

## Peristatische Faktoren im Beginn und Verlauf schizophrener Erkrankungen \* \*\*

G. GROSS, G. HUBER und R. SCHÜTTLER

Nervenklinik der Universität Bonn (Direktor: Prof. Dr. H. J. Weitbrecht)  
und Abteilung Psychiatrie des Nervenzentrums der Universität Ulm  
(Leiter: Prof. Dr. G. Huber)

Eingegangen am 1. Juli 1971

### Peristatic Factors in the Beginning and Development of Schizophrenia

*Summary.* In 175 (23%) of 757 schizophrenic patients examined we find a clear temporal relation between psychic and/or somatic factors on one hand, first and/or remanifestation of the disease on the other hand. In 17.4% we find psychic-reactive factors, in 6.7% somatic factors, in 9.5% of the 431 female patients generation processes are considered as provoking causes. Psychic provocation is more often involved in first manifestations than in remanifestations, we find it more often in women than in men. For psychic motives the familiar-domestic sphere is more frequently affected than other social areas. In 34.8% loss of a close relative or friend was reported. Specific continual processes as well as ambivalent and intimate conflicts in the erotic, religious and ethical field were found in only a few cases. The psychic provocation depends neither on a specific structure of character nor on a specific or typical prepsychotic situation. The prognosis of schizophrenics with psychic provocation is more favorable than those without. Differences of sex are important for structure and tendencies of the psychic causes.

*Key words:* Schizophrenia — Psychic Inducement — Somatic Provocation — Sex-Differentiation — Prepsychotic Character — Prepsychotic Situation — Prognosis.

*Zusammenfassung.* Bei 175 (23%) von 757 untersuchten schizophrenen Patienten findet sich ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zwischen psychischen und/oder somatischen Faktoren einerseits, Erst- und/oder Remanifestation der Erkrankung andererseits. Psychisch-reaktive Auslösungen liegen in 17,4%, somatische Auslösfaktoren in 6,7%, Generationsvorgänge in 9,5% der 431 weiblichen Patienten vor. Die psychische Auslösung betrifft häufiger Erstmanifestationen als Remanifestationen, sie kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Bei den seelischen Anlässen ist die familiär-häusliche Sphäre vor dem weiteren sozialen Bereich am häufigsten betroffen. Verlust einer nahestehenden Bezugsperson liegt in 34,8% vor. Diskrete Daueranlässe sowie Ambivalenz- und Intimkonflikte auf erotischem, religiösem und ethischem Gebiet sind bei der angewandten Methodik selten eruierbar. Die psychische Auslösung ist nicht an eine spezifische oder allgemein auffällige Wesensstruktur und auch nicht an eine spezifische oder typische präpsychotische Situation gebunden. Die Prognose der psychisch ausgelösten

\* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

\*\* Herrn Prof. Richard Jung zum 60. Geburtstag.

Schizophrenien ist günstiger als die der Schizophrenien ohne psychische Auslösung. Allgemein sind für Struktur und Tendenzen der seelischen Anlässe geschlechtsspezifische Differenzen bedeutsam.

*Schlüsselwörter:* Schizophrenien — Psychische und somatische Auslösung — Geschlechtsspezifische Differenzierung — Präpsychotische Wesensstruktur und Situation — Prognose.

Die *Problematik der Methodik* von Untersuchungen zur Auslösungsfrage ist bekannt. Man kann entweder Einzelschicksale und kleine Gruppen vertieft und vielseitig analysieren oder große Kollektive unter Verlust an psychodynamisch relevanten Informationen statistisch bearbeiten. In beiden Fällen gibt es keine objektiven Kriterien für die Bestimmung des Anlaßwertes eines aktuellen Konfliktes oder einer Dauerspannung; statistische Methoden sind nur mit Vorbehalt anwendbar. Die inneren Bedingungen der Auslösung, Persönlichkeit, Lebensgeschichte und Milieu sind stets nur unvollständig zu erfassen. Auch ein symptomfreies Intervall zwischen potentiellen Anlaßsituationen und Manifestationen der Psychose schließt eine pathogenetische Relevanz nicht aus (Weitbrecht, 1964),

Der Ansatz unserer Untersuchung erlaubt keine verbindliche Aussage über die Wertigkeit hintergründig-diskreter Dauersituationen und emotional gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen in der Kindheit; Deutung und Objektivierung sind hier eher noch schwieriger als bei mehr akuten und äußeren Konflikten. Angesichts der Neigung, die Bedeutung einzelner umschriebener Erlebnisse und „psychischer Traumen“ stark einzuschränken ist zu bedenken, daß auch sie tiefgehende und nachhaltige Erlebniswirkungen haben können. Hinsichtlich des Mechanismus der Provokation wurde die Hypothese eines „sinnblinden Affektschlages“ (Kurt Schneider) vielfach kritisiert. Aber auch wenn man annimmt, daß es auf die körperlich-vegetativen Schaltwirkungen der Affektivität (E. Bleuler) ankommt, würde das subjektive Gewicht des Erlebnisses maßgeblich Intensität und Nachhaltigkeit der Affektivwirkung und ihrer somatischen, für die unmittelbare Ausklinkung der Psychose verantwortlichen Korrelate bestimmen.

Unsere Untersuchung stützt sich auf 757 schizophrene Patienten der Bonner Nervenklinik, die in den Jahren 1945 bis 1959 stationär behandelt wurden. Alle erreichbaren Krankengeschichten wurden ausgewertet, 314 Patienten zusätzlich persönlich katamnestisch untersucht.

Wir fanden bei 23,1 % (175 Fälle) einen eindeutigen, i. S. einer Auslösung zu wertenden, zeitlichen Zusammenhang zwischen psychischen und/oder somatischen Faktoren einerseits, Erst- oder Remanifestation der Erkrankung andererseits. Dabei wurden in 72,6 % die Psychose selbst, in 14,3 % Prodrome und in 13,1 % Vorpostensyndrome (G. Gross,

1969) der Erkrankung provoziert. In 6,3 % handelte es sich um die Auslösung einer Psychose bei schon bestehendem Prodrom. Die Auslösung von Erstmanifestationen ist weitaus häufiger (22,1 % = 168 Fälle) als die von Remanifestationen.

In diesen 175 Fällen schien uns der Zusammenhang zwischen angeschuldigtem Anlaß und Krankheitsmanifestation relativ gut belegt und eine zufällige Koinzidenz ausgeschlossen; es war auch unwahrscheinlich, daß die seelischen Anlässe bereits Ausdruck der Psychose oder eines diskreten morbogenen Vitalitätsabfalles waren.

Bei 39,5 % der 175 Schizophrenien mit Auslösungen finden sich Psychosen in der Familie. Familiäre, u. E. genetische Faktoren spielen offenbar bei den ausgelösten Psychosen dieselbe Rolle wie sonst bei den Schizophrenien.

*Somatische Auslösungen* wurden bei 6,7 % (51 Patienten), darunter bei 4 Fällen 2mal, registriert. Männer (7,4 %) und Frauen (6,5 %) sind etwa gleich häufig, Erstmanifestationen (4,8 %) fast doppelt so häufig wie Remanifestationen (2,5 %) vertreten. Bei den Auslösfaktoren ergibt sich folgende Häufigkeitsreihe: Operationen (34,5 %); Infektionskrankheiten (besonders grippale Infekte — 21,8 %); körperliche Überforderung und Erschöpfung (oft in Verbindung mit Schlafdefizit — 16,4 %); Unfälle und Verletzungen, besonders Schädelhirntraumen (14,5 %); Alkoholexzesse (3,6 %); sonstige (9,1 %).

*Generationsvorgänge*, in erster Linie Geburt (50 %) und Wochenbett (15,3 %), seltener Gravidität (17,3 %), Fehlgeburten, Klimakterium und Menarche waren bei 9,5 %, d. h. bei 41 von 431 weiblichen Schizophrenen, darunter bei 11 Patientinnen 2mal, als Auslösefaktor anzunehmen. Auch hier sind Erstmanifestationen viel häufiger (4,6 %) als Remanifestationen (1,7 %).

Die Unterscheidung von körperlichen und seelischen Anlässen ist grundsätzlich fragwürdig (s. Matussek, 1965). Somatische Faktoren und Generationsvorgänge sind stets körperliche und seelische Vorgänge zugleich. Die Entbindung z. B. erfordert, ähnlich wie Tod und Umzug, eine innere Umstellung und Anpassung an eine neue Situation (Pauleikhoff, 1959).

*Psychische Auslösungen* wurden bei 17,4 % (132 Patienten) beobachtet; sie sind damit annähernd 3 mal so häufig wie somatische Auslösungen und doppelt so häufig wie Provokation durch Generationsvorgänge. Auch die psychische Auslösung betrifft häufiger Erstmanifestationen (12,8 %) als Remanifestationen (9 %). Die Frauen praevalieren mit 20,6 % gegenüber den Männern mit 13,2 %; von insgesamt 181 psychisch ausgelösten Krankheitsmanifestationen betreffen 126 (69,6 %) Frauen und nur 55 (30,4 %) Männer.

Emotional positiv getönte Anlässe fehlen bei unseren Schizophrenen vollständig. Daß der Termin der Krankheitsmanifestation von der Entlastung (Schulte, 1951) — nach vorausgegangener langfristiger Belastung — bestimmt wird, wurde in 2 Fällen (nach bestandenen Examen und gelungener Flucht) beobachtet.

Die psychischen Anlässe können nach den verschiedensten Gesichtspunkten differenziert werden. Eine Unterscheidung nach Daseinsbereichen, denen die Anlässe entstammen, ergibt folgende Rangreihe der Häufigkeit: 1. Die *familiär-häusliche Sphäre* (50,5%) mit Tod und Erkrankung nahestehender Angehöriger, Ehescheidung, anderen Trennungserlebnissen (auch Heirat von Kindern), häuslichen Differenzen und Belastungssituationen; 2. die *soziale Sphäre* (14,9%): Gefährdung des sozialen Prestiges, Konflikte mit Hausbewohnern, Umzug, Miterleben fremden Leides u. ä.; 3. *Kriegs- und Nachkriegszeit* (9,9%): Vertreibung, Umsiedlung, Kriegsgefangenschaft, politische Verfolgung; 4. *erotische Konflikte* (9,4%) einschließlich Verlassenwerden durch den Partner, Entlobung u. ä.; 5. massive *Traumata der Vitalsphäre* (8,8%) im Krieg (Bombardierung, Beschuß, Verschüttung, Mißhandlung) und im Frieden (Überfall; Vergewaltigung; bewußt, unerwartet und ohnmächtig erlebte Konfrontierung mit dem Tod bei Unfällen); 6. *berufliche Konflikte* (8,8%) einschließlich Verlust von Besitz und Examenssituationen; 7. *ethische und religiöse Konflikte* (2,8%); 8. an medizinische Maßnahmen anknüpfende hypochondrische Befürchtungen (1,1%).

Bei den *männlichen* Schizophrenen rangiert schon an 2. Stelle die berufliche Sphäre (16,3%) und erst an 6. Stelle die erotische (3,6%); Umzug und Konflikte mit Hausbewohnern kommen fast ausschließlich bei Frauen vor.

Wir haben weiter alle Situationen des (eingetretenen oder drohenden) Verlustes einer nahestehenden Bezugsperson durch Tod, schwere Erkrankung, Trennung, Scheidung, Verlassenwerden u. ä. zusammengefaßt. Derartige *Verlustsituationen* im mitmenschlich-kommunikativen Bereich fanden sich bei den 181 psychischen Auslösungen unserer Schizophrenen in 34,8% (63 Fälle). Sie sind bei den Frauen häufiger als bei Männern.

Die Verlusterlebnisse wie überhaupt die große Mehrzahl der von uns erfaßten Anlässe sind mehr oder minder offenkundige und vordergründige Situationen. Mehr verborgene und *hintergründig-gespannte, oft ambivalente anlaßhafte Konflikte* und Dauersituationen in der mitmenschlich-kommunikativen Intimsphäre sind selten und bei unseren Schizophrenen nur in 3,3% (6 Fälle) sicher nachweisbar.

Dabei handelt es sich in 3 Fällen um sexualethische Konflikte; im Falle eines Jugendlichen um einen lange sich hinziehenden Ablösungs- und Ambivalenzkonflikt; bei einer jungen Frau um die ambivalente Einstellung gegenüber dem Liebespartner und nur in einem Falle, bei einem 11jährigen Mädchen, um einen Konflikt in der religiösen Sphäre.

Nur bedingt kann man noch 6 weitere, der erotischen Sphäre entstammende Anlaßsituationen hierher rechnen, darunter 2 mal an äußere Erlebnisse anknüpfende innere Beschämungen auf sexualethischem Gebiet. Die Rate der mehr hintergründigen Konflikte würde dann 6,6% erreichen.

*Chronische Anlässe*, d. h. langdauernde seelische Konflikt- und Belastungssituationen, finden sich in 6,1 %. Es praevalieren demnach ganz eindeutig akute, meist plötzlich einsetzende Anlaßsituationen (83,4 %). Auch für die Schizophrenen scheint zuzutreffen, was Petrilowitsch (1964) hinsichtlich der Zykllothymie konstatierte, daß nämlich die Provokation durch akute, von außen her einwirkende Ereignisse die Hauptrolle spielt.

Sicher ist, daß Intimkonflikte der mitmenschlich-kommunikativen Sphäre und speziell solche, die eine bestimmte individuelle seelische Struktur voraussetzen und sie überfordern (s. G. Huber, 1968), nicht unerlässlich sind für die Auslösung von Psychosen, die sich auch ohne typische oder gar spezifische Auslösesituationen, nach massiven Traumata der Vitalsphäre und auch ganz ohne Anlaß manifestieren können. Die Hoffnungen, typische Auslösungs- und damit vielleicht Verhütungsfaktoren aufzufinden, haben sich leider nicht erfüllt. Vermutlich sind die Auslösefaktoren in unspezifischen psychischen (oder somatischen) Anlässen zu suchen, wobei wahrscheinlich der Zeitpunkt der Einwirkung der Störung wesentlich ist.

Hierfür spricht auch, daß zur Provokation führende Anlaßsituationen beim gleichen Patienten zu anderen Zeiten trotz gleicher oder ähnlicher Struktur der Anlässe ohne Folgen bleiben. Wir verfügen bei unseren Schizophrenen über 16 gesicherte einschlägige Beobachtungen. Die potentiell auslösenden Situationen stellen also bei ein und demselben Patienten keine ausreichende Bedingung für die Psychosemanifestation dar.

Die Rate *praemorbid auffälliger Persönlichkeiten* ist bei unseren Schizophrenen mit psychischer Auslösung mit 66,5 % deutlich höher als im Gesamtkollektiv (53,5 % — s. G. Gross, G. Huber u. R. Schüttler, 1971), während die Verteilung der verschiedenen Typen nicht wesentlich differiert. Am häufigsten sind kontaktschwach-gehemmte Patienten (41,3—50,8 % im Gesamtkollektiv), die oft gleichzeitig als empfindlich und genau, ordentlich und gewissenhaft imponieren und insofern Beziehungen zum typus melancholicus (Tellenbach) aufweisen. An 2. und 3. Stelle folgen empfindsam-selbstunsicher-sensitive und psychasthenische Persönlichkeiten, dann depressiv-schwernehmende und anankastische Strukturen.

Wie sind diese Befunde zu deuten? Sie zeigen u. E. zumindest, daß eine bestimmte spezifische Persönlichkeitsstruktur oder allgemein eine auffällige Primärpersönlichkeit nicht unerlässlich sind für die psychische Auslösung, die weder an eine bestimmte Wesensstruktur noch an eine spezifische präschizophrene Situation gebunden ist.

Die *Prognose* der psychisch ausgelösten Schizophrenen ist relativ günstig: mehr als  $\frac{2}{3}$  (67,7 %) zeigen bei Spätkatamnesen uncharakteristische Residuen (53 % im Gesamtkollektiv); knapp 44 % sind sozial remittiert (34 %); doch finden sich auch hier ausgeprägte und charakte-

ristische schizophrene Defektsyndrome (32%). Der Ausgang in Heilung oder in nur diskrete Residuen kann ebenso wie die seelische Auslösung die Zugehörigkeit zur Schizophreniegruppe nicht in Frage stellen. Letzteres gilt analog für die endoreaktive Dysthymie (Weitbrecht, 1967).

Die Psychose kann thematisch um das auslösende Erlebnis zentriert bleiben; in 19% unserer Schizophrenen (25 Fälle) war dies der Fall und damit eine „Verschränkung des Konfliktes mit der Struktur der initialen Psychose“ (i. S. von Kisker u. Strötzel) gegeben.

*Mehrfache psychische Provokation* beim gleichen Patienten ist nach der Literatur sehr selten. Die Rate liegt bei Manien unter 1% (Blankenburg; Tölle). Bei unseren Schizophrenen liegt die Rate mit 5,4% (41 Fälle) erheblich höher; bei fast  $\frac{1}{3}$  (31%) der Patienten mit psychischer Auslösung wurden mehrere psychotische Manifestationen psychisch provoziert. Die Frauen überwiegen auch hier mit 31 Fällen bei weitem. 12 von 41 Fällen hatten bei verschiedenen psychisch ausgelösten Manifestationen ähnliche oder gleiche (7 Fälle) Anlässe, darunter vor allem Tod und Erkrankung nahestehender Bezugspersonen.

Fassen wir zusammen, zeigt sich u. a., daß die Skepsis gegenüber der Annahme einer seelischen Auslösung auch bei den Schizophrenen unbegründet ist. Im Hinblick auf die Gesamtheit schizophrener Psychosen überwiegen mehr akute und vordergründige, gleichwohl subjektiv gewichtige Anlässe, für die die Hypothese von der „somatischen Umsetzung“, der Stress- und Anstoßwirkung auf einen bis dahin latenten somatischen Basisprozeß durchaus diskussionsfähig ist. Bei der Berücksichtigung diskreter Daueranlässe von Intimcharakter sind Auslösungen noch häufiger anzunehmen, jedoch noch schwieriger zu objektivieren. Verlust nahestehender Bezugspersonen, soziale Konflikte und selbst massive Traumata der Vitalsphäre spielen zahlenmäßig eine größere Rolle als erotische, religiöse und allgemein ethische Ambivalenz- und Intimkonflikte. Für Struktur und Tendenzen der Anlässe sind geschlechtsspezifische Differenzen bedeutsam. Spezifische präpsychotische Situationen und Persönlichkeitsstrukturen sind nicht auffindbar. Aus allen diesen Gründen scheint die Annahme einer situationsunabhängigen Endogenese für das Gros der Schizophrenen nach wie vor berechtigt.

### Literatur

- Blankenburg, W.: Lebensgeschichtliche Faktoren bei manischen Psychosen. *Vita hum.* (Basel) 5, 87 (1962).
- Gross, G.: Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. In: Schizophrenie und Zykllothymie. Ergebnisse und Probleme. Hrsg. von G. Huber. Stuttgart: Thieme 1969.
- Huber, G., Schüttler, R.: Verlaufs- und sozialpsychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen. *Nervenarzt* 42, 292 (1971).

- Huber, G.: Zur Frage der Reversibilität im Verlauf von Psychosen: In: Situation und Persönlichkeit in Diagnostik und Therapie. Bibl. psychiat. neurol. (Basel) **137**, 43 (1968).
- Kisker, K. P., Strötzel, L.: Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnender Schizophrenien und erlebnisreaktiver Fehlentwicklungen bei Jugendlichen. II. Arch. Psychiat. Nervenkr. **203**, 26 (1962).
- Matussek, P.: Lebensgeschichte und endogene Depression. I. u. II. Mitteilungen aus der Max-Planck-Gesellschaft, H. 3, S. 120 (1965); H. 4, S. 206 (1965).
- Pauleikhoff, B.: Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. Nervenarzt **30**, 381 (1959).
- Petrilowitsch, N.: Zylothymie — Endogene Psychosen von depressivem und manischem Typ. Fortschr. Neurol. Psychiat. **32**, 561 (1964).
- Schulte, W.: Die Entlastungssituation als Wetterwinkel für Pathogenese und Manifestierung neurologischer und psychiatrischer Krankheiten. Nervenarzt **22**, 120 (1951).
- Tellenbach, H.: Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961.
- Tölle, R., Fritz, H.: Zur Auslösung von Manien (Problematik der Beurteilung). Psychiat. clin. **4**, 12 (1971).
- Weitbrecht, H. J.: Aus dem Vorfeld endogener Psychosen (Klinische Beobachtungen zur Frage der „Auslösung“). Nervenarzt **35**, 521 (1964).
- Die chronische Depression. Wien. Z. Nervenheilk. **24**, 265 (1967).

Prof. Dr. G. Huber  
Dr. Gisela Gross  
Dr. R. Schüttler  
Psychiatrisches Landeskrankenhaus —  
Akademisches Krankenhaus  
der Universität Ulm  
D-7981 Weissenau/Ravensburg  
Deutschland