

Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie, Bd. 189, S. 251—278 (1952).

Aus dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus (Landes-Heil- und Pflegeanstalt)
Göttingen (Direktor: Prof. Dr. G. EWALD).

WARTEGG-Zeichen-Test-Untersuchungen bei Schizophrenen.

Von
HELMUT ROST.

Mit 7 Textabbildungen.

(Eingegangen am 19. November 1951.)

Einleitung.

In seinem großen Sammelbericht über die Testmethoden in der Psychiatrie schreibt SEYFFERT: „Mit eifrigem Optimismus ist man im Ausland heute bemüht, neue exaktere und objektivere Methoden in die psychopathologische Forschung einzuführen. Das einfach beobachtende Registrieren seelischer Phänomene, so scheint es, genügt den Ansprüchen dieser Psychiatergeneration nicht mehr . . . Völlig anders ist die Situation in Deutschland. Bei uns lehnte bisher die Mehrzahl der maßgebenden Psychiater es ab oder hielt es wenigstens für überflüssig, eigene psychologische Testmethoden in die diagnostische Arbeit der Klinik einzuführen.“ Die Verwendung von Testmethoden in der Psychiatrie hat also in Deutschland nur zögernd Eingang gefunden.

Das Verlockende der Testmethoden liegt zweifellos in der Aussicht, durch genormte Verfahren mechanisch leicht, schnell und sicher erfassen zu können, was sonst nur durch mühevolle und zeitraubende Kleinarbeit gewonnen werden kann, und womöglich damit weitere Bezirke des Seelenlebens als bisher zu erreichen.

In diesem Verlockenden liegt jedoch auch eine Gefahr: nämlich die der „Überschätzung der Leistungsfähigkeit und Sicherheit experimenteller Methoden“ (SEYFFERT), ganz besonders, wenn es sich um Experimente mit der Seele handelt.

Indessen scheint doch weitgehend darüber Klarheit zu herrschen, daß Testuntersuchungen nicht Ersatz, sondern lediglich Ergänzung sein können: „Übereifrige Vertreter, nicht selten Halberfahrene, ärgern die Menschheit, indem sie alles und jeden testen wollen und gleichzeitig zu meist auf ein Verfahren schwören. Der gesunde Menschenverstand rebelliert mit Recht. Er wehrt sich gegen eine Anmaßung, daß das Testverfahren ein Stein der Weisen sei, und fragt sich, ob das Recht des Individuums erhalten bleibt. Das Testverfahren und die Testmethodik

insgesamt ist ein Instrument; alle Verfahrensweisen dieser Art haben instrumentalen Charakter. Diese Einsicht allein könnte genügen, um die Überschätzung irgendeines Tests zu verhindern“ und damit auch den Glauben an die Testmethodik als Universalmittel. So äußert sich der Psychologe HEISS. Und SEYFFERT bemerkt, daß „,sorgfältige Beobachtung und Exploration mit subtiler Anamneseerhebung‘ (BÜRGER-PRINZ) immer die Grundlage einer vernünftigen psychiatrischen Diagnostik“ sein müsse.

Auf der anderen Seite können bei den häufigen diagnostischen Schwierigkeiten gerade auch in der Psychiatrie zusätzliche Testuntersuchungen eventuell eine erwünschte und willkommene Bereicherung *der* Gesichtspunkte erbringen, an Hand deren die Entscheidung für oder gegen eine Diagnose getroffen werden muß. Wenn SEYFFERT schreibt: „Ein Hauptanreiz zur Verwendung von Tests liegt darin, daß eventuell in ihrem Scheinwerfer mehr vom Wesen eines Menschen aufleuchtet als bei einem bloßen Gespräch“, so wird man nach dem soeben Angeführten dies insoweit gelten lassen können, als unter dem „Mehr vom Wesen eines Menschen“ das eine oder andere nicht unwesentliche Detail seiner psychischen Struktur verstanden wird, das durch die Testmethodik erhellt werden kann, woraus dann vielleicht auch eine subtilere Unterscheidung von psychischen Krankheitszeichen möglich wird¹. —

Systematische Untersuchungen mit dem WARTEGG-Zeichen-Test im Rahmen der psychopathologischen Forschung wurden unseres Wissens erstmalig an der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt durchgeführt². Eine zusammenfassende Übersicht hat MÜLLER-SUUR kürzlich veröffentlicht.

So konnte G. VOLLMER mit ihren „WARTEGG-Zeichen-Test-Untersuchungen bei Epileptikern“ insbesondere auf das unterschiedliche Auftreten der Wesensveränderung — je nachdem, ob es sich um genuine oder um symptomatische Epilepsie (ausgenommen Schläfenlappenverletzungen und -prozesse) handelte — hinweisen und damit die Beobachtungen, die BOVET und STAUDER an Hand des RORSCHACHSchen Formdeuteversuches gemacht hatten, im Gegensatz zu WEISSENFELD (zitiert nach SEYFFERT) bestätigen. — Weiter konnte v. RIESEN mit seinen „WARTEGG-Zeichen-Test-Untersuchungen bei seniler Demenz und angeborenem Schwachsinn“ besonders einen Unterschied in der Persönlichkeitsstruktur dieser beiden Gruppen aufzeigen, der in der verschiedenartigen Abstufung des Auffassungsgrades zum Ausdruck kommt. Die im Vergleich zur Verminderung der Intelligenz in geringerem Grade herabgesetzte emotionale Ansprechbarkeit der Senilen erweist

¹ Grundsätzliche Betrachtungen über das Wesen der Testmethoden, insbesondere über die Verschiedenartigkeit der Anwendungsbereiche und der Ausdeutungsverfahren von Leistungs- und Projektionstests, vgl. bei HEISS.

² Erst nach Fertigstellung dieser Arbeit wurde uns die Veröffentlichung von W. PFEIFFER „Der Zeichentest nach WARTEGG in der psychiatrischen Diagnostik“ (Arch. f. Psychiatr. 187, 268 [1951]) bekannt. Es finden sich teilweise wertvolle Ergänzungen und Bestätigungen des Bildmaterials. Der vom Verfasser vertretenen Ansicht bezüglich der klinisch-diagnostischen Brauchbarkeit des WARTEGG-Zeichentests können wir allerdings nicht zustimmen.

sich als ein im WARTEGG-Zeichen-Test faßbares Unterscheidungsmerkmal gegenüber dem angeborenen Schwachsinn. Ein Hinweis auf die Analogie zum (Leistungs-)Test von H. BABCOCK, in dem das weitgehende Erhaltenbleiben des Wortschatzes (Vocabulary) im Gegensatz zur übrigen Intelligenz eine ähnliche Rolle spielt, scheint angebracht.

Ergänzend sei hier noch auf die Arbeit von BOrr hingewiesen. Ihm gelang es mit seinen „Untersuchungen über das Phänomen der Wesensverkennung bei Schwachsinn und seniler Demenz“, nachzuweisen, daß die relativ bessere emotionale Ansprechbarkeit und das relative Erfassenkönnen von Wesentlichem bei senil Dementen, welches vom Schwachsinn aus als Leistung erscheint, doch nur eine Fehlleistung ist, die jedoch bei der senilen Demenz gegenüber dem Schwachsinn eindeutig gehäuft auftritt. BOrr bediente sich dazu der Vater-und-Sohn-Bildgeschichten von E. OHSER-PLAUEN, die er durch Herausarbeitung eines besonderen Auswertungssystems in erhöhtem Maße nutzbar gemacht hat.

Schizophren Erkrankte sind bereits mit verschiedenen Testmethoden klinisch untersucht worden, so mit einer Reihe von Intelligenztests, ferner dem RORSCHACHSchen Formdeuteversuch, dem Thematic-Apperception-Test (T.A.T.), dem Sceno-Test u. a. Systematische WARTEGG-Zeichen-Test-Untersuchungen bei Schizophrenen dagegen sind bisher noch nicht bekannt.

Eigene Untersuchungen.

I.

Die von WARTEGG angegebenen Auswertungsgesichtspunkte seines Zeichentestes (von dessen speziellerer Charakterisierung hier aus Platzgründen abgesehen werden muß¹⁾) sind entsprechend dem Zweck orientiert, der Erhellung charakterologischer Strukturen zu dienen, und können daher für die Verwendung in der Pathopsychologie nur beschränkt Anhalte geben. Deshalb haben G. VOLLMER und v. RIESEN lediglich die Beurteilung des Auffassungsgrades gegenüber den Ausgangszeichen übernommen. Als weiteres Auswertungsmoment haben sie die „Motivwahl“ herangezogen, womit bestimmte Auffälligkeiten der Darstellung Berücksichtigung fanden, die wohl nur bei Geisteskranken vorkommen und daher bei WARTEGG nicht erwähnt und gedeutet sind.

Unter Verwendung und in Ergänzung dieser Erfahrungen haben wir die systematische Durchuntersuchung unseres Materials nach zehn Beschreibungsgesichtspunkten, die anschließend im einzelnen näher betrachtet werden sollen, durchgeführt.

Die Zahl der Beschreibungsgesichtspunkte ist gegenüber derjenigen der Arbeiten von G. VOLLMER und v. RIESEN wesentlich erhöht. Dazu sahen wir uns durch die Vielfältigkeit unseres Materials gezwungen, der wir anders nicht hätten gerecht werden können. Eine genauere Charakterisierung der Testversuche setzte außerdem die Berücksichtigung der während der Testdurchführung angefertigten Proto-

¹ Dem Probanten wird ein Formular mit 8 weißen Quadraten vorgelegt. Jedes dieser Zeichenfelder enthält ein bestimmt geformtes, spärliches Anfangsgebilde, aus dem die Vp. je eine beliebige Zeichnung entwickeln soll.

kolle voraus, zumal eine Reihe von Einzelheiten der Testgestaltung erst durch ergänzende Exploration verständlich wurde. Beides, die Notwendigkeit zur Verwendung einer relativ großen Zahl von Beschreibungsgesichtspunkten sowie zur Heranziehung der Protokolle für eine genauere Untersuchung erscheint uns bezeichnend für die Struktur schizophrener Psychosen.

Mit der folgenden Beschreibung der Merkmale soll gleichzeitig auf einzelne besonders naheliegende Beziehungen zwischen den Phänomenen und zu klinischen Gesichtspunkten hingewiesen werden; von einer erschöpfenden Besprechung muß allerdings angesichts der sehr großen Zahl von Beziehungsmöglichkeiten im Rahmen dieser Arbeit abgesehen werden¹. Auch auf die möglichen Deutgehalte kann deshalb nur aneutungsweise eingegangen werden.

1. Allgemeines Formniveau.

Die Spanne der Skala von völlig formlosen bis zu ausgesprochen differenzierten, formvollendeten Darstellungen ist so erheblich, daß eine Einteilung nach dem Grade des allgemeinen Formniveaus auf der Hand lag, ja, geradezu gefordert schien. Ohne sonderlichen Zwang gelang die Gruppierung nach 5 Grundqualitätsgraden.

Differenzierte Zeichnungen, die den Leistungen gesunder, differenzierter Personen gleichgestellt werden können und für eine Auswertung nach unseren Gesichtspunkten nur wenig oder gar keine Möglichkeiten bieten, fanden wir bei 18 Patienten = 9,6% (♀ 10,1%, ♂ 9,2%). Faßt man das Formniveau als Gradmesser für das Erhaltensein der Persönlichkeit auf, so dürfte es sich hier um Patienten mit praktisch erhaltener Persönlichkeit handeln.

Von den insgesamt 18 Pat. sind 7 seit weniger als 3 Jahren krank; von den verbleibenden 11 gehören 5 zur Gruppe der vorwiegend paranoiden Schizophrenen; von den restlichen 6 haben 4 mehr als Volksschulbildung (siehe S. 274/5). Insgesamt 12 von den 18 Pat. weisen mehr als Volksschulbildung auf, das sind rund ein Drittel aller Pat. mit höherer Schulbildung. 6 von den insgesamt 10 Pat. mit einer Krankheitsdauer von weniger als einem Jahr in unserem Material zeigen differenziertes Formniveau.

Abb. 1 gibt ein (etwas unterdurchschnittliches) Beispiel dieser Gruppe und verdient als Zeichnung eines „Pfropfschizophrenen“ infolgedessen

¹ Eine Übersichtstabelle in verkleinerter Wiedergabe, auf der die Testmerkmale gemäß unseren Beschreibungsgesichtspunkten bei sämtlichen 186 Vp. sowie deren klinische Einteilung eingezeichnet sind und die jede beliebige Beziehung sowohl der klinischen und der Testmerkmale je unter sich als auch gegenseitig zu untersuchen gestattet, findet sich in meiner gleichnamigen Dissertation (Göttingen 1951). Aus technischen Gründen mußte von ihrer Wiedergabe im Rahmen dieser Veröffentlichung abgesehen werden. — Auch auf zahlreiche Test-Abbildungen, die in der genannten Dissertation enthalten sind, mußte hier bis auf vier verzichtet werden; darüber hinaus konnte in den Abb. 5—7 das Wesentlichste lediglich ausschnittweise zusammenge stellt werden.

besondere Beachtung; einige klinische Hinweise mögen der Ergänzung dienen:

Der jetzt 29jährige Pat. kam mit 6 Jahren wegen Schwachsinsns in Anstaltspflege. In der Hilfsschule der Anstalt glatt mitgekommen, wurde er in der Folgezeit als still, scheu und verschlagen bezeichnet. 1945/46, im Alter von 24 Jahren, wurde ein schizophrener Schub mit hochgradigen Erregungszuständen und „unaussprechbarem tierischem Stadium“ beobachtet. Seit dem Abklingen hat sich der Pat. zu einem guten, kontaktfähigen Arbeiter entwickelt, der in der Freizeit eifrig seine Kenntnisse zu ergänzen bestrebt ist. — Man wird auf Grund des Testergebnisses wohl geneigt sein, hier weniger einen auf eine originäre Oligophrenie aufgepropften schizophrenen Prozeß anzunehmen als vielmehr den kindlichen „Schwachsinn“

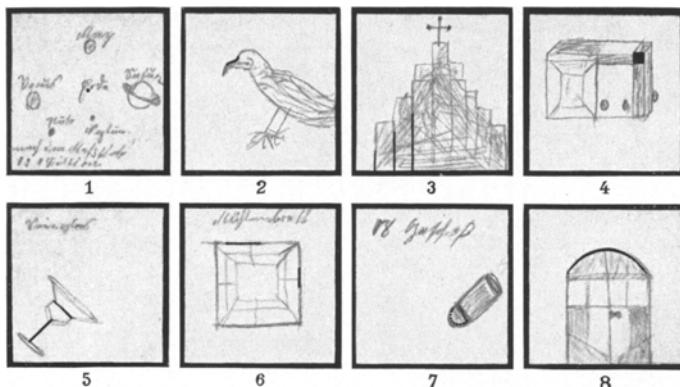


Abb. 1. Testzeichnung eines „Pfropfschizophrenen“.

bereits als Ausdruck des schizophrenen Prozesses aufzufassen. In der Folge des späteren Schubs kam es dann zu einer starken Anregung bestimmter psychischer Funktionen, die sich besonders als Ehrgeiz, Lerneifer und Ausdruckswillen äußerten und die, wie die Zeichnungen vermuten lassen, eine Entwicklung der Intelligenz bewirkten, die für einen gewöhnlichen Schwachsinn unwahrscheinlich ist. Auch die noch vorgenommene klinische Intelligenzprüfung spricht für diese Annahme. — Auffälligkeiten des Testergebnisses finden sich lediglich in der Raumorientierung (Feld 5: ungewöhnliche zeichenbedingte Schieflage des Glases, vgl. S. 262), der Bedeutungsangabe (Feld 1: diffus-unentschiedene Bedeutungsangabe: „Größenverhältnisse Maßstab zur Sonne“, vgl. S. 269), der Sukzession (fahrläufige Sukzession, vgl. S. 270) und der Zeitdauer (über 50 min, vgl. S. 271).

In einer Gruppe von *weniger differenziertem* Formniveau haben wir Zeichnungen zusammengefaßt, die in einzelnen der 8 Darstellungen noch differenzierte Züge zeigen, ohne jedoch das Gesamtniveau der vorigen Gruppe zu erreichen. Der prozentuale Anteil entspricht mit 9,6% = 18 Patienten genau dem der vorigen Gruppe, auch in der Zusammensetzung nach Frauen und Männern (10,1 bzw. 9,2%).

Es erscheint beachtenswert, daß von den hierher gehörenden 18 Pat. 10 seit über zehn Jahren und 5 seit über drei Jahren erkrankt sind, so daß die kürzere Zeit Eikranken mit 3 von 18 wesentlich weniger stark beteiligt sind als bei der

Gruppe der differenzierten Zeichnungen, ja, daß das Schwergewicht mit fast 50% bei den über zehn Jahre Kranken liegt.

In den nun folgenden Gruppen herrscht der Eindruck der geistigen Einengung und Verödung vor; es wurden zwar größtenteils noch Formen entwickelt, aber sie sind, besonders in den letzten beiden Gruppen, plump, verkümmert, oft nur gerade noch Form.

In der dritten Gruppe haben wir das Formniveau als *einfach verödet* bezeichnet; bei diesen noch über dem Durchschnitt der verödeten liegenden Zeichnungen finden sich noch Ansätze und teilweise Durchführungen gehobener Formgestaltung (Abb. 2). Hierher gehören 32 Patienten = 17,2% (♀ 23,2%, ♂ 10,3%). Das zahlenmäßige Überwiegen dieser

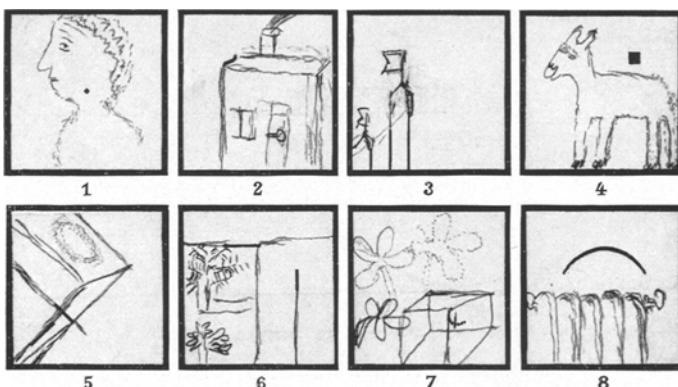


Abb. 2. Einfach verödetes Formniveau.

relativ besseren Leistung bei den Frauen fällt auf. 2 der 3 Patienten mit durch Staatsexamen abgeschlossenem Hochschulstudium unseres Materials zählen zu dieser Gruppe.

Erheblich verödet muß das Formniveau der nächsten Gruppe genannt werden. Diese umfaßt den größten Anteil der Zeichnungen mit verödetem Formniveau und stellt deren ungefähren Durchschnitt dar. $72 = 38,7\%$ (♀ 35,3%, ♂ 42,5%) beträgt ihr Anteil am Gesamtmaterial. Hier überwiegen also deutlich die Männer. Amorphien (s. S. 260) treten lediglich in 3 Fällen auf und auch da nur in wenigen (1-3) Feldern, Buchstaben oder Zahlen (s. S. 261) in 4 Fällen.

Die Testzeichnungen der letzten Gruppe müssen als *hochgradig verödet* bezeichnet werden; sie liegen deutlich unter dem Durchschnitt der Zeichnungen mit verödetem Formniveau. Bei ihnen wurden oft auch primitive Gestaltungen nur noch eben angedeutet; ausgesprochen amorphe Gebilde sind dagegen nicht häufig, und eine wenn auch noch so geringe konstruktive Leistung liegt selbst bei diesen so gut wie stets vor (Abb. 7, 3). Dies zu betonen erscheint wichtig für einen Vergleich mit Zeichnungen

Schwachsinniger. Der Anteil dieser Gruppe beträgt $46 = 24,7\%$ ($\text{♀} 21,2\%$, $\text{♂} 28,8\%$). Auch hier überwiegen also die Männer.

Amorphien finden sich bei 7, Buchstaben oder Zahlen bei 13 der insgesamt 46 Pat. dieser Gruppe, das sind 70% aller Zeichenblätter mit Amorphien bzw. 76,5% aller derjenigen mit Buchstaben oder Zahlen. Annähernd 58% aller der Pat., die eine Testdauer unter zehn min aufweisen, das sind 11, gehören zu dieser Gruppe. Schließlich finden sich 5 der 37 Pat. mit mehr als Volksschulbildung hier. Nur 13 der 46 Pat. dieser Gruppe weisen eine unauffällige, der Zeichnung adäquate Bedeutungsangabe (siehe S. 268) wenigstens für jeweils 1—3 Felder, 3 eine solche für 4—6, 2 eine solche für über 6 Felder auf. Volle Beachtung des Ausgangszeichens zeigen 13 Pat. für 1—3, 6 für 4—6, nur einer in über 6 Feldern.

Beim Gesamtüberblick über das Formniveau fällt ein Geschlechtsunterschied auf: Bei den mehr und weniger differenzierten Zeichnungen

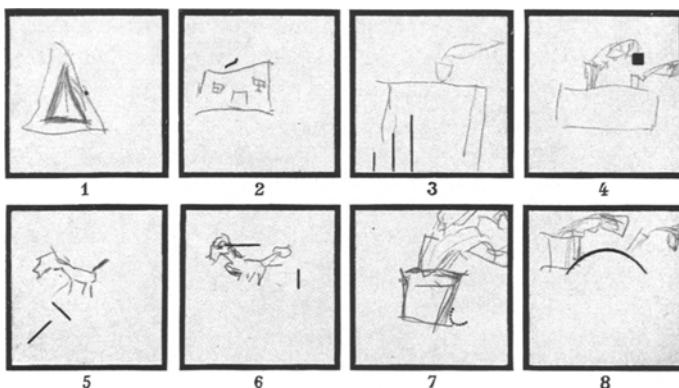


Abb. 3. Fahrig-verworrne Gestaltung.

halten sich Frauen und Männer annähernd die Waage, bei den weniger stark (einfach) verödeten überwiegen die Frauen und bei den erheblich und hochgradig verödeten die Männer. —

Es schien angebracht, neben diesen fünf mehr quantitativ erfaßten Abstufungsgraden zwei weitere Typen abzugrenzen, die bei einer Reihe von Zeichnungen als zusätzliche Ergänzungsqualitäten die Einteilung vervollkommen können:

Primitive Gestaltung. Zeichnungen dieser Art, die z. T. an kindliche Darstellungseigentümlichkeiten erinnern (Abb. 7, 2), fanden sich 14 mal = 7,5% ($\text{♀} 10\%$, $\text{♂} 4,5\%$). Beziehungen zu klinischen Gesichtspunkten, insbesondere zur Pffropfschizophrenie, konnten wir nicht feststellen (vgl. aber S. 272).

Fahrig-verworrne Gestaltung. Darunter verstehen wir eine besonders unruhige, zu keinem rechten Ziel kommende Zeichenweise (Abb. 3). Wir fanden das Merkmal in 6 Fällen = 3,2% ($\text{♀} 1\%$, $\text{♂} 5,7\%$).

Sämtliche 6 Pat. waren zum Zeitpunkt des Testversuchs kontaktunfähig und zeigten zerfahrenen oder verworrenen Gedankenablauf. Immerhin findet sich volle

Beachtung des Ausgangszeichens bei einem Pat. und unauffällige Bedeutungsangabe bei 2, was der Beobachtung entspricht, daß der Zustand der Pat. teilweise während des Testversuchs Schwankungen unterworfen war. Achtlose Rahmensprengung (siehe S. 262) liegt in 4 der 6 Fälle vor.

2. Besondere Gestaltungsmerkmale.

Auch hier nötigte die Vielfalt der Merkmale unseres Materials zu einer relativ großen Zahl (zehn) zu beschreibender Gesichtspunkte.

Abgezeichnet wurden Gegenstände aus der nächsten Umgebung (z. B. des Zimmers, Abb. 2, 8), Motive der weiteren Umgebung (beim Blick durchs Fenster), Testzeichnungen anderer Patienten, wenn deren Zeichenblatt zufällig sichtbar war, ferner die Überschrift des eigenen Zeichenbogens und schließlich das gegebene Zeichen eines *anderen* Feldes des eigenen Zeichenblattes (des Nachzeichnens des Zeichens des *gleichen* Feldes, also dessen Nachahmung oder Wiederholung, ist nach unserer Meinung ein besonderer Grad der Auffassung des gegebenen Zeichens und wird dort [vgl. S. 265] besprochen). Das Abzeichnen wird man als Ausdruck einer gewissen Erfindungsarmut oder auch Interesselosigkeit werten können; es wird der bequeme Weg gewählt, das nächste Beste, was sich gerade bietet, zu reproduzieren.

Das Merkmal kommt bei 11 Patienten = 6% (φ 8%, δ 3,4%) vor. Bei einer der Frauen betrifft es 4—6 Felder, desgleichen bei 2 Männern, bei allen übrigen 1—3 Felder.

Unter *Summation* verstehen wir die Darstellung von mehreren gleich- oder verschiedenartigen Gebilden ohne deutlichen Sinnzusammenhang in einem Feld, soweit sie nicht durch Teilerfassung der gegliederten Zeichen der Felder 3, 5, 6 (vgl. S. 267) bedingt ist.

Wir präzisieren damit unseren Summationsbegriff gegenüber G. VOLLMER, v. RIESEN und MÜLLER-SUUR in zweifacher Beziehung: einmal, indem wir die Sinnzusammenhangslosigkeit bzw. die Fragwürdigkeit des Sinnzusammenhangs der summierten Teile fordern. Die Aufstellung dieses Kriteriums für die Zuordnung zur Summation ist bei Pat. mit Demenz und Schwachsinn überflüssig, denn ihre Summation zeigt amorphe Strukturlosigkeit und damit also auch keinen Sinnzusammenhang. Die Summation der Schizophrenen dagegen weist nie die diffuse Planlosigkeit und kaum je die Steigerung auf, wie sie G. VOLLMER und v. RIESEN bei ihren Pat. feststellen konnten; sie ist vielmehr fast immer „von konstruktivem Gepräge“ (MÜLLER-SUUR). Dadurch ergibt sich oft die Notwendigkeit einer Abgrenzung der (konstruktiven) Summation gegenüber nicht aus dem Rahmen des Normalen fallenden, lediglich durch Diskontinuität charakterisierten zeichnerischen Darstellungen (Abb. 1, 1; 5, 1). Für diese Abgrenzung muß die Prüfung des Sinnzusammenhangs, eventuell unter Beachtung der Bedeutungsangabe, herangezogen werden. Freilich ist auch damit die Zuordnung mitunter recht schwierig (Abb. 7, 6 und 12).

Zum zweiten haben wir den Summationsbegriff erweitert, indem wir auch das *einmalige* Vorkommen von Gebilden im Einzelfeld, wofern nur mehrere verschiedene davon gezeichnet wurden, einbezogen haben (vgl. bei Summation eigener verschiedenartiger Gebilde).

In einem Teil der Fälle können auch wir die Summation als Ausdruck einer „expansiv-euphorischen Grundstimmung“ deuten; in anderen Fällen mutet sie durch die stereotype Exaktheit eher wie ein automatenhaftes Weiterlaufen einer einmal begonnenen Funktion an. Zumeist tritt das Merkmal bei unseren Patienten nur in einigen der 8 Zeichenfelder auf; es springt, wie bereits betont, im allgemeinen nicht so in die Augen wie bei Schwachsinn und Demenz.

Wir haben unterschieden zwischen Summation des gegebenen Zeichens, Summation eigener gleichartiger Gebilde und Summation eigener verschiedenartiger Gebilde; die drei Arten treten nicht selten kombiniert auf.

Summation des gegebenen Zeichens konnten wir 18 mal = 9,6% (♀ 13,1%, ♂ 5,7%) ermitteln. Es zeigt sich, daß nicht nur mehr Frauen als Männer summieren, sondern daß sich die Summation dieser Frauen z. T. auch über mehr Felder als die der Männer erstreckt: Keiner der 5 Männer summerte in mehr als 3 Feldern; aber 2 der 13 Frauen summieren in 4—6, 2 sogar in über 6 Feldern (Abb. 5, 3).

Summation eigener gleichartiger Gebilde fanden wir in 22 Fällen = 11,8% (♀ 17,1%, ♂ 5,7%). Während bei der Summation des gegebenen Zeichens teilweise wohl eine gewisse Erfindungsarmut angenommen werden kann, sind diese Patienten zu eigener Erfahrung befähigt, die freilich mitunter nicht über amorphes Kritzeln hinausreicht, wie Abb. 7, 3 zeigt.

Bei der *Summation eigener verschiedenartiger Gebilde* wurden grundverschiedene Dinge, deren Nebeneinander grotesk anmutet, in einem Feld vereinigt, wobei oft gleichzeitig Summation eigener gleichartiger Gebilde auftritt, indem eine oder mehrere der Einzeldarstellungen wiederholt gezeichnet wurden (Abb. 2, 7; 6, 10: „Schneeflocken und eine Blume“).

Neben Fällen, bei denen auch diese Art von Summation als Ausdruck von Expansivität gedeutet werden könnte, treten auch solche auf, bei denen das summierte Nebeneinander verschiedener Gebilde den Eindruck erwecken kann, als ob der betreffende Patient sich gar nicht (mehr) recht bewußt gewesen sei, daß er bereits etwas anderes in dieses Feld gezeichnet hatte, als ob er nicht mehr als ein einziges Detail übersehen könnte.

Wir fanden Summation eigener verschiedenartiger Gebilde bei 17 Patienten = 9,1% (♀ 10,1%, ♂ 8%).

Motivwiederholung. Das Haftenbleiben am Einfall fanden wir wesentlich seltener bei unseren Patienten als G. VOLLMER und v. RIESEN bei ihrem Material (Abb. 3; 6, 2). Wir stellten das Merkmal fest bei 29 Patienten = 15,6% (♀ 14,1%, ♂ 17,2%). 5 mal sind 4—6, nur 2 mal über 6 Felder betroffen.

Bei annähernd zwei Dritteln dieser Pat. mit Motivwiederholung lagen deutliche Störungen im Gedankenablauf vor, zum Teil ausgesprochene Zerfahrenheit und

Kontaktunfähigkeit. Bedenkt man, daß die Abgrenzung der Motivwiederholung gegenüber dem im folgenden besprochenen Phänomen der Kategoriengebundenheit nicht immer scharf ist und läßt man zur Motivwiederholung gerechnete Grenzfälle unberücksichtigt, so würde der Anteil der Patienten mit Störungen im Gedankenablauf noch größer sein.

Die Darstellung von Inhalten eng verwandter Begriffe bezeichnen wir als *Kategoriengebundenheit* und sehen darin den Ausdruck einer „Eingang des Erlebnis- und Ideenkreises“ (v. RIESEN). So beschränken sich z. B. die Zeichnungen der Abb. 4 auf den Gartenbau. Wir konnten das

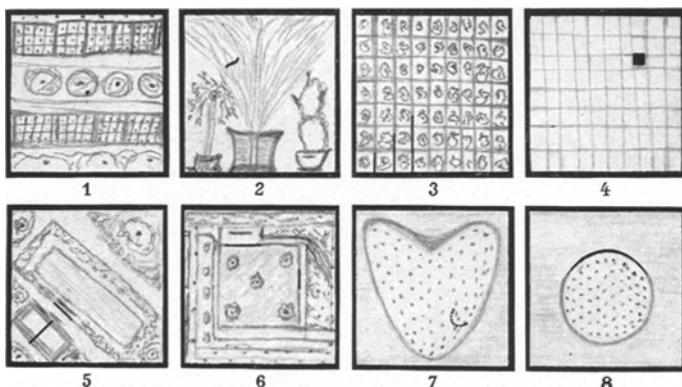


Abb. 4. Kategoriengebundene und stereotype Gestaltung.

Merkmal bei 24 Patienten = 13 % (φ 13,1 %, δ 12,6 %) feststellen. 7 dieser Patienten weisen höhere Schulbildung auf.

Betont gleichförmige Detail-Zeichentechnik, *Stereotypie*, findet sich recht häufig in unserem Material und scheint in ihren extremen Formen als Ausdruck des Automatenhaften charakteristisch für Schizophrene zu sein. Auch hierfür gibt Abb. 4 ein Beispiel; ferner Abb. 5 (wenigstens im Ausschnitt): Jeder der 4 Patienten hat seine 8 Felder stereotyp so wie das abgebildete Feld 2 in seinem „Stil“ gezeichnet; ähnliches gilt für Abb. 7, 3.

42 Patienten = 22,6 % (φ 22,2 %, δ 23 %) weisen das Merkmal auf.

Höhere Schulbildung findet sich bei diesen 42 Pat. nur 4 mal; 24 Pat. sind seit über 10 Jahren, 39 seit über 3 Jahren krank. Nur 3 Pat. weisen eine Krankheitsdauer unter 3 Jahren (aber über einem Jahr) auf.

Wie bereits bei der Besprechung des hochgradig verödeten Formniveaus erwähnt, kommt *Amorphie*, also Produktion von Ungeformtem, Ungestaltetem in unserem Material nicht oft vor: lediglich bei 10 Patienten = 5,3 % (φ 2 %, δ 9,1 %); Abb. 7, 3.

Der Geschlechtsunterschied wird noch deutlicher, wenn man die Zahl der betroffenen Felder berücksichtigt: Beide Frauen zeigen Amorphie in höchstens drei Feldern, von den 8 Männern dagegen weisen 2 Amorphie in 4—6, 3 in über

6 Feldern auf. Bei 6 der 10 Pat. (darunter die beiden Frauen) lagen deutliche Störungen im Gedankenablauf vor; 2 weitere zeigten unwillig-verächtliche Einstellung zum Zeichenversuch.

Schrift(-zeichen), Zahlen. Hier haben wir nur solche Fälle berücksichtigt, bei denen die Buchstaben oder Zahlen unter Vernachlässigung des

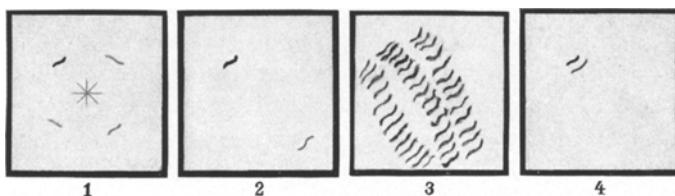


Abb. 5. Testausschnitte.

gegebenen Zeichens produziert wurden, nicht also solche, wo die Ausgangszeichen zu Buchstaben oder Zahlen ergänzt wurden. Auch die ins Feld geschriebene Bedeutungsangabe wurde natürlicherweise nicht mitgerechnet. Wir fanden das Merkmal bei 17 Patienten = 9,1% (♀ 6%, ♂ 12,6%).

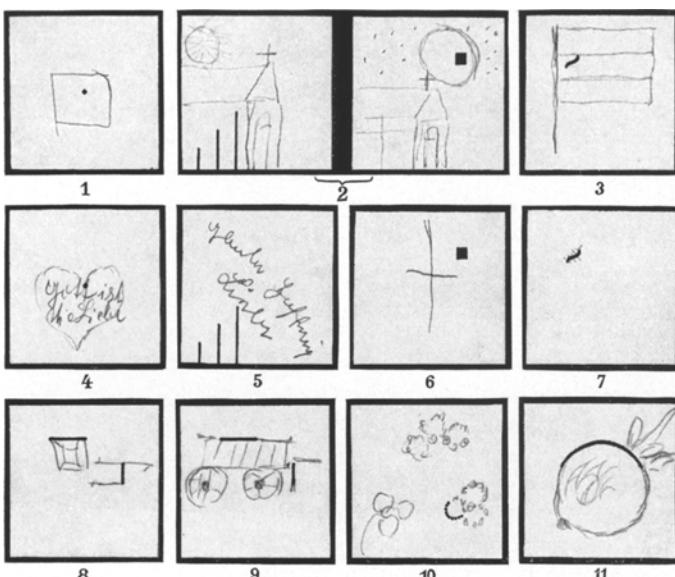


Abb. 6. Testausschnitte.

Zum Teil liegt hier ein anfängliches Mißverständen der gestellten Aufgabe vor, zum Teil wird man annehmen können, daß es sich um besonders in den Vordergrund drängendes Gedächtnismaterial handelt (Abb. 7, 9), das vielleicht als isolierte Reminiszenzen verstanden werden kann, wie sie der Zerfahrenheit der schizophrenen Endzustände entsprechen.

Es erwies sich als nötig, von der vorigen Gruppe solche Fälle abzutrennen, bei denen Schrift als mehr oder weniger sinnvoller *Text* verwendet wurde. Das war 7 mal der Fall = 3,7% (♀ 4%, ♂ 3,4%). Teils handelt es sich dabei mehr um bekenntnisartige Äußerungen vorwiegend religiösen Inhalts im Gewande geflügelter Worte (Abb. 6, 4 u. 5), teils mehr um kommentierende Bemerkungen zur Zeichnung oder zum Ausgangszeichen.

3. Besonderheiten der Raumorientierung.

Fälle, bei denen die Umgrenzung des Zeichenfeldes graphisch oder auch nur dem Sinngehalt nach überschritten wurde, faßten wir als *Rahmensprengung* zusammen.

Das war zunächst bei der *achtlosen Rahmensprengung* der Fall. Berücksichtigt wurden nur Überschreitungen, die nicht nur besondere Sorgfalt, sondern die Beachtung der Grenze überhaupt deutlich vermissen lassen (Abb. 7, 2 u. 4). Dies liegt bei 14 Patienten = 7,5% (♀ 7%, ♂ 8%) vor.

Weiter tritt uns, wenn auch nur in wenigen Fällen, ein Phänomen entgegen, das wir als *konstruktive Rahmensprengung* bezeichnet haben. Wir fanden es bei lediglich 4 Patienten = 2,1%, nur Männern (4,7%). Es handelt sich dabei um Verknüpfung zweier Zeichenfelder, die unmittelbar graphisch dargestellt (Abb. 7, 5) oder nur angedeutet ist (Abb. 7, 1: Trennungsstrich als Dachfirst, von dem aus nach beiden Zeichenfeldern das „Dach“ abfällt). Ein weiterer Fall zeigt eine dieser ähnliche Verknüpfung eines zerfahrenen Patienten. Schließlich haben wir als konstruktive Rahmensprengung im weiteren Sinne einen Fall bezeichnet, wo keine Verknüpfung, sondern eine dekorative Sprengung des Gesamtrahmens als Ausdruck einer expansiven Note vorliegt.

Zu den Besonderheiten der Raumorientierung haben wir ferner eine *ungehörliche Schieflage der Zeichnung* gerechnet.

Sie tritt einmal *zeichenbedingt* auf: Bei einigen Patienten fällt ein Mangel an Einfühlung gegen über der Wahl der Motive bzw. der Lage ihrer Zeichnungen insofern auf, als sie diese der Richtung der Ausgangszeichen anpaßten, wo dies als störend oder sogar sinnwidrig angesehen werden muß (Abb. 1, 5: „Weinglas“; Abb. 2, 5: „Aufwaschständer“; Abb. 6, 8: „Stuhl“). Der Anteil der Patienten ist mit 12 = 6,4% (♀ 5%, ♂ 8%) allerdings nicht groß.

Bei 3 weiteren Patienten (1,6%), nur Frauen (3%), fanden wir ferner *willkürliche* ungewöhnliche Schieflage der Zeichnungen, wobei das Testformular beim Zeichnen unabhängig von dem Ausgangszeichen um 90° gedreht wurde (Abb. 7, 4).

4. Der Auffassungsgrad in bezug auf alle 8 Zeichen.

Als Grade der Auffassung bezeichnet WARTEGG die Grade der Beachtung des gegebenen Anfangszeichens bezüglich der Weitergestaltung. Wir konnten zunächst von seiner Einteilung ausgehen. Er unterscheidet

zwischen Ausprägung, Einfühlung und Nichtbeachtung; mit G. VOLLMER und v. RIESEN haben wir die Grade der Einfühlung und der Ausprägung zur Gruppe des Auffassungsgrades der (vollen) Beachtung zusammengefaßt.

Den Grad der Nichtbeachtung unterteilt WARTEGG in vier Untergruppen, von denen wir, ebenso wie G. VOLLMER und v. RIESEN, drei für

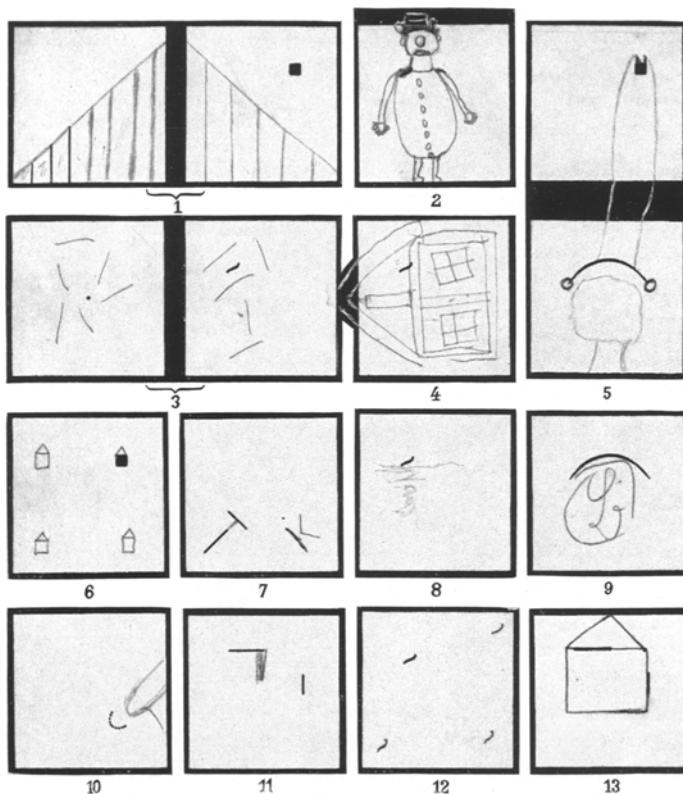


Abb. 7. Testausschnitte.

die psychopathologischen Untersuchungen übernehmen konnten: Einbeziehung der Ausgangszeichen ohne Beachtung ihrer Qualität („Ver-nachlässigung einfachen Grades“ bei WARTEGG), Beachtung der Qualität des Ausgangszeichens ohne dessen Einbeziehung („weitgehende Vernachlässigung“ bei WARTEGG) und „völlige Vernachlässigung“, das ist Nicht-einbeziehung der Ausgangszeichen und Unberührtheit von deren qualitativer Eigenart.

Wir sahen uns genötigt, zur sorgfältigen Beschreibung unseres Materials drei weitere Untergruppen aufzustellen als Zwischenstufen zu den oben angeführten Graden der Nicht- bzw. verminderten Beachtung.

Volle Beachtung. Diese, also Einbeziehung des Ausgangszeichens und Einfühlung in seine Qualität, zeigen 149 Patienten = 80,1% (♀ 80,8%, ♂ 79,3%); Abb. 1; 6, 11 u. a. Mit anderen Worten: Nur 37 Patienten, das sind etwa 20%, waren nicht in der Lage, wenigstens für *ein* Feld das Ausgangszeichen voll zu beachten.

Von den 149 Pat. weisen die volle Beachtung auf in 1—3 Feldern: 52, in 4—6 Feldern: 54 und in mehr als 6 Feldern: 43 Pat. Zu voller Beachtung in annähernd allen Feldern waren somit 23% aller Pat. fähig. Einem dieser 43 Pat. wurde Hilfe zur Beachtung (siehe S. 272) gegeben; 30 von ihnen zeigen mehr und weniger differenziertes Formniveau; 16 haben höhere Schulbildung; 13 sind seit weniger als drei Jahren erkrankt (die Hälfte aller Pat. mit Krankheitsdauer unter drei Jahren), 17 sind länger als zehn Jahre krank. Bemerkenswerterweise zeigen nur 21 dieser 43 Pat. eine unauffällige, der Zeichnung adäquate Bedeutungsangabe für gleichfalls mehr als sechs Felder, das sind 58,3% aller Fälle mit unauffälliger Bedeutungsangabe in mehr als sechs Feldern. Die etwa gleich zahlreichen besten Leistungen bei der Zeichenauffassung und bei der Bedeutungsangabe decken sich also jeweils nur annähernd zur Hälfte; diese Inkongruenz ist recht bemerkenswert! 13 der 16 Pat. mit höherer Schulbildung dieser Gruppe finden sich unter denen, die zugleich für die Bedeutungsangabe die besten Leistungen zeigen!

*Beachtung der Qualität bei zweifelhaft sinnvoller Einbeziehung*¹. In unserem Material gibt es eine Anzahl von diskontinuierlichen Zeichnungen, bei denen der Einbau des Ausgangszeichens in die Gesamtzeichnung so lose ist, daß man sich über die Einbeziehung, vor allem auch was die beabsichtigte Sinnerfüllung betrifft, im Zweifel sein muß. Wir haben daher solche Zeichnungen, die Beachtung der Qualität bei zweifelhaft sinnvoller Einbeziehung aufweisen, zu einer besonderen Gruppe zusammengefaßt (Abb. 7, 12). Die Grenzen zur vollen Beachtung einerseits (Abb. 5, 1) und zur nur qualitativen Beachtung ohne Einbeziehung und zur primitiven Beachtung (Abb. 5, 2—4) andererseits sind allerdings nicht immer scharf zu ziehen.

Aber auch einige anders strukturierte Zeichnungen fanden in dieser Gruppe Aufnahme, wobei die Ausgangszeichen nachträglich deutend einbezogen wurden oder die bewußte Einbeziehung auch bei kontinuierlichen Zeichnungen fraglich erscheint.

Das Merkmal fand sich bei 51 Patienten = 27,4% (♀ 29,9% ♂ 25,3%). Nur 2 Patienten weisen es in über 3 Feldern auf.

Einbeziehung ohne Beachtung der Qualität. „Vernachlässigung einfachen Grades“ ist nach WARTEGG „Ausdruck stumpfer Unempfindlichkeit oder mangelnder Beherrschung der Antriebe und Impulse“. Wir ermittelten das Vorkommen bei 61 Patienten = 32,8% (♀ 32,3%, ♂ 33,3%); Abb. 2, 2.

Beachtung der Qualität ohne Einbeziehung. „Weitgehende Vernachlässigung“, die, wie bereits erwähnt, von der qualitativen Beachtung bei

¹ Bezüglich der Bedeutung des Sinnzusammenhangs bei diskontinuierlichen Zeichnungen als Kriterium für die Bewertung, Merkmal mit pathopsychologischem Charakter zu sein, vgl. die Ausführungen zur Summation S. 258.

zweifelhaft sinnvoller Einbeziehung nicht immer scharf abzugrenzen ist, fanden wir bei 64 Patienten = 34,4% (♀ 37,3%, ♂ 31%); Abb. 2, 7; 7, 9. Nach WARTEGG ist das Phänomen Ausdruck „relativer Gefühlsansprechbarkeit bei mangelnder Konzentration“. Bei nur 6 Patienten tritt es in mehr als 3 Feldern auf.

Topographische Beachtung. Es fand sich in den Zeichnungen von 45 Patienten = 24,2% (♀ 16,1%, ♂ 33,3%) eine schwache Beziehung zum Ausgangszeichen derart, daß es den Platz der Zeichnung deutlich bestimmte oder wenigstens beeinflußte, ohne daß Einfühlung in die Qualität oder gar Einbeziehung vorliegt. Auch das „Negativ“ im Sinne einer Aussparung kommt vor. Das starke Überwiegen der Männer fällt ins Auge. Auch dieses Merkmal erscheint bei nur 5 Patienten in mehr als 3 Feldern (Abb. 3, 8; 7, 3).

Als nächste Gruppe haben wir die *primitive Beachtung* herausgestellt. Darunter wurden Zeichnungen zusammengefaßt, in denen das gegebene Zeichen lediglich nachgeahmt, kopiert, oder gar nur verstärkt wurde. Wie bei der Summation tritt auch hier das Merkmal zumeist in konstruktiv-dekorativer, jedenfalls nicht planloser Anordnung auf (Abb. 5, 2—4). Wir fanden das Merkmal bei 34 Patienten = 18,2% (♀ 24,2%, ♂ 11,5%).

Hier zeigen 12 Pat. das Phänomen in 4—6, fünf in über 6 Feldern, so daß es eher als die vorangegangenen als bezeichnend für seine Träger gelten kann. Man wird es als Kennzeichen von Einfallsarmut bei stärkerer Gefühlsansprechbarkeit auffassen können. Das Überwiegen der Frauen, das hier besonders deutlich wird, hatten wir schon bei den anderen Gruppen der einseitig bestehenden Gefühlsansprechbarkeit (qualitative Berücksichtigung mit zweifelhaft sinnvoller bzw. ohne Einbeziehung), wenn auch nicht so ausgeprägt, feststellen können, während in den anderen Gruppen die Männer überwiegen. Die Kombination von primitiver mit qualitativer Beachtung bei zweifelhaft sinnvoller Einbeziehung oder mit qualitativer Beachtung ohne Einbeziehung oder mit beiden findet sich denn auch besonders bei den Frauen recht häufig, während die männlich bevorzugten Gruppen der Einbeziehung ohne qualitative Beachtung und der topographischen Beachtung bei diesen Frauen seltener vorkommen.

Völlige Vernachlässigung. Völlig vernachlässigtes Ausgangszeichen war zwar bei 74 Patienten = 39,7% (♀ 37,3%, ♂ 42,5%) festzustellen (Abb. 2, 1 u. 4; 3, 5—7; 7, 4), jedoch im Gegensatz zu dem beherrschenden Eindruck dieses Symptoms bei Schwachsinn und Demenz so gut wie niemals durchgängig, sondern bei 51 in 1—3, bei 19 in 4—6 und nur bei 4 in mehr als 6 Feldern zu finden.

Bei 47 dieser 74 Pat. = 63,5% tritt die völlige Vernachlässigung kombiniert mit voller Beachtung auf (Abb. 2). WARTEGG deutet die völlige Vernachlässigung als „ein Zeichen weit unterdurchschnittlicher Intelligenz, fluktuierender Aufmerksamkeit und mangelnder Willensdisziplin“. Man wird bei unserem Material ange sieht der beim Einzelnen größtenteils flüchtig und in zahlreichen Kombinationen auftretenden Auffassungsgrade (nur 86 Pat. = 46,2% weisen weniger als drei verschiedene Auffassungsgrade auf, von denen außerdem ein Teil nicht alle Felder gezeichnet hat) mit Deutungen sehr zurückhaltend sein müssen. Um so mehr wird

man die auffallende Inkongruenz und Wechselhaftigkeit, ja Gegensätzlichkeit der Erscheinungen an sich für die Deutung zu beachten haben. —

In einigen Fällen von herabgesetztem Auffassungsgrad gelang es, vor allem durch ergänzende Exploration, etwas von den intrapsychischen Vorgängen erkennbar werden zu lassen, die zu dieser Leistungsänderung führten. Wir haben deshalb die Reihe der unterschiedlichen Auffassungsgrade durch vier *Ergänzungsbewertungen* vervollständigt. Diese treten also gewissermaßen als Erklärungsversuche zum jeweils gefundenen Auffassungsgrad hinzu.

Deutung, Verselbständigung des Zeichens stellten wir bei 14 Patienten = 7,5% (♀ 7%, ♂ 8%) fest. In diesen Fällen wurde das gegebene Zeichen nicht als Anfang, sondern als bereits vorhandenes Kernstück der Zeichnung aufgefaßt und dementsprechend charakterisierend sparsam ergänzt (Abb. 6, 7: „Tausendfüßler“; Abb. 7, 8: „Regenwurm, der aus der Erde kommt“), oder die Ausgangszeichen wurden konkret gedeutet und lediglich eingerahmt.

In einer zweiten Gruppe haben wir unter *symbolischer Auffassung* Zeichnungen von Patienten zusammengefaßt, die ebenfalls nicht über eine Deutung des Ausgangszeichens hinaus zur Durchführung der eigentlichen Aufgabe gelangten; hier trägt jedoch die Deutung ausgesprochen symbolischen Charakter. Es fanden sich für diese Gruppe 8 Patienten = 4,3% (♀ 5%, ♂ 3,6%); Abb. 6, 1: „Punkt, der sich nicht mehr streitig macht, Goldpunkt“; Abb. 6, 5: „groß, größer, am größten — Glaube, Hoffnung, Liebe“; Abb. 6, 4: Bedeutung „Herz“ mit Inschrift „Gott ist die Liebe“; auf die Frage nach dem Zusammenhang mit dem Ausgangszeichen (Punkt) gab die Patientin an, der Punkt bedeute die Erde und das Herz Gott.

Die Trennung der beiden genannten Gruppen ließ sich allerdings ebenfalls nicht immer streng durchführen.

Bei den zu einer dritten Gruppe zu rechnenden Patienten begann die abnorme Durchführung des Tests auch mit einer Deutung des Ausgangszeichens, die dann aber zu ungewöhnlichen Assoziationen Anlaß gab. Der zeichnerische Niederschlag, zu dem sie letzten Endes führten, steht dann meist in keinem direkten Zusammenhang mit dem Ausgangszeichen mehr. In einigen Fällen konnten die Glieder fixiert und der Gesamtlauf einfühlbar oder sogar verständlich gemacht werden; in anderen gelang das nicht. Diese *zerfahrene Auffassung* stellten wir bei 10 Patienten = 5,3% (♀ 9%, ♂ 1,1%) fest. 5 dieser 10 Patienten gehören der Gruppe der vorwiegend paranoiden Schizophrenen an, bei vier waren die schizophrene Symptomgruppe nicht näher bestimmbar, d. h. es waren hier Züge aller Symptomgruppen vorhanden, also neben anderen auch paranoide Züge. Nur 1 Patient zeigte ein vorwiegend hebephren gefärbtes Krankheitsbild. Bei Abb. 6,

ergab sich folgende Gedankenverbindung: „Blockierung.. Block .. katholischer Glaube .. sich regen bringt Segen .. an Gottes Segen ist alles gelegen“ (Kreuz); Abb. 6, 3: das Zeichen erinnerte die Patientin an ein lateinisches d, von diesem kam sie auf „deutsch“, von deutsch auf „alte deutsche schwarz-weiß-rote Fahne“. — Durch diese Beispiele wird der „Verlust der Möglichkeit zum Abschlußerleben“ (ZUCKER) besonders anschaulich demonstriert.

Daß auf solche Weise auch bei einer Zeichnung, die ohne Kenntnis des Verhaltens des Pat. bei der Durchführung des Tests wohl als Summation gleichartiger eigener Gebilde (siehe oben S. 259), nämlich von Buchstaben, zu bezeichnen wäre, doch ein latenter Sinnzusammenhang bestehen kann, der nicht zum Summationsphänomen im hier gebrauchten Sinn gehört, zeigt Abb. 7, 7: das gegebene Zeichen „ergibt zusammengezogen lateinisches großes T; dann können Sie die Verbindung von Te(e) und Kaffee nehmen, das ergibt ein K...“.

Als letzte Gruppe des deutlich sekundär veränderten Auffassungsgrades haben wir die *abnorme Negation des Zeichens* eingeführt. Hier liegt eine bewußte, motivierte Ablehnung einer Berücksichtigung vor. Das Ausgangszeichen war entweder „zu hoch“, „paßte nicht“, war „verboten“ oder seine Verwendung war schlechthin „unmöglich“, ohne daß näher zu ergründen war, inwiefern; so lehnte beispielsweise ein Patient konsequent, dabei aber gleichsam nachsichtig lächelnd es ab, die Zeichen zu verwenden, so als handle es sich darum, das ja doch keiner Aufklärung zugängliche Ansinnen eines „Wilden“ zurückzuweisen, der erwartet, daß man mit dem Auto ohne weiteres auf Eisenbahnschienen entlangfährt. — Zu dieser Gruppe konnten wir 7 Patienten = 3,7% ($\text{♀ } 5\%$, $\text{♂ } 2,3\%$) rechnen.

5. Der Auffassungsgrad bezüglich Teilerfassung der gegliederten Zeichen der Felder 3, 5, 6.

Gegenüber der mit dem Vorstehenden abgeschlossenen allgemeinen Besprechung des Auffassungsgrades ohne Berücksichtigung möglicher Beziehungen zu bestimmten Ausgangszeichen soll nunmehr die Teilerfassung der gegliederten Zeichen der Felder 3, 5, 6 bei im übrigen voller Beachtung dieser Zeichen betrachtet werden. Diese Zeichen unterscheiden sich von den übrigen dadurch, daß sie aus mehreren Teilen bestehen (das gleichfalls gegliederte Zeichen des Feldes 7 kann für unsere Be trachtungen vernachlässigt werden).

An eine ganzheitliche Erfassung werden hierbei also besondere Anforderungen gestellt. Eine solche wird man natürlich auch dann annehmen müssen, wenn der Zusammenhang ein nur mittelbares ist. Es gilt hier Ähnliches wie für die Einbeziehung des Ausgangszeichens, die ja auch, wenn das Zeichen nur mittelbar einbezogen ist und wenn ein genügender Sinnzusammenhang besteht, anerkannt wird (vgl. Fußnote S. 264). In einer Reihe von Fällen jedoch fehlt der Zusammenhang, die Gebilde stehen beziehungslos nebeneinander, oder der Pat. umging die Schwierigkeit, indem er einen Teil unbeachtet, unverwendet ließ.

Besonders interessant sind einige wenige Fälle (4 Patienten = 2,1%; ♀ 2%, ♂ 2,3%), in denen den Patienten im letzten Augenblick noch eine *gezwungene einheitliche Beachtung* gelang (Abb. 6, 9: „Handwagen mit abgebrochener Deichsel“).

In anderen Fällen kam es zu einer *Teilbesetzung mit gleichen oder sinnverwandten Gebilden* (16 Patienten = 8,6%; ♀ 8%, ♂ 9,2%). Teilweise stehen die Zeichnungen allerdings an der Grenze zum sinnvollen Zusammenhang (Abb. 2, 3). Es fällt auch hier auf, daß nur 2 der 16 Patienten das Merkmal mehrfach (3 mal) zeigen; 14 weisen es nur einmal auf.

Teilbesetzung mit verschiedenartigen Gebilden fanden wir bei 15 Patienten = 8% (♀ 9%, ♂ 6,9%). Hier liegt eine ähnliche Detailisierung vor wie bei der Summation eigener verschiedenartiger Gebilde (vgl. S. 259). Daß dieses „Steckenbleiben im Detail“ andere psychopathologische Voraussetzungen hat als das Phänomen bei den Schwachsinnigen v. RIESENS, steht außer Frage; gerade unter den Patienten dieser unserer Gruppe befinden sich solche mit ausgezeichneter Intelligenz (Abb. 6, 8: „Würfel und Stuhl“ — hier wird der Eindruck der Zusammenhangslosigkeit durch die Schieflage noch unterstrichen).

Das genannte Beispiel zeigt den einzigen Fall der Gruppe, in dem das Merkmal in mehr als einem der drei Felder auftritt. Auch hier bestätigen sich also die Versprengtheit und Unstetigkeit der Phänomene, die schon beim allgemeinen Auffassungsgrad beschrieben wurden.

Das *Freilassen eines Teils* schließlich fand sich bei 12 Patienten = 6,4% (♀ 6%, ♂ 6,9%); Abb. 7, 11.

6. Bedeutungsangabe.

Da die Schizophrenen teilweise über gute Intelligenz verfügen, zogen wir eine Betrachtung der Bedeutungsangaben hinzu. Es zeigte sich, daß auch Patienten mit erheblich verödetem Formniveau hierbei beachtliche Leistungen aufweisen. Wir haben zunächst die Zeichnungen mit an sich *vernünftig wirkenden Bedeutungsangaben* — und nur bei solchen läßt sich die Beziehung zwischen Zeichnung und Bedeutung zu weiterer Differenzierung der Beschreibung verwerten — daraufhin untersucht, ob sie dieser Bedeutungsangabe entsprechen, ihr adäquat sind oder inwieweit nicht. Daraus ergeben sich die folgenden 5 Gruppen.

Wir unterschieden von den übrigen zuerst die Gruppe von Patienten, bei denen Bedeutungsangaben vorkommen, die *der Zeichnung adäquat* sind. Dies ist bei 147 Patienten = 79% (♀ 79,7%, ♂ 78,1%) der Fall.

Nur 39 Pat. zeigen das Merkmal in keinem der acht Felder. Die 147 Pat. weisen bezüglich der Anzahl der betroffenen Felder folgende Verteilung auf: 49 Pat. 1—3 Felder, 62 4—6 und 36 (= 19,3% unserer Gesamtpatientenzahl) mehr als 6 Felder. Von diesen 36 Pat. mit optimaler Leistung zeigen 23 mehr und weniger differenziertes Formniveau, 16 haben höhere Schulbildung, 10 sind weniger als drei Jahre und 13 länger als 10 Jahre krank. Auf die Beziehungen zum Auffassungsgrad ist dort (S. 264) bereits hingewiesen worden.

Mäßige quantitative Differenz ergibt sich bei Bedeutungsangaben, die infolge quantitativ unzureichender Zeichnung nur einen Teil der Möglichkeiten treffen, die in Wirklichkeit in der Zeichnung gesehen werden können. Man könnte dazu auch sagen: Die Zeichnung ist nicht vollständig genug, um eindeutig zu sein, obwohl keine ausgesprochenen Wesenskriterien fehlen. Betroffen sind 27 Patienten = 14,5% (♀ 14,1%, ♂ 15%), bei keinem mehr als 3 Felder (Abb. 3, 3: „Haus“; Abb. 7, 13: „Haus“).

Mäßige qualitative Differenz betrifft Unvollständigkeit in bezug auf richtige Wesensmerkmale, wodurch für den Sinngehalt der Bedeutungsangabe charakteristische Züge vermißt werden. Wir fanden dies Merkmal bei 77 Patienten = 41,4% (♀ 48,4%, ♂ 33,3%); Abb. 2,4 : „Bock“; Abb. 6, 10: „Schneeflocken und eine Blume“.

Man könnte in diesen beiden letztgenannten Auffälligkeiten eine „mangelnde Reproduktionstreue“ sehen. Doch dürfte solche Deutung wohl sicher nicht alle Fälle richtig treffen, denn mehrfach bestand kritische Einsicht in die eigenen Mängel. Mitwirksam war wahrscheinlich eine gewisse Antriebsarmut, Mangel an Ehrgeiz o. ä.

Erhebliche quantitative Differenz stellten wir bei 32 Patienten fest (17,2%; ♀ 14,1%, ♂ 20,7%). Sie scheint Ausdruck einer erheblich verminderter Konzentrationsfähigkeit zu sein, die nicht selten durch ärgerlich-ablehnende Haltung laryviert wird („Damit Sie wenigstens ein paar Anhaltspunkte haben!“); Abb. 6, 7: „Tausendfüßler“; Abb. 7, 8: „Regenwurm, der aus der Erde kriecht“; Abb. 7, 11: „Fensterwinkel“.

Erhebliche qualitative Differenz ließ sich schließlich in einer fünften Untergruppe beschreiben. Hier sticht die unähnliche Darstellung ohne weiteres in die Augen. 18 Patienten = 9,6% (♀ 10,1%, ♂ 9,2%) weisen sie auf. Zum Teil ist dieses Merkmal sicher auch als mangelhafte Reproduktionstreue aufzufassen (Abb. 7, 10: „Stirn mit Muschel von Schockapparat“); ein weiterer Teil stammt von zerfahrenen Patienten mit nur zufällig bzw. scheinbar vernünftiger Bedeutungsangabe; bei einem größeren Teil handelt es sich um unsichere bzw. willkürliche, sekundäre Sinngebung ohne kritische Überlegung und Zielstrebigkeit. 12 der 18 Patienten zeigten kritiklos-neutrale Voreinstellung (s. u. S. 271).

Wenn keine oder eine offensichtlich abwegige Bedeutungsangabe vorliegt, läßt sich eine Differenz zwischen Zeichnung und Bedeutung, die, wie gesagt, vernünftig wirkende Bedeutungsangaben voraussetzt, nicht feststellen, ohne daß man Gefahr läuft, vom ohnehin nicht ungefährlichen Versuch einer möglichst objektiven Beschreibung der unterschiedlichen Bedeutungsangaben ins Bereich subjektiver Deutungen zu geraten. Wir haben daher die weiteren Differenzierungen allein nach der Auffälligkeit der Bedeutungsangaben vorgenommen.

Eine Bedeutungsangabe, die *diffus-unentschieden* ist, weisen 49 Patienten = 26,3% (♀ 29, 2%, ♂ 23%) auf. Sie konnten sich entweder auf

keine von mehreren Bedeutungsangaben festlegen (Abb. 6, 11: „Apfel oder Radieschen oder Atombombe“) oder vermochten nur eine unklare Umschreibung zu geben. Das Merkmal scheint ein Äquivalent der schizophrenen gedanklichen Auflösung zu sein. In anderen Fällen wurden Details der Zeichnung aufgezählt.

Ausgefallen-ungewöhnliche Bedeutungsangabe ermittelten wir bei 9 Patienten = 4,8% (♀ 7%, ♂ 2,3%). Darunter befinden sich Bedeutungsangaben wie „Schein einer Laterne“, „Blasen auf dem Wasser“ oder „Schmeißfliegennest“. 5 der 9 Patienten gehören zur Gruppe der vorwiegend paranoiden Schizophrenen, 2 zur Gruppe derjenigen, bei denen keine schizophrene Symptomgruppe deutlich im Vordergrund steht (Gruppe der nicht näher bestimmbarer schizophrene Krankheitsformen, vgl. S. 274).

Fließende Übergänge bestehen von der vorigen zur Gruppe der Kranken mit Bedeutungsangaben, die wir als *ausgesprochen absonderlich* bezeichnen wollen (17 Patienten = 9,1%; ♀ 10,1%, ♂ 8%). Hierher gehört die typisch schizophrene „Vierhäuser-Geschichte“ (Abb. 7, 6).

Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Patienten (71 = 38,1%; ♀ 33,3%, ♂ 43,6%) konnte für mehr oder weniger Felder *keine Bedeutungsangabe* machen.

Von diesen 71 Pat. fehlt die Angabe für 1—3 Felder bei 33, für 4—6 Felder bei 19 und für 7—8 Felder ebenfalls bei 19. 43 Pat. weisen neben der fehlenden auch verhältnismäßig wirkende, der Zeichnung adäquate Bedeutungsangabe auf, 46 zugleich volle Beachtung der Ausgangszeichen; mehr und weniger differenziertes Formniveau findet sich nur bei je einem Pat. Die möglichen Deutegehalte des Merkmals sind vor allem mangelnde intentionale Beziehung und Interesselosigkeit bis zur ablehnenden Einstellung.

7. Besonderheit der Sukzession: Fahrige Sukzession.

17 Patienten = 9,1% (♀ 11,1%, ♂ 7%) wiesen bei der Testdurchführung eine Eigentümlichkeit auf, indem sie eine oder mehrere weitere Zeichnungen begannen, bevor die vorausgegangene fertiggestellt war. Diese fahrlässige Sukzession scheint uns als recht typische schizophrene Vollzugseigentümlichkeit angesprochen werden zu dürfen, obwohl sie statistisch (9%) nicht sehr stark in den Vordergrund tritt. In einigen hierher gehörigen Fällen wirkte diese Eigentümlichkeit fast wie ein planmäßiges „Simultan“-Verfahren, wobei gewissermaßen mehrere Zeichnungen „gleichzeitig“ angefertigt wurden, meist in Verbindung mit Stereotypie, so daß man hier versucht ist, diese Verfahrensweise als „rahmen sprengende Stereotypie“ zu bezeichnen. Auf solche Weise wurde z. B. der Test angefertigt, dessen Feld 2 die Abb. 5, 3 wiedergibt.

8. Besonderheiten der Zeitdauer.

In Anlehnung an die psychologische Praxis nahmen wir eine Arbeitszeit von 25—35 min als Durchschnittsdauer für die Durchführung des WARTEGG-Zeichen-Testes an. Für unsere Auswertung beschränkten wir uns auf die Heraushebung von extremer Kürze und Länge.

Eine Testdauer von *weniger als 10 min* ergab sich bei 19 Patienten = 10,2% (♀ 9%, ♂ 11,5%). Bei den betreffenden Patienten hatte man dabei den Eindruck von Gleichgültigkeit, Ablehnung, teilweise auch von Einfallsarmut (Abb. 5, 2 u. 4 — je Gesamttest —: je 3 min). In jedem dieser Fälle zeigt das Formniveau mehr oder weniger starke Verödung. Nur 4 mal war eine positive Voreinstellung zu verzeichnen.

Für die Durchführung der Testaufgabe benötigten *mehr als 50 min* gleichfalls 19 Patienten = 10,2% (♀ 10,1%, ♂ 10,3%). Es handelt sich hier meist um solche Kranke, bei denen pedantische Exaktheit (Abb. 5, 3 — Gesamttest —: 90 min; Abb. 4: 3½ Std) oder eine gewisse, ehrgeizige Strebsamkeit in Verbindung mit Einfalls- und Spontaneitätsarmut (Abb. 1: 60 min; Abb. 2: 85 min) zu beobachten war. 10 Patienten weisen mehr oder weniger differenziertes Formniveau auf.

9. Unvollständigkeit der Testdurchführung: Nicht gezeichnete Felder.

27 Patienten = 14,5% (♀ 13,1%, ♂ 16%) zeichneten nicht alle Felder; 18 von ihnen ließen 1—3, acht 4—6 und einer 7 Felder frei. Auch dieses Merkmal spricht wie die verlängerte Zeitdauer für Einfalls- und Erfindungsarmut, nur daß hier nicht Entsprechendes wie bei der vorher erwähnten Gruppe erreicht wurde. Bei diesen Patienten konnte aber auch ehrgeizige Strebsamkeit nicht beobachtet werden; teilweise handelt es sich um Kranke mit stärkerer Hemmung oder Sperrung z. Zt. der Testdurchführung. Den meisten mußten Hilfen (vgl. unten) gegeben werden.

10. Voreinstellung.

WARTEGG unterscheidet erlebnisbestimmte und sachbedingte „Voreinstellung“. Wir übernahmen den Begriff der Voreinstellung und gruppierten die Unterteilungen entsprechend dem psychopathologischen Blickwinkel um die Pole Bereitwilligkeit und Ablehnung.

Bereitwillig zeigten sich 36 Patienten = 19,3% (♀ 19,1%, ♂ 19,5%); *bereitwillig-selbstbewußt* und überheblich wirkten 8 Patienten = 4,3% (nur ♂ = 9,2%). Bei diesen lag eine hypomanische Komponente vor. Die Hälfte von ihnen weist mehr und weniger differenziertes Formniveau auf. Weitere 15 Patienten = 8% (♀ 10,1%, ♂ 5,4%) zeigten eine *bereitwillig-unsichere* Voreinstellung.

Kritiklos-neutrale Voreinstellung, als Mittellage zwischen bereitwillig und ablehnend, stellten wir bei der Hälfte aller Patienten fest (94 Patienten = 50,5%; ♀ 49,4%, ♂ 51,7%). Diese Patienten fragten nicht nach dem Sinn des Tests.

Ablehnend-unsicher bzw. -gehemmt waren 15 Patienten = 8% (♀ 10,1%, ♂ 5,4%), *ablehnend-mißtrauisch* 18 = 9,6% (♀ 11,1%, ♂ 8%).

Der prozentuale Anteil der positiven Voreinstellung beträgt somit 31,6%, der der negativen 17,6%. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der

größte Teil der Patienten mit negativer Voreinstellung den Testversuch überhaupt verweigert hat und hier also nicht mit erfaßt ist.

Anhangsweise sei hier noch Art und Ausmaß gegebener Hilfe bei der Testdurchführung besprochen.

Entgegen dem Verfahren in der Psychologie haben wir, ähnlich wie BoIT bei seinen Untersuchungen von Schwachsinnigen und Dementen mit den Vater-und-Sohn-Bildern, gewisse Hilfen bei der Ausführung des Zeichenversuchs gegeben, wenn dadurch ein Versuch ermöglicht werden konnte, der sonst nicht zustande gekommen wäre. Außerdem hofften wir damit in bestimmten Fällen den Einblick in die Deuterrelationen erweitern zu können.

Einem Teil der Patienten, die die Ausgangszeichen nicht oder nur mangelhaft beachteten, wurde während des Zeichenversuchs *Hilfe zur Zeichenbeachtung* gegeben. Sie wurden erneut auf diesen von ihnen vernachlässigten Teil der Zeichenaufgabe hingewiesen. Dies geschah bei 29 Patienten = 15,6% (φ 18,1%; δ 12,6%). Von den 18 Frauen sprachen 8 nicht auf die Hilfe an, 6 reagierten jedesmal mit Besserung des Auf-fassungsgrades, während 4 wechselnd positiv und negativ reagierten. Von den 11 Männern sprachen 4 nicht auf die Hilfe an, während 7 sich verbesserten. Ansprechen und Nichtansprechen im Wechsel bei derselben Person kam bei Männern nicht vor.

Esergibt sich also, daß von den Frauen, denen Hilfe zur Zeichenbeachtung gegeben wurde, nur 33,3% prompt darauf ansprachen, während der entsprechende Prozentsatz bei den Männern 63,6, also fast das Doppelte beträgt.

Von den 16 Pat., die nicht oder nicht jedesmal auf die Hilfe ansprachen, zeigen 7, also fast die Hälfte, primitives Gestaltungsniveau. Wie bereits S. 257 besprochen, finden wir dieses Merkmal im Gesamtmaterial in 14 Fällen, so daß also auch umgekehrt die Hälfte aller Pat. mit primitivem Gestaltungsniveau auf die Hilfe zur Zeichenbeachtung nicht ansprach. Die Beziehung zwischen beiden Gruppen wird besonders deutlich, wenn man bedenkt, daß beide am Gesamtmaterial mit nur geringem Prozentsatz beteiligt sind (7,5 bzw. 8,6%). — Es erhebt sich danach die Frage, ob nicht bei der Mehrzahl dieser Fälle, in denen die Pat. auch bei Hilfe nicht in der Lage waren, das Ausgangszeichen zu beachten, eine Schwachsinnskomponente im Sinne einer Pffropschizophrenie im Krankheitszustand enthalten ist. Kombination der Unfähigkeit, trotz Hilfe die Ausgangszeichen zu verwerten, mit dem primitiven Gestaltungsniveau, das nach MÜLLER-SUUR für die Schwachsinnigen charakteristisch sein dürfte, scheint wenigstens in diese Richtung zu weisen. Wie gesagt (vgl. S. 257), fanden wir zwar keine Beziehungen zwischen Pffropschizophrenie und primitivem Gestaltungsniveau, doch liegt demgegenüber hier erstens eine Kombination mit einem anderen bei Schwachsinnigen häufigen Zeichen vor, und es ist weiter zu berücksichtigen, daß wir einen strengen Maßstab für die Diagnose der Pffropschizophrenie zugrunde gelegt haben, so daß primitive Persönlichkeit mit mangelnder intellektueller Begabung, die vielleicht prämorbid an der Grenze der Debilität standen, nicht als Pffropschizophrenie in unserem Material geführt werden.

Hilfe zum Fortschreiten. Wenn sich Patienten als besonders selbstunsicher oder konzentrationsschwach erwiesen, griffen wir in die sonst freigestellte Reihenfolge der zu zeichnenden Felder ein und lenkten den Patienten auf erfahrungsgemäß leichter weiterzugestaltende Zeichen hin. Dies gilt, be-

sonders zu Beginn, bezüglich des Kreissegments in Feld 8, aber auch für alle anderen Zeichen, die eine einfache geschlossene Form als Ergänzung ermöglichen (Feld 7 und 8, teilweise auch 3).

Wir können also die Beobachtungen v. RIESENS über die verschiedene Ansprechbarkeit auf die einzelnen Zeichen im wesentlichen auch für unser Material bestätigen, ohne auf seine diesbezügliche Theorie hier näher eingehen zu wollen. Diese Bestätigung gilt auch für die Beobachtungen, die v. RIESEN bei dem Zeichen in Feld 4 (schwarzes Quadrat) machte: Die Fortführung dieses Zeichens bereitete auch bei vielen unserer schizophrenen Pat. besondere Schwierigkeiten. Ein Kranke äußerte hierzu: „Mit dem zugeschlossenen Viereck kann ich nichts anfangen!“

In Fällen besonderer Unstetigkeit wurden die Patienten an jedes Feld regelrecht „angesetzt“. Mitunter erwies es sich als nötig, die Ablösung von einem bereits erledigten Feld, an dem sie immer wieder herumzeichneten, ohne zum nächsten weiterzufinden, durch einen Hinweis oder auch durch Zuhalten des fertigen Feldes zu ermöglichen. Diese Hilfe zum Fortschreiten in der einen oder anderen Form zu geben sahen wir uns bei 66 Patienten = 35,5% (♀ 30,3%, ♂ 41,3%) genötigt.

Hilfe zur Gestaltung wurde in leichterem Grade gewährt einmal bei unschlüssigen Patienten, die zu jedem Strich eine die „Richtigkeit“ bestätigende Bemerkung benötigten, um weiterzukommen, zum anderen bei einer Reihe von Kranken mit nicht zu erheblicher Einfallsarmut, deren Vorankommen des öfteren dadurch zu erreichen war, daß ihnen empfohlen wurde, zunächst ohne bestimmte Zielvorstellung gewissermaßen spielerisch weiterzuzeichnen. In der Regel fanden die Patienten nach wenigen so produzierten Strichen spontan einen Sinngehalt, zu dessen Darstellung sie die begonnene Zeichnung ergänzen konnten. Diese Hilfe wurde 9 Patienten = 4,8% (♀ 6%, ♂ 3,4%) gegeben.

Meist reichte diese leichte Hilfe jedoch nicht aus; vielmehr mußte Hilfe erheblicheren Grades gegeben werden, indem der Aufforderungscharakter des Zeichens durch Hinweise wie „Verbinden Sie die Striche!“ u. ä. verstärkt wurde. In anderen Fällen waren die Patienten nur durch Nennen, Zeigen oder auch Vormalen von Beispielen zur Durchführung des Zeichenversuchs anzuregen. Diese Hilfe gaben wir 33 Patienten = 17,7% (♀ 19,1%, ♂ 16%).

Schließlich gaben wir Hilfe in sehr weitgehendem Maße in der Form, daß wir in einigen Fällen von anders nicht zu überwindender Hemmung oder Erfindungsarmut den Patienten ein bestimmtes zu zeichnendes Motiv vorschlugen. Auf diese Weise konnten noch 9 weitere Patienten = 4,8% (♀ 3%, ♂ 6,9%) für den Versuch gewonnen werden, freilich nicht immer für alle Zeichenfelder, denn diese Hilfe wurde höchstens für 2 Felder gegeben. Wenn der Patient dann nicht spontan oder wenigstens mit leichterer Hilfe weiter kam, wurde der Versuch abgebrochen. —

Abschließend sei festgestellt, daß die männlichen Patienten im Gegensatz zu den weiblichen, wenn sie schon zum Zeichnen bereit waren, im allgemeinen den Versuch entschlossener, entschiedener und spontaner durchführten.

II.

Zum WARTEGG-Zeichen-Test wurden 114 männliche und 138 weibliche Anstalts-Patienten herangezogen, bei deren Erkrankung die Zugehörigkeit zum schizophrenen Formenkreis feststand oder mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden mußte. Von diesen weigerten sich 24 männliche (21%) und 34 weibliche Personen (24,6%) oder waren außerstande, den Zeichenversuch durchzuführen. Die Zeichnungen weiterer drei männlicher und fünf weiblicher Personen wurden nachträglich ausgesondert, da die Diagnose nicht hinreichend gesichert schien. Es verblieben also die Zeichenversuche von 87 männlichen (46,8%) und 99 weiblichen (53,2%) Patienten für die Auswertung.

Zur klinischen Charakterisierung der Patienten haben wir, um der Vielfalt dessen, was wir heute zum schizophrenen Formenkreis rechnen, einigermaßen gerecht zu werden, außer der eben erwähnten Einteilung nach dem Geschlecht eine solche nach Verlaufsform der Krankheit, Krankheitsdauer, Erkrankungsalter sowie Schulbildung getroffen.

Verlaufsform der Krankheit. Wir haben an der klassischen Einteilung in *vorwiegend Hebephrene* ($38 = 20,4\%$; $\varphi 20,2\%$, $\delta 20,7\%$), *vorwiegend Katatone* ($19 = 10,2\%$; $\varphi 9\%$, $\delta 11,5\%$) und *vorwiegend Paranoide* ($42 = 22,5\%$; $\varphi 22,2\%$, $\delta 22,9\%$) festgehalten. Die Anwendung differenzierterer Untergliederungsversuche scheint uns die Gefahr zu großer Unübersichtlichkeit zu enthalten. Zwei Fälle von Paranoia, einer von paranoidischer Schizophrenie und zwei „Paraphrenien“ wurden ohne besondere Kennzeichnung in der Gruppe der paranoiden Schizophrenen mit erfaßt.

Fälle, bei denen eine Einordnung in eine der drei erwähnten Formen nur unter erheblichem Zwang möglich gewesen wäre, wurden zu einer *Gruppe nicht näher bestimmbarer schizophrener Krankheitsformen* zusammengefaßt ($74 = 39,7\%$; $\varphi 40,4\%$, $\delta 39\%$).

Dagegen haben wir einige Fälle von *Pfropfschizophrenie* ($9 = 4,8\%$; $\varphi 4\%$, $\delta 5,7\%$) sowie von zyklisch-schizophrenen Mischformen = *Randspsychosen* ($4 = 2,1\%$; nur Frauen = 4%) gesondert gruppiert.

Um alle Fälle möglichst gleichmäßig behandeln zu können, haben wir die **Krankheitsdauer** vom Zeitpunkt der ersten Aufnahme in eine geschlossene Anstalt ab gerechnet. Freilich sind wir uns darüber klar, daß damit nur grobe Annäherungswerte gewonnen werden konnten. Wir unterschieden hier folgende vier Gruppen: *Dauer von unter einem Jahr*, *Dauer zwischen 1 und 3 Jahren*, *zwischen 3 und 10 Jahren* und *Dauer von über 10 Jahren*.

Hinsichtlich des Lebensalters, in das diese erste Aufnahme in eine geschlossene Anstalt fiel, haben wir gleichfalls eine vierfache Unterteilung durchgeführt und sind so zu folgender Gruppierung des **Erkrankungsalters** gelangt: *vor dem 20. Lebensjahr*, *zwischen dem 20. und 30.*, *zwischen dem 30. und 40.* und *nach dem 40. Lebensjahr*.

Die anteilmäßige Stärke der einzelnen Gruppen ist in folgender Tabelle übersichtlich aufgezeichnet:

Krankh.-Dauer Erkr.-Alter.	unter 1 Jahr 1.	1—3 Jahre		3—10 Jahre		über 10 Jahre		
		2.	3.	4.				
unter 20 J.	1	2 (1,0%)	2 (1,0%)	4 (2,1%)	14 (7,5%)	22 (11,8%)		
20—								
30 J.	2	3 (1,7%)	7 (3,7%)	20 (10,2%)	32 (17,2%)	62 (33,3%)		
30—								
40 J.	3	2 (1,0%)	5 (2,6%)	24 (12,9%)	29 (15,5%)	60 (32,2%)		
40 J.	4	3 (1,7%)	2 (1,0%)	16 (8,4%)	21 (11,2%)	42 (22,5%)		
über		10 (5,3%)	16 (8,6%)	64 (34,3%)	96 (51,6%)	186		

Schulbildung. Das Gros der Patienten weist lediglich Volksschulbildung auf. Bei den anderen unterschieden wir solche mit höherer Schulbildung nach drei Gruppen gestaffelt: *Mittel- oder Höhere Schule ohne Abitur* (28 = 15%; ♀ 15,1%, ♂ 15%), *Abitur und eventuell Hochschule ohne Abschlußexamens* (6 = 3,2%; ♀ 3%, ♂ 3,4%), *akademisches Abschlußexamens* (3 = 1,6%; nur Männer = 3,4%).

Schlußbetrachtungen.

Der Einteilung und Beschreibung der Testzeichnungen liegt vor allem die Absicht zugrunde, die wesentlichen Merkmale zu erfassen und dabei sowohl unberechtigte Nivellierungen als auch unnötige Unterteilungen zu vermeiden. Dennoch muß jede Einteilung einem solchen Material Zwang antun, und mit steigender Zahl der Rubriken nimmt andererseits die Schärfe der Grenzen zwischen ihnen ab. Darauf wurde bei der Besprechung der verschiedenen Beschreibungsgesichtspunkte bereits hingewiesen. Die getroffene Einteilung erhebt weder den Anspruch optimal noch vollständig zu sein; sie stellt lediglich den Versuch einer ersten rein deskriptiven Orientierung dar.

Sicherlich können noch mehrere und nicht unwesentliche Gesichtspunkte beschrieben und vor allem weitere Beziehungen aufgezeigt werden, die zu neuen Deuterrelationen zu führen vermögen. Demgegenüber ist nochmals festzustellen, daß wir keine weiteren Absichten als die der einfachen neutralen Beschreibung verfolgt und auf Deutungen nur hingewiesen haben, soweit sich Gesichtspunkte in dieser Richtung unmittelbar ergaben und keine konstruktiven Überlegungen erforderten. Auf projektive Deutungen haben wir also prinzipiell verzichtet.

Einige Beziehungen zu anderen Testmethoden seien hier noch erwähnt. Auf die Analogie zwischen der Deutung und Verselbständigung sowie der symbolischen Auffassung des Ausgangszeichens (vgl. S. 266) in unserem Material einerseits und den Kleindetailantworten (Dd) des RORSCHACH-schen Formdeuteversuchs andererseits hat MÜLLER-SUUR kürzlich bereits

hingewiesen. Weiter möchten wir die Detailaufzählung bei der diffus-unentschiedenen Bedeutungsangabe (vgl. S. 269) hierzu rechnen. Aber auch die Summation eigener verschiedenartiger Gebilde (vgl. S. 259) und die Teilerfassung der gegliederten Zeichen der Felder 3, 5, 6, besonders soweit sie mit verschiedenenartigen Gebilden besetzt sind (vgl. S. 268), weisen in diese Richtung. Man könnte hier von einer Detailisolierung sprechen, wobei keine Verbindung mehr zu dem benachbarten Detail hergestellt werden kann.

Die Kleindetailantworten finden sich beim RORSCHACH-Test besonders häufig bei Schizophrenen, ebenso wie die zerfahrene Sukzession, für die sie einen wesentlichen Faktor darstellen. Wenn SKALWEIT darin „etwas Ähnliches ausgedrückt findet, wie die von BLEULER als primäre Grundstörung aufgestellte ‚Assoziations- bzw. Schaltschwäche‘, die ‚Insuffizienz der aktuellen Persönlichkeit‘ (BERZE), die ‚intrapsychische Ataxie‘ (STRANSKY) oder die ‚verminderte Spannweite des intentionalen Bogens‘ (BERINGER)“, so können wir eine solche Beziehung gerade für die den Kleindetailantworten des RORSCHACH-Tests analogen Merkmale unseres Materials gleichfalls bejahen. Ebenso ist es aber auch auf Grund des Neben- und Nacheinanders der eben erwähnten WARTEGG-Zeichen-Test-Merkmale — besonders der Abnormitäten des Auffassungsgrades und der Bedeutungsangabe — einerseits und der positiven Leistungen andererseits möglich, eine Analogie zu der von SKALWEIT zitierten Auffassung KRISCHS aufzuzeigen, nach der „man allenfalls den so überraschend schnellen Wechsel zwischen pathologischem und normalem Erleben als spezifisch schizophren“ bezeichnen könne.

Ferner sei hier die Möglichkeit einer Analogie zwischen den Farbnennungen des RORSCHACHSchen Formdeuteversuchs und der Verwendung von Schrift im WARTEGG-Zeichen-Test (besonders wenn statt einer zeichnerischen Darstellung deren Benennung hingeschrieben wird) lediglich hypothetisch erwähnt.

Indessen möchten wir besonders bei den Merkmalen, die als Detailisolierung imponieren, auch auf die von KÜHN auf Grund von Untersuchungen mit den *Vater-und-Sohn-Bildgeschichten* beschriebenen „Störungen des Sympathiefühlens bei Schizophrenen“ verweisen. Einen (begrifflich etwas weiter gefaßten) Mangel an adäquatem, situationsgerechtem Einfühlungsvermögen, wie wir ihn in 15 eigenen Vergleichsuntersuchungen mit den genannten Bildgeschichten gleichfalls und gerade im Sinn der Detailisolierung feststellen konnten, möchten wir auch für die erwähnten WARTEGG-Zeichen-Test-Merkmale annehmen und mit KÜHN neben der Verringerung der geistigen Spannweite gelten lassen.

Als weitere Zeichen für Störungen des Einfühlungsvermögens in diesem Sinne erscheinen uns die Schieflage der Zeichnungen, besonders die zeichenbedingte (vgl. S. 262), und teilweise die Einbeziehung des Ausgangszeichens ohne dessen qualitative Berücksichtigung, die topographische Beachtung und die völlige Vernachlässigung (vgl. S. 264/5).

Klinisch-diagnostische Bedeutung für die Psychiatrie, speziell die Schizophrenie, wird der WARTEGG-Zeichen-Test vorerst höchstens in Einzelfällen erlangen können, wofür der S. 255 besprochene Fall der Korrektur der Diagnose eines Ppropfschizophrenen (vgl. Abb. 1) ein Beispiel abgeben kann. Aber auch auf die S. 272 erwähnten Möglichkeiten zur positiven Abhebung prämorbidien Persönlichkeitstiefstandes bzw. Schwachsinn von schizophrener Wesensveränderung durch WARTEGG-Zeichen-Test-Kriterien sei in diesem Zusammenhang hingewiesen. Nicht als ob auf anderem Wege nicht Gleicher erreicht werden könnte; aber ohne Zweifel brachte im Falle der Abb. 1 der WARTEGG-Zeichen-Test besonders schnell, einfach und anschaulich ein wesentliches Resultat.

Aus der von MÜLLER-SUUR mitgeteilten Gesamtübersicht über die bisherigen WARTEGG-Zeichen-Test-Untersuchungen an unserer Anstalt ergeben sich zwar gewisse charakteristische Unterschiede bei der Gegenüberstellung der Testergebnisse von Schwachsinnigen, Dementen, Epileptikern und Schizophrenen, besonders auch, was den Unterschied von (schizophrener) Wesensänderung gegenüber Demenz und Schwachsinn betrifft. Dieser allgemeine Gruppenaspekt reicht jedoch nicht dazu aus, dem Einzeltest grundsätzlich pathognomonische Bedeutung zu verleihen. Daran kann auch die Tatsache gelegentlicher Ausnahmen (wie oben beschrieben) nichts ändern. Auf Grund von einzelnen Tests, die möglicherweise eine bestimmte Eigenart dieser gefundenen Gruppenformen zeigen, dürfen wir nicht kurzschnellig Diagnosen stellen.

Man wird wohl beständigeren und verlässlichen klinisch-diagnostischen Nutzen erst dann aus der Testmethodik ziehen können, wenn die „Aufstellung von Standardkombinationen aus verschiedenen Tests“ (MÜLLER-SUUR) gelungen sein wird. Zur Erreichung dieses Ziels — bevor überhaupt allgemeine verbindliche diagnostische Beziehungen festgelegt werden können — gilt es, wie MÜLLER-SUUR betont, „zunächst festzustellen, was verschiedene Testmethoden im Gebiet der Psychopathologie leisten und wie sie sich gegenseitig ergänzen können“. Zur Erfüllung dieser Aufgabe beizutragen war der Zweck dieser Arbeit.

Zusammenfassung.

Einleitend wurde ein kurzer Überblick über die bisher durchgeföhrten Testuntersuchungen bei Schizophrenen einerseits und mit dem WARTEGG-Zeichen-Test im pathopsychologischen Bereich andererseits gegeben.

Es folgte sodann eine eingehende Beschreibung der WARTEGG-Zeichen-Test-Ergebnisse von 186 schizophrenen Patienten der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt. Diese Beschreibung wurde nach folgenden Gesichtspunkten durchgeföhr: allgemeines Formniveau, besondere Gestaltungsmerkmale, Besonderheiten der Raumorientierung, Auffassungsgrad, Bedeutungsangabe, Besonderheit der Sukzession, Besonderheiten der

Zeitdauer, Unvollständigkeit der Testdurchführung, Voreinstellung und gegebene Hilfen. Die Erörterung der klinischen Einteilung unserer Patienten nach Geschlecht, Verlaufsform der Krankheit, Erkrankungs-alter und Krankheitsdauer sowie Schulbildung schloß sich an.

Schließlich brachten wir noch Hinweise auf Analogien unserer Ergebnisse zueinigen solchen beim RORSCHACHschen Formdeuteversuch und zu den bisherigen testmäßigen Erfahrungen mit den Vater-und-Sohn-Bildgeschichten — sowie auf diagnostische Möglichkeiten des WARTEGG-Zeichen-Testes für die Psychiatrie. Dabei zeigte sich, daß die bisher mit dem WARTEGG-Zeichen-Test untersuchten Gruppen von Epileptikern, Schwachsinnigen und Dementen sich von den Schizophrenen in der Testdurchführung charakteristisch unterscheiden. Aus diesem allgemeinen Gruppenaspekt kann man jedoch im Einzelfall keine hinreichend sicheren diagnostischen Schlüsse ziehen. Zu verbindlicheren diagnostischen Aussagen müssen weitere Erprobung und Vergleiche mit anderen Testmethoden herangezogen werden.

Literatur.

- BABCOCK, H.: zit. nach SEYFFERT. — BERZE, J., u. H. W. GRUHLE: Psychologie der Schizophrenie. Berlin 1929. — BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1949. — BOIT, H.: Untersuchungen über das Phänomen der Wesensverkennung bei Schwachsinn und seniler Demenz. Diss. Göttingen 1951. — BOVET, Th.: Schweiz. Arch. Neur. 37, 156 (1936); zit. nach SEYFFERT. — BÜRGER-PRINZ, H.: Neue med. Welt 23 (1950); zit. nach SEYFFERT. — BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 7. Aufl. München, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1948. — ELSTE, R.: Z. Neur. 170, 1 (1940). — EWALD, G.: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. 2. Aufl. Berlin-München 1948. — HETSS, R.: Die Lehre vom Charakter. 2. Aufl. Berlin 1949. — Psychol. Rdsch. 5, 266 (1950)ff. — JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl. Berlin-Heidelberg 1948. — KRISCH, H.: zit. nach SKALWEIT. — KÜHN, H.: Z. Neur. 174, 418 (1942). — MORGAN, C. D., and H. A. MURRAY: Arch. of Neur. 34, 289 (1935); zit. nach SEYFFERT. — MÜLLER-SUUR, H.: Psychiatrische Erfahrungen mit dem Wartegg-Zeichen-Test. Kongreßvortrag Dtsch. Gesellsch. f. Neur. u. Psychiatr. 1951 (erscheint demnächst im Nervenarzt). — PFISTER, M.: Psychol. Rdsch. 1, 192 (1950). — v. RIESEN, H. R.: Wartegg-Zeichen-Test-Untersuchungen bei seniler Demenz und angeborenem Schwachsinn. Diss. Göttingen 1950. — RORSCHACH, H.: Psychodiagnostik. 6. Aufl. Bern 1948. — ROST, H.: Wartegg-Zeichen-Test-Untersuchungen bei Schizophrenen. Diss. Göttingen 1951. — SCHNEIDER, C.: Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie. Leipzig 1930. — Die schizophrenen Symptomverbände. Berlin 1942. — SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart 1950. — SEYFFERT, H.-M.: Zbl. Neur. 112, 1 (1951). — SKALWEIT, W.: Konstitution und Prozeß in der Schizophrenie. Leipzig 1934. — v. STAABS, G.: Der Sceno-Test. Stuttgart 1951. — STAUDER, K. H.: Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker. Leipzig 1938; zit. nach SEYFFERT. — STRANSKY, E.: zit. nach SKALWEIT. — VOLLMER, G.: Wartegg-Zeichen-Test-Untersuchungen bei Epileptikern. Diss. Göttingen 1948. — WARTEGG, E.: Z. angew. Psychol. Beih. 84. Leipzig 1939. — WECHSLER, D.: The measurement of adult intelligence. 3. Aufl. Baltimore 1944; zit. nach SEYFFERT. — WEISSENFELD, F.: Z. Neur. 171, 321 (1941); zit. nach SEYFFERT. — ZUCKER, K.: Arch. f. Psychiatr. 110, 465 (1939).