).
9. Schwidder, W.: Krisenpunkte der seelischen Entwicklung und der Beginn psychogener Symptomatik. Prax. Kinderpsychol. **5**, 193—198 (1956).
10. — Erfahrungen über psychische Gesundheitsschäden von Müttern und deren Kindern. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. **12**, 289—296 (1963).
11. Spring, L.: Soziologische Auswahleffekte bei der statistischen Untersuchung der neurotischen Prodrome schizophrener Psychosen. Diss., Zürich 1967.
12. Steiff, Béatrice: Neurotische Prodrome schizophrener Psychosen. Ein Beitrag zur Frage ihrer Häufigkeit, Art und Kindheitsanamnese. Diss., Zürich 1967.

Priv.-Doz. Dr. med. K. Ernst und
Dr. phil. med. pract. Cécile Ernst
Kantonale Psychiatrische Klinik
Neu-Rheinau
8462 Rheinau/ZH, Schweiz