

Beurteilung des Einsamkeitserlebens im Verlauf endogener Psychosen*

Adelheid Czernik und Eckhard Steinmeyer

Abteilung Psychiatrie (Vorstand: Prof. Dr. med. W. Klages)
Medizinische Fakultät der RWTH Aachen

Eingegangen am 20. April 1974

The Loneliness Experience in the Course of Endogenous Psychosis

Summary. 32 persons suffering from endogenous depression and 32 schizophrenic persons were investigated in regard to their experience with loneliness. Examination took place in the acute stage of the disease and then shortly before they discharged from "in-patient" treatment. Depressed persons suffer much more deeply from loneliness and feel lonelier than those who are schizophrenic. According to postpsychosis, the two groups did not differ in these aspects. The depressed patients are significantly less communicative and less willing to seek new contact during their illness than schizophrenics, who do not show (intrapsychotically or postpsychotically) any change in this aspect of their experience.

The behavior pattern in the personality dimensions of neurotization and extraversion, according to Eysenck, are discussed and compared with statements from the literature. The definition of autism according to E. Bleuler is outlined in a short literature abstract. Primarily the importance of the experience of loneliness in endogenous depressed persons is discussed, using the relevant literature. Inference is in turn drawn from this in light of varied psychotherapeutical responsiveness during acute stages of the disease.

Key words: Loneliness — Lonesomeness — Autism — Schizophrenia — Endogenous Depression — Process of Disease.

Zusammenfassung. Je 32 endogen Depressive und Schizophrene wurden im akuten Stadium ihrer Erkrankung und kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung hinsichtlich ihres Einsamkeitserlebens untersucht. Depressive fühlen sich intrapsychotisch sehr signifikant einsamer und leiden mehr unter ihrer Einsamkeit als Schizophrene. Postpsychotisch besteht kein Unterschied zwischen den Krankheitsgruppen. Die Kontaktfähigkeit und der aktive Umweltbezug der Depressiven ist während der Erkrankung sehr signifikant geringer als bei Schizophrenen, bei denen sich wiederum keine Änderung dieses Erlebnisaspektes intra- oder postpsychotisch ergibt.

Das Verhalten der Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion nach Eysenck im Verlauf der beiden Krankheitsbilder wird diskutiert und mit Angaben aus der Literatur verglichen.

In Abgrenzung gegenüber dem Autismus-Begriff E. Bleulers, über den ein kurzer Literaturaufriss informiert, wird die Bedeutung des Einsamkeitserlebens vor allem für die endogen Depressiven unter Hinzuziehung der Literatur diskutiert und hieraus die unterschiedliche psychotherapeutische Ansprechbarkeit während der akuten Krankheitsphase abgeleitet.

* Herrn Prof. Dr. W. Klages zum 50. Geburtstag herzlich zugeeignet.

Schlüsselwörter: Einsamkeit — Autismus — Schizophrenie — Endogene Depression — Krankheitsverlauf.

I. Problemstellung

Die Frage über die Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen sozialer Isolierung und innerer Vereinsamung einerseits und Schizophrenie bzw. anderen psychischen Erkrankungen andererseits ist in den 50er und 60er Jahren vor allem im amerikanischen Schrifttum unter soziologisch-psychiatrischer und epidemiologischer Sicht bearbeitet worden (Faris; Jaco; Kohn u. Clausen; Lowenthal; Weinberg *et al.*).

Schon 1920 berichtete Allers über „Psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung“ und verglich den durch die „fortdauernde sprachliche Vereinzelung“ bedingten „Verfolgungswahn des sprachlich Isolierten“ hinsichtlich seiner Struktur und mutmaßlichen Genese mit der von Kraepelin beschriebenen Psychose der Schwerhörigen. Im Zusammenhang mit dem genannten „Sinnendefekt“ dürften hier auch manche Ergebnisse der sensory-deprivation-Experimente oder eines gewissen Teiles sog. Haftpsychosen zu nennen sein.

Kulenkampff nun ging 1962 der „Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen“ nach und legte dabei besonderes Gewicht auf das soziologische Phänomen der Isolierung, der Vereinsamung im Sinne eines „Fehlens oder eines Schwundes kommunikativer Verbundenheit“.

Er diskutierte die Frage eines evtl. genetischen Zusammenhanges zwischen Isoliertheit als soziologischem Faktor und Psychoseneinbruch (z. T. anhand eigenen kasuistischen Materials) z. B. bei bestimmten Hebephrenien, bei Entwurzelungssituationen, Umzugsdepressionen, Veränderungen der Wohnordnung und des sozialen Ranges, „Vereinsamungsdepressionen verwitweter alter Menschen“ und einer weiteren „Gruppe der endogen anmutenden affektiven Psychosen nach Verlust“.

Diese Beispiele führen konsequent zu der Frage, welche verschiedenen Arten von Isolierung bzw. welche bestimmten Merkmale der „soziologisch-situativen Struktur des Vorfalles“ als Faktor für die Entwicklung der sich anschließenden Psychose affektiver oder (paranoid) schizophrener Art ausschlaggebend und mitbedingend und mitbestimmend sind.

Nun soll in unseren Überlegungen aber nicht die Problematik eines evtl. pathoplastischen oder pathogenetischen Zusammenhanges zwischen einer gegebenenfalls bestehenden inneren oder äußeren Vereinsamungssituation und einer sich im Umkreis hierzu manifestierenden Psychose depressiver oder schizophrener Natur diskutiert werden.

Ebensowenig soll an dieser Stelle auf die evtl. Operationalisierbarkeit oder die Wertigkeit dieses Faktors für eine bestimmte Situation und ein

bestimmtes Individuum in seinen ganz konkret erworbenen Weisen seiner mit- und zwischenmenschlichen Kontaktnahmen und Verbundenheiten eingegangen werden.

Unsere Frage betrifft vielmehr das *Einsamkeitserleben selbst* bei Menschen, die in eine *depressive* oder *schizophrene Psychose* hineingeraten sind, und zwar jeweils während der Psychose bzw. nach Besserung der klinischen Symptomatik kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung. Somit zielt unser Fragen nicht auf das Vorfeld der sich entwickelnden Psychose — wenngleich möglicherweise auch hier Korrelationen aufzuspüren wären — sondern auf das *intra- und postpsychotische Erleben der Einsamkeitsproblematik* und der mit- und zwischenmenschlichen Kontaktfähigkeit an sich.

Den Ausgangspunkt für unsere Studien über das Einsamkeitserleben bei Psychotikern bildete die bewußt etwas provozierend gehaltene und paradox formulierte Feststellung Kranz' (1955) im Rahmen seiner vergleichenden Untersuchungen über die Wahnthemen im Wandel der Zeit bei Depressiven und Schizophrenen, daß nämlich „dem Schizophrenen die Stellung der Welt zum Ich (und umgekehrt), dem Depressiven hingegen die Stellung des Ichs zu sich selbst problematisch werde, woraus die weitere Folgerung zu ziehen war, daß der Depressive eigentlich autistischer sei als der Schizophrene“ (Kranz, 1969). Gerade weil das Einsamkeitserleben durchaus vom Autismus zu unterscheiden und zu trennen ist, wollen wir in aller gebotenen Kürze — ohne auf die Gesamtproblematik hier hinreichend eingehen zu können — zur besseren Abgrenzbarkeit und der nicht nur terminologischen Schwierigkeiten wegen, einiges von der im Umkreis zu der oben zitierten Feststellung Kranz' vorhandenen Literatur hier kurz anklingen lassen.

Die Verständigungsschwierigkeiten über den Gebrauch des Terminus „Autismus“ gehen zurück auf die weitgefaßte Definition E. Bleulers, der 1911 diesen Begriff als „Loslösung von der Wirklichkeit, zusammen mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Binnenlebens“ prägte und diesen Autismus nicht nur bei Schizophrenen als „sekundäre Bildung“ betrachtete, sondern autistisches Verhalten mit allen seinen Übergängen auch als Spielart allgemein menschlichen Lebens und Denkens auffaßte, so daß „jeder nach Belieben einen Eigenbrötler oder Einsamen, einen moralisch Defekten oder Träumer, einen Künstler oder Schizophrenen autistisch heißen“ konnte (H. Schneider). Im weiteren Verlauf geriet der Autismus-Begriff immer mehr in die Nähe von Schizoidie (E. Kretschmer), Introversion (C. G. Jung), Gemütskälte (Staehelein) und Kontaktschwäche (J. Lange): „Irgendwie verbindet sich zwar mit dem Begriff Autismus immer so etwas wie Isoliertheit, weshalb ja auch der isolierte Introvertierte, der isolierte kontaktschwache Schizoide, der isolierte Schizophrene autistisch genannt werden. So wenig aber die

introversive Isolierung mit der schizophrenen, die auch extravertiert sein kann, zu verwechseln ist, darf die Kontaktschwäche des Schizoiden ohne weiteres dem schizophrenen Autismus gleichgesetzt werden“ (H. Schneider).

Gruhle sah im schizophrenen Autismus ein sekundäres Symptom, das resultiere aus der schizophrenen Gefühls lähmung und Grundstimmung der Einsamkeit und so eine Zuwendung zur Umwelt unmöglich mache (Avenarius). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die schizophrene von der nichtschizophrenen — vor allem der depressiven — „Einsamkeitsgrundstimmung“ zu differenzieren, um so den Autismus-Begriff näher fassen zu können (vgl. auch H. Schneider).

In Abgrenzung gegenüber Kranz und in Anlehnung an H. Schneider wollen Bürger-Prinz u. Schorsch den Begriff des Autismus für das spezifisch Schizophrene bzw. frühkindliche Fehlen eines sozialen Bezugssystems reservieren und ihn auf einen „bis in die Fundamente reichenden Defekt eines fragmentierten Ich-Systems“ beschränken, was nach Petrilowitsch u. Baer dem strukturiertpsychiatrischen Standpunkt entspricht, daß „der Krankheitsvorgang in schizophrenen Psychosen bis in die Persönlichkeitsstruktur des Selbst hineinreicht, in cyclothymen Psychosen aber durch die Depression lediglich die Aktualisierbarkeit struktureller Dispositionen behindert sei“, wofür das Beispiel der Entfremdungsdepression und das Konzept des „Nicht-Traurig-Sein-Könnens“ von Schulte als Belege herangezogen werden. Der Depressive sei zwar „realiter ohne konkreten Umweltbezug aber in seinem Erleben durchaus nicht ohne Weltbezogenheit“, die Voraussetzungen zur normalen Umweltbeziehung seien beim Depressiven prinzipiell erhalten, wenn auch nicht realisierbar, während beim Schizophrenen die formalen Bedingungen einer sozialen Bezogenheit selbst brüchig geworden seien (Bürger-Prinz u. Schorsch).

Hier drängt sich uns die Frage auf, ob nicht gerade im Vergleich zwischen dem gesunden Erleben und Fühlen und der krankheitsbedingten Minderung bzw. Aufhebung, bei dieser Unmöglichkeit der Aktualisierbarkeit mit- und zwischenmenschlicher Bezüge, das subjektive Leiden des Depressiven nur um so intensiver ist. Hierher scheinen auch die „Selbstvorwürfe depressiver Kranker über die verlorene Resonanz für die ganze nur noch gewußte aber nicht mehr erlebte mitmenschliche und metaphysische Wertwelt“, auf die Weitbrecht hinweist, zu gehören, das „Sich-Selbst-Ausbleiben“ im Sinne von Jaspers, das das Schuldgefühl mitkonstituiert und von der Kommunikation mit anderen ausschließt (Weitbrecht). Janzarik meint etwas Ähnliches, wenn er feststellte, daß die „dynamische Reduktion des Wertgefüges den Cyclothymen weit mehr an sich selbst verweist, ihn einengt und isoliert als das für die Erlebniswelt des florid Schizophrenen gilt“.

Schon Heinroth hatte bemerkt, daß „das Gemüt in der Melancholie die Welt verloren hat und zum hohlen, leeren, an sich selbst nagenden Ich geworden ist“ und Griesinger sprach vom krankhaften „In-Sich-Gekehrtsein“ und „In-sich-Sein“ in den „reinsten und exquisitesten Formen der Melancholie“ (Kranz).

Wir sehen also mit Hilfe dieses Literaturaufrisses, daß sowohl für die schizophrenen als auch für die (endogen) Depressiven diese „Einsamkeitsgrundstimmung“ reklamiert worden ist. Unsere Aufgabe soll es daher sein, anhand experimenteller Untersuchungen mit den genannten Krankheitsgruppen mit Hilfe subjektiver Selbsteinschätzungs-Skalen weiteres Material hierzu vorzulegen.

Unsere Hypothesen — unter Berücksichtigung der Kretschmerschen Typologie — lauteten wie folgt:

1. Depressive fühlen sich in der akuten Phase ihrer Erkrankung einsamer und isolierter und leiden mehr unter Einsamkeit, ebenso sind sie weniger kontaktbereit im Vergleich mit Schizophrenen in der floriden Phase der Erkrankung.

2. In der postpsychotischen Phase kehren sich die Verhältnisse um, d.h. die Depressiven fühlen sich weniger einsam und isoliert und leiden weniger unter ihrer Einsamkeit als die Schizophrenen. Ebenso verhält es sich mit der Kontaktfähigkeit: Die aktiven Umweltbeziehungen der Depressiven nehmen wieder zu und daher erscheint die Kontaktbereitschaft der Schizophrenen im Vergleich zu den Depressiven geringer.

3. Die Hypothesen 1 und 2 beruhen auf der Annahme eines wesentlichen Einflusses der Persönlichkeitsdimensionen Extraversion/Introversion für beide Krankheitsbilder in jeweils umgekehrter Richtung derart, daß Depressive primärpersönlich extravertierter sind, während bei den Schizophrenen normalerweise die introvertiertere Einstellung vorherrscht.

II. Methodik

Bei 32 endogen Depressiven und 32 Schizophrenen (jeweils definiert durch fachärztliches Urteil)¹ wurden in der akuten Krankheitsphase 7 Variablen in Form von 9stufigen Selbsteinschätzungsskalen hinsichtlich des Einsamkeitserlebens erhoben. Die Instruktion für die Beurteilung der Dimensionen lautete (s. auch Czernik u. Steinmeyer):

„Die 7 Fragen, die ihnen vorgelegt werden, sind einfach zu beantworten. Sie brauchen nur die Antworten, die ihnen am ehesten zuzutreffen scheinen, anzukreuzen.“ Die 7 Ratings lauteten:

Skala 1: Wie einsam fühlen Sie sich?

Skala 5: Leiden Sie unter Einsamkeit?

1 Für die Erlaubnis, einen Teil der Patienten im Rhein. Landeskrankenhaus Düren zu untersuchen, danken wir Herrn LM-Direktor Dr. H. Koester; Herrn LM-Direktor Dr. H. Halboni sind wir für seine freundliche Kooperation zu Dank verpflichtet.

Tabelle 1. Mittelwerte und Range der Kennvariablen der beiden Krankheitsgruppen

	Depressive		Schizophrene	
	<i>M</i>	Range	<i>M</i>	Range
Intelligenz	94,1	80—115 = 35	94,3	80—116 = 36
Alter	49,3	27— 65 = 28	36,2	16— 63 = 47
Geschlecht	1 männl. 31 weibl.		3 männl. 29 weibl.	

Skala 7: Fühlen Sie sich in einer Gruppe wohl?

Skala 9: Finden Sie schnell Kontakt?

Skala 10: Gehen Sie gern zu Veranstaltungen, wo Sie viele Menschen treffen?

Skala 11: Fühlen Sie sich von anderen im Stich gelassen?

Skala 13: Fühlen Sie sich isoliert?

Ferner wurde bei beiden Gruppen der Neurotizismus-Score und Extraversions-Score mit dem MPI von Eysenck, das Alter und das Geschlecht festgestellt. Darüber hinaus wurde bei der Krankheitsgruppe der Depressionen der Depressions-Score mit dem Beckschen Fragebogen erhoben. Die gesamte Untersuchung wurde bei denselben Patienten beider Krankheitsgruppen in der „postpsychotischen“ Phase (definiert als Zustand in der Entlassungswoche) wiederholt. Zusätzlich bestimmten wir zu diesem Zeitpunkt mit Hilfe der HAWIE-Kurzform WIP den Intelligenzquotienten (s. Tab. 1).

Zu beiden Untersuchungsterminen wurden auch noch Polaritätenprofile (wie Czernik u. Steinmeyer) zur Einstufung verschiedener Termini vorgelegt. Da auf diese Ergebnisse hier aber nicht näher eingegangen werden soll, erübrigt sich eine genauere Darlegung.

Eine Auswahl der Patienten nach einem bestimmten Kriterium erfolgte nicht. Die unterschiedliche und unverhältnismäßige Geschlechtsverteilung ist allein durch äußere klinikbezogene Gründe bedingt. Die Diskrepanz im durchschnittlichen Alter der Diagnosengruppen liegt in der zu erwartenden Richtung.

Auf eine genauere Charakteristik der Patienten innerhalb der beiden Kollektive hinsichtlich Phasenzahl, mono- oder bipolarer Verläufe bei den Depressiven einerseits oder nähere Klassifizierung der Schizophrenen hinsichtlich der vorherrschenden Symptomatik, der Anzahl der Schübe oder des Bestehens eines „Defektes“ soll hier verzichtet werden, da keine weitere Aufgliederung bei der relativ geringen Fallzahl erfolgte oder weiter berechnet wurde.

III. Ergebnisse

Zur Bestimmung der Dimensionalität der Beurteilungsskalen wurde jeweils für die beiden Krankheitsbilder im akuten und postpsychotischen Zustand über die 7 Ratings eine Faktorenanalyse gerechnet. Hierbei realisierten wir weitgehend die Strategie von Überla (1971): Interkorrelation der Ausgangsdaten über Produkt-Moment-Korrelationen, Signifikanzprüfung der Koeffizienten über Barlett- χ^2 . Hauptkomponentenanalyse (Kommunalitäten = 1) zur Berechnung aller Eigenwerte

Tabelle 2. Rotierte Faktorenmatrizen für 7 Variablen
(Depressive, $N = 32$)

Variable	Faktorenmatrix (akut)			Faktorenmatrix (postpsychot.)		
	I	II	h^2	I	II	h^2
1	+0,689	+0,164	0,504	+0,778	+0,156	0,629
5	+0,643	+0,234	0,468	+0,805	+0,023	0,649
11	+0,589	+0,172	0,377	+0,678	+0,133	0,478
13	+0,612	+0,122	0,390	+0,710	+0,048	0,506
7	+0,214	+0,521	0,317	+0,172	+0,489	0,269
9	+0,322	+0,524	0,379	+0,287	+0,586	0,425
10	+0,414	+0,599	0,530	+0,065	+0,678	0,464
Anteil an der Gesamtvarianz in Prozent	27,6	14,7	42,4	33,3	15,5	48,9
Anteil an der rotiert. Varianz in Prozent	65,2	34,8		68,2	31,8	

 Tabelle 3. Rotierte Faktorenmatrizen für 7 Variablen
(Schizophrene, $N = 32$)

Variable	Faktorenmatrix (akut)			Faktorenmatrix (postpsychot.)		
	I	II	h^2	I	II	h^2
1	+0,517	+0,284	0,348	+0,611	+0,418	0,548
5	+0,438	+0,314	0,291	+0,411	+0,401	0,330
11	+0,392	+0,214	0,200	+0,511	+0,215	0,307
13	+0,481	+0,154	0,255	+0,622	+0,314	0,486
7	+0,221	+0,224	0,099	+0,284	+0,418	0,256
9	+0,381	+0,291	0,230	+0,210	+0,478	0,272
10	+0,485	+0,318	0,336	-0,112	+0,456	0,221
Anteil an der Gesamtvarianz in Prozent	18,2	6,9	25,1	19,0	15,6	34,6
Anteil an der rotiert. Varianz in Prozent	72,4	27,6		54,9	45,1	

der Korrelationsmatrix, Scree-Test nach Catell zur Bestimmung der Faktorenzahl. Orthogonale Rotation der Faktorenmatrix nach dem Varimax-Kriterium. Zur Prüfung der Signifikanz der Einfachstruktur wurde der Bargmann-Test herangezogen.

Die 4 rotierten Faktorenmatrizen sind in Tab.2 und 3 dargestellt.

Tabelle 4. Ähnlichkeitskoeffizienten zwischen den 4 Faktorenstrukturen

Faktorenmatrizen	Ähnlichkeitskoeffizienten
Depressive (akut) vrs. Depressive (postpsychotisch)	$\ddot{A} = 0,965$
Schizophrene (akut) vrs. Schizophrene (postpsychotisch)	$\ddot{A} = 0,851$
Depressive (akut) vrs. Schizophrene (akut)	$\ddot{A} = 0,918$
Depressive (postpsychot.) vrs. Schizophrene (postpsychot.)	$\ddot{A} = 0,875$

Die nach der von Fischer u. Roppert (1972) angegebenen Formel:

$$\ddot{A} = \frac{\sum_{a=1}^m \sum_{i=1}^n a_i \bar{a}_i}{\sqrt{\sum_{a=1}^m \sum_{i=1}^n a_i^2 \sum_{a=1}^m \sum_{i=1}^n \bar{a}_i^2}}$$

berechneten Ähnlichkeitskoeffizienten, die einen mathematischen Vergleich der 4 Faktorenmatrizen ermöglichen, zeigen insgesamt eine recht hohe Ähnlichkeit und damit Stabilität der Faktorenstrukturen (s. Tab. 4).

In allen 4 Fällen zeigt sich eine 2-Faktorenlösung, wobei jeweils der Faktor I seine höchsten Ladungen auf den Variablen 1, 5, 11 und 13, der Faktor II auf den Variablen 7, 9 und 10 hat (vgl. Czernik u. Steinmeyer).

Allerdings werden bei den Schizophrenen durch die beiden Faktoren nur 25,1% (akut) bzw. 34,6% (postpsychotisch) der Gesamtvarianz erklärt, so daß wir hier eine wenig prägnante Faktorenstruktur erhalten.

Wir faßten die Variablen mit den höchsten Ladungen je Faktor zu einem Summenscore zusammen:

$$X_I = \sum (x_1 + x_5 + x_{11} + x_{13})$$

$$X_{II} = \sum (x_7 + x_9 + x_{10}) \text{ und nannten}$$

X_I den Leidens- und Gefühlsaspekt der Einsamkeit,

X_{II} das aktive Gestalten der Umweltbeziehungen und Gruppenkontakte.

Zur inferenzstatistischen Auswertung faßten wir die beiden Krankheitsbilder als unabhängige Variable A mit 2 Modalitäten: A_1 (Depression) und A_2 (Schizophrenie) und den Erhebungszeitpunkt als unabhängige Variable B mit ebenfalls 2 Modalitäten: B_1 (akut) und B_2 (postpsychotisch) auf.

Es ergab sich ein fixed factor 2×2 design mit wiederholten Messungen bei einem Faktor und gleichen Zellfrequenzen (das adäquate varianzanalytische Modell s. Winer, 1970, S. 302ff.). Die Ergebnisse für die abhängige Variable X_I sind in Tab. 5 und 6 dargestellt.

Tabelle 5. Mittelwertstabelle für X_I

	A_1 (Depression)	A_2 (Schizophrenie)
B_1 (akut)	16,00	24,88
B_2 (postpsychotisch)	24,44	24,84

Tabelle 6. Varianzanalyse für X_I

Quelle der Variation	SS	df	MS	F	Sign.-Niv.
zw. Versuchspersonen	6428,31	63	—	—	—
A (Krankheitsbilder)	689,13	1	689,13	7,445	1%
Vpn innerhalb Gruppe	5739,17	62	92,57	—	—
B (Krankheitsverlauf)	565,32	1	565,32	9,541	1%
$A \times B$	573,76	1	573,76	9,684	1%
$B \times$ Vpn innerhalb Gruppe	3673,42	62	59,25	—	—

Tabelle 7. Mittelwertstabelle für X_{II}

	A_1 (Depressive)	A_2 (Schizophrene)
B_1 (akut)	15,75	10,47
B_2 (postpsychotisch)	13,28	10,31

Wie aus Tab.6 ersichtlich, werden beide Haupteffekte ebenso wie die Interaktion sehr signifikant.

Da die Richtung der Trendverteilung aus der Tab.5 recht deutlich wird, wollen wir aus Platzgründen auf die Rechnung einer Trendanalyse (s. Winer, 1970, S. 372—378) verzichten. Wir sehen, daß Signifikanzen durch den niedrigen Wert der Depressiven in der akuten Phase entstehen:

In der akuten Phase fühlen sich die Depressiven deutlich einsamer als die Schizophrenen, während in der postpsychotischen Phase kein Unterschied im Einsamkeitserleben zwischen den Kranken besteht. Umgekehrt zeigt sich bei dem Krankheitsbild der Depression in der Zeit eine deutliche Veränderung im Einsamkeitserleben dergestalt, daß sich die Depressiven im postpsychotischen Stadium weniger einsam fühlen als im akuten Stadium. Bei den Schizophrenen zeigt sich keine derartige Veränderung.

Die Ergebnisse für die abhängige Variable X_{II} sind in Tab.7 und 8 dargestellt.

Tabelle 8. Varianzanalyse für X_{II}

Quelle der Variation	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	Sign.-Niv.
zw. Versuchspersonen	2718,72	63	43,15	—	—
<i>A</i> (Krankheitsbilder)	544,51	1	544,51	15,527	1%
Vpn innerhalb Gruppe	2174,22	62	35,07	—	—
<i>B</i> (Krankheitsverlauf)	55,13	1	55,13	3,435	10%
$A \times B$	42,78	1	42,78	2,666	n. sign.
$B \times$ Vpn innerhalb Gruppe	995,09	62	15,05	—	—

Tabelle 9. Korrelationskoeffizienten der Depressiven

		<i>N</i> (MPI)	<i>E</i> (MPI)	Beck
Variable X_I (Einsamkeitserleben)	akut	-0,142	+0,110	-0,457 ^b
	postpsych.	-0,487 ^b	+0,340 ^a	-0,672 ^c
Variable X_{II} (aktives Gestalten)	akut	+0,227	-0,442 ^b	+0,463 ^b
	postpsych.	+0,455 ^b	-0,555 ^c	+0,498 ^b

^a 5% Niveau.^b 1% Niveau.^c 0,1% Niveau.

Für X_{II} wird nur der Faktor *A* sehr signifikant, d.h. Schizophrene haben sowohl in der akuten als auch in der postpsychotischen Krankheitsphase ein größeres Verlangen, an der Umwelt aktiver teilzunehmen als Depressive.

Auf eine inferenzstatistische Auswertung der Persönlichkeitsdaten nach dem angegebenen Modell wollen wir verzichten. Hier interessiert uns die Frage, inwieweit die beiden abhängigen Variablen X_I und X_{II} jeweils mit den Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion sowie der Depressionstiefe korrelieren. Alle Korrelationskoeffizienten wurden über Produkt-Moment-Korrelationen (Intervallskalen) berechnet. Die Koeffizienten sind in Tab. 9 und 10 dargestellt.

Wie aus Tab. 9 hervorgeht, zeigt sich bei den Depressiven in der akuten Krankheitsphase nur ein signifikant positiver linearer Zusammenhang zwischen dem Einsamkeitserleben und dem Beckschen Depressions-Score (negative Korrelation, weil X_I negativ gepolt), während zwischen X_I und Neurotizismus bzw. X_I und Extraversion keine bedeutsame Beziehung besteht.

In der postpsychotischen Phase finden wir jeweils signifikante Korrelationen von X_I mit Neurotizismus-, Extraversions- und Depressions-Score, d.h. mit der Intensität des Einsamkeitserlebens korrelieren in einer positiven linearen Beziehung der Grad des Neurotizismus und der Depressionstiefe, negativ linear die Extraversion. Für die Variable X_{II} (aktiver Umweltbezug) finden sich abgesehen vom Neurotizismus-Score

Tabelle 10. Korrelationskoeffizienten der Schizophrenen

		<i>N</i> (MPI)	<i>E</i> (MPI)
Variable X_I (Einsamkeitserleben)	akut	- 0,456 ^b	+ 0,336
	postpsych.	- 0,568 ^c	+ 0,085
Variable X_{II} (Aktives Gestalten)	akut	+ 0,075	- 0,385 ^a
	postpsych.	+ 0,144	- 0,553 ^c

^a 5% Niveau.^b 1% Niveau.

0,1% Niveau

Tabelle 11. MPI-Mittelwerte der beiden Krankheitsgruppen

		Depressive	Schizophrene
Akut	<i>N</i>	37,56	25,16
	<i>E</i>	16,00	22,84
Postpsychotisch	<i>N</i>	29,47	22,13
	<i>E</i>	20,41	25,06

im akuten Stadium zu allen Variablen sehr signifikante Zusammenhänge derart, daß das aktive Gestalten des Umweltbezuges und der Gruppenkontakte linear positiv mit der Intensität der Extraversion und linear negativ mit der Depressionstiefe korreliert.

Bei dem Krankheitsbild der Schizophrenie korreliert das Einsamkeitserleben (X_I) sowohl in der akuten als auch in der postpsychotischen Phase signifikant positiv nur mit dem Neurotizismus-Score, während der aktive Umweltbezug (X_{II}) nur mit dem Grad der Extraversion signifikant positiv korreliert und zwar wiederum sowohl in der akuten als auch in der postpsychotischen Phase (s. Tab. 10).

Wenden wir uns nun abschließend noch den Mittelwerten der Fragebogen bezogen auf die Krankheitsgruppe und den Erhebungszeitraum zu: Der logischerweise nur bei den Depressiven erhobene Beck-Score zeigt einen hochsignifikanten Mittelwertsunterschied zwischen akuter ($M_{1B} = 30,25$) und postpsychotischer ($M_{B_2} = 14,88$) Aufnahme ($t = 12,68$; $P < 0,1\%$). Hier haben wir in etwa eine operationale Bestimmung und Kontrolle der Erkrankungsbesserung.

Die Mittelwerte des MPI für die beiden Krankheitsgruppen (vgl. Tab. 11) sollen in der von Eysenck (1959) vorgeschlagenen Weise in das 2-dimensionale Koordinatensystem eingezeichnet und somit eine graphische Interpretation gegeben werden.

Wie aus Abb. 1 hervorgeht, verändert sich die Position der Depressiven zum 2. Beurteilungszeitpunkt erheblich. Während die Position in der akuten Phase in etwa derjenigen entspricht, die auch Eysenck für Dysthymiker referiert, liegt die Position der Depressiven in der post-

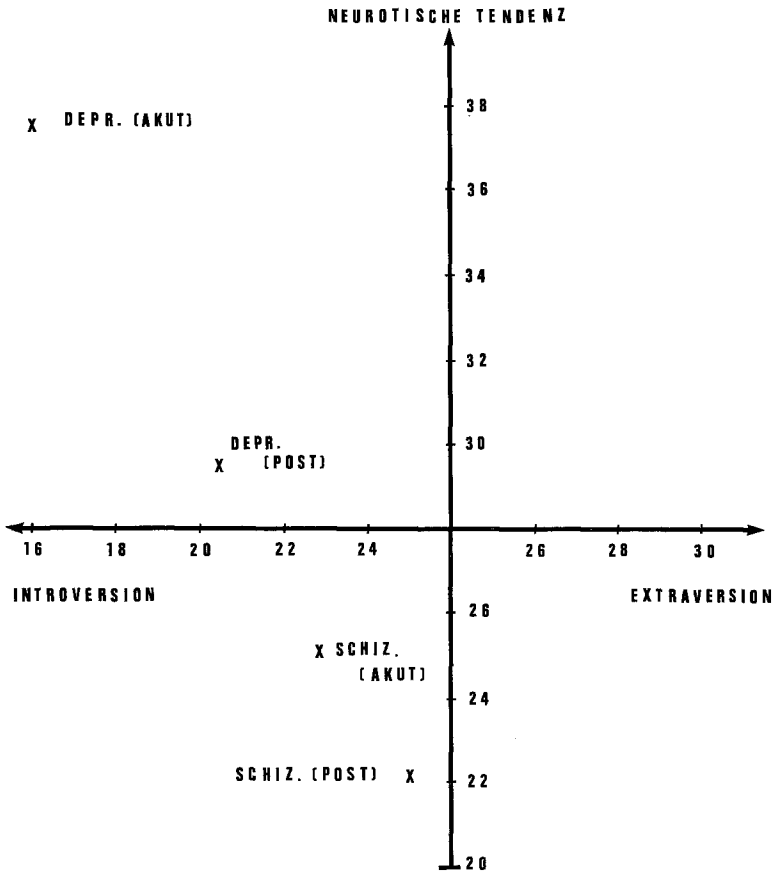


Abb. 1

psychotischen Phase noch deutlich introvertierter und zeigt einen höheren Wert für die neurotische Tendenz als die Position der Schizophrenen in der akuten Phase. Bei den Schizophrenen ändert sich die Position nach der Behandlung weniger und entspricht ungefähr derjenigen, die Eysenck für „Normale Engländer“ angibt.

IV. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Tatsache, daß sich bei den beiden Krankheitsbildern sowohl in der psychotischen als auch in der postpsychotischen Phase die gleiche Faktorenstruktur ergeben hat, zeigt zum einen die große Stabilität unseres Meßinstrumentes, d. h. die beiden Erfassungsaspekte des Einsam-

keitserlebens haben durch unsere 7 Skalen eine gesicherte Konstruktvalidität. Zum anderen zeigt sich auch eine gewisse Verlässlichkeit der Selfrating-Daten bei den Schizophrenen. Entgegen unserer eigenen skeptischen Vermutungen scheint es möglich, auch bei Schizophrenen in der akuten Krankheitsphase Skaliermodelle nach dem kategorialen Urteil anzuwenden, obwohl eine denotative und konnotative Verzerrung der sprachlich definierten Urteilsbildung durch das Krankheitsbild Schizophrenie diskutiert werden konnte. Die wenig prägnante Faktorenstruktur bei den Schizophrenen in der akuten Krankheitsphase zeigt jedoch eine gewisse Labilität des Urteilsverhaltens.

Interessant ist, daß der Krankheitsverlauf nur bei den Depressiven das Einsamkeitsgefühl beeinflusst, während sich Schizophrene sowohl in der akuten Phase als auch in der postpsychotischen Phase hinsichtlich dieses Aspektes nicht unterscheiden. Postpsychotisch zeigt sich hinsichtlich des Einsamkeitsgefühls kein Unterschied zwischen Depressiven einerseits und Schizophrenen andererseits.

Ähnlich ist es mit dem Aspekt der aktiven Umweltgestaltung. Allerdings findet sich sowohl intra- als auch postpsychotisch bei den Depressiven ein geringerer Umweltbezug als bei den Schizophrenen, so daß hier hinsichtlich dieses Aspektes auch ein Unterschied in der prämorbidem Persönlichkeit angenommen werden kann. Berücksichtigt man aber, daß zum Zeitpunkt der 2. Untersuchung (vor Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlung) bei den Depressiven der durchschnittliche Depressions-Score im Beckschen Fragebogen noch 14,9 (im Vergleich zu 30,3 in der akuten Phase) beträgt, so kann vermutet werden, daß mit noch weiterer Besserung der Depression sich der varianzanalytisch darstellende Trend des besseren aktiven Umweltbezuges und der größeren Kommunikationsmöglichkeit im Krankheitsverlauf weiter durchsetzen wird und sich hiermit möglicherweise eine Angleichung an die Werte der Schizophrenen ergeben könnte.

Hinsichtlich des Einflusses der überprüften Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus, Extraversion (und Depressionstiefe) auf die Selbsteinschätzung bei den verschiedenen Krankheitsbildern im Verlauf der Erkrankung erscheint es uns differentialdiagnostisch sehr wichtig, daß bei den Depressiven im akuten Stadium lediglich eine signifikante Abhängigkeit des Leidens- und Gefühlsaspektes der Einsamkeit mit der Depressionstiefe nachweisbar ist, während zu diesem Zeitpunkt für die Kontaktbereitschaft und die aktive Gestaltung der Umweltbeziehung die Persönlichkeitsvariable Extraversion ebenfalls signifikant mit eingeht.

Beim Vergleich mit den von uns früher untersuchten Neurotikern (Czernik u. Steinmeyer) erscheint die Tatsache, daß der Einsamkeitsaspekt in der akuten Phase der Depression nicht mit dem Neurotizismus

und der Extraversion, wohl aber sehr signifikant mit der Depressionstiefe korreliert, im Hinblick auf unsere Hypothese der *extremsten Einsamkeit der Depressiven* recht bedeutsam. Obwohl Neurotizismus und Depressionstiefe ($r = +0,622$; $P < 0,1\%$) bzw. Extraversion und Depressionstiefe ($r = -0,367$; $P < 5\%$) miteinander korrelieren, wird nur die Interaktion des Leidens- und Gefühlsaspektes der Einsamkeit mit der Depressionstiefe sehr signifikant, so daß man schließen darf, daß bei gleichsinniger Veränderung der oben genannten Persönlichkeitsdimensionen in der akuten Depression in Richtung auf Werte, wie sie sonst bei Neurotikern erhoben werden können, nicht die so definierte neurotische Tendenz die Einstufung des Einsamkeitsaspektes bestimmt, sondern wirklich die Dimension Depressivität hierfür ausschlaggebend wurde.

In der postpsychotischen Phase hingegen ist die Dominanz der Depressivität gegenüber Neurotizismus und Extraversion nicht mehr gegeben. Alle 3 überprüften Faktoren zeigen unterschiedlich signifikante Effekte. Das ist insofern nicht verwunderlich, wenn wir annehmen, daß inzwischen wieder eine Angleichung an „gesundes Erleben“ stattgefunden hat. Ja, es kann sogar als indirekter Hinweis auf die inzwischen eingetretene Besserung der klinischen Symptomatik mit den inzwischen wieder stärker wirksameren (veränderten) Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion aufgefaßt werden, da beim Vergleich mit früher von untersuchten gesunden Probanden (Czernik u. Steinmeyer) bei diesen ebenfalls die Dimensionen Neurotizismus und Extraversion beide Aspekte bedeutsam beeinflussen. (Allerdings ist nur eine begrenzte Vergleichbarkeit gegeben, da der Faktor Intelligenz hier ebenfalls im Aspekt der Kommunikationsbereitschaft noch wirksam wurde und die beiden Kollektive in diesen Dimensionen nicht vergleichbar sind, während der Faktor Alter keine Rolle spielte.)

Bei den Schizophrenen zeigt sich hingegen eine signifikante Abhängigkeit der Einschätzungen im Leidens- und Gefühlsaspekt der Einsamkeit vom Faktor Neurotizismus, im Hinblick auf die Kommunikationsbereitschaft von der Persönlichkeitsdimension Extraversion jeweils völlig unabhängig von der Krankheitsphase. Da die Effekte in der erwarteten Richtung liegen und diese Koppelungen sowohl bei gesunden als auch bei neurotischen Versuchspersonen nachweisbar sind, kann hierin kein Spezifikum für Schizophrene gesehen werden.

Hiermit stimmt überein, daß sich zudem die Werte für Neurotizismus ($t_N = +1,685$) und Extraversion ($t_E = -1,478$) bei den Schizophrenen während der Psychosestadien nicht signifikant ändern. So bleibt grundsätzlich zu fragen, wie weit es eigentlich möglich ist, mit diesen Persönlichkeitsdimensionen überhaupt etwas Spezifisches der Persönlichkeit des Schizophrenen in den Griff zu bekommen, zumal sich sowohl die durchschnittlichen Werte für den Neurotizismus als auch für die Extra-

version im Bereich derjenigen Werte bewegen, wie sie für Normalpersonen beschrieben worden sind.

Unsere erhobenen Werte stimmen in etwa überein mit denjenigen, wie sie bei Schizophrenen erhoben werden konnten z.B. von Dittrich, Angst u. Dittrich, Frei *et al.*, so daß Frei zu dem Ergebnis kommen konnte, daß die Persönlichkeit der Schizophrenen hinsichtlich der erwähnten Persönlichkeitsdimensionen „erstaunlich stabil“ bleibt. Auch hier zeigte sich keine signifikante Variation hinsichtlich der intra- oder postpsychotischen Werte für Neurotizismus und Extraversion.

Ganz anders stellt sich die Situation für die (endogen) Depressiven dar: In Übereinstimmung mit Coppen u. Metcalfe und Mittelsten-Scheid, der mit dem Bregelmannschen Persönlichkeitsfragebogen arbeitete, können wir feststellen, daß im akuten Stadium der Erkrankung niedrigere Werte für die Extraversion ($t_E = -2,398$; $P < 5\%$) und hohe Werte für die neurotische Tendenz ($t_N = +4,11$; $P < 0,1\%$) im Vergleich zum postpsychotischen Stadium (bzw. mit Gesunden) auftreten. Das heißt, daß mit der Depression der Grad der Introvertiertheit und die neurotische Tendenz stark ansteigen und signifikante Beziehungen zwischen der Depressionstiefe und den genannten Persönlichkeitsdimensionen nachweisbar sind.

Mittelsten-Scheid wies bei seinen varianzanalytischen Untersuchungen zwischen Schweregrad der Depression und Persönlichkeitsfaktoren für die Extraversion Hauptunterschiede ($0,2\%$) zwischen den Gruppen „schwer“ und „mittel“ depressiv auf, d.h. der Grad der Introvertiertheit nahm „sprunghaft“ von einem mittleren zu einem schweren Krankheitsbild zu, während bei der neurotischen Tendenz ein Unterschied zwischen „mittel“ und „leicht“ depressiv bestand, was wiederum bedeutet, daß sich die neurotische Tendenz vor allem beim Übergang von einem leichten zu einem mittleren Schweregrad „verstärkt“.

Auch Untersuchungen von v. Zerssen sollten in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, der mit Hilfe (retrospektiver) Selbstbeurteilungsskalen, die das Kretschmersche, das Tellenbachsche und das psychoanalytische Konzept repräsentierten, Aussagen zur prämorbidem Persönlichkeitsstruktur endogener Depressiver im Vergleich zu anderen psychiatrischen und neurologischen Versuchspersonen machte: Hier zeigte sich, daß die Depressiven in der Tellenbach/Psychoanalyse-Skala signifikant höhere Werte aufwiesen als die Kontrollgruppen, während ihre Werte in der Kretschmer-Skala zwischen denjenigen der beiden anderen Gruppen lagen, wobei die neurologischen Kontrollpersonen mit ihren Werten wiederum stärker zur Cyclothymie tendierten als die Schizophrenen und Neurotiker. „Bezüglich cyclothymen Eigenschaften scheinen sich die endogenen Depressiven jedoch nicht in dem von Kretschmer beschriebenen Sinne vom Bevölkerungsdurchschnitt zu unterscheiden,

sondern möglicherweise umgekehrt in Richtung auf eine stärkere schizothyme Veranlagung, also ähnlich wie andere psychiatrische Fälle mit funktionellen Störungen (Schizophrene und Neurotiker)“ (v. Zerssen).

Diese „schizothyme“ Komponente scheint sich auch in den von uns erhobenen Werten im postpsychotischen Stadium darzustellen, wenngleich hierbei zu bedenken ist, daß zum Zeitpunkt der 2. Untersuchung zwar eine so deutliche klinische Besserung der Depression eingetreten war, daß die Entlassung aus der stationären Behandlung bevorstand, aber doch noch im Beckschen Fragebogen durchschnittliche Werte angegeben wurden, die noch für eine bestehende leichte Depression sprachen, so daß unsere erhaltenen Daten für Extraversion und neurotische Tendenz nicht ohne weiteres auf die Einstufung der Primärpersönlichkeit in ganz gesunden Zeiten zuzutreffen braucht.

Hinsichtlich unserer in Kap. I formulierten Hypothesen ergibt sich somit folgende Modifizierung:

1. Die postulierten Änderungen in den beiden Aspekten (X_I : Leidens- und Gefühlsaspekt der Einsamkeit, X_{II} : Aktives Gestalten der Umweltbeziehung und Kontaktbereitschaft) treffen nur für die Gruppe der (endogen) Depressiven in der akuten Erkrankungsphase zu.

2. In der postpsychotischen Phase muß genauer differenziert werden: Hier nimmt zwar bei den Depressiven das Einsamkeitserleben ab und die Kontaktbereitschaft im Verhältnis zu ihrer akuten Phase zu. Der Vergleich mit den Schizophrenen zeigt aber, daß postpsychotisch zwischen ihnen und den Depressiven im Leidens- und Gefühlsaspekt der Einsamkeit kein Unterschied besteht — obwohl noch bedeutsame Unterschiede der Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion zu diesem Zeitpunkt nachweisbar sind, und diese ja im postpsychotischen Stadium Korrelationen zwischen den Einschätzungen der Aspekte aufweisen — andererseits ist aber die Bereitschaft zu aktivem Umweltbezug bei den Depressiven postpsychotisch noch geringer ausgeprägt als bei den Schizophrenen.

3. Bei den Schizophrenen ändert sich weder in der akuten noch in der postpsychotischen Phase der Erkrankung einer der beiden Erlebnisaspekte.

4. Unter der Annahme, daß die im postpsychotischen Stadium der Erkrankung erfaßten Daten für die Persönlichkeitsdimension Extraversion nach Eysenck Rückschlüsse auf die Primärpersönlichkeit Depressiver und Schizophrener zuläßt, findet sich — vorsichtig formuliert — kein Hinweis dafür, daß endogen Depressive extravertierter sind als Schizophrene, was in Übereinstimmung mit v. Zerssen als Argument gegen die hier in den Hypothesen zugrunde gelegte Kretschmersche Typologie aufgefaßt werden könnte.

Ist es nun möglich, aus den dargelegten Ergebnissen irgendwelche Hinweise differentialdiagnostischer oder therapeutischer Art für den klinischen Alltag zu erhalten?

Bei den Depressiven erweist sich infolge der alleinigen Abhängigkeit von der Depressionstiefe der Leidens- und Gefühlsaspekt der Einsamkeit für das depressive Erleben spezifischer als der Aspekt der aktiven Umweltbeziehung und der Kontaktbereitschaft. Für die Schizophrenen scheint unsere Fragestellung nicht so typisch zu sein, jedenfalls zeigte sich keine Variation der beiden Aspekte durch die Erkrankung. Es bleibt natürlich zu diskutieren — auch im Hinblick auf die weniger prägnante Faktorenstruktur — wieweit selfrating-scales überhaupt bei akut Schizophrenen angewandt werden sollten.

Es kann gefolgert werden — in gewisser Übereinstimmung mit den in Kap.I referierten Auffassungen von Griesinger, Heinroth, Janzarik, Kranz und Weitbrecht —, daß die Depressiven zumindest unter ihrer intrapsychotischen Einsamkeit ind Isolierung stärker leiden als die Schizophrenen. Diese Feststellung bedeutet jedoch nicht, daß die von den Schizophrenen erlebte geringere Beeinträchtigung ihrer Kontaktmöglichkeiten (im Vergleich zu Depressiven) auch wirklich ein Zeichen echter Kommunikationsmöglichkeit darstellt. Solcherart eingliedrige Schlußfolgerung verbietet sich allein schon aufgrund des verwandten Untersuchungsinstruments und würde den Interpretationsspielraum unzulässig ausweiten.

Kühn wies vor allem im Blick auf chronisch Schizophrene darauf hin, daß „gerade bei jenen Kranken, die sich überall vordrängen und in den Mittelpunkt zu stellen suchen, (...) sich der seelische Kontaktverlust häufig viel eindrucksvoller als bei denen, die sich von der Umwelt abkapseln“, erweist. „Trotz aller Betriebsamkeit, trotz aller Versuche, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und eine soziale Aktivität zu entfalten, bleiben sie im Grunde allein“ (Kühn).

Aber gerade das psychodynamische Konzept der sog. „double-bind“ Situation bzw. der „Pseudogemeinschaft“ als Kommunikationsschema der Familienbeziehungen der Schizophrenen (Bateson *et al.*, Wynne *et al.*) läßt die Frage nach erlebter Einsamkeit bzw. Isolierung und der Kontaktbereitschaft und -möglichkeit erneut stellen.

Die Depressiven hingegen erleben gerade infolge ihrer erhaltenen, aber nicht aktualisierbaren Ichstrukturen (Bürger-Prinz u. Schorsch, Petrilowitsch u. Baer) ihre Vereinsamung und ihr „Auf-sich-selbst-zurückgeworfen-Sein“ so intensiv wie keine anderen Kranken (Battegay). In ihrer „absoluten Abkapselung von der Umwelt“ und ihrem „inneren Hieronymusdasein“, um mit W. Klages zu sprechen, bleiben sie trotz aller Anstrengung verschlossen (Lauter) und auf sich selbst verwiesen (Janzarik), so daß der „Sog der innerseelisch quälenden Vorgänge“ das

Interesse an den äußeren Eindrücken ganz zurücktreten läßt (Weitbrecht n. Kranz). Das Leiden der Depressiven unter ihrer Einsamkeit erscheint im Hinblick auf die erhaltenen, nur qualitativ veränderten Strukturen des Selbst (Bürger-Prinz u. Schorsch) deshalb schmerzlicher und intensiver, als infolge der „dynamischen Reduktion des Wertgefüges“ (Janzarik) dieser Einsamkeit auch keinerlei positive oder kreative Aspekte mehr abgerungen werden können, sondern stattdessen das Faktum der Isolierung und Verlassenheit, des „Nicht-in-Kommunikation-treten-Könnens“, weil in ihnen alles tot und leer ist, ganz vorherrscht.

Wir möchten vermuten, daß hier auch eine der Wurzeln für die unterschiedlichen psychotherapeutischen Möglichkeiten bei Depressiven und Schizophrenen während der akuten Krankheitsphase zu suchen sein dürfte.

Literatur

- Allers, R.: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **60**, 281 (1920)
- Angst, J., Dittrich, A.: Beziehungen zwischen neuroleptischer Therapie und Persönlichkeit bei endogenen Psychosen. Vortrag am Symposium für naturwissenschaftlich-biologische Psychologie, ETH Zürich, 1969; zit. nach M. Frei
- Avenarius, R.: Über Autismus. *Nervenarzt* **44**, 234 (1973)
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. W.: Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: *Schizophrenie und Familie*, S. 11–43. Frankfurt: Theorie Suhrkamp 1970
- Battegay, R.: *Der Mensch in der Gruppe*, Bd. II, 4. Aufl. Berlin-Stuttgart-Wien: Huber 1973
- Bleuler, E.: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1911
- Bürger-Prinz, H., Schorsch, E.: Anmerkungen zum Problem des Autismus. *Nervenarzt* **40**, 454 (1969)
- Coppen, A., Metcalfe, M.: Effect of a depressive illness on MPI Scores. *Brit. J. Psychiat.* **111**, 236 (1965)
- Czernik, A., Steinmeyer, E.: Zur Frage des Einsamkeitserlebens Gesunder und Neurotiker. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **218**, 141 (1974)
- Dittrich, A.: Persönliche Mitteilung; zit. nach M. Frei
- Eysenck, H. J.: *Das Maudsley Personality Inventory*. Göttingen: Hogrefe 1963
- Faris, R. E. L.: Cultural isolation and the schizophrenic personality. *Amer. J. Soc.* **40**, 155 (1934)
- Fischer, G., Roppert, J.: Ergänzungen zu einem iterativen Verfahren der maximalen Annäherung zweier Faktorenstrukturen aneinander. *Arch. ges. Psychol.* **118**, 93 (1966)
- Frei, M.: Emotionelle Labilität und Extraversion-Introversion bei Schizophrenen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **218**, 161 (1974)
- Jaco, E. G.: The social isolation hypothesis and schizophrenia. *Amer. Soc. Rev.* **19**, 567 (1954)
- Janzarik, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Ein Beitrag zur Differentialtypologie der Wahnphänomene. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiat., Heft 86. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959
- Janzarik, W.: Die zykllothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. *Schweiz. Arch. Neurol.* **80**, 173 (1957)

- Klages, W.: Die Depression aus psychiatrischer Sicht. Wege zum Menschen **18**, 257 (1966)
- Kohn, M. L., Clausen, J. A.: Social isolation and schizophrenia. Amer. Soc. Rev. **20**, 265 (1965)
- Kranz, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Fortschr. Neurol. Psychiat. **23**, 58 (1955)
- Kranz, H.: Der Begriff des Autismus und die endogenen Psychosen. In: Psychopathologie heute, S. 61—71. Stuttgart: Thieme 1962
- Kranz, H.: Depressiver Autismus. In: Das depressive Syndrom, S. 409—414. H. Hippus u. H. Selbach, Hrsg. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969
- Kranz, H.: Diskussionsbemerkung zu den „Anmerkungen zum Begriff des Autismus“ von H. Bürger-Prinz u. E. Schorsch. Nervenarzt **41**, 560 (1970)
- Kühn, H.: Über Störungen des Sympathiefühlens bei Schizophrenen. Z. ges. Neurol. Psychiat. **174**, 418 (1942)
- Kulenkampff, C.: Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen. Nervenarzt **33**, 6 (1962)
- Lauter, H.: Selbstschilderung eines Schwermütigen. Confin. psychiat. (Basel) **4**, 45 (1961)
- Lowenthal, M. F.: Social isolation and mental illness in old age. Amer. Soc. Rev. **29**, 54 (1964)
- Mittelsten-Scheid, D.: Die Messung der Depression mit Hilfe von Fragebogen. Diss., München 1969
- Petrilowitsch, N., Baer, R.: Zylothymie (1964—1969). Fortschr. Neurol. Psychiat. **38**, 601 (1970)
- Schneider, H.: Über den Autismus. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1964
- Überla, K.: Faktorenanalyse. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1971
- Weinberg, K. S.: The relevance of the forms of isolation to schizophrenia. Int. J. soc. Psychiat. **13**, 33 (1966/67)
- Weitbrecht, H. J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. **20**, 247 (1952)
- Weitbrecht, H. J.: Offene Probleme bei affektiven Psychosen. Nervenarzt **24**, 187 (1953)
- Winer, B. J.: Statistical principles in experimental design. London-New York: McGraw Hill 1965
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., Hirsch, St. J.: Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: Schizophrenie und Familie, S. 44—80. Frankfurt: Theorie Suhrkamp 1970
- v. Zerssen, D., Koeller, D.-M., Rey, E.-R.: Die praemorbidie Persönlichkeit von endogen Depressiven. Confin. psychiat. (Basel) **13**, 156 (1970)

Dr. med. Adelheid Czernik
Dipl.-Psych. Dr. phil. Eckhard Steinmeyer
Abteilung Psychiatrie
der Medizinischen Fakultät
der RWTH Aachen
D-5100 Aachen, Goethestr. 27/29
Bundesrepublik Deutschland