

Die Schizophrenie in fürsorgerischer Hinsicht

Autor(en): **Binder, Hans**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Erziehungs-Rundschau : Organ für das öffentliche und private Bildungswesen der Schweiz = Revue suisse d'éducation : organe de l'enseignement et de l'éducation publics et privés en Suisse**

Band (Jahr): **20 (1947-1948)**

Heft 8

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-850763>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Schweizer Erziehungs-Rundschau

Organ für das öffentliche und private Bildungswesen der Schweiz

56. Jahrgang der „Schweizerischen pädagogischen Zeitschrift“ 40. Jahrgang der „Schulreform“

Herausgegeben von Dr. K. E. Lusser, St. Gallen, in Verbindung mit Dr. W. von Gonzenbach, Professor der Eidgen. Techn. Hochschule, Zürich, Universitäts-Professor Dr. H. Hanselmann, Zürich, A. Scherrer, a. Schulinspektor des Kantons Appenzell A.-Rh., Trogen, Universitäts-Professor Dr. C. Sganzi, Bern. Redaktion: Dr. K. E. Lusser, Rosenberg, St. Gallen
Redaktion der Rubrik „Das Kinderheim“ Fr. H. Kopp, Ebnet-Kappel

ZÜRICH

November-Heft 1947

Nr. 8, 20. Jahrgang

Die Schizophrenie in fürsorgerischer Hinsicht

Von Prof. Dr. Hans Binder

Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Rheinau

Vorbemerkung der Redaktion. Anlässlich des Besuches des Jugendamtes des Kantons Zürich in der Anstalt Rheinau (22.5.47) hielt Herr Prof. Dr. Binder einen überaus instruktiven aus der Praxis herausgewachsenen Vortrag über Schizophrenie. Im Hinblick darauf, dass diese geistige Erkrankung in unseren Zeiten immer häufiger auftritt und dass Uebergangserscheinungen derselben sich gelegentlich auch an Schülern von Normalschulen beobachten lassen, glauben wir unseren Lesern durch Veröffentlichung des Referates von Prof. Binder einen Dienst zu erweisen. Um das Referat nicht auf zwei Hefte verteilen zu müssen, ergibt sich die Notwendigkeit andere Artikel auf das Dezemberheft zurückzulegen.

Die Schizophrenie ist die häufigste und praktisch weitaus wichtigste Geisteskrankheit. Sie ist so verbreitet — beinahe 1 Prozent aller Menschen, die das 40. Jahr erreichen, erkrankt an Schizophrenie — und sie ist so oft die Ursache für soziales Versagen, dass jede Fürsorgeperson, in welchem Gebiet sie auch tätig sein mag, gelegentlich mit Schizophrenen zu tun haben wird und daher wenigstens mit einigen Richtlinien hinsichtlich der fürsorgerischen Betreuung solcher Patienten vertraut sein sollte. Die Schizophrenie entsteht aus einer vererbten und angeborenen Anlage heraus, die aber fast immer erst im späteren Leben — sei es in der Pubertät oder in höheren Jahren — aktiv wird und nun eigentliche Krankheitssymptome hervorruft. Und zwar führt das Manifestwerden der abnormen Anlage wahrscheinlich zu gewissen Störungen im Stoffwechsel des Menschen, die noch nicht genauer bekannt sind, die aber als eine Art Selbstvergiftung des Körpers betrachtet werden können. Diese Stoffwechselstörungen scheinen erst sekundär gewisse Funktionen des Gehirns zu schädigen, indem sie vor allem das einheitliche Zusammenspiel derselben lockern, so dass sich bruch-

stückhafte Funktionsverbände in abnormer Weise verselbständigen und dann teilweise wieder neuartige, abwegige Synthesen bilden. Wenn schliesslich diese Aufspaltung und falsche Synthetisierung von der organischen Schicht der Hirnfunktionen auf die seelischen Abläufe und Gestaltungen übergreift, dann entstehen jene Krankheitssymptome, die beim Schizophrenen vor allem auffallen, wie der Zerfall und die unsinnigen Neubildungen im Denken, die Inadäquatheit mancher Gefühle, die nicht mehr zu den übrigen seelischen Inhalten passen, die sprunghaften Schwankungen und Bizarrieries der Aktivität, die eigentümlichen Verschrobenheiten und Abspaltungen im Trieb- und Willensleben, die Sinnestäuschungen und Wahnideen. Wesentlich ist, dass die Schizophrenie nicht eine Veränderung ist, die sich bloss in der seelischen Schicht eines Menschen abspielt, wie dies etwa bei der ungünstigen Entwicklung eines Charakters unter dem Eindruck belastender Umwelterlebnisse der Fall ist. Beim Schizophrenen brechen vielmehr Störungen aus einer tieferen, organischen Schicht des Lebens ins Seelische ein und rufen dort funktionale Abwandlungen hervor, die gar keine Analogie zum Normalen mehr haben. Die Schizophrenie verläuft oft in sog. Schüben, während denen sich die krankhaften Stoffwechselstörungen und ihre Folgeerscheinungen krisenhaft steigern und meist nach ein paar Monaten wieder abklingen, bis nach Monaten, Jahren oder selbst Jahrzehnten ein neuer Krankheitsschub auftritt. In andern Fällen bilden sich die schizophrenen Störungen ganz schleichend aus und bestehen kontinuierlich ohne diese krisenhaften Schwankungen. Etwa 80 Prozent der Schübe und alle schleichenden Prozessverläufe hinterlassen gewisse dauernde, nicht mehr rückbildungsfähige Strukturveränderungen im Zusammenspiel der seelischen Funktionen, die wir als Defektsymptome

zu bezeichnen pflegen. Doch nur bei einer relativ geringen Zahl der Fälle — nämlich bei etwa 30 Prozent aller Schizophrenen — erreichen die Defektsymptome nach Ablauf mehrerer Schübe oder nach jahrelangem schleichendem Prozessverlauf einen so schweren Grad, dass man von einer eigentlichen Verblödung reden kann.

Während eines akuten Schubes ist der seelische Gesamtzustand des Kranken meist so schwer gestört, dass er die Zeit bis zum Abklingen des Schubes in der psychiatrischen Anstalt zubringen muss. Und die schweren Defektfälle, deren seelische Leistungs- und Anpassungsfähigkeit durch die bestehende schizophrene Verblödung völlig und irreparabel untergraben ist, werden in der Regel zu Dauerinsassen einer psychiatrischen Pflegeanstalt. Wir sehen also, dass es gerade die leichteren Defektfälle sind, welche für eine offene Fürsorge die grösste Bedeutung haben, weil diese Fälle meistens in der Freiheit leben, durch ihre Abnormitäten Schwierigkeiten im Gemeinschaftsleben bereiten und deshalb mannigfache fürsorgliche Probleme stellen. Die offene Fürsorge der leichten schizophrenen Defektzustände spielt noch eine viel grössere Rolle, seitdem die moderne Psychiatrie dazu übergegangen ist, Schizophrene nach dem Abklingen akuter Schübe möglichst früh aus der Anstalt wieder in die Freiheit zu entlassen. Natürlich ist diese Frühentlassung eine grosse Ersparnis für die öffentlichen Geldmittel, was ohne weiteres einleuchtet, wenn man bedenkt, welche enormen Summen die lebenslange Internierung eines Schizophrenen in der Anstalt verschlingt. Vor allem aber hat die möglichst baldige Entlassung eines Schizophrenen aus der Anstalt auf das soziale Verhalten vieler Kranker eine ausgesprochen günstige Wirkung. Sobald die schweren Beeinträchtigungen des seelischen Gesamtzustandes durch den akuten Schub zurückgegangen sind und der Kranke sich äusserlich wieder einigermaßen geordnet benehmen kann, wirkt die Anstalt im allgemeinen eher ungünstig auf ihn, während der Aufenthalt in gesundem Milieu für den Patienten die Aufforderung darstellt, die ihm noch anhaftenden Auffälligkeiten zurückzudrängen und zu überwinden. Es könnte als ein Widerspruch erscheinen, dass wir jetzt auf die Gestaltung des Milieus, in dem der Kranke lebt, einen grossen Wert legen, dass es uns also sehr wichtig ist, welche seelischen Einflüsse auf einen Schizophrenen einwirken, während wir anfänglich gesagt haben, die Schizophrenie sei eine Krankheit, die offenbar in Stoffwechselstörungen des Körpers wurzle. Dieser Widerspruch ist aber nur scheinbar. Denn die durch den physischen Prozess hervorgerufenen seelischen Grundstörungen der Schizophrenie werden von der psychischen Persönlichkeit des Patienten

meist nicht einfach passiv hingenommen. Die noch vorhandenen seelischen Kräfte greifen vielmehr gestaltend in die schizophrenen Grundstörungen ein und können sie entweder ausbauen und vertiefen oder aber ihnen entgegenarbeiten und sie relativ zu beherrschen suchen. Es kommt daher alles darauf an, die korrigierenden, kompensierenden und beherrschenden seelischen Kräfte anzuregen und dazu gehört auch eine möglichst günstige Gestaltung des Milieus, in dem der Kranke leben muss, so dass dann die gesunden Tendenzen seiner Psyche gefördert und gestärkt werden. Eines der wichtigsten Symptome, welches nach einem abgeklungenen schizophrenen Schub zurückzubleiben und dann den Defektzustand auszubauen und ihm eine charakteristische Färbung zu geben pflegt, ist der Autismus, d. i. eine eigentümliche Störung im Triebleben, welche es mit sich bringt, dass der Kranke mit seiner Umwelt keinen normalen Kontakt mehr gewinnen kann, sondern dazu neigt, sich abzuschliessen und in sich selbst abzukapseln. Es ist klar, dass das Leben in der Anstalt, welches ohne eine gewisse äussere Abschliessung nicht möglich ist, die Entwicklung und Festhaltung dieses Autismus unterstützt, während das Leben in der Freiheit, welches den Kranken immer wieder gebieterisch zum Kontaktnehmen mit der Umwelt zwingt, dem Autismus entgegenarbeitet. Ferner kommt es öfters vor, dass gewisse Symptome, die im akuten Schub entstanden sind, wie z. B. manche Wahnideen, Triebanomalien, Bewegungs- und Ausdrucksstörungen, Affektexplosionen auch nach Abklingen der akuten Krise vom Patienten aus einem seelischen Bedürfnis heraus noch festgehalten werden, weil der Schizophrene sich weiter in die eigene Welt seiner Krankheit einspinnen möchte. Der — meist intelligente — Patient hat das dunkle Gefühl: die überstandene akute Krise hat so viel in mir zerstört, dass ich aus dem Rest nichts Neues mehr aufzubauen vermag. Er scheut sich, von dieser brüchig gewordenen Basis aus den Kampf mit dem Leben wieder aufzunehmen und flüchtet daher in das noch stehen gebliebene, barocke Gehäuse seiner Krankheitssymptome, die sich ja zur Abwehr der Ansprüche der Realität besonders gut eignen. Der Zustand ist etwa dem vergleichbar, wenn wir aus einem eigenartigen Traum erwachen, nun diesem Traum in Gedanken nachhängen und am liebsten weiterschlafen würden, um wieder in die seltsam schöne Welt dieses Traumes zu versinken. Andere Kranke halten aus Trotz gegen die weiter dauernde Anstaltsinternierung in spielerischer Weise an ihren Krankheitssymptomen fest, ja sie können sie demonstrativ übersteigern aus der nur unklar bewussten Einstellung heraus: Wenn man mich schon für verrückt hält, dann will ich es auch sein! Alle derartigen Haltungen ver-

meidet man am besten durch möglichst frühzeitige Entlassung des Kranken aus der Anstalt. Es ist gar nicht selten, dass man durch eine solche Entlassung im richtigen Moment schlagartige Besserungen erlebt, indem der Schizophrene, sobald er in die Freiheit kommt, die bisher noch aus einem seelischen Bedürfnis festgehaltenen Krankheits-symptome plötzlich aufgibt. Gerade dann, wenn man in der Anstalt mit einem Kranken nicht mehr recht weiterkommt, wenn man ihn trotz Arbeitstherapie und Ablenkung nicht zur Aufgabe seiner Symptome bringen kann, dann sollte ein Entlassungsversuch riskiert werden. Nicht selten beruhigen sich auch stark aufgeregte Kranke durch die Entlassung — immer vorausgesetzt, dass sie nicht mehr im eigentlichen Vergiftungszustand des akuten Schubes drinnen sind —; manchmal stellen sie sich schon bei der Abholung um, manchmal vor der Anstaltstüre, manchmal nach kurzem Aufenthalt zu Hause. Jeder moderne Anstaltsarzt weiss von Fällen zu berichten, in denen man es riskiert hat, Leute direkt aus der „unruhigen Zellenabteilung“ heimgehen zu lassen und die sich zu Hause haben halten können. Grosse, plötzliche Schritte in der Veränderung der Verhältnisse, eine gewisse Kühnheit des Experimentierens zeitigt bei Schizophrenen neben vielem selbstverständlichem Misslingen immer wieder einmal ganz überraschende und dauerhafte Erfolge. Dass solche möglichst frühzeitigen Entlassungsversuche trotz des Risikos, das man auf sich nehmen muss, für den guten Ruf der Anstalt nur förderlich sind, ist zweifellos; sie bewahrt sich dadurch am besten vor der Nachrede, dass wer einmal hinter den Anstaltsmauern verschwunden sei, nicht mehr herauskomme. Gerade auch die Fürsorgepersonen sollten sich stets bewusst bleiben, wie sehr der heutige Psychiater auf die Aufgabe eingestellt ist, seine Kranken aus der Anstalt herauszubringen, wie er jede Woche, die der Kranke früher wieder in der Freiheit ist, als einen Erfolg ansieht und wie er oft ein sehr beträchtliches Risiko auf sich nimmt, nur um einen Kranken nicht hinter Anstaltsmauern versteifen zu lassen, sofern es irgendwie anders geht. Wenn die beteiligten Fürsorgekreise diese grundsätzliche Einstellung der modernen Psychiatrie auch den Angehörigen der Anstaltspatienten immer wieder einprägen, so hilft dies in sehr wesentlichem Masse mit zum Abbau alter Vorurteile gegen die Irrenanstalten. Solche frühzeitigen Entlassungen von Schizophrenen sind aber nur möglich, wenn von der Anstalt aus eine offene Fürsorge organisiert worden ist, die die Kranken nach der Entlassung aus der Anstalt überwacht und ihnen so gut es geht die Rückkehr ins Leben ebnet.

Wenn wir nun einen leichteren oder schwereren schizophrenen Defektzustand im freien Leben

draussen zu betreuen haben, so muss man sich immer wieder vor Augen halten, dass alle Schizophrenen ganz besonders unberechenbare Menschen sind und dass darin ein Wesenszug ihrer Krankheit liegt. Deshalb können die fürsorglichen Dispositionen über den Platz, den der Kranke in der Familie, der Arbeit, der Gesellschaft wieder einnehmen soll, durch ein alle Erwartungen übertreffendes oder enttäuschendes Verhalten des Patienten öfters völlig über den Haufen geworfen werden. Damit muss man sich abfinden, so unangenehm es oft ist, wenn alle Pläne über Zusammenhaltung oder Auflösung der Familie, über die erzieherische Versorgung der Kinder und die Beschaffung des Lebensunterhaltes an unvorhersehbaren Launen, Querköpfigkeiten und Verschrobenheiten des Patienten scheitern. Und dort, wo es oft nach vieler Mühe gelungen ist, einen Schizophrenen in befriedigende soziale Umstände zu bringen und ihm Aufgaben zuzuhalten, die für ihn passen, da kann manchmal — statt dass es zu der so dringend nötigen Konsolidierung der Verhältnisse käme — ein neuer akuter Schub alles wieder zunichte machen. Trotzdem ist die fürsorgliche Betreuung leichter schizophrener Defektzustände keineswegs eine undankbare Aufgabe; denn es gibt doch viele dieser Patienten, die bei verständiger Führung ihre Funktionen im sozialen Organismus in durchaus genügender Weise erfüllen können. Wenn keine neuen akuten Schübe dazwischen kommen, lernen manche dieser Kranken auf gewisse störende Symptome ihres Defektzustandes nicht mehr zu achten, sie abzukapseln, sie zu kompensieren und sich bescheideneren Lebensforderungen wiederum in durchaus genügender Weise anzupassen. Die Denkstörung, die bei schizophrenen Defektzuständen sehr häufig vorhanden ist, verrät sich oft nur noch in gewissen Sprunghaftigkeiten, Bizarrerien, Verschrobenheiten, so dass solche Leute oft als etwas schrullige Käuze betrachtet werden, die aber einen einfacheren Pflichtenkreis oft gut und exakt auszufüllen vermögen. Es kommt ihnen hiebei eine gewisse Tendenz zur Stereotypisierung und Mechanisierung zu Hilfe, die bei diesen Kranken oft viel stärker ausgeprägt ist als bei Normalen und sie nicht nur in ihren Denkgewohnheiten, sondern auch in ihrem motorischen Verhalten bestimmt. Eine verständige Fürsorge kann manchmal gerade diese Stereotypisierungstendenz zum Wohle des Kranken auswerten, indem sie diese Patienten in einigermassen mechanisierte Arbeitsbedingungen hineinzubringen sucht und so bei ihnen nützliche Stereotypen schafft. Wenn es sich darum handelt, für einen solchen Schizophrenen die richtige Arbeit zu finden, kommt es manchmal auf nicht voraussehende Kleinigkeiten an, weshalb oft nur ein unschematisch variierendes und

tastendes Versuchen übrig bleibt, das dann aber einmal plötzlich „einschnappen“ und zu weit stabileren Erfolgen führen kann, als es in der Regel bei der Arbeitsvermittlung an Psychopathen der Fall ist. Und schliesslich darf auch die Fürsorge daran denken, dass es einzelne begabte Schizophrene geben kann, bei denen es nicht in erster Linie darauf ankommt, sie zu brauchbaren Arbeitsmaschinen zu erziehen, sondern denen man so viel Freiheit lassen soll, dass sie die Originalität ihrer Persönlichkeit ausgestalten können, die oft nur in einer gewissen kontemplativen Lebensführung gedeiht. Wir wollen solche eigenwilligen Talente nicht in der Nivellierung des modernen Lebens untergehen lassen — auch dann nicht, wenn es sich um schizophrene Menschen handelt.

Neben Störungen des Denkens und Sonderbarkeiten der Motorik sind bei leichteren schizophrenen Defektzuständen meist auch gewisse Anomalien des Gefühlslebens vorhanden: inadäquate Affektreaktionen, eine Mattigkeit und Abstumpfung der Gefühle namentlich in den Beziehungen zur Mitwelt, ungenügend motivierte Verstimmungen, die dazu beitragen, dem Kranken das Wesen eines Sonderlings aufzuprägen. Bekanntlich ist es oft schwierig, mit einem solchen Schizophrenen in gefühlsmässigen Kontakt zu kommen, weshalb man manchmal das Empfinden hat, es sei wie eine gläserne Wand zwischen uns und dem Kranken, der immer wieder dazu neigt, sich abzukapseln, sich auf sich selbst zurückzuziehen, und dem seinerseits die Einfühlung in andere Menschen schwer fällt, so dass er oft über seine Umgebung allerlei absonderliche Meinungen hat. Eine Hauptaufgabe der richtigen Fürsorge ist es, immer wieder gegen diese Tendenz des Kranken zur Abkapselung und zur Isolierung anzukämpfen, im vollen Bewusstsein dafür, dass dieser Kampf stets nur relativen Erfolg haben kann, indem ja die Aufgabe darin besteht, einen durch die Krankheit gesetzten Dauerdefekt immer wieder so gut als möglich durch noch vorhandene, gesunde Kräfte zu kompensieren. Man wird versuchen, einen solchen Schizophrenen stets von neuem unter Menschen zu bringen, ihn für allgemeine Fragen, die ihn von seiner eigenen Person ablenken, zu interessieren, wobei der Anschluss an Vereine, die diese Fragen verfolgen, für ihn von grossem Wert sein kann. Es ist dabei im Grunde nicht so wichtig, wofür er sich interessiert, ob es der Kampf gegen die Vivisektion oder das Briefmarkensammeln oder die Physiognomik oder sonst irgend ein Steckenpferd ist, die Hauptsache ist, dass er überhaupt an etwas lebhaften Anteil nimmt, das ausserhalb seiner Person liegt, wodurch er von dem ewigen Kreisen um sich selbst wegkommt. Viel schwieriger als im Schizophrenen solche allgemeinen Interessen zu wecken, ist es mei-

stens, ihn in wirklich freundschaftliche Beziehungen zu einem andern einzelnen Menschen hineinwachsen zu lassen; hier ist seine gefühlsmässige Kontaktschwäche oft ein unüberwindliches Hindernis. Wenn es aber einmal gelingt, eine solche Freundschaft zu stiften, dann kann dies für den Schizophrenen geradezu eine Erlösung sein, wobei freilich die Gefahr besteht, dass er nun an diesem andern Menschen mit einer geradezu fanatischen Ausschliesslichkeit hängen bleibt. In der Regel kann ein Gesunder nur mit einem begabten Schizophrenen, der trotz seiner Krankheit andern Menschen noch vieles geben kann, eine wirkliche Freundschaftsbeziehung unterhalten. Niemals sollte eine Fürsorgeperson bei der Betreuung eines Schizophrenen die Anbahnung erotischer Verhältnisse unterstützen. So sehr dies in einzelnen Fällen den schizophrenen Autismus auflockern und aus dem Kranken vorübergehend einen ganz andern Menschen machen kann, so ist die Förderung erotischer Verhältnisse bei solchen Patienten doch nicht zu verantworten. Denn sie pflegen den Kranken nur in neue Konflikte zu führen, da beim Schizophrenen Heirat in den meisten und Fortpflanzung in allen Fällen verhindert werden sollte. So enden erotische Verhältnisse von Schizophrenen oft unglücklich in verstärktem Autismus und vermehrter Abkapselung des enttäuschten Kranken.

Bei vielen schizophrenen Defektfällen schwererer Art sind auch noch Wahnideen im Sinne des Verfolgtwerdens und Sinnestäuschungen vorhanden. Wenn der Schizophrene uns erzählt, dass er von irgendwelchen ungreifbaren Verfolgern, Komplotten und dgl. geplagt und gequält werde, so hat es gar keinen Sinn, mit ihm über seine Ideen zu diskutieren, ja etwa gar zu versuchen, sie ihm in langen Beweisführungen auszureden. Das gelingt niemals, da es sich eben um Wahnideen handelt, für die ja gerade kennzeichnend ist, dass sie sich durch keine logischen Gegengründe erschüttern lassen. Man begnügt sich damit, dem Kranken kurz und deutlich zu sagen, dass man diese Dinge ganz anders ansehe als er und dass er sich da unseres Erachtens täusche. Spürt man, dass der Kranke wegen seiner Wahnideen aufgeregt ist, dann soll man selbst diese Bemerkung unterlassen, um ihn nicht noch mehr zu reizen, sondern soll versuchen, ihn von seiner Idee abzulenken, indem man das Gespräch auf andere Dinge bringt. Es gibt Leute, welche aus Angst vor dem Kranken meinen, sie müssten ihm in seinen Wahnideen recht geben und ihn noch darin unterstützen; das ist natürlich ein Unsinn und soll unterlassen werden. Es ist eine wichtige Aufgabe der Fürsorge, die Umgebung des Kranken darüber aufzuklären, wie sie sich verhalten soll, wenn der Patient seine Wahnideen vorbringt. Intelligentere Kranke lernen häufig nach

und nach einsehen, dass sie von der Umgebung für verrückt gehalten werden, wenn sie von den Verfolgungen erzählen, denen sie ausgesetzt sind. Ein solcher Schizophrener hört deswegen auf, davon zu reden, weil er nicht für verrückt gelten will, ob schon er im Innern weiter an die Verfolgungen glaubt. Oft kann man einen intelligenteren Patienten dazu erziehen, seine „Privatmeinungen“, wie man etwa dem Kranken gegenüber seine Wahnideen bezeichnen kann, für sich zu behalten, indem man ihm vorhält, wie sehr er sich damit schade, wenn er diese Meinungen überall erzähle, wie er damit neue Internierungen heraufbeschwören könne, wie eben jeder Mensch gewisse Meinungen für sich behalten müsse usw. Man kann dem Patienten auch die banale, aber für ihn sehr notwendige Maxime von Wilhelm Busch zitieren: „Wir alle haben unsern Sparren, doch sagen tun es nur die Narren.“ Dann kann man es in günstigen Fällen erleben, wie die Wahnideen durch das ständige Bestreben des Kranken, sie zu verdrängen, nach und nach in den Hintergrund treten, so dass sie, ohne korrigiert zu werden und ohne ganz zu verschwinden, schliesslich das Denken und Handeln des Patienten immer weniger beeinflussen. Der Kranke selbst spaltet dann von der wieder aufgebauten Realitätszone eine innere Traumwelt ab. Ihr gehören seine schizophrenen Erlebnisse an, die er nicht als unwirklich, aber als anderswirklich bezeichnet, als die Umweltsrealität. Dieses im Schizophrenen selbst angebahnte Unterschiedsgefühl zwischen den zwei Welten genügt für die soziale Eingliederung des Kranken vollkommen und soll lebhaft unterstützt werden, ohne dass man sich mit dem Patienten in schulmeisterliche Diskussionen darüber einlässt, dass seine innere Traumwelt „überhaupt nichts“ sei, womit man den Kranken nur unnötig aufregen würde. Berichtet der Schizophrene von Sinnestäuschungen, insbesondere von seinen Stimmen, die er höre, so hat man ihn immer und immer wieder dazu anzuleiten, dass er darauf nicht achten soll, dass er sich willentlich davon ablenken und sich mit anderem beschäftigen soll. Hier ist es oft eher möglich als bei den Wahnideen, dem Kranken die Einsicht beizubringen, dass die Stimmen nur Einbildungen seiner überreizten Nerven seien und dgl. Natürlich hört er die Stimmen trotzdem weiter; er regt sich aber, wenn er auch nur eine gewisse Kritik ihnen gegenüber hat, weniger darüber auf und die Ablenkung der Aufmerksamkeit von den krankhaften Gehörstäuschungen gelingt besser. Während man bei den Psychopathen stets daraufhin tendieren soll, dass sie sich nicht für krank halten, ist es beim Schizophrenen oft ein grosser Gewinn, wenn es gelingt, ihm die Einsicht für die Krankhaftigkeit gewisser Symptome — nicht nur der Sinnestäuschungen, sondern

auch mancher Verstimmungen, sonderbarer Impulse und dgl. — beizubringen. Er bekommt dadurch innere Distanz zu seinen Symptomen und ihre Nichtbeachtung wird ihm leichter. Man soll also unter Umständen versuchen, den Schizophrenen von der Krankhaftigkeit gewisser psychotischer Symptome zu überzeugen; doch probiere man dies in der Regel bloss bei leichten Defektzuständen von ursprünglich intelligenten Kranken. Dies soll nur in einzelnen Gesprächen kurz, energisch und etwas autoritativ geschehen; dagegen empfiehlt es sich gar nicht, zu einem schizophrenen Defektfälle immer wieder von seiner Krankheit zu sprechen und ihn ständig als Patienten zu behandeln. Die Erfahrung zeigt, wie gut es gerade mit schweren Defekten in ländlicher Umgebung unter Bauersleuten geht, die den Kranken mit gutmütiger Derbheit wie einen geistig Gesunden behandeln, die lachen, wenn er wieder zu „spinnen“ beginnt, oder auch auf sein Geschwätz gar nicht mehr hinhören. Daraus lernen wir, wie zweckmässig bei manchen Schizophrenen die konsequente Nichtbeachtung alles Krankhaften sein kann, besonders wenn sie hie und da mit einem Appell an das Gesunde und mit einer konsequenten Arbeitstherapie verbunden ist, die von der übertriebenen Beobachtung der eigenen Person ablenkt, das Gefühl des eigenen Wertes hebt und neue Beziehungen zur Umwelt schafft. Im Bestreben, den Kranken an regelmässige Arbeit zu gewöhnen, gelingt es manchmal, von der Selbstdisziplin des Fürsorgers etwas auf den Kranken zu übertragen, ja ihn, wenn nötig, in gewisse Dressuren geradezu hineinzudrängen, die auf eine Uebung und Stärkung der gesunden Funktionsreste abzielen. Man darf nie vergessen, dass auch der schizophrene Defektzustand wie jeder organische Prozess am Nervensystem, sobald er zum Stillstand gekommen ist, grundsätzlich einer Uebungstherapie zugänglich ist. Es ist kein Zweifel, dass man durch eine solche Führung des Kranken bei manchen leichteren Schizophrenien während Jahren sehr gute Erfolge im Sinne einer Sozialisierung des Patienten erzielen kann und dass hier auch der psychologisch interessierte Fürsorger manchmal ein dankbares Betätigungsfeld hat.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen, wie man mit einem Schizophrenen umgehen soll, wenn man mit ihm fürsorgerisch zu tun hat, wollen wir noch einige spezielle Aufgaben erwähnen, die der offenen Fürsorge bei einem Schizophrenen zufallen können. Solche Aufgaben beginnen schon vor der probeweisen Entlassung des Kranken aus der Anstalt und müssen mit ganz besonderer Umsicht erledigt werden, wenn es sich um eine Frühentlassung handelt. Da ist es oft nötig, die häuslichen Verhältnisse vorher an Ort und Stelle zu untersuchen, die Angehörigen kennen zu lernen, festzustellen, ob nach

dem Zustand der Wohnung, der dort herrschenden Ordnung und Sauberkeit, nach dem Verhalten und Auftreten der Angehörigen zu erwarten ist, dass die zu vereinbarenden Vorsichtsmassregeln auch wirklich durchgeführt werden und eine richtige Pflege des Kranken tatsächlich geleistet werden kann. Schon bei dieser Vorprüfung stösst der Fürsorger oft auf ein sonderbar ablehnendes, kaltes, unansprechendes Verhalten der Verwandten des Kranken, eine eigenartige Situation, die man gerade in den Familien von Schizophrenen anzutreffen pflegt. Wir erleben nicht den aktiven, groben und polternden Widerstand, wie in manchen Trinker- und Psychopathenfamilien; aber doch kommen wir nicht durch, wir stossen an die bekannte unsichtbare Wand. Dies zeigt, dass auch die Verwandten eines Schizophrenen, obschon sie nicht manifest krank sind, manchmal eine ähnlich ablehnende, schizoide Haltung gegenüber der Umwelt haben wie der Patient. Die Angehörigen verschliessen sich autistisch-uninteressiert den fürsorgerischen Anregungen, legen durch passiven Widerstand die fürsorgerische Arbeit lahm oder verbrämen diesen Widerstand mit weltanschaulichen Verschrobenheiten, sehen alles Heil in einer Rohkostkur, im Anschluss an eine bestimmte Sekte und dgl., und verstehen den Kranken viel besser als der Fürsorger, der doch nur im Dienst der Aerzte steht, die mit allem Misstrauen bedacht werden. Oft ist es nicht der Zustand des Kranken, sondern die unverständige und diskussionsunfähige Einstellung der schizoiden Verwandten, die eine Frühentlassung des Patienten aus der Anstalt in die eigene Familie verhindert. Ganz besonders dann ist man auf eine verständnisvolle Mitarbeit der Angehörigen angewiesen, wenn bei dem zu entlassenden Kranken noch eine gewisse Selbstmordgefahr besteht. Dass man schwer selbstgefährliche Schizophrenen nicht aus der Anstalt entlässt, versteht sich von selbst; dagegen ist heute die allgemeine Ansicht, dass man bei Schizophrenen, bei denen nur noch eine geringe Selbstmordgefahr besteht, die Entlassung dennoch riskieren soll, wenn die Angehörigen, nachdem sie auf alle Gefahren ausdrücklich aufmerksam gemacht worden sind, damit einverstanden sind, und wenn die Entlassung aus therapeutischen Gründen dringend wünschbar ist. Es ist wohl besser, hie und da einmal einen Selbstmord bei einem solchen Geisteskranken auf sich zu nehmen, wenn man auf der andern Seite durch Frühentlassungen viel mehr Kranke vor dem definitiven Asozialbleiben bewahren kann. Uebrigens erfolgen Selbstmordversuche bei Schizophrenen erfahrungsgemäss viel seltener als bei Psychopathen. — Wenn dann der Schizophrene aus der Anstalt entlassen ist, erfolgen möglichst bald die ersten fürsorgerischen Hausbesuche, um festzustellen, wie

der Kranke auf die Entlassung reagiert und ob die vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln eingehalten werden. Dabei muss eine Fürsorgeperson es verstehen, mit dem Schizophrenen in richtiger Weise über seine Familienangehörigen zu sprechen, muss herausmerken können, ob er gegen irgend ein Mitglied der Familie eine besondere, vielleicht versteckte Abneigung hat, muss wissen, dass sie oft weniger auf das zu geben hat, was der Schizophrene in Worten sagt, wenn sie ihn beiläufig nach irgendwelchen Familiengliedern fragt, als dass sie vor allem auf unscheinbare Gebärden der Abneigung und des Widerwillens, den Gesichtsausdruck, das Erröten und dgl. zu achten hat, was oft viel mehr verrät als die Worte. Es ist so wichtig, derartige Aeusserungen des Kranken rechtzeitig zu merken, weil die offene Fürsorge in vielen Fällen in der Lage ist, ein ungünstiges Verhältnis des Patienten zu gewissen Familiengliedern auszugleichen, das andernfalls bald zu Aufregungszuständen des Kranken und damit zu einer erneuten Anstaltsinternierung führen würde. Die Fürsorge kann nicht selten Mittel und Wege finden, das betreffende Familienglied vielleicht für einige Zeit zu entfernen, oder sie kann andere Verwandte veranlassen, einen Versuch mit dem Kranken unter Aufsicht der Fürsorge zu machen. Wesentlich ist auch, an eine zweckmässige Wohnungsauswahl für eine Familie zu denken, in der ein Schizophrener sich befindet. Man sieht nicht selten, dass ein Schizophrener in einer Mietskaserne, in engem Zusammenleben mit vielen, nicht immer wohlwollend gesinnten Hausleuten nicht zu leben vermag, weil er aus kleinen, selbstverständlichen Alltagsreibeien immer wieder Stoff für wahnhaftige Verfolgungsideen und damit zusammenhängende Aufregungszustände schöpft, während alle Schwierigkeiten verschwinden, wenn die Familie in ein eigenes Häuschen umziehen kann — ein Glücksfall, der sich heute freilich selten genug ereignen dürfte. Dafür ist jetzt ein anderes fürsorgerisches Problem leichter als in früheren Jahren, nämlich die Beschaffung geeigneter Arbeit für den Kranken. Aber gerade bei der Fülle der Beschäftigungsgelegenheiten ist die psychologische Frage, was einem aus der Anstalt entlassenen Schizophrenen an Arbeit zugemutet werden darf, oft doppelt schwierig zu lösen. Hier zeigt sich die bereits erörterte Unberechenbarkeit des Schizophrenen oft in besonders auffälliger Weise. Der Schweregrad der Krankheit und ihr bisheriger Verlauf, überhaupt der ganze klinische Typus des Krankheitsbildes gibt kaum einen Maassstab für die Abschätzung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Schizophrenen in der Arbeit. Irgend eine kleine, manchmal unbemerkt gebliebene Nuance im Zustandsbild des Kranken — z. B. verborgene hypochondrische Ideen, geheime

wahnhaftige Einstellungen gegen die Arbeit, negativistische Regungen etc. — kann die Leistungsfähigkeit des Patienten trotz gutem Allgemeinzustand gewaltig beeinträchtigen. So muss man meist einfach irgendwo den Arbeitsversuch wagen, muss zusehen, wieviel der Schizophrene faktisch leistet und muss sich in seinen weiteren Dispositionen davon leiten lassen. Beim Psychopathen können wir oft im Gegensatz zur Auffassung unseres Schützlings mit Grund erklären, er könnte mehr leisten, wenn er wollte; beim Schizophrenen haben derartige Behauptungen bei der pathologischen Unberechenbarkeit des Kranken in der Regel keinen rechten Sinn. Es ist für eine Fürsorgeperson sehr wichtig, dies zu wissen; sie muss den Kranken oft in Schutz nehmen, wenn Familienangehörige und Stellen der Meinung sind, der Schizophrene könne über seine Arbeitsfähigkeit mit derselben Konstanz und Konsequenz verfügen wie ein Gesunder. Stets kann die Leistungsfähigkeit eines Schizophrenen aus pathologischen Gründen in völlig unvorhersehbarer Weise schwanken, auch wenn sich der Kranke äusserlich völlig geordnet benimmt, und es ist gänzlich verfehlt, dann gleich von Faulheit und bösem Willen zu reden. Der Fürsorger hat hier wichtige Aufklärungsdienste bei Mitarbeitern, Vorgesetzten und Behörden zu leisten, die dem Kranken oft seine Arbeitsstelle erhalten können.

Wenn in der eigenen Familie für die richtige Betreuung des Schizophrenen unüberwindliche Hindernisse bestehen, so kann man versuchen, ihn in einer fremden Familie gegen ein gewisses Entgelt in Pflege zu geben. Mit steigender Angewöhnung und Arbeitsleistung des Schizophrenen kann manchmal dieses Entgelt mehr und mehr abgebaut werden. Aufgabe der Fürsorge ist es in solchen Fällen auch, zu verhindern, dass eine Ausnützung der Kranken stattfindet. Wir wissen, dass gerade Schizophrene infolge ihrer abnormen Tendenz zur Stereotypisierung oft bis zum Versagen ihrer Kräfte arbeiten, wenn nicht rechtzeitig gebremst wird. Immer wenn sich ein Schizophrener in einem bestimmten Milieu verschlimmert, wenn er aufgereggt und unzugänglich wird, schlecht isst, davonlaufen will und dgl., suche man zu ergründen, ob nicht irgendwelche Milieuschäden im Spiele sind und ob nicht noch einmal der Versuch gemacht werden soll, den Schizophrenen an einen andern Ort zu verpflanzen, bevor man ihn wieder in die Anstalt bringt. Es ist durch vielfältige Erfahrung bewiesen, dass hier durch ein rechtzeitiges Zugreifen und eine geschickte Versetzung in eine andere Familie oder an einen andern Arbeitsplatz manche Anstaltseinweisung vermieden werden kann. Um diese Forderungen erfüllen zu können, ist es aber notwendig, dass die Fürsorge mit zahlreichen gut bekannten Pflegefamilien in dauernder Verbindung

ist, und dass die Fürsorge immer rechtzeitig benachrichtigt wird, sobald irgendwelche Schwierigkeiten mit den Pflinglingen entstehen. Endlich möchte ich hier noch eine besonders wichtige Aufgabe in der Betreuung von Schizophrenen betonen: Der Fürsorger hat unermüdlich darauf einzuwirken, dass an Schizophrene kein Alkohol verabreicht wird. Der Alkohol befördert oft das Halluzinieren bei Schizophrenen, macht sie hemmungsloser, kritikloser, zu gefährlichen Impulshandlungen, z. B. Brandstiftungen und Sittlichkeitsdelikten geneigter, und muss darum unbedingt vermieden werden.

Nun seien noch kurz diejenigen Schizophrenen erwähnt, die überhaupt nie in die Anstalt kommen. Solche gibt es eine recht beträchtliche Zahl, und zwar handelt es sich vor allem um ganz schleichend verlaufende Fälle, die nie akute Schübe durchmachen. Viele dieser Kranken gelten dann als schrullige Sonderlinge, verschrobene Käuze, misstrauische Einsiedler, die aber ihren Platz im Leben, auf den sie gestellt sind, oft noch in durchaus genügender Weise ausfüllen. Es ist nicht selten erstaunlich, wie ein Mensch mit einer schweren Schizophrenie seine frühere, gewohnte Berufsarbeit noch tadellos erfüllen kann, wenn er nur nie aus ihr herausgerissen wurde. Ich kenne einen amtierenden Zollwächter, der fast dauernd halluziniert, einen guten Schneider, der mit seiner Arbeit seine Familie durchbringt und doch voll von grotesken Wahnideen ist, eine geschätzte Buchhalterin, die seit bald zwei Jahrzehnten die Meinung hat, auf allen Strassen der Stadt halte man ihr sexuelle Perversitäten vor, eine als tüchtig anerkannte Lehrerin, die seit Jahren ganz im stillen glaubt, vom heiligen Geist befruchtet zu sein und einmal einen neuen Christus zur Welt zu bringen. Solche Schizophrene sind eben in zwei Persönlichkeiten gespalten, von denen die eine der wirklichen Welt, die andere der psychotischen Wahnwelt zugewendet ist und die einander verhältnismässig wenig ins Gehege kommen. Diese Kranken, sowie auch jene andern, bei denen der schleichende schizophrene Prozess sehr unscheinbar und symptomarm verläuft, werden der offenen Fürsorge oft nur durch einen Zufall bekannt, manchmal auch dadurch, dass sie sich doch einmal allzu auffällig benehmen und dann von Vorgesetzten, Nachbarn, Pfarrern, Behörden der Fürsorge gemeldet werden. In solchen Fällen ist es eine wichtige Aufgabe der Fürsorge, dafür zu sorgen, dass ein solcher Schützling psychiatrisch untersucht und die richtige Diagnose gestellt wird. Wenn man weiss, dass eine vermeintliche Arbeitsscheu, eine zunehmende Verwahrlosung, eine fortschreitende Isolierung und Unverträglichkeit, eine wachsende Inkonsequenz und Sprunghaftigkeit der Lebensführung die Folge einer schlei-

chenden Schizophrenie sind, so bekommt die ganze Fürsorge für diesen Menschen einen prinzipiell andern Charakter, als vor der diagnostischen Klärung. Auf der einen Seite muss man einen solchen Kranken vor dem Vorwurf schützen, der sozialen Hilfe unwürdig zu sein; auf der andern Seite aber muss man eine unnötige und übertriebene Aufwendung von Geldmitteln für solche Schizophrenen konsequent unterbinden, sobald die Diagnose feststeht. Wir denken hier etwa an nutzlose Kuraufenthalte, Badebehandlungen und andere komplizierte Therapien, an teure Ausbildungskurse und Umschulungsversuche, für die der Patient gar nicht mehr die inneren Voraussetzungen mitbringt. Bei derartigen Kranken hat die Fürsorge auch nicht selten die Aufgabe, diese Leute vor unnötiger Anstaltseinweisung zu schützen. Aus therapeutischen Gründen gehören solche schleichenden Schizophreniefälle fast nie in die Anstalt, da auch die modernen Schockbehandlungen bei diesen Kranken nichts Wesentliches zu erreichen vermögen. Solange ein chronischer Schizophrener weder selbst- noch gemeingefährlich ist und seiner Arbeit noch in zufriedenstellender Weise nachgeht, gehört er nicht in eine Anstalt, mag er gelegentlich noch so groteske Wahnideen zum Ausdruck bringen. Durch Aufklärung und Beruhigung der Leute, die durch die geäußerten Wahnideen des Kranken erschreckt worden sind, kann manche ungerechtfertigte Anstaltseinweisung vermieden werden. Natürlich darf man dies nur dann tun, wenn man vorher den Kranken eingehend kennen gelernt und sich überzeugt hat, dass er nach menschlichem Ermessen harmlos ist. Dabei muss man sich klar sein, dass solche Einschätzungen bei der Unberechenbarkeit der Schizophrenen ganz prinzipiell ein gewisses Risiko bedeuten, welches man aber bewusst auf sich nehmen muss, weil sonst eine planmäßige Betreuung des Schützlings überhaupt nicht mehr möglich wäre. Zeitweilig brauchen solche Kranken, um nicht anstaltsbedürftig zu werden, eine gewisse Stütze, gelegentliche Hausbesuche, um sich wieder einmal aussprechen zu können, Ausschaltung ungünstiger Umgebungseinflüsse, Aufklärung von Behörden und dgl. Der Fürsorger muss aber auch jene Fälle unter diesen Kranken herausfühlen, denen eine solche nachgehende Fürsorge geradezu schadet, weil sich die Patienten durch sie beobachtet und verfolgt glauben und dann mit Trotz und feindseliger Abkapselung antworten. In solchen Fällen hat die Fürsorge aus einem richtig gewählten Abstand lediglich zuzusehen und zu kontrollieren, wie die Eigenwilligkeit und Eigenartigkeit eines Schizophrenen sich selbst mit der Einreihung ins Leben auseinandersetzt. Viel Taktgefühl und Menschenkenntnis hat der Fürsorger auch notwendig, wenn

er entscheiden muss, ob er in einer konkreten Situation im Interesse seines Schützlings die Diagnose einer geistigen Erkrankung besser mitteilt oder besser verschweigt. Der eine Arbeitgeber, der eine Hausgenosse, der eine Nachbar, die eine Amtsstelle wird Verständnis für den Kranken aufbringen und sich bemühen, seine Lage zu erleichtern, während viele andere sehr ungünstig reagieren, sobald sie wissen, dass sie es mit einem Geisteskranken zu tun haben.

Blicken wir nochmals auf unsere bisherigen Erörterungen zurück, so haben wir gesehen, dass die moderne Psychiatrie auf dem Standpunkt steht, die Anstaltsinternierung der Schizophrenen sei ein Uebel, das wohl manchmal notwendig, das aber doch so viel wie möglich abzukürzen und zu vermeiden sei. Nur dann, wenn ein Schizophrener ausgesprochen selbstgefährlich ist, ferner dann, wenn die Gefahr besteht, dass er irgend ein Verbrechen begehen könnte — eine Brandstiftung, ein Sittlichkeitsdelikt, eine Tötung —, und endlich dann, wenn der Kranke in einem akuten Schub oder infolge eines ganz schweren schizophrenen Defektes ohne Anstaltspflege verwahrlosen würde: nur in diesen Fällen gehört ein Schizophrener in die Anstalt. Man hat nun dem bisher vertretenen Standpunkt, Schizophrenen wenn immer möglich in der Freiheit zu belassen, den Vorwurf gemacht, dass er zu sehr nur auf die individuellen Interessen des Kranken und zu wenig auf die Allgemeinheit Rücksicht nehme. Es werde nämlich dadurch dem Geisteskranken Gelegenheit geboten, zu heiraten, was durch die Anstaltspflege vermieden würde und auf diese Weise werde ein geistig minderwertiger Nachwuchs gezüchtet. Es ist unumwunden zuzugeben, dass dieses Problem die ernsteste Beachtung verdient. Man muss dabei aber bedenken, dass gerade die schizophrenen Defektfälle, die wir in der Freiheit zu halten versuchen, sich erfahrungsgemäss nur relativ wenig vermehren. Beispielsweise hat sich von 256 weiblichen Schizophrenen, die sich im Jahre 1935 in der Erlanger Fürsorge befunden haben, während des ganzen Jahres nur eine einzige fortgepflanzt. Ueber diese Einzelerfahrung hinaus sind in verschiedenen Ländern ausgedehnte Erhebungen hinsichtlich der Fortpflanzung Schizophrenen angestellt worden, die ergeben haben, dass die Fruchtbarkeit der Schizophrenen verhältnismässig eine sehr geringe ist. Dies ist ja auch psychologisch ohne weiteres einleuchtend. Die Neigung der Schizophrenen zur Abkapselung und Vereinsamung, ihre Kontaktschwäche, die Seltsamkeiten, Verschrobenheiten und Zerfahrenheiten, die sie an sich haben, bringen es mit sich, dass sie doch nur selten zu Partnern für Ehe und Kinderzeugung gewählt werden. Eine wesentlich grös-

sere Gefahr als die manifest Schizophrenen stellen in dieser Hinsicht gewisse Blutsverwandte von Schizophrenen dar. Sie sind nicht augenscheinlich krank und gelangen deshalb in weit höherem Mass zu Heirat und Fortpflanzung, als die offensichtlich Geistesgestörten. Diese Verwandten tragen aber doch die schizophrenen Erbanlagen in latentem Zustande in sich, die sich auf die Kinder vererben und dort unter gewissen Umständen manifeste schizophrene Erkrankungen erzeugen können. Es ist kein Zweifel, dass durch diese Blutsverwandten von Schizophrenen, die aber selbst nicht manifest krank sind, die geistige Gesundheit der folgenden Generationen in viel höherem Grade gefährdet ist, als durch unsere offensichtliche Geisteskranken. Damit hängt es auch zusammen, dass die Sterilisation der manifest Geisteskranken die Weiterverbreitung der Schizophrenie niemals ausrotten wird, sondern höchstens einen sehr beschränkten Erfolg haben kann. Trotz alledem bleibt es Aufgabe der Fürsorge, Heirat und namentlich Fortpflanzung Schizophrener so viel als möglich zu verhindern. Es ist oft keine leichte Pflicht für den Fürsorger, wenn er einen Schizophrenen mit vieler Mühe zu einer gewissen Aufgeschlossenheit gebracht hat, ja wenn er erreicht hat, dass zwischen dem Schützling und dem Fürsorger geradezu ein freundschaftlicher Kontakt besteht, dem Kranken plötzlich entgegentreten zu müssen, wenn er heiraten will, eventuell sogar eine formelle Eheinsprache einreichen zu müssen. Aber hier muss das Interesse der Allgemeinheit vorangehen. Erleichtert wird dieser Schritt dadurch, wenn man sich vergegenwärtigt, wie unglücklich viele Ehen von Schizophrenen werden, weil solche Kranke gerade jene Freiheit und Gelöstheit des Gefühlslebens, die eine einigermassen normale eheliche Gemeinschaft erfordert, öfters nicht mehr besitzen. Und wenn man das Schicksal vieler Kinder aus schizophrenen Ehen bedenkt, nicht nur hinsichtlich der erblichen Belastung, sondern auch hinsichtlich der Belastung der Kinder durch erziehungsunfähige Eltern, dann wird der Schritt zur Eheinsprache noch mehr erleichtert. Man muss die Nöte von Kindern, die in einer solchen Ehe aufwachsen, einmal miterlebt haben, muss die für alle Teile äusserst peinvollen Streitigkeiten einmal mitgemacht haben, die entstehen, wenn man einer erziehungsunfähigen, schizophrenen Mutter ihre Kinder wegnehmen muss, um einzusehen, dass man schliesslich auch im persönlichen Interesse seiner kranken Schützlinge solche Konsequenzen vermeiden soll, wo im-

mer möglich. Vom rechtlichen Standpunkt aus kann man gewissen Schizophrenen, deren letzte Krankheitsschübe viele Jahre zurückliegen und keine nennenswerten Defektsymptome hinterlassen haben, das Heiraten nicht verbieten, weil solche Leute nicht mehr als geisteskrank im Sinne der Umgangssprache und des Zivilgesetzbuches gelten können. Die Fürsorge sollte auch bei solchen rechtlich erlaubten Ehen zu erreichen suchen, dass der früher schizophrene Ehepartner sich sterilisieren lässt, weil die Erkrankungsgefahr für die Kinder dadurch nicht kleiner wird, dass die Schizophrene bei dem betreffenden Ehepartner schon seit langem latent ist. Nur bei Ausschaltung eventueller Nachkommenschaft ist gegen solche Ehen auch vom fürsorglichen Standpunkt aus nichts einzuwenden, sofern der letzte Schub des ehemals kranken Partners so weit zurückliegt, dass für die Zukunft nicht mehr mit neuen oder höchstens noch mit ganz vereinzelt Schüben zu rechnen ist, und sofern dieser Ehepartner nicht nur intellektuell, sondern auch affektiv noch gut erhalten ist.

Mit den nunmehr erörterten Richtlinien für die Fürsorge von Schizophrenen muss ich mich begnügen. Zum Schluss möchte ich bloss noch betonen, dass Richtlinien eben nur allgemeine Hinweise sein können, die niemals schematisch angewendet werden dürfen, sondern in jedem konkreten Einzelfall, dem man gegenübersteht, immer wieder aufs neue in Frage gestellt und stets von neuem nachgeprüft werden müssen. Die allgemeine Regel kann niemals die konkrete, individuelle Entscheidung im Einzelfalle ersetzen. Das Schlimmste, was uns begegnen kann, ist, dass wir zu Routiniers werden, die sich auf ihre sogenannte „Erfahrung“ berufen und bei jeder Frage, die das Leben an sie heranträgt, die entsprechende Schublade ihrer „Erfahrung“ ziehen, wo die Lösung der betreffenden Frage fertig eingeschachtelt bereit liegt. Erfahrung ist nur solange wertvoll, als wir aus ihr bloss allgemeine Richtlinien ableiten, die uns den Blick für die einmalige und unwiederholbare Problematik des Einzelfalles nicht verschleiern. Wir müssen uns stets bemühen, jeden Menschen, der in unseren beruflichen Gesichtskreis kommt, als etwas Neues zu nehmen, als eine ganz frische Aufgabe, die alle unsere Einfühlungsfähigkeit benötigt, wenn wir gerade diesem Einzelfalle gerecht werden wollen. Nur so werden wir die Menschen nicht vergewaltigen und werden das Erstaunen für die unbegreifliche, strömende Fülle des Menschlichen nicht verlieren.