

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, Zürich  
(Direktor: Prof. Dr. med. M. BLEULER)

## „Geordnete Familienverhältnisse“ späterer Schizophrener im Lichte einer Nachuntersuchung

Von

KLAUS ERNST

(Eingegangen am 10. Dezember 1955)

### I. Fragestellung

1. *Entsprechen unsere Krankengeschichten der Wirklichkeit, wenn sie von „geordneten Familienverhältnissen“ berichten?* — Ein gewisses Unbehagen beschleicht uns gelegentlich bei der Lektüre von Anamnesen, aus denen wir den Kranken kennenlernen möchten, und von Statistiken, die auf ebensolchen Erhebungen beruhen. Wir fragen uns, wieviel vom erkennbaren Schicksal des Kranken wir im allgemeinen bei der klinischen Exploration von einem oder zwei Angehörigen zu erfahren pflegen und wieviel nicht. Unsere Frage regt also zunächst lediglich die sachliche Überprüfung bisheriger Informationen an. — Im Laufe unserer Arbeit erhebt sich aber bald ein theoretisches Problem:

2. *Welche Idee von „Ordnung“ liegt eigentlich unseren Urteilen über familiäre Verhältnisse zugrunde?* — Wir begegnen bei unseren täglichen Arbeit der Unordnung und der Verwahrlosung äußerer menschlicher Beziehungen so massenhaft, daß wir geneigt sind, einem sozial geordneten Familienleben an sich schon einen gewissen Wert beizumessen. Zwischen den Zeilen unserer Krankengeschichten verraten wir oft, daß wir — wider besseres theoretisches Wissen — soziale Ordnung und emotionale Ordnung vermengen. Genauere Familienuntersuchungen werden uns Gelegenheit zur Besinnung auf unseren Ordnungsbegriff und seine psychologische Brauchbarkeit bieten. — Die eingehende Beschäftigung mit dem Einzelfall führt uns von selber zur letzten unserer Fragen:

3. *Was bedeuten nun diese geordneten oder jene ungeordneten Verhältnisse für den Menschen, der in ihnen heranwächst — und der sie, indem er heranwächst, mitgestaltet?* — Wir sind gewohnt und wir erwarten, das Schlimme aus dem Schlimmen hervorgehen zu sehen. Gefühlsmäßig glauben wir die Entwicklung zu verstehen, die aus allgemeinem Elend ein Krankheitselend hervorwachsen läßt. Rätselhafter bleiben uns jene Fälle, wo die Geisteskrankheit aus dem heiteren Himmel der „geordneten Familienverhältnisse“ hereinzubrechen scheint. Wird auch in diesen Fällen eine gründliche Untersuchung Zusammenhänge zwischen Lebensschicksal und Krankheitsbild erkennen lassen?

## II. Ausgangsmaterial: 50 schizophrene Patientinnen

Um die erwähnte Fragestellung an einer unausgewählten Krankengruppe bearbeiten zu können, habe ich die 50 Krankengeschichten meiner schizophrenen Patientinnen, die ich vom 1. August 1953 bis zum 1. Juli 1955 als Assistenzarzt zu untersuchen hatte, durchgesehen. (Aus äußeren Gründen behandelt unsere Arbeit ausschließlich weibliche Kranke.) Bei 24 Fällen handelte es sich um Ersteintritte in unsere Klinik und daher um eigene Erhebungen der Frühanamnese. Über 16 Patientinnen bestanden bereits psychiatrische Gutachten, 8 weitere wurden von mir begutachtet. 7 mal konnten sich die Untersucher mangels kompetenter Auskunftspersonen (6 mal wegen ausländischer Herkunft und 1 mal wegen hohen Alters der Probandin) keine Ansicht über das häusliche Milieu bilden. Unter den restlichen 43 Fällen waren

15 Trinkerskinder, wovon

3 ausgesprochen brutale Väter hatten,

1 weiteres den Vater mit 15 Jahren und

2 andere die Mutter mit 8 und 13 Jahren verloren;

4 andere wurden im Kleinkindalter bzw. mit 6, 7 und 15 Jahren Scheidungswaisen. 3 davon hatten ebenfalls außerordentlich brutale Väter, während das vierte 13jährig vom Stiefvater sexuell mißbraucht wurde.

4 weitere lebten unter zerrütteten Ehen der Eltern.

Bei der letzten dieser 15 Familien ist außer einer mäßigen Trunksucht des Vaters nichts Ungünstiges bekannt. Es handelt sich somit um einen Grenzfall innerhalb der „ungeordneten“ Familien.

4 andere Probandinnen verloren die Mutter mit 6, 7, 9 und 13 Jahren, wobei das Zweitletzte seit seinem 10. Altersjahr unter der lieblosen Konkubine des Vaters aufwuchs und der Vater des Letzten als schwer schizoider Psychopath bezeichnet wurde.

1 Mutter wurde im 11. Altersjahr der Probandin vorübergehend psychiatrisch hospitalisiert; der Vater starb, als die Probandin 14jährig war.

4 Probandinnen verloren den Vater mit 1, 4, 11 und 15 Jahren (die letzte Probandin war übrigens debil und erlebte schon deswegen allerlei Zurücksetzungen).

1 Vater erkrankte zwischen dem 3. und 13. Lebensalter der Probandin an zahlreichen Schüben einer paranoiden Psychose.

1 Probandin wurde als Kleinkind Scheidungswaise.

3 Probandinnen verbrachten eine gedrückte Jugend als uneheliche Kinder.

2 Väter mußten als ausgesprochen brutale Familientyrannen bezeichnet werden.

1 Vater war untüchtig und neigte zur Verwahrlosung, so daß die milieugeschädigte Probandin seit ihrem 14. Altersjahr in Heimen erzogen werden mußte.

1 Probandin hatte unter den psychopathischen Charaktereigenschaften des sonderlingshaften Vaters und der überaktiven Mutter zu leiden.

1 Vater verwehrte aus krankhafter Eifersucht der Mutter jede Geselligkeit. Beide Eltern starben, als die Probandin 19jährig war.

1 Probandin war wegen Verarmung ihrer Familie seit ihrem 9. Altersjahr als Verdingkind untergebracht worden.

Nach Ausscheidung dieser 35 Fälle blieben 8 Probandinnen, von deren Elternhaus die Krankengeschichte nur Gutes oder dann wenigstens nichts erheblich Ungünstiges zu berichten wußte.

Um ein ungefähres Maß für die Ausgedehntheit der früheren Untersuchungen zu erhalten, stellte ich sämtliche in den Krankengeschichten erwähnten mit der Pat. verwandten Auskunftspersonen, die über die Lebensgeschichte der Probandin Bescheid wissen konnten, zusammen. Es zeigte sich dabei, daß bei den 35 „nicht Geordneten“ durchschnittlich 1,5, bei den 8 „Geordneten“ 2,0 Angehörige befragt

worden waren. Es ist also nicht anzunehmen, daß die Fälle der letzteren Kategorie ihre günstige Beurteilung einer beschränkteren Untersuchung verdanken.

Diesen 8 „unauffälligen“ Familien bin ich nun nachgegangen. Wenn immer möglich, suchte ich die Angehörigen zu Hause auf. Das Gespräch wurde mit zwei Ausnahmen unter vier Augen geführt. In der Regel hatte ich für eine Unterredung mehrere Stunden Zeit vor mir.

### III. Kasuistik: 8 nachuntersuchte Fälle

Bei der Überschrift jedes Falles wird angegeben, ob es sich um eine Erstaufnahme oder um eine früher schon in unserer Klinik untersuchte Pat. handelt. Die Auskunftspersonen sind jeweils sowohl für die ursprüngliche Krankengeschichte wie für die Nachuntersuchung vollständig erwähnt, von den schriftlichen Quellen nur diejenigen, welche sich für unsere Darstellung als wesentlich erwiesen.

In den Abschnitten „Routinekrankengeschichte“ wird dann das Milieu möglichst wörtlich nach unserer ursprünglichen Krankengeschichte beschrieben. Die spätere Geschichte der Krankheit wird nur gelegentlich kurz skizziert. Entferntere geistesranke Angehörige, die im Erleben der Probandin nicht direkt in Erscheinung traten, werden nicht erwähnt.

Anschließend fassen wir die Ergebnisse unserer Nachuntersuchung zusammen. Der beschränkte Raum, dem sich unsere Kasuistik einzupassen hat, erlaubt uns leider nicht, unsere Quellen im einzelnen anzugeben und unsere schlagwortartig gedrängten Angaben durch ausführliche Erzählungen zu belegen.

Zum Schluß versuchen wir, den Grad der Diskrepanz zwischen ursprünglicher Routinekrankengeschichte und dem Ergebnis der Nachuntersuchung zu beurteilen.

1. Fräulein *Rosa A.*, 48jährig, Buchbinderei-Hilfsarbeiterin. Paranoider Liebeswahn mit depressiven Exacerbationen seit 8 Jahren. Erstaufnahme.

*Routinekrankengeschichte:* Auskünfte beider Eltern, der besonnenen und intelligenten Kranken und einer früheren psychiatrischen Krankengeschichte.

Pat. ist als älteste von 3 Schwestern in einfachen geordneten Verhältnissen aufgewachsen. Der Vater hatte als solider Schreiner in einer größeren Fabrik sein regelmäßiges Einkommen. Die Mutter war eine tüchtige Hausfrau, die in harmonischem ehelichem Verhältnis mit dem Vater lebte. Bei uns erweckten die beiden alten Leute den Eindruck rechtschaffener und besorgter Eltern. Bis zum Ausbruch ihres Liebeswahnes führte die Pat. im Haushalt ihrer Eltern als Schattenpflanze ein unscheinbares aber nützlich-dasein.

*Nachuntersuchung* beider Eltern und beider Schwestern im Heim der Eltern:

Nachdem das Gespräch mit den Eltern und der jüngsten Schwester nichts Neues ergeben hatte, erschloß uns die mittlere Schwester plötzlich wie durch eine Luke in der harmonisch strukturierten Fassade hindurch den Einblick in ein Familiendrama: der Vater führte das Regiment seit jeher als ein ungemein brutaler Tyrann. Gegenüber der ursprünglich heiteren Mutter sei er aus grundloser Eifersucht oft tätlich geworden und habe so mit der Zeit jede Lebensfreude in ihr abgetötet. Die Pat. pflegte er schon im Vorschulalter nicht nur häufig zu verprügeln, sondern auch mit dem Schuh meterweit von sich zu schleudern. Eine andere Schwester prügelte er bis zu ihrem 25. Altersjahr jeweils massiv, wenn sie nach 9 Uhr abends heimkam. Wegen ihres ihm nicht genehmen Ehemannes verstieß er sie dann aus dem Haus. Die Mutter spielte bei alledem eine duldende Rolle. Die zarte Pat. jedoch stellte sich im Familienstreit später als getreue Vasallin auf die Seite des Vaters, unterstützte ihn konsequent in seiner asketischen Haltung sich selber gegenüber und stemmte sich jahrzehntelang mit ihm gegen alle Lebensansprüche von Mutter und Schwestern. — Während der Vater in seinen späteren Jahren eine wohlthuende Altersmilde

erwarb, verhärtete sich die innerlich vereinsamende Pat. in einer immer unduld-sameren Haltung gegen sich und ihre weiblichen Angehörigen.

Die heutige Einstellung der Pat. zu ihrer Familie wird aus ihrem verzehrenden Heimweh deutlich, welches sie aus einem günstigen Familienpflegeplatz nach einer Woche zu Fuß nach Hause trieb. Als ich sie nachträglich gezielt befragen konnte, erzählte sie mir noch folgende Episode als eine ihrer frühesten Kindheits-erinnerungen: sie habe einmal beim Spielen mit den Buben die Hosen herunter-gelassen. Darauf habe ihr der Vater mit einem Stecken die Finger so zerschlagen, daß die Mutter ihr beide Hände verbinden mußte. Fast im selben Atemzug ver-sicherte mir die Pat. spontan, indem sie über ihre schuldhaft Vernachlässigung des Wahngeliebten jammerte: sie habe eine schöne und glückliche Jugend verlebt.

Die Korrektur, die wir an unserer ursprünglichen Krankengeschichte anzu-bringen haben, ist denbar groß.

2. Frau *Martha B.*, 47jährig, Hausfrau. Chron. Paranoid seit 2 Jahren. 6. An-staltsaufnahme.

*Routinekrankengeschichte*: Auskünfte durch Schwester, Ehemann und die völlig besonnene Pat. Krankengeschichte eines privaten Nervensanatoriums sowie Interruptions- und Sterilisationsgutachten unserer Poliklinik.

Pat. ist das älteste von 3 Kindern eines lieben fürsorglichen Vaters, der als tüchtiger Fabriksschlosser seine Familie ernährte. Die Mutter war eine fröhliche, fähige und liebe Hausfrau, die in einem schönen Verhältnis mit ihrem Gatten lebte. Pat. zeigte schon als Kind Neigung zum „Hausmütterchen“.

*Nachuntersuchung* beider Eltern und beider Geschwister sowie des Ehemannes und einer Tante väterlicherseits in der Klinik. Auswärtiges psychiatrisches Gut-achten über den schizophrenen Bruder der Pat.

Der Vater opfert der Ehe Aufstiegsmöglichkeiten und Pionierpläne und ent-wickelt sich zum verbitterten Familientyrannen, der die Mutter mit unsinniger Eifersucht plagt. Die Mutter ihrerseits hat in ungewohnt beschränkte Verhältnisse hineingeheiratet und wird eine unpraktische Hausfrau, die den Haushalt bis zur Fürsorgebedürftigkeit herunterwirtschaftet. — Während der Schwangerschaft mit der Pat. versucht die Mutter, einen Abort herbeizuführen und erzählt dies später den Kindern. — Den tüchtigen, aber in seinem Ehrgeiz geknickten Vater sieht man nie lachen. Oft prügelt er alle 3 Kinder, „um das Richtige sicher zu erwischen“. Zwar versucht er mit Eifer und Liebe, der Lehrer und Förderer seiner Kinder zu sein. Rückblickend berichtet jedoch der intelligente aber düstere Mann kopfschüttelnd: „alle 3 Kinder gaben sich außer Haus freier als daheim. Wenn ich ihnen zuschaute, hörten sie sofort auf mit Spielen oder Singen. Ich habe das öfters empfunden, aber ich konnte nicht machen, daß es anders wurde.“ — Unsere Pat. hat er noch als Erwachsene „abgeschwartet“, als sie einmal nach 9 Uhr abends heimkehrte. Später zwang er sie zur Ehescheidung und nahm ihr Töchterchen zu sich, indem er es als „sein 4. Kind“ erzog und liebte. Die Pat. beugte sich der gewaltigen väterlichen Herrschaft vorbehaltlos und lebenslang. Übermächtig ist der gedrückte und drük-kende Mann weniger durch die Furcht, die seine Schläge, als durch die Angst, die seine Depressionen einflößen.

So lebte die Pat. ihm gegenüber in der angstvollen Ambivalenz zwischen Auf-lehnung und Mitleid. Heute tragen die verfolgenden und behütenden Mächte des Wahnes vom Teufel bis zu Gott in tausend Varianten die Züge des Vaters. Den verhinderten Drang in die Weite und die Sehnsucht nach einem paradiesischen Heimwesen teilt die Tochter mit dem Vater.

Die Diskrepanz der Nachuntersuchung zur ursprünglichen Krankengeschichte ist wiederum denkbar groß.

3. Fräulein *Doris C.*, 26jährig, Telegraphistin. Akute katatone Verschlimmerung einer chronischen paranoiden Entwicklung seit 3 Jahren. Erstaufnahme.

*Routinekrankengeschichte:* Auskünfte der wenig intelligenten Mutter und spärliche Angaben der negativistischen Pat.

Pat. ist als jüngstes von 3 Kindern eines tüchtigen Berufsschauffeurs aufgewachsen. Die Ehe der Eltern wird als ausgesprochen harmonisch bezeichnet. Die Geschwister entwickelten sich unauffällig. Die Pat. war seit jeher ein scheues und eigensinniges Kind. Seit der Pubertät hing sie fanatisch weltfremden künstlerischen Plänen nach. Im Anschluß an einen artefziellen Abort begann sich die Psychose durch zunehmende Verschrobenheit, Steifigkeit und hypochondrische Onanieangst anzukündigen. Schließlich kam die Pat. wegen eines Liebeswahns und Davonlaufens zu uns.

*Nachuntersuchung* der Mutter zu Hause, des Vaters und der Mutterschwester in der Klinik. Die Brüder verweigerten die Auskunft. Auswärtige psychiatrische Krankengeschichte über eine spätere Hospitalisation der Pat.

Seit den frühesten Jahren spielt sich ein zermürender Kampf ab zwischen der intellektuell unterbegabten, aber häuslich tüchtigen Mutter und der intelligenten, nach geistiger Unabhängigkeit strebenden, allem Häuslichen abholden Tochter. Der Zwist dreht sich um die verweigerte Mithilfe im Haushalt und wird teils durch grobe gegenseitige Beschimpfungen, teils in erbittertem Schweigen ausgetragen. Die dem verbissenen Widerstand ihres Kindes gegenüber ohnmächtige Mutter vermag sich immerhin durch ständiges aufreizendes Moralisieren zu rächen. — Auch in der Entwicklung der beiden älteren Brüder der Pat. treten Schwierigkeiten auf. Nur in jahrelangem aufreibendem Kampf gelingt es der Mutter, „ihren Kindern die ungesunden Träume auszutreiben“, nämlich der Tochter die Ballettschule, dem einen Sohn die drohende Haltlosigkeit und dem anderen den Kommunismus. Zurück bleiben eine sonderlingshafte Tochter und 2 mißlaunige Söhne. — Ein weicher und passiver Vater steht ratlos außerhalb dieser haßerfüllten Fehden. Die Mutter beklagt sich heute bitter über das Fehlen jeder Hilfe von seiner Seite: „er wollte immer nur seine Ruhe haben, eingesetzt hat er sich nie.“

Präpsychotische Versuche der Pat., dem Elternhaus durch Reisen ins Ausland und sexuelle Haltlosigkeit zu entfliehen, endeten mit demütigender Heimkehr und mit kriminelltem Abort. In der Psychose schlug und würgte die Pat. ihre Mutter auf gefährliche Art. Dennoch will sie heute nur noch zu Hause sein. Trotzig wirft sie hin: „die Eltern haben mich ja auf die Welt gestellt, also sollen sie mich auch haben.“

Die verbitterte aber streng religiöse Mutter findet in dem Glauben eine gewisse Befriedigung, daß ihre ungeratene Tochter wegen ihres artefziellen Abortes, mehr freilich noch wegen ihres Ungehorsams, von Gott bestraft worden sei und deshalb „einen bösen Geist aufgelesen habe“.

Die Diskrepanz zur ursprünglichen Krankengeschichte ist sehr groß.

4. Fräulein *Jeanne D.*, 39jährig, Bildhauerin. Chron. paranoide Schizophrenie mit Liebes- und Abstammungswahn seit 8 Jahren. Erstaufnahme.

*Routinekrankengeschichte:* Angaben der Mutter und des Bruders. Die spärlichen Aussagen der negativistischen Pat. sind nicht zu verwerten. 2 frühere psychiatrische Krankengeschichten und Bevormundungsgutachten unserer Anstalt.

Der Vater, Sohn eines trunksüchtigen Kaufmanns, war ein begüterter und berufstüchtiger Ingenieur in leitender Stellung. Er starb unerwartet, als die Pat. 23jährig war. Die Mutter stammt aus einer angesehenen ausländischen Kaufmannsfamilie. Der 5 Jahre ältere Bruder soll nach unbestimmten Angaben einer früheren Krankengeschichte in der Schule Erziehungsschwierigkeiten bereitet haben und später wegen eines Deliktes aus der Armee ausgeschlossen worden sein. Nach seiner

Heirat hat er sich jedoch als Elektrotechniker ausgezeichnet bewährt. Die Pat., die seit dem 4. Altersjahr an einem rezidivierenden Gesichtsektzem leidet, zeigte seit früher Jugend ein kontaktarmes Wesen. Später genoß sie eine ausgezeichnete künstlerische Ausbildung. Nach dem Tode des Vaters lebte sie mit ihrer Mutter zusammen in einem schönen Verhältnis bis zum Ausbruch der Psychose.

*Nachuntersuchung* der Mutter in ihrem Haus und des Bruders in der Klinik. Telephonische Auskunft einer Psychotherapeutin, bei der Pat. vor dem Ausbruch der Psychose in Behandlung war.

Der einsilbige Vater nimmt kaum am Familienleben teil. Stundenlang zieht er sich ins Badezimmer zurück um dort halblaut vor sich hinzuschimpfen und zu -lachen. Durch sein depressives Abseitsstehen bringt er die ursprünglich frohmütige Mutter zum „Schweigen und Dulden“. — Der ältere Bruder soll die Pat. schon blau geschlagen haben, als sie noch in der Wiege lag. Im Schulalter muß er seiner Diebereien wegen einer Anstaltserziehung zugeführt werden. Die Pat. dagegen wird ein feines stilles Blumenwesen. — Die Entdeckung einer incestuösen Spielerei der Kinder steigert die Triebangst und Degenerationsfurcht der Mutter bis zu einer latenten Katastrophenstimmung. Wörtlich bekennt die innerlich gebrochene Frau: „es gibt Dinge, die eine Mutter nie, nie verwinden kann“. — Später versucht die begabte Pat. mit Inbrunst, ihr Leben einer ätherischen Kunstwelt zu widmen. Die Mutter unterstützt sie auf diesem Weg und schildert ihre Beziehung zur erwachsenen Tochter als vollkommene Harmonie. Die Psychotherapeutin glaubt eher, sich an eine affektive Fesselung der Tochter durch die Mutter zu erinnern.

In der Psychose beschimpft die Pat. die Mutter bzw. ihre wahnhaftige Pflegemutter oft mit den gröbsten sexuellen Ausdrücken. In anderen Zeiten überhäuft sie die Mutter in rührender Weise mit allerlei Geschenken. Ihren „wirklichen“ Vater aber sucht sie auf Fugue-artigen Reisen im Ausland.

Unsere ursprüngliche Krankengeschichte vermag nur auf unklare spätere Konflikte zwischen Bruder und Mutter hinzuweisen. In Wirklichkeit war schon die scheinbar unbehelligte Kindheit der Pat. schwersten emotionellen Belastungen ausgesetzt. Deshalb betrachten wir die Diskrepanz der Nachuntersuchung zur ursprünglichen Krankengeschichte als sehr groß.

5. Fräulein *Marlies E.*, 27jährig, Verkäuferin. Wellenförmig verlaufende Hebephrenie seit dem 16. Altersjahr. 15. Klinikaufnahme.

*Routinekrankengeschichte:* Angaben beider Eltern und der Schwester. Die Aussagen der Pat. sind zerfahren und widersprechend.

Pat. ist als jüngstes von 3 Kindern eines berufstätigen Heizers in einfachen und geordneten Verhältnissen aufgewachsen. Der Vater wird uns von der Mutter als etwas schwernehmerischer Mann geschildert. Bei uns machte er einen ausgesprochen sympathischen Eindruck. Die Pat. war ein liebes und folgsames Kind und entwickelte sich unauffällig bis zum Ausbruch der Psychose.

*Nachuntersuchung* beider Eltern und beider Geschwister je in ihrem Heim. Zusätzliche Auskünfte durch die Hausärztin.

Beide Eltern sind Trinkerskinder. Der Vater erlebt sein Schicksal als eine Kette von Mißerfolgen und ungerechten Zurücksetzungen, die ihm den sozialen Aufstieg verunmöglichten. Seine Intelligenz ist zweifellos überdurchschnittlich, aber verbunden mit Grübelsucht und Skrupelhaftigkeit. Besonders fällt seine Gewohnheit auf, sich dauernd vor sich und dem Gesprächspartner in gequälter und gewundener Rede zu rechtfertigen. Er berichtet, daß er schon seit jeher an schweren depressiven Verstimmungen mit Lebensüberdruß gelitten habe. Außerdem habe ihn die sexuelle Frigidität seiner Frau immer wieder verstimmt. Aus all diesen Gründen habe er gelegentlich zu viel getrunken, was er sich heute vorwerfe. — Die Mutter ist eine abgearbeitet wirkende Asthenica. Sie mußte ihren Verlobten wegen der eintretenden

Schwangerschaft vorzeitig heiraten. Die letzte Schwangerschaft, diejenige mit der Pat., kam ihr unerwünscht, sie fand sich aber nachträglich damit ab. — Die Pat. sei als Säugling bis zu 9 Monaten ganz außerordentlich unruhig gewesen, habe nachts lang derart geschrien, daß die Mutter oft meinte, „es werde von jemandem geplagt“. „Die Kleine war damals richtig böse“ meint der Vater. — Später zog sich die Pat. hinter eine sanftmütige Maske zurück. Die Geschwister spürten aber nicht ohne Ressentiment ihr heimliches Streben, „etwas Besonderes zu werden“.

Alle Angehörigen erwähnten übereinstimmend den Ausruf der Pat. beim Ausbruch der Psychose in der Fremde: „lieber sterben als wieder heimgen“. — Als ich die Pat. zur Zeit ihres zum Defekt remittierten Habitualzustandes in ihrem Familienkreise sah, pflegte sie sich auf die freundlich-abgedroschenen Ermahnungen ihrer Eltern hin jeweils enerviert auf die Lippen zu beißen, um nachher ihre guten Heilungsvorsätze selber in noch lehrhaftere Worte zu kleiden.

Die Diskrepanz zur ursprünglichen Krankengeschichte erscheint uns wiederum als sehr groß.

6. Fräulein *Josephine F.*, 37jährig, Damenschneiderin. Schizophrener Abstammungswahn seit 1940. 5. Anstaltsaufnahme.

*Routinekrankengeschichte*: Angaben der Mutter und der besonnenen Pat.

Die Pat. ist als jüngstes von 3 Kindern eines tüchtigen gelernten Arbeiters aufgewachsen. Die Angaben über das häusliche Milieu sind uneinheitlich. Da aber die negativen Schilderungen ganz überwiegend von der wahnkranken Pat. stammen, wurde bei der gemeinsamen Untersuchung die Familie als „geordnet“ bezeichnet.

*Nachuntersuchung* beider Eltern und der Schwester je in ihrem Heim und eines Vatersbruders in der Klinik. Telephonische Auskünfte einer Mutterschwester.

Der Vater ist ein auffallend kleingewachsenes buckliges Männchen, dessen durchgebildete Gesichtszüge und einsichtige Rede eine überdurchschnittliche Intelligenz verraten. Die Mutter ist durch ein schweres Jugendschicksal als uneheliches Kind hart geworden. Sie fällt ihrem Mann oft rechthaberisch ins Wort und macht wenig taktvolle Bemerkungen über seine Kleinwüchsigkeit — ein Motiv, das sich in der ganzen Familie überwertig hervordrängt. — In Abwesenheit ihres Mannes entwirft mir dann die Mutter ein düsteres Bild ihrer Ehe. Der Mann habe sie weder vor seinem eigenen tyrannischen Vater verteidigt noch habe er ihre Arbeit gewürdigt oder sie bei der Erziehung der Kinder unterstützt. Schon zu Beginn der Ehe und später noch oft machte die Frau ihm deshalb schwere Vorwürfe und dachte wiederholt an Scheidung. Sogar in Gegenwart der Kinder habe der Vater über die Mutter abschätzig sprechen können. — Die Schwester der Pat. nimmt den Vater in Schutz und hat für die Arbeitsamkeit und Exaktheit der Mutter bloß eine kühle Anerkennung. Eines Nebenverdienstes wegen habe sich die Mutter mehr als nötig den Kindern entzogen. — Während die ältere Schwester sich später geschmeidig durchzusetzen wußte ohne grob anzustoßen, vermochte die Pat. sich nur zu fügen und sich „in ihr Schneckenhaus zurückzuziehen“. — Die Geschwister der Eltern schildern uns übereinstimmend beide Eltern als geizig und rafferisch. Es habe keine Wärme in diesem ungastlichen Heim geherrscht.

Der ausbrechende Wahn kompensierte dann die frostige Wirklichkeit: besonnte Wärme und morgenländischer Reichtum umgibt den dunklen, großgewachsenen Vater. — Ihre wirklichen Eltern empfängt die heute beinahe mutistische Kranke nicht mehr.

Trotz gewisser Hinweise auf familiäre Konflikte in der alten Krankengeschichte ist die Diskrepanz zur Nachuntersuchung noch als erheblich zu bezeichnen.

7. Fräulein *Therese G.*, 39jährig, Hausangestellte. Wellenförmig zum schweren Defekt verlaufene Schizophrenie seit dem 14. Altersjahr. 3. Klinikaufnahme.

*Routinekrankengeschichte*: Angaben der Mutter und einer Schwester sowie je eines Vaters- und Muttersbruders; dazu eine frühere psychiatrische Krankengeschichte.

Von den 11 Geschwistern der Mutter waren 2 psychotisch, eines schwachsinnig. Ein Bruder der Pat. ist schwach begabt und trunksüchtig, ein anderer soll psychiatrisch begutachtet worden sein. — Pat. scheint in einfachen Verhältnissen als ältestes von 6 Kindern eines tüchtigen Försters und Zimmermanns unauffällig und ohne Schulschwierigkeiten aufgewachsen zu sein. Als Kind litt sie an Pavor nocturnus, entwickelte sich dann aber normal. Der Vater starb an einem Unfall beim Holzen im Walde, als Pat. 20jährig war.

*Nachuntersuchung* der Mutter, des Muttersbruders sowie dessen Frau und einer Schwester der Pat. je in ihrem Heim. (Die anderen Geschwister der Pat. reagierten auf unsere Anfragen nicht.) Telephonische Unterredungen mit 2 Muttersgeschwistern und einem Cousin väterlicherseits. Ferner 5 auswärtige psychiatrische Krankengeschichten über die Pat. und weitere auswärtige Krankengeschichten über einen Bruder der Pat. (Psychopathie), eine Muttersschwester (Schizophrenie) und einen Muttersbruder (katatonie-verdächtige Depression).

Die Eltern mußten infolge der Schwangerschaft der Mutter mit der Pat. verfrüht heiraten. Ein Plan des Vaters, nach Amerika auszuwandern, soll durch die Heirat zunichte geworden sein. Wie der Großvater, so trank auch der Vater zuviel und war oft brummig verstimmt. Die Ursache seiner langjährigen Invalidität war nicht ein Unfall im Walde, sondern ein Treppensturz im Rausch in der Wirtschaft. Seine Ehe mit der 20 Jahre jüngeren, wenig reinlichen Mutter wird teils als sehr schlecht, teils als mittelmäßig geschildert. — Die Mutter ist heute eine rüstige, aber offensichtlich unterbegabte Pyknika. Erbst erzählt sie uns, daß die eigensinnige Tochter schon im Schulalter mit ihrer einfachen Herkunft unzufrieden gewesen sei und etwas Besseres habe werden wollen. Ihren Vater habe sie seiner zum Teil vornehmeren Verwandtschaft wegen bedeutend mehr geachtet als die Mutter, was diese ihr nie verziehen hat.

Beim Krankheitsausbruch, der in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall des Vaters auftrat, ängstigte sich die Pat. in der katatonen Erregung wegen der dem Vater zugestoßenen Katastrophe. Dann wieder rief sie aus: „mein Vater hat mich erstochen und verkauft, und dann bin ich weit, weit heruntergefallen, deshalb bin ich nun ein Niemandskind.“ — Kürzlich klagte sie spontan, ihre Eltern hätten nicht heiraten sollen, weil sie nicht zusammenpaßten.

Die Mutter glaubt nicht so recht, daß es sich bei ihrer Tochter überhaupt um eine Krankheit handle. Sie bedauert, die faule Person nicht einfach zu Hause einsperren zu können, weil ihr kleines Heimwesen nicht mit hinreichend festen Läden versehen sei. „Wenn doch der Herr ein Einsehen hätte; so viele Gesunde, die arbeiten, müssen weggehen und so Eines bleibt am Leben.“ Immer wieder stoßen wir bei der Mutter auf eine außergewöhnlich kalte und grobschlächtige Ablehnung der Tochter, was uns in der Annahme eines früher schon bestehenden Zerwürfnisses bestärkt.

Wir finden auch hier einen erheblichen Unterschied der Nachuntersuchung gegenüber der ursprünglichen Krankengeschichte.

8. Frau *Frieda H.*, 36jährig, Hausfrau. Chronisches Paranoid seit 5 Jahren.  
2. Klinikaufnahme.

*Routinekrankengeschichte*: Angaben der Mutter, des Ehemannes und zweier früherer psychiatrischer Krankengeschichten.

Pat. ist als älteste von 7 Töchtern eines tüchtigen Bauern und einer strengen, aber fürsorglichen Mutter aufgewachsen. Der Vater starb an einer Herzkrankheit, als Pat. 22jährig war. Die familiären Verhältnisse werden als harmonisch geschildert. Präpsychotisch soll die Pat. seit jeher ein ernstes und etwas eigensinniges Wesen gezeigt haben.



*Nachuntersuchung* der Mutter und aller 6 Schwestern in der Klinik. Zusätzliche Auskünfte durch einen Arzt, bei dem Pat. vor ihrer Heirat mehrere Jahre als Hausangestellte gearbeitet hatte. (Die Kontaktnahme mit den Geschwistern der Eltern wurde uns von den Geschwistern der Pat. verboten.)

Die Eltern heirateten gegen den Willen der Großeltern und begegneten zur Zeit der ersten Lebensjahre der älteren Kinder erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, da ihnen von den Großeltern keine Unterstützung zuteil wurde. In der Folge arbeitete der Vater aber seinen Hof in die Höhe. Er war ein ruhiger Mann, der sich liebevoll mit seinen Töchtern abgab. Seine Ehe mit der tüchtig wirtschaftenden Mutter wird von allen Töchtern als völlig harmonisch geschildert. Die Pat. pflegte als älteste Tochter ihre jüngeren Schwestern mit Geschick und Umsicht zu leiten. — Ihre Heirat erfolgte dann gegen den Widerstand ihrer Familie. Und in der Tat entwickelte sich die Ehe mit dem wenig tüchtigen, wohl auch erotisch nicht gefestigten Mann unglücklich. „Wir andern Geschwister haben uns alle besser gestellt.“

Die psychotische Aggressivität der Pat. richtet sich ausschließlich gegen den Ehemann und die Kinder, während kürzere Beurlaubungen zur Mutter und zu den Geschwistern bisher zu keinen Schwierigkeiten geführt haben.

*Überblick über unsere Kasuistik*

Probandin	Ursprüngliche Krankengeschichte	Nachuntersuchung	Diskrepanz
Rosa A.	völlig geordnet	Vater tyrannisiert Mutter und Schwester brutal, Pat. unterstützt ihn darin	denkbar groß
Martha B.	völlig geordnet	Vater eifersüchtiger, fernwehgeplagter Tyrann, Mutter unfähige Hausfrau; Pat. wirft sich dem Vater restlos und dauernd.	
Doris C.	geordnet, aber wenig intelligente Mutter	Unintelligente Mutter führt aufreibenden Kampf gegen unhäusliche Pat.; Vater steht schwach und passiv daneben	sehr groß
Jeanne D.	geordnet, aber schwer erziehbarer älterer Bruder	Vater schwer depressiv-schizoid; Mutter verbreitet Resignation und Sexualangst um sich.	
Marlies E.	geordnet, aber schwernehmender Vater	Selbstunsicherer depressiver Vater findet bei kühler Mutter keine Entspannung; Pat. unerwünscht geboren.	
Josephine F.	geordnet, aber reizbarer Vater	kaltes zänkisches Heim	erheblich
Therese G.	geordnet, aber viele Psychosen in mütterlicher Ascendenz	Mußkind eines trinkenden Vaters und einer ablehnenden Mutter	
Frieda H.	völlig geordnet	Abgesehen von wirtschaftlichen Schwierigkeiten geordnet	unbedeutend

Alle Angehörigen erblicken die Ursache der Psychose im Ehemann, der als lieblos, haltlos und untüchtig bezeichnet wird.

Außer materiellen Sorgen der Eltern haben wir in der Kindheit und Jugend der Pat. keine Familienkonflikte gefunden. Wir bezeichnen daher die familiären Verhältnisse in Übereinstimmung mit unserer ursprünglichen Krankengeschichte als geordnet.

#### IV. Diskussion und Folgerungen

*Zur ersten Ausgangsfrage:* Der Zweifel, der unserer ersten Frage zugrunde lag, war berechtigt. Bei 7 von unseren 8 „geordneten“ Familien fanden wir sehr ungünstige, ja oft schlimmste emotionale Verhältnisse. Gegenüber den ursprünglichen 8 Krankengeschichten bestehen also 7 mal bedeutende Diskrepanzen, die wir in 2 Fällen als maximal, in 3 als sehr groß und in 2 als groß bezeichnen möchten. Gleichzeitig stehen wir vor dem unerwarteten Resultat, daß von 43 durch den Zufall ausgewählten schizophrenen Patientinnen im Lichte der Nachuntersuchung höchstens eine aus einigermaßen „geordneten“ Familienverhältnissen stammt.

Nun müssen sich freilich unsere Befunde ihrerseits der Kritik unterziehen. Die Frage ist naheliegend, ob wir bei unseren Darstellungen nicht das Negative aufbauschen, das Positive dagegen vernachlässigten; ob nicht eine Erwartungseinstellung unsere Befunde verfälschte. — Dieser Einwand ist nicht streng zu widerlegen. Er ist es umso weniger, je weiter wir aus dem Gebiet der sozialen in dasjenige der rein menschlichen Übelstände eindringen. Wir können diesem Verdacht nur entgegen halten, daß unsere ungünstigen Resultate unsere Erwartungen bei weitem übertrafen; und daß wir uns bemühten, dem Positiven in unseren Darstellungen ungefähr den gebührenden Platz einzuräumen. — Dabei sind auch wir noch weit davon entfernt, das Wesentliche im Leben unserer Familien einigermaßen vollständig erfaßt zu haben. Die anscheinende Geschlossenheit unserer 8 Bilder kommt wohl eher von der unwillkürlichen Abrundung unserer Darstellungen als von der Vollständigkeit unserer Einsichten her.

Auch bei Berücksichtigung aller dieser Vorbehalte differieren die Resultate der Nachuntersuchung gegenüber denjenigen der ursprünglichen klinischen Exploration enorm. Ist dies die direkte Folge des verschiedenen *Zeitaufwandes* für die Untersuchung? — Bei unseren Nachuntersuchungen sprachen wir durchschnittlich mit 4—5 Angehörigen. Die Gespräche dauerten im Mittel 1 Std (also nicht mehr als bei der Routine-Exploration), bei den wichtigsten Angehörigen allerdings etwa  $1\frac{1}{2}$  bis  $2\frac{1}{2}$  Std. Für die ursprünglichen Krankengeschichten waren durchschnittlich 2 Angehörige befragt worden — meistens aber nur eines über die frühere Lebensgeschichte. Die gesamte Untersuchungszeit war also nur gut doppelt so groß als bei der Routineuntersuchung. Diese Rechnung ist aber irreführend, weil wir bei der Nachuntersuchung von der eingehenden Erhebung der äußeren Lebensgeschichte absehen konnten. Ziehen wir dies in Betracht, so würde sich der Zeitbedarf bereits auf das 3—5fache belaufen, eine Leistung, die wohl nur der ideale Assistent neben der vollen Routinearbeit — von der wir dispensiert waren — vollbringen wird. Hausbesuche kommen für den vollbeschäftigten Klinikassistenten zeitlich überhaupt nicht in Frage.

Die grobe Überslagsrechnung beleuchtet aber die wirklichen Untersuchungsverhältnisse erst mangelhaft. Nach unserer Ansicht war oft die besondere Atmosphäre ausschlaggebend, in der unsere Gespräche sich abspielten. Der Umstand, daß wir die Angehörigen wenn möglich zu Hause aufsuchten mit der Angabe, daß wir uns aus wissenschaftlichen Gründen bei ihnen meldeten, stimmte unsere Auskunftgeber

meistens nicht etwa mißtrauisch, wie wir anfänglich befürchteten, sondern ließ sie unser Anliegen in der Regel nur umso ernster nehmen. Die Stimmung des Heims, in dem wir uns besprachen, im Verein mit unserer Teilnahme, schien oft besser in der Richtung zum Wesentlichen und Echten zu führen als vorbereitetes und gezieltes Fragen. Auch dort, wo die Unterredung nur 1 Std dauerte, lagen vor den Gesprächspartnern mindestens 2—3 freie Std. Es gab keinen telephonischen Anruf von der Abteilung und keinen Blick auf die Uhr. Keine ungeduldige Zwischenfrage beschnitt das langatmige und umständliche, aber als abtastende Fühlungnahme für den Auskunftgeber unerläßliche Berichten, und keine chronologische Lenkung des Gesprächs erzeugte im Angehörigen das Gefühl, er habe der Reihe nach die äußere Lebensgeschichte zu berichten. Unter solchen Bedingungen stellte sich oft ganz allmählich ein eigentümliches *Vertrauensverhältnis* ein. Das Bild, das uns gezeichnet wurde, wandelte sich dabei oft innerhalb ein und derselben Unterredung erstaunlich. Der Auskunftgeber hatte uns aber vorher nicht etwa angelogen, er hatte nur aus einer andern Schicht seines Denkens berichtet. Das Wesentliche wurde oft erst ausgesprochen, wenn es keine Fragen mehr zu beantworten gab. Das Erlebnis der Schwierigkeit, „die Wahrheit zu erfahren“, stimmt uns vorsichtig nicht nur gegen unsere Krankengeschichten, sondern auch gegen gewisse Statistiken. Die Ausdehnung einer Untersuchung vom Gründlichkeitsgrad der vorliegenden auf statistisch brauchbare Zahlen, z. B. auf 100 oder 500 anstatt nur auf 8 Fälle, würde einen gewaltigen Arbeitsaufwand bedeuten. Wir sind durch unsere Arbeit zur Überzeugung gelangt, daß es der routinemäßig arbeitenden Klinikuntersuchung nicht möglich ist, „geordnete Familienverhältnisse“ festzustellen. Wo nicht grobe soziale Störungen wie Krankheit, Trunksucht, Kriminalität, Verarmung, Scheidung und Tod als weithin sichtbare Wegweiser ein Schicksal markieren, bleibt die innere Lebensgeschichte in der Regel dem Arzt verborgen. Statistiken, die anstatt der tatsächlichen stillschweigend ideale Explorationen voraussetzen, vermögen allenfalls soziologische, nicht aber psychologische Wirklichkeiten zu erfassen.

*Zur zweiten Ausgangsfrage:* Mit der Gegenüberstellung von soziologischer und psychologischer Wirklichkeit haben wir uns bereits über die Diskussion der reinen Tatsachen hinaus der Problematik jenes *Ordnungsbegriffes* genähert, an dem wir die familiären Verhältnisse unserer Patienten zu messen pflegen.

Auch unsere kasuistischen Darstellungen sind nämlich nicht schlechtweg „vorurteilsfrei“. Sie ruhen nicht auf absoluten Einsichten in ein allgemeinmenschliches Wesen der Familie. Vielmehr zeichnen sie sich ab vor dem Hintergrund der landesüblichen Ansichten über das, was „man“ ungefähr von einer Familie erwarten zu können glaubt. Diese Erwartung stützt sich nun vorwiegend auf soziologische, nicht auf psychologische Normen. Wo aber doch psychologische Vorstellungen mitsprechen, sind es nicht Häufigkeitsnormen, sondern Idealnormen. Deshalb wären wir auch bei Familien Gesunder nicht überrascht, selten solche zu finden, die so sind wie sie sein „sollten“. — Jedenfalls haben wir wieder einmal erfahren, was sich alles hinter einem äußerlich geordneten Familienbild abspielen kann. Die Unabhängigkeit der Begriffe *soziale Ordnung* und *emotionale Ordnung* prägt sich uns nachdrücklich ein. Gleichzeitig relativiert sich der Wert der sozialen Ordnung dort, wo sie eine tiefere Unordnung bloß verbirgt.

Damit verliert auch der Begriff des „*broken home*“, so brauchbar er für soziologische Erhebungen ist, etwas von seiner Eindeutigkeit, psychologischen Klarheit und praktischen Bedeutung. Welches Heim ist zerbrochener, jenes des Mädchens, das unter einem nicht allzu brutalen Trunkersvater und einer einigermaßen liebevollen Stiefmutter aufwächst oder jenes unserer Fräulein Rosa A.?

*Zur dritten Ausgangsfrage.* Die zurückhaltende Bewertung des „*broken-home*“-Begriffes leitet uns über zur Frage nach der *Bedeutung* der familiären Verhältnisse für das in ihnen heranwachsende Kind. — Das psychogenetisch orientierte Denken geht von der Voraussetzung aus, daß menschliche Unordnung Leiden verursacht und daß Leiden krank macht. Wir besitzen aber weder für die krankmachende Wirkung solcher Unordnung noch für den Grad des Leidens ein zuverlässiges Maß. Nicht einmal gefühlsmäßig vermögen wir zu entscheiden, ob es schlimmer ist, in einem verwahrlosten Haushalt einen brutalen Trinker als Vater oder in einem sauber geordneten Heim eine verbitterte Frau als Mutter zu haben. Andererseits erhielt doch manche Psychose, die uns bisher als unbegreiflicher Einbruch eines befremdenden Geschehens erschien, im Laufe unserer Untersuchungen menschlichere Gesichtszüge. In welcher Weise dies im einzelnen geschah, können wir leider an unserer gerafften Kasuistik nicht aufzeigen. Immerhin wird der Leser auch bei unserer schlagwortartigen Darstellung gelegentlich die psychotische Abneigung gegen ein Angehöriges begreiflicher finden, einen alten Familienstreit im Wahn nachhallen hören oder die Verwandlung eines Aschenbrödels in eine Traumprinzessin sich abzeichnen sehen.

Darüber hinaus birgt unser Material einen Aspekt der Psychose, dessen Darstellung den uns zur Verfügung stehenden Raum bei weitem überschritten hätte: nämlich die Bedeutung der Psychose für die Angehörigen. Der trostlose Eindruck, den viele der untersuchten Jugendgeschichten beim Leser hinterlassen, würde eine gewisse Ergänzung erfahren durch die Schilderung menschlicher Werte, welche die Psychose des Kindes in späteren Jahren bei manchen Eltern weckte. Hinter den Theorien über Ursache und Wesen der Psychose verbargen sich oft Entwicklungen und Wandlungen in der Lebenseinstellung der Angehörigen, die einer gesonderten Darstellung bedürften.

### Zusammenfassung

1. Von 50 unausgelesenen Krankengeschichten schizophrener Patientinnen enthielten 43 genauere Angaben über die familiären Verhältnisse, aus denen die Probandinnen stammten. Nur in 8 dieser Fälle konnte das Milieu, gemessen an der landläufigen Vorstellung einer Durchschnittsfamilie, als „geordnet“ bezeichnet werden. Diese 8 Familien wurden

durch Unterredungen mit möglichst vielen nahen Angehörigen auf ihre emotionalen Verhältnisse nachuntersucht.

2. Nach den Ergebnissen der Nachuntersuchung, die wir in einer kurzen Kasuistik darstellten, konnte nur noch *eine* von den 8 Familien als „geordnet“ bezeichnet werden. Die familiären Konflikte, die auf den übrigen 7 Probandinnen lasteten, betrachten wir als ausgesprochen drückend, mißlich und chronisch. Die Diskrepanz zur ursprünglichen Krankengeschichte bezeichneten wir 2mal als denkbar groß, 3mal als sehr groß und 2mal als erheblich.

3. Die Ursache dieser beträchtlichen Diskrepanz liegt erstens in der höheren Anzahl der Auskunftspersonen für die Nachuntersuchung (4 bis 5 Angehörige statt 1—2 für die Routineexploration); zweitens in der größeren Zeitdauer der Gespräche, die den familiären Verhältnissen galten; und drittens in der besonderen Atmosphäre des Vertrauens, die durch Hausbesuche und durch die Unbegrenztheit der eingeräumten Zeit ermöglicht wurde.

4. Die Schwierigkeit, bei der klinischen Exploration sozial geordneter Familien das menschlich Wesentliche zu erfahren, wird deutlich. Es ergibt sich daraus eine zurückhaltende Beurteilung von Statistiken, die innerhalb der Familie mehr erfassen wollen als soziale Gegebenheiten, ohne auf entsprechend gründlichen und zeitraubenden Untersuchungen zu basieren. Die routinemäßig arbeitende Klinik kann im allgemeinen nicht zur Beurteilung der emotionalen Verhältnisse sozial geordneter Familien gelangen.

5. Die Unterscheidung der Begriffe „*soziale Ordnung*“ und „*emotionale Ordnung*“ ist notwendig. Der „broken-home“-Begriff erscheint im Gegensatz zu seiner soziologischen Brauchbarkeit psychologisch nur von relativer Bedeutung.

6. Die Aufdeckung der Hintergründe „geordneter“ familiärer Verhältnisse führt zum Verständnis mancher psychotischer Erscheinungen, die vorher als sinnlose Auswirkungen eines blinden Geschehens erscheinen mußten.

Dr. KLAUS ERNST, Burghölzli, Zürich/Schweiz, Psychiatrische Univ.-Klinik