

Studienerfolg und Krankheitsverlauf schizophrener Studenten

Ergebnisse einer schriftlichen Katamnese

J. Gestrich und J. Stief

Universitäts-Nervenklinik Tübingen, Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik (Direktor: Prof. Dr. H. Heimann), Tübingen, Bundesrepublik Deutschland

Success in Studies and Course of Illness in Regard to Schizophrenic Students

Summary. When treating schizophrenic students, the problem of whether the student ought to continue his studies frequently arises. To obtain a basis for criteria, a written questionnaire was sent to students who were treated as in-patients at the Universitäts-Nervenklinik in Tübingen between 1972 and 1978. By means of these questionnaires, details were obtained about progress of the patients' studies and illness. Of the 122 students approached, post-treatment information was submitted for 80.3%. Of these, two-fifths had discontinued their studies and one-fifth had completed them, were still studying, or had committed suicide. The difference between those who had completed their studies and those who had discontinued them could be attributed to a more favorable course of illness, as far as clinical criteria are concerned, with a more acute beginning to the illness, shorter in-patient treatment, and a more episodic course. The horrifyingly frequent cases of suicide seem to be less often a psychotic symptom than a reaction to the effects of the illness experienced by the patient that influence his ability to make contact and his studies. Students are particularly affected by schizophrenia, since the cognitive disturbances connected with this illness have a much greater effect on their work than on work of a less intellectual kind. Criteria for the indication of discontinuing studies and ideas on treatment and suicide prophylactic are developed from the above results and from clinical experience with schizophrenic students.

Key words: Schizophrenia – Students – Success in studies – Prognosis – Suicide

Zusammenfassung. In der Behandlung schizophrener Studenten taucht häufig die Frage auf, ob eine Fortsetzung des Studiums sinnvoll ist. Um Grundlagen für die Entscheidung dieser Frage zu erhalten, wurde bei schizophrenen

Sonderdruckanforderungen an: Dr. J. Gestrich, Universitäts-Nervenklinik, Osianderstr. 22, D-7400 Tübingen, Bundesrepublik Deutschland

Studenten, die zwischen 1972 und 1978 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen stationär behandelt worden waren, eine schriftliche Umfrage durchgeführt und Angaben zum weiteren Studien- und Krankheitsverlauf eingeholt. Von 80,3% der 122 angeschriebenen Studenten liegen Katamnesen vor. Zwei Fünftel davon hatten das Studium inzwischen abgebrochen, je ca. $\frac{1}{5}$ hatte es abgeschlossen oder befand sich noch im Studium oder hatte sich suizidiert. Die Abschießer unterschieden sich von den Abbrechern durch einen nach klinischen Kriterien günstigeren Krankheitsverlauf mit akuterem Beginn der Erkrankung, kürzeren stationären Aufenthalten und mehr episodischen Verläufen. Die erschreckend vielen Suicide schienen weniger oft ein akutes psychotisches Symptom zu sein als eine Reaktion auf die erlebten negativen Auswirkungen der Krankheit auf Kontaktfähigkeit und Studium. Studenten sind durch die Schizophrenie besonders beeinträchtigt, da sich die mit der Krankheit verbundenen kognitiven Störungen auf die Art ihrer Tätigkeit stärker auswirken als auf weniger intellektuelle Arbeit. Aus den Resultaten und der klinischen Erfahrung mit schizophrenen Studenten werden Kriterien zur Indikation des Studienabbruchs abgeleitet und Gedanken zur Behandlung und Suicidprophylaxe entwickelt.

Schlüsselwörter: Schizophrenie – Studenten – Studienerfolg – Prognose – Suicid

Einleitung

An Schizophrenie erkrankte Studenten geben in der Behandlung besondere Probleme auf. Häufig stellt sich die Frage, ob eine Fortsetzung des Studiums sinnvoll ist. Nicht selten wurde schon viele Semester ohne erkennbaren Erfolg studiert oder immer wieder das Studienfach gewechselt. Von den Betroffenen selbst geht dabei meistens ein starker Druck in Richtung Fortsetzung des Studiums aus. Die studentische Lebensweise mit der Möglichkeit, das Leistungs- und Kontaktverhalten selbst zu steuern, kommt dem Schizophrenen sehr entgegen. Die aus langen, vergeblichen Studien resultierende Enttäuschung kann aber auf Dauer nicht ohne Auswirkung auf das Selbstgefühl bleiben und auf diese Weise unter Umständen auch das Krankheitsverhalten beeinflussen.

Um die Eindrücke über eine mögliche negative Wechselwirkung von Krankheit und Studium zu objektivieren und um Kriterien zu gewinnen, die etwas über den zu erwartenden Studienerfolg aussagen, sind katamnestische Untersuchungen sinnvoll.

Wir hatten dazu ursprünglich den Plan, eine Gruppe Schizophrener, die ihr Studium erfolgreich abschließen konnten, mit einer gleichartigen, aber erfolglos studierenden Gruppe nach verschiedenen klinischen, psychologischen und psychophysiologischen Kriterien zu untersuchen und zu vergleichen. Dieser Plan mußte fallengelassen werden, da es nicht gelang, eine genügend große Gruppe untersuchungswilliger schizophrener Studienabschießer zusammenzubringen. Wir müssen uns deshalb darauf beschränken, die Ergebnisse einer schriftlichen Katamnese zum Krankheits- und Studienverlauf mitzuteilen, sie mit einigen

klinischen Variablen zu korrelieren und Überlegungen zu den speziellen Schwierigkeiten schizophrener Studenten und ihrer Behandlung anzustellen.

Im deutschsprachigen Raum berichteten lediglich Albrecht und Ziolko (1967) über 102 schizophrene Studenten, von denen bei 35 Katamnesen über einen Krankheitsverlauf von durchschnittlich 3,5 Jahren vorlagen. Von diesen 35 hatten 9 ihr Studium beendet (3 davon übten Berufe aus, die nicht ihrem Studienweg entsprachen), 8 befanden sich noch im Studium, 13 hatten das Studium abgebrochen, 4 waren gestorben, davon 3 durch Selbstmord, und 3 waren interniert. In den Vereinigten Staaten fanden Raphael und Himler (1943) in einem Resümee über eine 13jährige Tätigkeit an einem Student Health Service unter 122 Studenten mit schizophrenen und paranoiden Psychosen eine Abbrecherquote von 63,1%. Von 108 ambulant und stationär behandelten Schizophrenen, über die Kiersch und Nikelly (1966) berichteten, hatten 76% das Studium abgebrochen und 20% es abgeschlossen. Zwischen den ambulant und stationär Behandelten bestand in der Erfolgsquote kein Unterschied. Nach Ansicht der Autoren sagen die allgemeinen prognostischen Kriterien für den Verlauf der Schizophrenie auch etwas über den Studienerfolg aus. Stabile prämorbid Persönlichkeit, akuter Beginn des einzelnen Krankheitsschubs und rasche Remissionen korrelierten mit erfolgreichem Studium. Die Schizophrenen studierten durchschnittlich länger, wechselten häufig das Studienfach und schnitten in den Prüfungen schlechter ab als nichtschizophrene Studenten. Günstiger war der Verlauf bei den 35 Studenten von Carmen (1965), von denen 60% ihr Studium abschließen konnten, allerdings nur 15% zeitgerecht. Auch hier korrelierten akuter Beginn der Psychose mit besserem Studienverlauf. Defries und Grothe (1978) untersuchten Studenten mit Schizophrenie oder Borderline-Störungen, die ihr Studium mit gutem oder sehr gutem Erfolg abgeschlossen hatten. Sie fanden, daß diese Gruppe ihre Mißerfolge und Angst in den zwischenmenschlichen Beziehungen mit ihren guten Studienerfolgen ausgleichen konnten und damit kompensiert blieben.

Methoden

An alle zwischen 1967 und 1978 in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen stationär behandelte Studenten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 295.0 bis 295.9) wurde ein Fragebogen geschickt mit Fragen zum weiteren Verlauf der Krankheit seit der letzten Klinikentlassung (stationäre und ambulante Behandlungen), zum Verlauf des Studiums (Abschluß, Abbruch, Wechsel, anderweitige Ausbildungen, Art der früher und derzeit ausgeführten Tätigkeiten) und zum jetzigen Befinden. Für persönliche Mitteilungen wurde freier Platz gelassen, der in etwa der Hälfte der Fälle genützt wurde. Die postalische Auffindbarkeit war desto schwieriger, je länger die Behandlung zurücklag. Nachforschungen über die Einwohnermeldeämter führten manchmal weiter. Trotzdem wurde für die Jahre 1967 bis 1971 eine Rücklaufquote von lediglich 55% erzielt. Für die Jahre 1972 bis 1978 betrug sie 80,5%. Wir beschränkten uns deshalb auf die Auswertung des letztgenannten Zeitraumes, da die Dunkelziffer sonst zu groß und die Ergebnisse davon zu stark beeinflußt worden wären. Mit der Beschränkung auf einen kürzer zurückliegenden Zeitraum wurde in Kauf genommen, daß ein Teil der Studenten ihr Studium noch nicht abgeschlossen haben konnte und eine sichere Aussage über den Studienerfolg deshalb nicht möglich war. Wie sich zeigte, ist die dadurch entstandene Unschärfe aber kleiner als vermutet. Die Katamnesen wurden zwischen Januar und April 1979 erhoben.

Ergebnisse

1. Von 1967 bis 1978 wurden 167 Studenten wegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis stationär behandelt, davon 122 zwischen 1972 und 1978. Die jährlichen Aufnahmezahlen nahmen parallel zu den von rund 11000 Studenten 1967 auf 19000 im Jahre 1978 angewachsenen Studentenzahlen an der Universität zu. Die Anzahl der weiblichen Kranken entsprach mit rund 35% dem Anteil der Studentinnen an der Universität. Naturwissenschaftliche Fächer und Medizin wurden von den schizophrenen Studenten etwa halb so häufig studiert wie von den gesunden, Philologie, Jura und Sonderfächer dagegen etwas häufiger.

2. Von den 122 schizophrenen Studenten der Jahre 1972 bis 1978 konnten in 98 Fällen *Katamnesen* erlangt werden. Die Ergebnisse hinsichtlich des Studienverlaufes zeigt Abb. 1. Rund $\frac{2}{5}$ hat das Studium abgebrochen und jeweils etwa $\frac{1}{5}$ konnte das Studium abschließen, befand sich noch im Studium oder hatte sich suiciidiert. Die Suicidquote überstieg die Erwartungen weit.

3. Tabelle 1 zeigt die *Studienerfolge* bezogen auf die einzelnen *Fachrichtungen*. Die Zahlen sind zumeist zu klein, um interpretiert zu werden, auffallend ist aber die hohe Abbruch- und Suicidquote unter den Juristen, Naturwissenschaftlern und Medizinern.

4. Ein *Vergleich* (Tabelle 2) zwischen Patienten, die ihr *Studium abgebrochen* und solchen, die es *abgeschlossen* haben, ergab hinsichtlich der Art des Beginns der Erkrankung, der Dauer der Klinikaufenthalte und der gestellten Diagnosen signifikante Unterschiede. Bei Studienabbrechern begann die Krankheit häufiger schleichend und führte zu längeren Klinikaufenthalten. Die Zahl der stationären Aufenthalte war bei beiden Gruppen gleich, ebenso das Alter bei Beginn der Erkrankung. Bei beiden Gruppen wurde die paranoide Form (ICD 295.3) am häufigsten diagnostiziert, die prognostisch günstigere Diagnose „akute schizophrene Episode“ (295.4) wurde bei den Studienabschließern aber wesentlich häufiger gestellt.

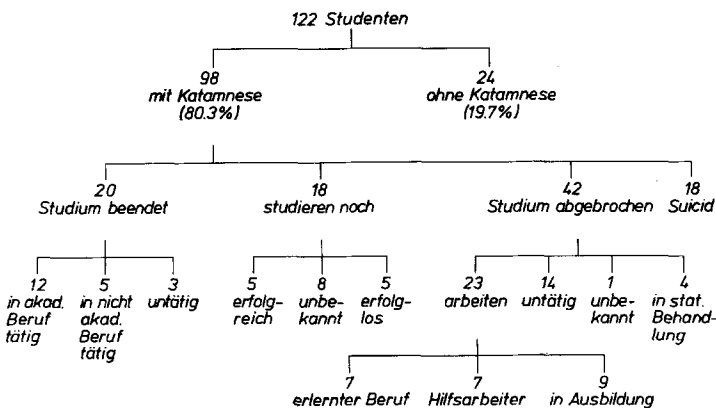


Abb. 1. Studienverlauf

Tabelle 1. Studienerfolg nach Fakultäten

	<i>n</i>	Abschluß	Noch im Studium	Abbruch	Suicid
Theologie	6	1	1	4	—
Jura	13	—	1	8	4
Medizin	7	1	1	2	3
Philologie	27	7 (3)	4	12	4
Naturwissenschaften	11	1	1	5	4
Sozial- und Verhaltens- Wissenschaften	19	7 (4)	5	4	3
Wirtschafts-Wissenschaften	8	2 (1)	—	6	—
Sonstige	7	1	5	1	—
Insgesamt	98	20 (8)	18	42	18

Zahlen in Klammern: in nichtakademischem Beruf tätig

Tabelle 2. Vergleich einiger Krankheitsvariablen zwischen Studienabschließern und -abbrechern

	Studium		
	abgeschlossen (<i>n</i> = 19)		abgebrochen (<i>n</i> = 37)
Durchschnittliches Alter bei Beginn der Krankheit	21,6 ± 4,5 Jahre	n.s.	22,5 ± 2,5 Jahre
Akuter Krankheitsbeginn bei	14 (78%) Pat.	s.*	16 (43%) Pat.
Durchschnittliche Dauer aller stationären Behandlungen im Beobachtungszeitraum	6,0 ± 3,6 Mon.	s.**	9,9 ± 7,0 Mon.
Diagnose „schizophrene Episode“ (ICD 295.4) bei	6 (32%) Pat.	s.*	3 (7%) Pat.

n.s. = nicht signifikant, s = signifikant; * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

5. Suicide

5.1. Art des Suicids

Tabletten	8
Absturz	3
Strangulation	2
vor den Zug geworfen	2
erschossen	1
Zyankali	1
unbekannt	1

5.2. Studienerfolg

Das Studium abgeschlossen hatte	1
erfolglos studierten	9
das Studium abgebrochen oder unterbrochen hatten	5
unauffällig studierten	3

Von denen, die das Studium abgebrochen oder unterbrochen hatten, waren 3 zeitweise in einem anderen Bereich tätig. Lediglich 1 hatte eine reguläre Berufsausbildung (Sekretärin) absolviert.

5.3. Von den Suiciden ereigneten sich

während der stationären Behandlung	5
während teilstationärer Behandlung	3
innerhalb von 3 Monaten nach stationärer oder teilstationärer Behandlung	8
später	2

5.4. Bei 5 der 18 Suicidanten spielten Alkohol und/oder Drogen in der Vorgeschichte eine Rolle. Eine manifeste Alkohol- oder Drogenabhängigkeit zum Zeitpunkt des Suicids bestand aber nur bei einem.

5.5. Zwischen Krankheitsbeginn und Suicid vergingen im Durchschnitt 3,4 Jahre. Im ersten Krankheitsschub suicidierte sich lediglich ein Student. Sieben der 18 waren Frauen, was dem Anteil der Studentinnen am Krankengut entspricht.

Diskussion

Zur benützten Methode ist zunächst kritisch zu bemerken, daß die Ergebnisse lediglich auf schriftlichen Angaben und nicht auf persönlicher Untersuchung der Betroffenen beruhen. Eine objektive Überprüfung war deshalb nicht möglich. An der Richtigkeit der erhaltenen Antworten haben wir trotzdem keinen Zweifel. Häufig wurden sie durch freie Mitteilungen, die dem ausgefüllten Fragebogen beigelegt waren, und in einigen Fällen auch durch Telefongespräche untermauert. In etwa 10% der Fälle lagen Angaben von Angehörigen vor. Rund $\frac{1}{5}$ der Patienten war einem der Verfasser persönlich bekannt.

Die Ergebnisse spiegeln den Zustand zum Zeitpunkt der Katamnesenerhebung wieder. Zu dieser Zeit erfolglos Studierende können später doch noch das Studienziel erreichen, scheinbar Erfolgreiche scheitern. Untätige können sich in einem anderen Beruf stabilisieren, Berufstätige berufsunfähig werden. Weitere Suicide sind möglich. 18% der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch im Studium. An der Richtung unserer Ergebnisse wird sich aber wahrscheinlich nichts Entscheidendes ändern. Unsere Erfolgs- und Abbruchquoten stimmen auch mit dem größten Teil der in der Literatur mitgeteilten Zahlen überein, wo über Abbrüche in 50 bis 76% der untersuchten Fälle berichtet wird.

Lediglich Carmen (1965) beobachtete an der Harvard University mit 60% Studienabschließern bessere Verläufe. Ihr untersuchtes Kollektiv war mit 35 Studenten allerdings kleiner als das der übrigen Autoren. Endgültiges über den Verlauf bei unserer Patientengruppe kann dann gesagt werden, wenn das gleiche Kollektiv in ca. 4–5 Jahren erneut untersucht sein wird.

Von knapp 20% unserer Ausgangsgruppe liegen keine Katamnesen vor. Nach Rutter (1977) sind die *Non-responders* in den meisten epidemiologischen und follow up-Untersuchungen die gestörteren Patienten bzw. Kranke mit ungünstigerem Krankheitsverlauf. Dies dürfte auch für unsere Gruppe gelten. Immatrikulierte Studenten oder Berufstätige dürften postalisch leichter auffindbar sein als Arbeitslose und Studenten mit abgebrochenem Studium. Unter Einbeziehung der Dunkelziffer wird unsere Bilanz sich also eher noch verschlechtern. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, daß sich unter den Non-responders weitere Suicidfälle befinden.

Einige für den Verlauf der Krankheit *prognostisch günstige Faktoren*, nämlich akuter Beginn, kurzer stationärer Aufenthalt und episodischer Krankheitsverlauf, korrelierten mit besserem Studienerfolg, was nicht verwundert. Die neuere Verlaufsforschung hat neben solchen krankheitsbezogenen Merkmalen die Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren als prognostische Kriterien hervorgehoben (Bleuler 1972; Ciompi und Müller 1976; Strauss und Carpenter 1978; WHO 1979). Gute soziale Integration und Anpassung in persönlicher wie beruflicher Hinsicht vor Ausbruch der Krankheit, guter Realitätsbezug und vorhandene Ich-Stärke sind danach die besten Prädiktoren für einen günstigen Verlauf der Krankheit. Mit unserer Methode können wir zu diesen Faktoren keine Aussage machen. Auch zur für den Studienerfolg sicher wichtigen Frage der Intelligenz kann nichts gesagt werden, da keine systematischen Untersuchungen in dieser Hinsicht erfolgt sind. Aus der Kenntnis von Einzelfällen heraus meinen wir, daß Schizophrene eine eher bessere intellektuelle Veranlagung benötigen als Gesunde, um trotz Krankheit das Studienziel zu erreichen.

Die *Suicidrate* übersteigt die bisher für Schizophrenie publizierten Zahlen stark. Bleuler (1972) fand bei mindestens 23jähriger Beobachtungszeit Suicide bei 4,3% seiner Patienten, Huber et al. (1979) bei durchschnittlich 22jähriger Beobachtungszeit ebenfalls bei 4,3%. In durchschnittlich 35jähriger Verlaufsbeobachtung betrug die Suicidrate bei Ciompi und Müller (1976) nur 1,3%, diese Zahl wird aber durch viele unbekannte Todesursachen bei ihren Fällen relativiert. In unserem Krankengut beträgt die Suicidquote bei durchschnittlich nur 3jähriger Verlaufsbeobachtung knapp 19%. Die meisten Selbstmorde ereigneten sich während oder kurz nach stationärer oder teilstationärer Behandlung. Der Aufklärung der den Suiciden zugrunde liegenden Motive galt unsere gesteigerte Bemühung. Bekanntlich stößt man hier aber bei noch so genauer Kenntnis von Person, Krankheit und Suicidumständen an Grenzen. Mit dem, was wir aus den Krankengeschichten, von den behandelnden Ärzten und von Angehörigen über die Hintergründe der Selbstmorde in Erfahrung bringen konnten und in einigen Fällen aus eigener Kenntnis der Verläufe wissen, lassen sich deswegen nur einige qualitative, statistisch nicht abstützbare Äußerungen machen.

Den meisten Suicidhandlungen schienen einfühlbare Motive zugrunde zu liegen. Grundlage der Suicidalität bildeten häufig das Gefühl, so nicht mehr weiter

leben zu können und zu wollen, und die fehlende Hoffnung, selbst oder mit fremder Hilfe an der Situation etwas ändern zu können. Als unerträglich wurden dabei vor allem zwei Umstände erlebt: Isolation und unbefriedigende Partnerbeziehungen zum einen, Erfolglosigkeit im Studium zum anderen. Die Gesunden zur Verfügung stehende Möglichkeit, Mißerfolge auf einem dieser beiden Gebiete durch Erfolge auf dem anderen auszugleichen, fehlt den Schizophrenen häufig. Hält der Zustand des fehlenden Erfolgserlebnisses in der Bewältigung dieser beiden altersspezifischen Aufgaben an, und entsteht beim Patienten der Eindruck, daß sich daran auch durch Behandlung in für ihn absehbarer Zeit nichts Entscheidendes ändern wird, kann es zur Krise kommen. Suicidale Impulse treten darum gerne dann auf, wenn nach längerer stationärer oder teilstationärer Behandlung eine Verlegung in eine andere Institution, z. B. eine Rehabilitationseinrichtung, ins Auge gefaßt wird. Patienten mit schlechtem Realitätsbezug und latenten oder manifesten Größenideen erleben die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit schwerer und sind deswegen gefährdeter. Liegen noch psychotische Symptome vor oder besteht ein Residualzustand, können zu großer sozialtherapeutischer Aktivismus, aber auch ein zu intensives psychotherapeutisches Engagement zur Angst, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, und zu Schuldgefühlen, trotz aller Bemühung des Therapeuten nicht gesund zu werden, führen und Suicidimpulse heraufbeschwören. Überhöhte Anforderungen der Angehörigen hinsichtlich Kommunikation und Leistung können das gleiche Ergebnis haben.

Die meisten unserer Suicidfälle scheinen eine Reaktion auf das bewußte Erleben der Krankheit und ihrer Folgen im zwischenmenschlichen Bereich und auf dem Leistungsgebiet zu sein. Sie standen zumeist nicht am Beginn der Erkrankung, wie dies in der Literatur zum Teil angegeben wird (Gruhle 1940; Huber et al. 1979), sondern ereigneten sich durchschnittlich erst 3,4 Jahre nach Krankheitsbeginn. Auf die Suicidgefahr im späteren Krankheitsverlauf weist besonders Bleuler (1972) hin. Plötzlich auftretende Suicidimpulse paranoiden Natur, wie sie für die Schizophrenie als charakteristisch beschrieben wurden (Huber et al. 1979), scheinen bei unseren Kranken seltener aufgetreten zu sein. Die genannten Autoren meinen, ohne gleichzeitig bestehende produktiv-psychotische Symptome sei der Versuch zur Selbsttötung bei Schizophrenen selten. In unserem Krankengut trat der Suicid meist nach Abklingen der produktiven Symptome auf. Gleichwohl gab es auch bei uns Suicide, die auf paranoide Erlebnisse zurückzuführen waren, z. B. ein Student mit Christus- und Opfertodphantasien, der sich am Karfreitag tötete. Im allgemeinen scheinen uns aber weniger die direkten Krankheitssymptome zum Suicid zu führen, als die wahrgenommenen und als nicht kompensierbar erlebten Folgen der Krankheit.

Selbstmorde ereignen sich unter Studenten, bei denen sie zur häufigsten Todesursache geworden sind, generell öfter als unter der nichtstudentischen vergleichbaren Altersgruppe. Lungershausen (1968) hat dies zuerst für die Studenten in Nordrhein-Westfalen festgestellt. Er errechnete für Studenten eine Selbstmordziffer (Zahl der Suicide pro 100000) von 26,7, für Studentinnen von 12,6, die der vergleichbaren Altersgruppe in Nordrhein-Westfalen lag bei 20,3 bzw. 6,6. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Grahl (1969) für Hamburg und Friedrich (1974) für Göttingen. Kutzner und Munding (1979), die das Selbstmordproblem bei

Studenten in Tübingen untersuchten, verzichteten wegen der großen und nicht aufhellbaren Dunkelziffer auf die Errechnung einer Selbstmordziffer, aus den mitgeteilten absoluten Zahlen lassen sich aber ähnlich erhöhte Werte ableiten. Bei allen Untersuchungen wich die Selbstmordziffer bei den Studentinnen von der Vergleichsgruppe stärker nach oben ab als bei den Studenten. Die Erklärungsversuche wechseln je nach Standort des Untersuchers von mehr medizinischen über psychologische bis zu soziologischen Überlegungen. Lungershausen und Grahl fanden als häufigste Ursache mit 40 bzw. 38% endogene Psychosen, $\frac{1}{3}$ waren bei den Fällen von Lungershausen Schizophrene, $\frac{2}{3}$ Depressive. Bei Friedrich führen Studien- und Examensschwierigkeiten die Tabelle der Suicidmotive an, während Kutzner und Munding die besondere soziale Situation von Studenten in der heutigen Zeit in den Vordergrund stellen. Es kann davon ausgegangen werden, daß die allgemeinen studentischen Probleme von Schizophrenen schlechter bewältigt werden können.

Unsere wenig ermutigende Bilanz zeigt die *besondere Betroffenheit von Studenten* durch die Krankheit Schizophrenie. Die seit langem bekannten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen Schizophrener, die Denkstörungen mit dem „Verlust der Leitbarkeit des Denkens“ (Huber), Verschiebungen von Bedeutungsinhalten und Symbolgehalten berühren Geistesarbeiter wesentlich stärker als z. B. vorwiegend manuell Tätige. Durch die Ergebnisse der moderneren psychopathologischen und psychophysiologischen Forschung wurde diese besondere Betroffenheit verdeutlicht und zum Teil objektiviert. Süllwold (1977) formulierte sogenannte uncharakteristische Basisstörungen, die durch Selbsteinschätzung Schizophrener gewonnen wurden. Sie setzen sich zusammen aus Störungen der expressiven und rezeptiven Sprache, „kleinen“ Wahrnehmungsstörungen, Verlust automatisierter Fertigkeiten, Gedankeninterferenzen, sensorischen Störungen, angedeuteter Wahnstimmung und durchdringender Unlust. Experimentell festgestellte kognitive Störungen führten u. a. zur Hypothese des gestörten selektiven Filtermechanismus mit Gefahr der Reizüberflutung (Payne et al. 1959) und zur Annahme der besonderen Schwierigkeiten Schizophrener, gerade erforderliche Erinnerungen aus dem Gedächtnis zu aktualisieren (Poljakov 1977). Hartwich (1980) wies kürzlich auf die Umlenkung der Aufmerksamkeitsrichtung bei Paranoiden und ihre Tendenzen zu Kontrastassoziationen hin. Alle diese kognitiven Störungen sind geeignet, die von Studenten besonders benötigten Fähigkeiten, neuen Wissensstoff aufzunehmen, ihn mit altem zu verbinden, Wichtiges von Unwichtigem zu scheiden und die Kenntnisse zu bestimmten Gelegenheiten bereit zu haben, zu beeinträchtigen.

Eine zweite Quelle studienbezogener Schwierigkeiten resultiert aus den *Kommunikationsstörungen* Schizophrener. Erworbenes Wissen muß mit anderen Personen ausgetauscht und an anderen überprüft werden können, wenn Einseitigkeiten und Lücken vermieden werden sollen. Im Zeitalter der Massenuniversitäten mit geringerem Kontakt zwischen Lernendem und Lehrendem wird dies noch wichtiger als zuvor. Die Möglichkeit zur Leistungskontrolle wird von schizophrenen Studenten nicht selten sorgfältig vermieden, um an der Vorstellung, erfolgreich zu studieren, ungestört festhalten zu können.

Als Ersatz für fehlende reale Objektbeziehungen kann das Studium eine narzißtische Besetzung erfahren. Das Selbstwertgefühl ist dann allein von der

Tatsache oder Fiktion abhängig, im Studium erfolgreich zu sein. Mißerfolge müssen verleugnet werden, und die realitätsgerechte Einschätzung der eigenen Lage wird immer schlechter. Schließlich muß die Kluft unter Umständen durch paranoide Größenvorstellungen überwunden werden. Ein Scheitern einzugestehen oder das Studium aufzugeben, bedeutet für solche Patienten eine schwere narzißtische Kränkung, die Depression und Suicidalität zur Folge haben kann. In solchen Fällen entzieht sich der Arzt trotz besseren Wissens nicht leicht dem Druck des Patienten zur Fortsetzung des Studiums, da er Depressionen genauso fürchtet wie sein Patient.

Trotzdem sollte in der Behandlung dann auf einen Studienabbruch hingewirkt werden, wenn folgende Konstellationen bestehen:

1. Erfolgloses Studium über mehrere Semester hinweg *und*
2. schwerer Krankheitsverlauf mit klinisch ungünstiger Prognose *oder*
3. narzißtische Besetzung des Studiums mit schlechtem Realitätsbezug.

Die *Umorientierung* auf ein anderes Berufsziel braucht oft lange Zeit und setzt eine gute therapeutische Beziehung voraus. Der pure Rat, mit dem Studium aufzuhören, führt selten zu mehr als zu einer narzißtischen Kränkung. Bevor ein Student vom Studium lassen kann, müssen die Gründe, die ihn zum Festhalten daran trotz fehlenden Erfolges veranlaßten, verstanden sein. Erst nach Klärung dieser Fragen wird der Betroffene selbst in der Lage sein zu erkennen, daß eine Fortsetzung des Studiums zumindest vorderhand nicht sinnvoll ist. Damit er auch nach dieser Erkenntnis handeln kann, muß in einem zweiten Schritt geklärt werden, welche beruflichen Alternativen in Betracht kommen. Für diese rehabilitative Arbeit, ebenso wie für die Vorbereitung auf eine Wiederaufnahme des Studiums, hat sich uns die Behandlung in einer der Klinik angeschlossenen *Nachsorgeklinik* bewährt (Heimann et al., in Vorbereitung). In der dort gegebenen kleineren, alters- und krankheitsmäßig homogeneren Patientengruppe lassen sich sozio- und individualtherapeutische Maßnahmen ergo- wie psychotherapeutischer Art gezielt und dem jeweiligen aktuellen Leistungsvermögen des Patienten angepaßt anwenden. Die für eine Rehabilitation benötigten organisatorischen Kenntnisse und Beziehungen zu Arbeitgebern, Kostenträgern und Ämtern sind dort meistens auch größer als in den allgemeinen Kliniken.

Die Regel, eine zu gute Prognose sei weniger schädlich als eine zu schlechte, scheint uns im Hinblick auf den Studienerfolg nicht anwendbar zu sein. Durch zu langes, frustantes Verweilen im Studium wird wertvolle Zeit verloren. Die Patienten werden älter, verrennen sich immer mehr in Fiktionen und müssen sich die Erfolglosigkeit letztlich doch eingestehen. Manche fühlen sich oder sind dann tatsächlich zu alt für eine andere Ausbildung oder eine Lehre. Einige finden gar nicht die Kraft zum Absprung und sehen sich schließlich in einer ausweglosen Situation. Durch eine rechtzeitige Umorientierung kann somit auch ein Beitrag zur Suicidprophylaxe geleistet werden. Von unseren 18 Suicidierten befanden sich zum Zeitpunkt des Suicids $\frac{3}{4}$ in einer Studiensituation ohne erkennbare Aussicht auf Erfolg oder hatten das Studium abgebrochen, ohne anderweitig ins Berufsleben integriert gewesen zu sein. Bei den anderen Studenten betrug dieser Anteil nur etwa $\frac{1}{3}$.

Ob es nach Abbruch des Studiums und Ausbildung in einem anderen Beruf zu einer Stabilisierung mit günstigerem Krankheitsverlauf kommt, wie es den Anschein hat, muß durch weitere katamnestische Untersuchungen geklärt werden.

Literatur

- Albrecht E, Ziolkow HU (1969) Student und Psychose. In: Ziolkow HU (Hrsg) Psychische Störungen bei Studenten. Thieme, Stuttgart
- Bleuler M (1972) Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart
- Carmen LR (1965) Zit. nach: Lohrenz JG, Goldstein S (1968) Psychotic reactions in college students. *Canad Psychiat Ass J* 13:109–113
- Ciampi L, Müller C (1976) Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Defries Z, Grothe L (1978) High academic achievement in psychotic students. *Am J Psychiatry* 135:217–219
- Friedrich V (1974) Selbstmord und Selbstmordversuch unter Göttinger Studenten. In: Sperling E, Jahnke J (Hrsg) Zwischen Apathie und Protest, Bd 2. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Grahl I (1969) Todesursachen der Studierenden der Universität Hamburg in der Zeit von 1946–1966 unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordproblems. Diss Med Hamburg
- Gruhle H (1940) Selbstmord. Thieme, Leipzig
- Hartwich P (1980) Schizophrenie und Aufmerksamkeitsstörungen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Heimann H, Roesger U, Gestrich J, Schied H-W (1981) „Nachsorgeklinik“ — Erfahrungen mit einer Übergangseinrichtung für subakute und subchronische Schizophrenie. In: Heinrich H (Hrsg) Der Schizophrene außerhalb der Klinik, 4. Düsseldorfer Schizophrenie-Symposium. Huber, Bern Stuttgart Wien (in Vorbereitung)
- Huber G, Gross G, Schüttler R (1979) Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kiersch T, Nikelly A (1966) The schizophrenic in college. *Arch Gen Psychiatry* 15:54–58
- Kutzner M, Munding M (1979) Psychische Probleme Studierender. Eine Untersuchung der Hintergründe suicidalen Handlungen von Studierenden. Pädag. Diplom-Arbeit Tübingen, vervielfältigtes Manuskript
- Lungershausen E (1968) Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten. Hüthig, Heidelberg
- Payne RW, Matussek P, George E (1959) An experimental study of schizophrenic thought disorder. *J Ment Sci* 105:627–652
- Poljakov J (1977) Pathologie der Wahrnehmungsprozesse. In: Sneschnewski AW (Hrsg) Schizophrenie. Multidisziplinäre Untersuchungen. Thieme, Leipzig
- Raphael T, Himler L (1943) Schizophrenia and paranoid psychosis among college students. *Am J Psychiatry* 100:443–451
- Rutter M (1977) Prospective studies to investigate behavioral change. In: Strauss JS, Babigian HM, Roff M (eds) The origins and course of psychopathology. Plenum Press, New York London
- Strauss JS, Carpenter WT (1978) The prognosis of schizophrenia. Rationale for a multidimensional concept. *Schizophrenia Bull* 4:56–67
- Süllwold L (1977) Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- WHO (1979) Schizophrenia. An international follow-up study. World Health Organisation (ed). Wiley, Chichester