

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in Oslo, Norwegen
(Direktor: Professor M. Dr. G. LANGFELDT)

Schizophrenie und schizophreniforme Zustände

Von

G. LANGFELDT

(Eingegangen am 7. Oktober 1957)

Am II. Internationalen Kongreß für Psychiatrie in Zürich im September 1957 hielten mehrere Psychiater Vorträge, in welchen eine Dichotomie der Schizophrenien in die genuinen und die atypischen, schizophreniformen Zustände durchgeführt worden war. Der Ausdruck *schizophreniforme Zustände* wurde von LANGFELDT² und ³ im Jahre 1937 als eine kollektive Diagnose für alle die Fälle der umfassenden Schizophreniegruppen vorgeschlagen, welche nicht mit Bestimmtheit als zu dieser Gruppe gehörig gerechnet werden konnten. Persönliche Kontrolluntersuchungen der schizophreniformen Zustände, u. a. von LANGFELDT in den Jahren 1937—1939, und vor kurzem von EITINGER und LAANE¹ 1955—1956 vorgenommen, zeigten, daß diese Fälle einen ganz anderen, günstigeren Verlauf genommen hatten als die genuinen Schizophrenien, unabhängig davon ob besondere Behandlung in Anwendung gebracht worden war oder nicht. Ebenso haben die Kontrolluntersuchungen nachgewiesen, daß eine größere Anzahl schizophrene Zustände nichts mit den Schizophrenien als solchen zu tun hatten, dagegen aber charakteristische Eigenschaften von ganz anderen psychiatrischen Kategorien aufwiesen.

Der Tatsache zufolge, daß man jetzt mehr an einer Dichotomie der Schizophreniegruppe interessiert ist, will der Autor dieses Artikels folgende Punkte hervorheben:

Um eine internationale Korrelation von Forschung und Therapie der Schizophrenie zu erzielen, ist es von größter Wichtigkeit, daß man das in den verschiedenen Ländern zur Verfügung stehende Material leicht miteinander vergleichen kann. Wenn der Verfasser einer Abhandlung stets auf die beiden erwähnten Kategorien hinweist und zwischen ihnen unterscheidet (also die typischen Schizophrenien und die schizophreniformen Zustände), werden mit größter Wahrscheinlichkeit jedenfalls die typischen Schizophrenien leicht miteinander vergleichbar sein können. Es scheint jedoch, daß einige Autoren sowohl den Ausdruck Schizophrenie als auch schizophreniforme Psychosen in einer anderen Umschreibung gebrauchen als die meisten anderen. Aus diesem Grunde will der Verfasser dieses Artikels gerne die Bedeutung der zwei von ihm 1937 beschriebenen Gruppen erklären.

Als *Schizophrenie* sollten nur diejenigen Fälle diagnostiziert werden, von denen der betreffende Autor mit allergrößter Wahrscheinlichkeit annimmt, daß sie zur genuinen Schizophreniegruppe gehören. Ist er im Zweifel, sollte er den Diagnosen ein oder mehrere Fragezeichen (*Schizophrenie?* oder *Schizophrenie??*) hinzufügen und die Fälle in den Statistiken als *schizophreniforme Fälle* präsentieren. Natürlich herrschen zwischen den Forschern noch immer Unübereinstimmungen darüber, welche Faktoren und Symptome charakteristisch für die genuinen schizophrenen Fälle sind, man könnte aber doch durch Ausschließung aller *zweifelhaften* Fälle eine weit größere Einigkeit bei den einzelnen Gruppen erzielen. Der Verfasser dieser Arbeit glaubt auch, daß die meisten Schizophrenieforscher über die folgenden Charakteristica der genuinen Schizophrenie einig sein können.

Häufig, wenn auch nicht immer, findet man bei Schizophreniefällen eine *typische Veränderung der prämorbidem Persönlichkeit*. Diese Tendenz ist durch eine Neigung zu Introversion, Autismus, Verflachung des Gefühlslebens, eingeschränkte Kontaktfähigkeit und Interessemangel gekennzeichnet. Es ist nicht immer möglich, in distinkten Ausdrücken zu beschreiben, welche Persönlichkeitsveränderungen stattgefunden haben, doch wird der erfahrene Psychiater oft die Veränderung mit *Intuition* diagnostizieren können. Die Entwicklung der schizophrenen Störung und die Symptome im Initialstadium können sich äußerst verschiedenartig gestalten, wahrscheinlich den verschiedenen pathogenetischen Faktoren und deren Wirkung auf die individuelle Persönlichkeit entsprechend. Selbst wenn die verschiedenen Typen der Störung oft *ineinander übergehen*, so ist ihre Einteilung in Gruppen doch ein gutes Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen den hebephrenen, den katatonen und den paranoiden Formen. Die Symptomatologie dieser verschiedenen Typen ist so bekannt, daß es überflüssig erscheint, sie hier zu erörtern. Ich möchte nur gerne hervorheben, daß außer den typisch hebephrenen Formen auch eine große Gruppe paranoider Fälle mit einer typischen Symptomatologie existiert, die regelmäßig mit einer schlechten Prognose verbunden ist. Diese Gruppe wurde vom Autor 1937 als durch schwere *Derealisations- und Depersonalisationssymptome* charakterisiert beschrieben. Wenn solche Symptome (Derealisation, Beeinflussungssymptome, Passivitätsbewußtsein, das Gefühl hypnotisiert zu sein, von äußeren Kräften körperlich verändert zu sein, usw.) das psychotische Bild bei einem jungen Patienten mehrere Wochen hindurch beherrschen, ohne daß Zeichen für ein organisches Gehirnleiden oder für endo- oder exotoxische Vergiftungen vorliegen, kann kein Zweifel bestehen, daß der Fall zu der Gruppe der typischen Schizophrenien gehört, die regelmäßig einen katastrophalen Verlauf nehmen. Kommt es zu einem solchen Krankheitsbild bei einem Patienten mit *schizoider Persönlichkeit und*

leptosomen Körperbau, wird die Krankheit innerhalb 2—3 Jahren mit Katastrophe enden. Sind weder die Entwicklung der präpsychotischen Persönlichkeit noch die Symptomatologie der Initialstadien der Psychose durch die für typische schizophrene Störungen bestimmenden Zeichen charakterisiert, sollte der betreffende Fall als *schizophreniform* registriert und eingereiht werden. Der weitere Verlauf eines solchen Falles mag dennoch beweisen, daß er trotzdem zur typischen Schizophreniegruppe gehört und kann u. a. einen katastrophalen Verlauf nehmen. Andererseits kann eine wiederholte genauere Untersuchung ergeben, daß man es mit einer psychogenen Psychose zu tun hatte, oder aber mag es sich um einen konstitutionellen, einen organischen oder toxischen Reaktionstypus handeln. Es kann sich auch um eine manisch-depressive Psychose drehen, welche infolge einer besonderen individuellen Anlage bei dem Einzelnen, im akuten Stadium der Psychose durch ein schizophrenieähnliches (schizophreniformes) psychisches Bild gekennzeichnet ist. Der Autor nimmt an, (ausführlicher in seinem Vortrag am II. Internationalen Psychiaterkongreß behandelt⁴) daß besonders die Derealisations- und Depersonalisationssymptome bei den typischen schizophrenen Störungen auf irgendeine Weise Ausdruck für die primären, noch immer unbekannten (psycho-physiologischen?) Ursachen der Schizophrenie sind. Auch aus diesem Grunde muß es als wichtig angesehen werden, stets eventuelle somatische Störungen bei Schizophrenie mit dem betreffenden spezifischen psychischen Syndrom zu korrelieren. Der Autor ist der Meinung, daß eine Dichotomie der Schizophreniegruppe in typisch schizophrene und schizophreniforme Fälle, als vorläufiges Hilfsmittel, für eine bessere Korrelation der Forschungsergebnisse in der Internationalen Psychiatrie gute Dienste leisten kann.

Zusammenfassung

Der Autor ist der Meinung, daß eine Dichotomie der Schizophreniegruppe in typisch schizophrene und schizophreniforme Fälle, wie es von ihm in 1937 vorgeschlagen wurde, als vorläufiges Hilfsmittel für eine bessere Korrelation der Forschungsergebnisse in der internationalen Psychiatrie gute Dienste leisten kann.

In dem Aufsatz wird die diagnostische Umgrenzung der zwei Gruppen von Psychosen näher erörtert.

Literatur

¹ EITINGER, L., G. LANGFELDT u. C. L. LAANE: The prognostic value of the clinical picture and the therapeutic value of physical treatment in schizophrenia and the schizophreniform states. Acta psychiatr. 1957 (in press). — ² LANGFELDT, G.: The Prognosis in Schizophrenia and the Factors influencing the Course of the Disease. Copenhagen: E. Munksgaard 1937. — ³ LANGFELDT, G.: The Schizophreniform States. Copenhagen: E. Munksgaard 1939. — ⁴ LANGFELDT, G.: The Prognosis in schizophrenia. Copenhagen: E. Munksgaard 1957.

Prof. Dr. G. LANGFELDT, Oslo (Norwegen), Psychiatr. Univ.-Klinik