

Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie =
Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 10 (1992)

Artikel: Prognosen in der Psychiatrie

Autor: Etzensberger, Mario

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051320>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Prognosen in der Psychiatrie

Mario Etzensberger

Weshalb überhaupt das Thema "Prognose in der Psychiatrie", hier, wo es um "Rückfall und Bewältigung" im Rahmen des Strafrechts geht?

Ein kleiner Teil der Täterinnen und Täter begeht seine Delikte teilweise oder ganz aus psychischer Krankheit heraus. Dem trägt der Gesetzgeber mit den Artikeln 10 und 11 StGB bezüglich verminderter Zurechnungsfähigkeit sowie 43 und 44 StGB im Hinblick auf eine mögliche Therapie Rechnung. Die Rückfallgefahr oder besser die Hoffnung auf Bewährung hängt also eng mit dem Verlauf der Krankheit zusammen.

Prognose heisst, wörtlich übersetzt, Vorauserkennen, Vorauswissen. Prognose in der Psychiatrie wäre also die Kunst, vorhersagen zu können, wie es um einen kranken Menschen in Zukunft bestellt sein wird.

Der Prognose begegnen in der Medizingeschichte schon früh, nämlich bei Hippokrates, der ihr grosses Gewicht beimisst, und zwar nicht in erster Linie, um den Patienten/die Patientin zu beraten, zu beruhigen oder auf das nahe Ende vorzubereiten. Den Aerzten der klassischen Zeit ging es vielmehr darum, bei schlechter oder nur schon unsicherer Prognose gar nicht erst in Erscheinung zu treten; denn unheilbar kranke oder gar sterbende Patienten schaden dem Rufe und dem Ansehen. So unzweifelhaft der hippokratische Eid einen Meilenstein in der Entwicklung der medizinischen Ethik bedeutet, so handfest waren und mussten damals die Ueberlegungen der Aerzte sein. Im antiken Zweistromland und in Aegypten konnte es einem Arzte sogar passieren, dass er gleichzeitig mit seinem Patienten das Leben lassen musste. Noch im europäischen Mittelalter lief der glücklose Arzt Gefahr, der gemeinsamen Sache mit Teufeln und Dämonen beschuldigt, deswegen verfolgt, und endlich auch bestraft zu werden. Als literarische Beispiele möchte ich einerseits auf den Roman "Der Medikus" von Noah Gordon hinweisen, andererseits auf das Märchen der grimmschen Sammlung "Gevatter Tod", wo die Prognose das Wesen des erfolgreichen Arztes ausmacht. Den Missbrauch seiner Fähigkeiten bezahlt jener Arzt aber mit seinem Leben.

Solches haben wir heute nicht mehr zu befürchten. Trotzdem ist es uns selbst mit Einsteins Relativitätstheorie immer noch nicht vergönnt, die Zukunft vorwegzunehmen. Der Vorhang bleibt undurchdringlich, und nur hier und da scheint er sich auf übernatürliche Weise kurz

zu lüften. Für den Alltag sind parapsychologische Phänomene aber leider nicht zu gebrauchen.

Sind das wohl die Gründe dafür, dass man sich in der Psychiatrie nur ungern, und dann bloss am Rande mit Prognose befasst? Im Lexikon der Psychiatrie, in den Lehrbüchern von Bleuler, Feldmann und Tölle, um nur einige Beispiele zu nennen, gibt es jedenfalls kein eigenes Kapitel über die Prognose. Einzig bei den einzelnen Krankheitsbeschreibungen werden verschämt kurze Hinweise gemacht. Die beiden gebräuchlichsten diagnostischen Manuale gar, nämlich die ICD 9 (und neu auch 10) und das DSM-III-R verzichten ganz darauf.

Einen anderen Grund für die Hemmung, sich mit Prognose zu befassen, gibt Mayendorf 1980 an. Für ihn hängen Prognose und Aetiologie (Ursachenforschung) eng zusammen. In letzterer sieht er aber zwei Prinzipien wirksam, nämlich die Ursache oder Causa, neben der Schuld oder Culpa (siehe auch Schweizerdeutsch: "G'schuld si"). Die Frage nach der Schuld führt aber leicht in die Irre und ist eine schlechte Ratgeberin dort, wo man wissen möchte.

Es gibt aber auch sachliche Schwierigkeiten, Gültiges zur Prognose psychischer Krankheiten auszusagen:

1. Fehlendes Wissen über Ursache und Ablauf des Krankheitsgeschehens

Hält man einen Stein hoch und lässt ihn fallen, so kann auf Grund der physikalischen Gesetzmässigkeit mit ziemlicher Sicherheit vorausgesagt werden, was in den nächsten Sekunden geschehen wird. Auch in der Körpermedizin gibt es einige Krankheiten, deren pathophysiologischer Ablauf bekannt ist und über die sich deshalb recht genaue Voraussagungen machen lassen. In der Psychiatrie haben wir es dagegen meist mit Syndrom-Diagnosen (Syndrom = Krankheitsbild) zu tun, die multifaktoriell bedingt sind. Da nie alle beteiligten Kräfte in ihrem Zusammenhang überblickt werden können, ist eine sichere, aus Kausalitäten abgeleitete Prognose unmöglich. Ähnlich ergeht es dem Meteorologen, der ebenfalls einer unüberschaubaren Anzahl Einflüssen gegenüber steht und deshalb ungefähr ebenso häufig daneben greift wie der Arzt und Psychiater.

Es bleibt also lediglich die Empirie (Erfahrungswissen), die aus vielen klinischen Einzelfällen statistische Muster herauszuarbeiten sich bemüht. Statistik ist aber die "Lehre von der grossen Zahl" und muss in ihren Resultaten beim Einzelfall nicht zutreffen.

2. Spontanverläufe

Alle Krankheiten zeigen auch ohne jegliche Behandlung einen Verlauf, sei es zur Heilung, zur gleichbleibenden Behinderung oder gar zum Tode. Behandlung nimmt Einfluss auf diesen Verlauf. Im jeweiligen Krankheitsfall kann es darum schwierig sein, vorauszusehen, wie nachhaltig der therapeutische Einfluss auf den spontanen Verlauf sein wird, welcher ja selbst auch noch variieren kann.

3. Subjektive Einflüsse

Eine prospektive Studie an Senioren hielt Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit fortlaufend fest. Zu Anfang waren die Probanden und die Probandinnen einerseits körperlich untersucht worden, andererseits befragte man sie, wie gesund und lebensstüchtig sie sich selbst einschätzten. Es zeigte sich, dass eine positive Einstellung viel deutlicher mit langem Leben korrelierte als sogenannt objektiv festgestellte körperliche Hinfälligkeiten.

4. Methodische Schwierigkeiten von wissenschaftlichen Untersuchungen

Hubschmid und Ciompi (1990) sowie Woggon und Baumann (1983) trugen jene Aspekte zusammen, die es zu bedenken gilt, wenn prognostische Studien oder die Suche nach sogenannten Prädiktoren unternommen werden.

- Da besteht einmal die grösste Schwierigkeit, Diagnosen klar und eindeutig voneinander zu trennen. Werden also mit anderen Worten homogene Gruppen untersucht?. Wenn nicht, dann beruhen prognostische Ergebnisse evtl. weitgehend auf der Unterschiedlichkeit im Spontanverlauf der untersuchten Erkrankungen.
- Weiter kann es schwierig sein festzulegen, was denn unter positivem oder negativem Verlauf zu verstehen sei. Sind es ein Rückfall, die subjektive Einschätzung der Patienten, die Lebensstüchtigkeit, die Arbeitsfähigkeit, oder gar nur ein einzelnes Symptom, wie z.B. die Aggressivität, etc...?
- Wie gross sollen die Intervalle für die Nachuntersuchungen gewählt werden? Genügt es zwei bis fünf Jahre nach Beginn der Erstdiagnose zu untersuchen, oder sind Zeiträume von 10, 20 oder mehr Jahren nötig? Spielen aber dann nicht andere Dinge, wie persönliche Entwicklung, Reifung, zusätzliche Erkrankungen, Lebensbelastungen, einschneidende Ereignisse, etc. eine zusätzliche Rolle? Sind die Untersucher 20 Jahre später überhaupt noch dieselben, und wenn ja, sind sie in ihrer Sicht der Dinge noch gleich?

- Welche Prädiktoren soll man auswählen; das heisst auf welche Eigenschaften im Zeitpunkt der Erstuntersuchung kommt es an? Ist es besser, nur auf einige wenige das Augenmerk zu richten, oder sind ganze Muster aussagekräftiger? Uebersieht man wichtige Faktoren oder sucht sie zu nahe bei der vermuteten "Ursache"?

Nach diesem sicher noch unvollständigen Katalog von Einschränkungen möchte ich doch schlaglichtartig wenigstens einige Ergebnisse der Prognose- oder Prädiktorforschung vorstellen. Man wird aber ohne weiteres erkennen, dass selbst bei diesen wenigen Proben sowohl Uebereinstimmung als auch Widersprüche zu erkennen sind.

1. Gestört im Kindesalter, krank als Erwachsene?

1987 veröffentlichten von Knorrig et al., Schweden, ihre Arbeit über die Krankheitshäufigkeit einer Gesamtpopulation zwischen Geburt und 24. Lebensjahr. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, in diesem Zeitraum an einer psychischen Störung gemäss DSM-III zu erkranken, für Knaben 13,9 % und für Mädchen 14,2 % betrug. Die Heilungschancen von psychisch erkrankten Kindern stellten sich dabei aber als relativ gut heraus, befanden sich doch "nur" noch 11 % von ihnen nach dem 10. Lebensjahr in weiterer Behandlung. Knaben waren vor allem dann gefährdet, wenn sie Spezialklassen besucht hatten.

Dänemark kennt die Einrichtung eines zentralen Krankenregisters; etwas, das bei uns und unserer heutigen Datenschutzempfindlichkeit gänzlich undenkbar wäre. Thomsen fand 1990 unter Benutzung dieser Quelle bei insgesamt 485 Kindern, die im Alter von 0 - 15 Jahren in der Zeit vom 1.1.70 bis 31.12.72 in ein psychiatrisches Kinderkrankenhaus aufgenommen worden waren, folgende Zusammenhänge:

Neurosen im Kindesalter führten später vor allem zu Hospitalisation wegen Persönlichkeitsstörungen; frühe Verhaltensstörungen hatten dagegen vermehrt Persönlichkeitsstörungen und Suchtmittelmissbrauch zur Folge, während Mädchen mit Anpassungsstörungen Jahre später häufig an Persönlichkeitsstörungen und Psychosen litten. Viel wichtiger erscheint mir aber die Erkenntnis, dass der Zeitpunkt, da erste Symptome auftreten, keinen Einfluss auf die Häufigkeit späterer Hospitalisation nach dem 15. Lebensjahr hat.

Früh krank heisst also nicht unbedingt später wieder krank!

Die englische Studie von Rodgers aus dem Jahre 1990 versuchte Korrelation zwischen kindlichem Verhalten und affektiven Störungen im Erwachsenenalter nachzuspüren. Dabei wurden Auffälligkeiten, wie Einnässen, Nägelbeissen, Sprachprobleme, Schwänzen aber

auch kompliziertere Merkmale von Verhalten und Persönlichkeit berücksichtigt. Es erwies sich nun (erfreulicherweise, wie ich meine), dass, ausgehend von den genannten frühen Besonderheiten im Verhalten eines Kindes, keine spätere affektive Störung vorausgesagt werden konnte.

2. Schizophrenie

Ueber dieses Thema wurden wahrscheinlich seit Jahrzehnten die meisten Arbeiten verfasst. Berühmt sind hier vor allem Langzeitbeobachtungen über 20 und mehr Jahre, wie z.B. von Bleuler (1972), Ciompi und Müller (1976), Huber et al. (1979), Harding et al. (1987). Von besonderem Interesse ist die Prognose bei der Schizophrenie vor allem deshalb, weil ihr Verlauf sowohl zur völligen Gesundung als auch zu schweren chronischen Endzuständen führen kann. Als gesichert darf heute gelten: Eine gute soziale Anpassung und eine harmonische Persönlichkeit vor Krankheitsausbruch sowie akuter Beginn mit lauten Symptomen und ein gutes Ansprechen auf die Behandlung lassen einen günstigen Verlauf erwarten. Die früher als wichtig erachtete Unterteilung der Schizophrenie in eine paranoide, katatone, hebephrene oder einfache (simplex) Form sowie die erbliche Belastung erwiesen sich als unbrauchbare bzw. unsichere Prädiktoren. Interessant ist daneben die Voraussage der Wirksamkeit eines Medikamentes (Neuroleptikum). Wirkt es in den ersten 10 Tagen, so kann man weitere Verbesserungen erwarten, ansonsten sollte man bald auf ein anderes Neuroleptikum wechseln. Andere Autoren (Woggon) glaubten dies schon nach dem ersten Behandlungstag feststellen zu können.

3. Depression

Die Studie von Blumenthal et al. untersuchte 1987 55 ersthospitalisierte, depressive Patienten. Diese selbst, das Pflegepersonal und die Aerzte wurden je nach den zukünftigen beruflichen Chancen befragt. Ein Jahr später zeigte es sich, dass die Behandelnden bessere Voraussagen gemacht hatten als die Patienten selbst. Dies ist nicht erstaunlich, da Depressive bekanntlich unter anderem ein stark negatives Bild der Zukunft zeichnen.

Wichtig bei Depressionen ist auch das Wissen um den zyklischen Spontanverlauf besonders bei sogenannt endogenen Formen. Die früheren Erfahrungen des jeweiligen Patienten lassen am ehesten den Verlauf errahnen, wie dies z.B. die Arbeit von Tyrer et al., England 1980, belegt.

Beim Thema Depressionen sei noch darauf hingewiesen, dass sie unter vollendeten Suiziden ungewöhnlich häufig vorkommen. Depression ist also ein Prädiktor für Suizidalität. Auf der andren Seite wiederholen mehr als 80 % der Menschen nach einem ersten Suizidversuch

und nachfolgender Behandlung diesen nicht wieder. Die Behandlung eines Suizidversuches ist somit ein günstiger Prädiktor.

4. Rasse und Geschlecht

Gift et al. untersuchten 1985 in Amerika zwei heterogene Gruppen von weissen und schwarzen Patienten (n=217), die alle zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert worden waren. 80 % von ihnen konnten zwei Jahre später nachuntersucht werden. Weder Rasse noch Geschlecht erwiesen sich als zuverlässige Kriterien, etwas über Symptome, Funktionstüchtigkeit oder Verlauf vorauszusagen. Ueber dieses Thema bestehen aber zugegebener Massen sehr kontroverse Untersuchungsergebnisse und Meinungen.

Eine Arbeit aus Afrika, genauer noch Nigeria, aus dem Jahre 1982 sei noch erwähnt. Odejide fand, dass soziale Probleme in der Vorgeschichte, Singel-Dasein und die Diagnose Schizophrenie häufiger zu wiederholten und langen Hospitalisationen führten. Aehnliche Befunde lassen sich auch in der ersten Welt erheben, wo neben der Schizophrenie Suchtmittelabhängigkeit die Drehtür-Psychiatrie begünstigt.

5. Gewalt

Gewalt ist keine Krankheitseinheit an sich, kommt aber als Symptom bei einigen Diagnosen gehäuft vor. Stellvertretend für viele ähnliche Arbeiten (und Polemiken) sei jene von Janofsky et al. (1988) aus Amerika genannt, die einmal mehr belegt, dass Psychiater schlecht zukünftige Aggressionsausbrüche vorhersagen können. Zwei Psychiater beurteilten unabhängig voneinander 47 neu eintretende Patienten und Patientinnen bezüglich Tätlichkeit, Drohungen und Suizidalität. Nur gerade was Drohgebärden betraf, war ihre Prognose einigermaßen brauchbar.

Schluss

Mit dem Stichwort Aggression können wir den Bogen zum Anfang schlagen und Fazit ziehen:

Es ist in der Psychiatrie sehr schwer, valide Prognosen zu stellen. Man ist auf Empirie und Statistik angewiesen. Griffige Instrumente zur Beurteilung zukünftigen Verhaltens fehlen. Im Einzelfall kann alles anders sein.

Der Psychiater handelt deshalb als Scharlatan, wenn er vorgibt, sichere Vorhersagen machen zu können. Gerichte und Behörden sowie letztlich die Oeffentlichkeit machen sich

ihrerseits etwas vor, wenn sie die psychiatrischen Experten dazu verführen, Prophet zu spielen. Wir alle aber haben Verständnis füreinander, wenn wir die oft schwere Verantwortung gerade bei kranken Gewaltverbrechern nur allzu gerne abschieben. Am besten wäre es also, wenn interdisziplinär und im Wissen um die Grenzen jeglicher Prognose gehandelt würde.

