

Aus der Nervenlinik der Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. H. KRANZ)

Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung*

Von

WERNER JANZARIK

(Eingegangen am 7. Januar 1961)

Die Beharrlichkeit, mit der die klinische Psychiatrie an unterschiedlichen Typen schizophrener Psychosen festhält und die Versuche, solche Typen als gesonderte Krankheitsformen darzustellen, rechtfertigen die Frage, ob sich eine Typologie oder gar eine typologisch unterbaute Nosographie schizophrener Psychosen auch heute noch vertreten läßt, ob Nutzen oder Nachteil der typologischen Betrachtungsweise überwiegen. Die geniale Vereinfachung einer aufgefaserten psychiatrischen Systematik durch KRAEPELIN war seinerzeit ein Wagnis, zu dessen Erfolg wesentlich beigetragen hat, daß die in der *Dementia praecox* neuer Fassung zusammengeschlossenen Verlaufsformen die bis dahin beschriebenen *Krankheiten* zwanglos fortführen konnten. KRAEPELIN bezieht sich ausdrücklich auf häufig wiederkehrende und durch zahlreiche Übergänge verbundene Gestaltungen der *einen* Krankheit, und auch für E. BLEULER sind die verschiedenen klinischen Bilder keine abgrenzbaren Krankheitsformen: Es sind unter praktischen Gesichtspunkten zusammengefaßte Symptomgruppierungen, „zufällige“ Erscheinungsweisen der gleichen Krankheit ohne natürliche Grenzen. Wenn BLEULER auf der anderen Seite die Vermutung äußert, daß verschiedene Krankheiten im engeren Sinne hinter dem gleichen symptomatischen Bild verborgen seien, so bestehen offensichtlich für ihn *keine* Beziehungen zwischen den vermuteten Krankheiten und den auch von ihm benützten schizophrenen Typen. Eher ist KRAEPELIN geneigt, psychopathologische Einheiten nosologisch zu deuten. Erinnert sei an den präsenilen Beeinträchtigungswahn, den schon BLEULER als Spätparanoid verstand, an die Kraepelin'sche Paranoia, die durch KOLLE, an die Paraphrenien der 8. Auflage des Lehrbuches, die durch W. MAYER den Schizophrenien zugeordnet werden mußten.

Die Klinik benötigt nur wenige Typen schizophrener Psychosen und unterscheidet, soweit sie sich an die ursprüngliche Einteilung KRAEPELINS hält, hebephrene, katatone und paranoide Formen. Hinreichende Übereinstimmung besteht

* Die Veröffentlichung folgt einem Vortrag, der auf Einladung von Prof. Dr. K. KOLLE am 14. November 1960 in der Universitäts-Nervenlinik München gehalten wurde. Sie ist Herrn Prof. Dr. H. KRANZ in dankbarer Ergebntheit zum 60. Geburtstag gewidmet.

über die Abgrenzung katatoner und paranoider Bilder, nicht aber über den Umfang der mit der Schizophrenia simplex BLEULERS konkurrierenden hebephrenen Form. Kennzeichnend sind die zahlreichen Mißverständnisse, die sich noch in jüngster Zeit bei der Diskussion über die Resultate der Pharmakotherapie „hebephrener“ Psychosen ergeben haben. An die Stelle des Hebephreniebegriffes — man vergleiche die Kritik K. SCHNEIDERS — hätte mit Vorteil die Schizophrenia simplex treten können, wäre nicht für BLEULER diese Schizophrenia simplex als Grenzbegriff für die „latente Schizophrenie“ unentbehrlich gewesen. Über ein halbes Jahrhundert, von DIEM bis zu CORNU, ist die einfache *neben* der hebephrenen Form beschrieben worden. Die Unterscheidung, in der neben der Hebephrenie die Heboidophrenie KAHLEBAUMS weiterlebt, ist entbehrlich, soweit es sich um symptomarme aber eindeutig psychotische Verläufe mit vorwiegender Beeinträchtigung emotionaler und intentionaler Qualitäten handelt. Sie ist gefährlich, sobald der Hebephrenie eine Schizophrenia simplex als Grenzbegriff eines Übergangs zu den abnormen Persönlichkeiten gegenübergestellt werden soll. Auch KRAEPELIN hat in der 8. Auflage des Lehrbuches eine Dementia simplex berücksichtigt neben anderen Typen, die sich nicht durchgesetzt haben, und dabei die Ansicht vertreten, es handle sich gewissermaßen um den ersten Abschnitt einer Dementia praecox, um Erkrankungen, die auf einer frühen Stufe des Verlaufes stehengeblieben seien. K. SCHNEIDER läßt allenfalls die einfache, die katatone, die paranoide Form gelten und berücksichtigt schließlich noch, gleich WYRSCH, die schizophrene Halluzinose.

In Ermangelung sonstiger Ordnungsgesichtspunkte für therapeutische oder prognostische Feststellungen, als Inventar abkürzender Formeln für die klinische Verständigung und schließlich auch aus didaktischen Gründen kann eine Typologie nützlich sein. Handelt es sich um chronische Verläufe oder sogenannte Endzustände, wird allerdings die herkömmliche Dreiteilung oft als unzureichend empfunden. KRAEPELIN hat von der 7. Auflage des Lehrbuches ab eine spezielle Typologie von Verlaufsarten und Endzuständen entwickelt, bei denen es sich nach seiner Auffassung „selbstverständlich“ nirgends um scharfe Abgrenzungen handelt. Die Aufstellungen von KLEIST u. LEONHARD berühren sich in manchem mit den Schilderungen, die KRAEPELIN von den Endzuständen gibt. Sie sind statisch angelegt und orientieren sich in erster Linie am *Ausgang* der Psychose, so daß die Variabilität des *Verlaufes* als uncharakteristisch vernachlässigt werden kann. Im Gegensatz zu BLEULER und KRAEPELIN werden jedoch die Typen, zumindest die systematischen (früher: atypischen) Schizophrenien im Sinne LEONHARDS, als genau zu unterscheidende degenerative Systemerkrankungen verstanden. Fast möchte man sagen: KLEIST u. LEONHARD *müssen* die Verläufe vernachlässigen, wenn sie nicht von vorneherein zugeben wollen, daß ihre Krankheitsformen nichts anderes sind als *Deskriptionen von Endzuständen*, gewiß vorzüglich gesehene, prägnante Bilder, deren *nosologischer* Anspruch jedoch nicht weiter reicht als der Respekt, den man der wohlabgewogenen Symmetrie des ihnen übergestülpten Systems entgegenbringt. Die den neurologischen Systemen vergleichbaren seelischen Funktionseinheiten sollen getrennt erkranken können. Jede schizophrene Unterform ist nach LEONHARD, der nicht weniger als 16 einfach-systematische Formen unterscheidet, auch erbbiologisch selbständig. Man zweifelt nicht, daß auch für die individuellsten Gestaltungen schizophrener Psychosen noch ein Fach frei sein wird, wenn man nicht nur die unsystematischen (atypischen) und einfach-systematischen, sondern auch die kombiniert-systematischen Schizophrenien LEONHARDS berücksichtigt und die Möglichkeiten errechnet, die sich aus der Kombination von Erkrankungen zweier oder gar mehrerer „Systeme“ ergeben müßten. Die zu didaktischen Zwecken angenommene Begrenzung der Beschreibung, so meinte vor Jahrzehnten E. BLEULER, dürfe nicht mit der Abgrenzung des Begriffes verwechselt werden. Wenn man

eine Krankheit atypisch nenne, so heiße das, „sie weicht ab von einer Norm, *die wir aufgestellt haben*“. H. EY hat eine größere Zahl schizophrener Endzustände nach den Kriterien KLEISTS einzuteilen versucht und feststellen müssen, daß das, was man als verschiedene Untergruppen oder Arten von Schizophrenien angesehen habe, nichts als Verschiedenheiten im Grad oder in den Entwicklungsphasen der schizophrenen Psychose seien.

Gegen die herkömmliche Typologie hatte sich bereits C. SCHNEIDER mit seiner Lehre von den schizophrenen Symptomverbänden gewandt. Die Aufteilung nach Hebephrenie, Katatonie und Paranoid erfaßt nach der Meinung C. SCHNEIDERS nur gewisse häufig vorkommende aber an sich zufällige Kombinationen. Einen „realen biologischen Tatbestand“ sollen lediglich die drei Symptomverbnde des Gedankenentzugs, der Sprunghaftigkeit und des Faselns darstellen. Aus ihrer Kombination mit jeweils verschiedenen Schwerpunkten innerhalb der einzelnen Symptomverbnde lassen sich die klinischen Syndrome ableiten. Sieht man ab von den Verlaufsuntersuchungen O. H. ARNOLDS, so hat die Psychopathologie der Gegenwart von den additiv entstandenen Einheiten C. SCHNEIDERS kaum Gebrauch gemacht. Sofern die typologische Betrachtungsweise in neuerer Zeit, etwa von HFNER und WIESER oder zuletzt CONRAD, ausdrücklich in Frage gestellt worden ist, wurde der Nachdruck auf die Plastizität schizophrener Psychosen gelegt, die die im einzelnen beschriebenen Typen als Querschnittsbilder eines Verlaufes auseinander hervorgehen lasse. Die paranoide Form, so stellt CONRAD fest, muß gesetzmäßig durchlaufen werden, damit die katatone Form erreicht werden kann; die verschiedenen Verlaufstypen, unter denen sich auch die üblichen Formen der Klinik auffinden lassen, sind Abwandlungen des gleichen Geschehens, in gewissem Sinne quantitative Varianten, die den verschiedenen Abstufungen eines Potentialabbaus entsprechen.

Es ist bemerkenswert, daß sich die psychopathologische Kritik an den schizophrenen Unterformen in neuester Zeit mit betont nosologisch orientierten Auffassungen berührt. RÜMKE, der ähnlich wie vor Jahrzehnten schon BERZE mit seiner Unterscheidung von Dementia praecox und Hypophrenie und ähnlich wie noch manche anderen Vorgänger eine „echte“ Schizophrenie von „Pseudo-Schizophrenien“ abgrenzen zu können glaubt, hält es eher für verwirrend, jedenfalls nicht für notwendig, innerhalb der „echten“ Schizophrenie noch weiter zu differenzieren. Die stattdessen unternommene Aufgliederung der „Pseudo-Schizophrenien“, die dem Untersucher das zentrale diagnostische Erlebnis des „Praecox-Gefühls“ vor enthalten sollen, ist dementsprechend ätiologisch und nicht psychopathologisch aufgebaut. Die Intentionen RMKEs haben die längst überfällige Reaktion auf die psychogenetische Simplifizierung der endogenen Psychosen und die Nivellierung ihrer qualitativen Eigenheiten belebt. Ob ein berechtigtes Anliegen in einer am Praecox-Gefühl orientierten Diagnostik wirklich eine zureichende Grundlage gefunden hat, ist eine ganz andere Frage.

ber die *Zweckmäßigkeit* einer Typologie schizophrener Psychosen entscheiden die Erfordernisse der Klinik. Ihre *wissenschaftliche* Berechtigung würde sich nur mit Verlaufsuntersuchungen begründen lassen, die den Nachweis führen, daß derartige Typen mehr sind als zufällige Querschnittsbilder, die der praktischen Verständigung dienen. Man müßte zeigen können, daß die Verlaufsgestalt relativ beständig ist und die psychopathologischen Syndrome nicht fließend ineinander übergehen, wobei es grundsätzlich gleichgültig wäre, ob man ihre Beständigkeit nosologisch oder psychopathologisch zu erklären suchte. Verlaufsuntersuchungen, die dieser Aufgabe dienen könnten, waren selten schon zur Zeit KRAEPELINS. Die Katamnesen der Kleitschen Schule, die von ganz bestimmten, allgemein keineswegs anerkannten Vorentscheidungen ausgehen, gehörten schon immer zu den Ausnahmen. Sie sind Ausnahmen erst recht in der Gegenwart, wenn man von

Einzelarbeiten wie etwa der Studie von CORNU über den Verlauf einfacher Schizophrenien absieht. In manchen neueren Veröffentlichungen, die sich mit Fragen des Verlaufes schizophrener Psychosen befassen, so im Rahmen der Untersuchungen CHR. MÜLLERS über das Senium der Schizophrenen, wird auf die Wandelbarkeit der Typen hingewiesen, ohne daß die Bedingungen ihrer Inkonzanz näher untersucht werden. Richtungsgebend für die Verlaufsbetrachtung der Gegenwart sind die Untersuchungen M. BLEULERS geworden. Die psychopathologische Betrachtungsweise tritt hier jedoch gegenüber statistischen Gesichtspunkten in den Hintergrund; das Interesse gilt nicht mehr dem Schicksal der herkömmlichen Typen, sondern dem Grad des erreichten „Defektes“ und der allgemeinen Charakterisierung des Verlaufes als akut, schleichend oder wellenförmig. Der Mehrzahl der Autoren gilt gegenwärtig eine Typologie schizophrener Psychosen als wissenschaftlich überholt. Der Beweis, daß sie wirklich überholt ist, steht indessen noch aus, wie auch sonst alle Versuche, von außen oder von innen her zu einer Gliederung der Mannigfaltigkeit schizophrener Symptomatik zu kommen, genug Fragen offengelassen haben. Die eigenen Verlaufsuntersuchungen, über die im folgenden berichtet werden soll, haben hier ihren Ausgangspunkt.

Wir stützen uns auf *100 schizophrene Kranke* des psychiatrischen Landeskrankenhauses Wiesloch, 50 Männer und 50 Frauen, bei denen seit dem Beginn der Erkrankung anhand verlässlicher Unterlagen ein Verlauf von mindestens 20 Jahren mit einer auch den psychopathologischen Erfordernissen entsprechenden Vollständigkeit übersehen werden konnte¹. Bei einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von etwa 35 Jahren, von denen im Durchschnitt 25 Jahre in Kliniken oder Anstalten verbracht worden waren, kann bei den von uns gesammelten Beobachtungen von *annähernd lebenslangen Krankheitsverläufen* gesprochen werden. Die produktiven Krankheitsstadien waren in der Mehrzahl der Fälle noch vor der allgemeinen Anwendung der modernen somatischen Behandlungsverfahren durchlaufen worden, so daß die möglichen Zusammenhänge zwischen Therapie und Verlaufsgestalt vernachlässigt werden konnten. Da nur solche Kranke berücksichtigt worden sind, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes als stationäre Patienten des Krankenhauses persönlich untersucht werden konnten, ist das Krankengut selbstverständlich nicht repräsentativ für die Schizophrenie schlechthin. Es ist jedoch repräsentativ für die schweren Formen der Erkrankung, für die dauernd asylierungsbedürftigen oder die immer wieder von Rezidiven bedrohten Patienten, vor allem aber für solche Verläufe, die man unbeschadet der sonst erheblichen diagnostischen Differenzen so gut wie überall schizophren nennen würde.

Als Grundlage für die Verlaufsanalyse wurde das psychopathologische Bild im *Beginn* der Erkrankung gewählt, nachdem sich bei dem Versuch, von einer typologischen Aufgliederung der Endzustände her die Verläufe

¹ Dem ärztlichen Leiter des Krankenhauses, Herrn Medizinaldirektor Dr. HOFFMANN-STEUDNER, schuldet der Verfasser Dank für die Förderung der Untersuchungen, über die hier nur ausschnittsweise und in summarischer Form berichtet werden kann.

zu ordnen, bald herausstellte, daß die symptomatologisch prägnanten Bilder nach jahrzehntelanger Krankheitsdauer in der Minderzahl sind und symptomarme, uncharakteristische Formen überwiegen. Geht man, wie es im folgenden geschehen soll, vom Initialstadium aus, so kann man sich auf eine wesentlich profiliertere Symptomatik stützen, vermißt aber auch hier prägnante Typen, wenn man über die übliche globale Einteilung hinausgegangen und insbesondere die Regelfälle, nämlich die wahnhaft beginnenden und früher oder später halluzinatorisch ausgestalteten Psychosen, näher aufgliedern will. Im übrigen können Bedenken, ob man auch die richtigen Typen als Ausgangsbasis gewählt hat, bei Verlaufsuntersuchungen um so eher zurückgestellt werden, als ja überhaupt erst geprüft werden muß, inwieweit die typologische Betrachtungsweise berechtigt ist.

Die eigenen Unterscheidungen, die sich eng an die herkömmlichen Typen anlehnen, beziehen sich auf das im 1. Jahr des Krankheitsverlaufes bzw. während des ersten Krankheitsschubes vorherrschende Bild. Maßgebend war die schizophrene Vollsynchronik. Durch abnormen Leistungsabfall, hypochondrische Klagsamkeit, depressive Verstimmung und andere uncharakteristische Züge gekennzeichnete, aber doch bereits psychotisch akzentuierte Initialsyndrome wurden nur dann berücksichtigt, wenn der Übergang in eindeutig schizophrene Verläufe erst jenseits des 1. Jahres erfolgte. Die Zusammenstellung der Beobachtungen nach Gruppen gleichartiger psychopathologischer Symptomatik führte zu den folgenden Unterscheidungen:

1. Als *wahnhaft-halluzinatorische* Psychosen wurden 61 Beobachtungen (29 ♂, 32 ♀) zusammengefaßt, bei denen sich nach unterschiedlichem Beginn im Verlaufe des ersten Krankheitsschubes bzw. bis zum Ende des 1. Jahres das charakteristische Ineinander von Wahn und (überwiegend akustischen) Sinnestäuschungen ausgebildet hatte. Obwohl die wahnhaft-halluzinatorischen Formen die Mehrzahl aller Beobachtungen ausmachen, mußte davon abgesehen werden, sie weiter aufzugliedern. Es zeigte sich, daß gerade die vom üblichen Beeinträchtigungswahn abweichenden Initialsyndrome, etwa ein Weltuntergangswahn, ein Berufungswahn, depressive Verstimmung, hypochondrisches Versagen, sich nur selten behaupteten, sobald das wahnhaft-halluzinatorische Bild voll entwickelt war. Eine auf die sehr vielgestaltige Symptomatologie der ersten Monate bezogene Gruppierung wäre durch den weiteren Verlauf sehr bald wieder aufgehoben worden.

2. Von einer *wahnhaften* Form wurde bei 15 Kranken (7 ♂, 8 ♀) gesprochen, die im Laufe des 1. Jahres paranoid, jedoch frei von Sinnestäuschungen gewesen waren. Trotz ihres geringen Umfanges ist diese Gruppe weniger homogen als die weit größere der wahnhaft-halluzinatorischen Psychosen. Sie umfaßt floride Wahnpsychosen ebenso wie den

schleichenden Beeinträchtigungswahn oder systematische Wahnbildungen vom Typ der Paranoia.

3. Als *Halluzinosen* wurden gesondert berücksichtigt zwei Kranke (1 ♂, 1 ♀), die von Anfang an isoliert unter akustischen Sinnestäuschungen gelitten hatten.

4. Eine *psychotisch akzentuierte Wesensveränderung*, die die später manifest schizophrene Psychose einleitete und länger als ein Jahr bestand, war kennzeichnend für sechs Kranke ausschließlich männlichen Geschlechtes.

5. Als *kataton-dranghafte* Formen wurden die durch Auffälligkeiten des Antriebes und der Motorik charakterisierten Syndrome zusammengefaßt. Die im engeren Sinne schizophrene Symptomatik stand bei den 16 Kranken dieser Gruppe (7 ♂, 9 ♀) im Beginn hinter katatonen Mechanismen, Erregung, dranghaften Verstimmungszuständen zurück.

Die wahnhaften, halluzinatorischen und wahnhaft-halluzinatorischen Psychosen insgesamt entsprechen dem herkömmlichen Typus der paranoiden Schizophrenie, der somit, zumindest im Anfangsstadium, drei Viertel aller lebenslangen schizophrenen Verläufe eines Anstaltskrankengutes umfaßt. Die „hebephrene“ bzw. die einfache Form findet man wieder in den zwar psychotisch, ohne den Nachweis distinkter Symptomatik aber doch nicht eindeutig schizophren wirkenden Wesensveränderungen. Die kataton-dranghaften Psychosen entsprechen dem üblicherweise kataton genannten Typus. Sie erweitern ihn um uncharakteristische, vorwiegend maniforme psychotische Episoden, deren diagnostische Stellung ohne die Berücksichtigung des späteren Verlaufes zunächst ungeklärt bleiben müßte.

Bei der Zuordnung des Einzelfalles zu den verschiedenen Typen läßt sich eine gewisse Willkür nicht ganz vermeiden. Das Gewicht, das der Untersucher auf bestimmte psychopathologische Merkmale legt, kann beispielsweise darüber entscheiden, ob er eine Psychose kataton oder wahnhaft-halluzinatorisch nennt; von der Vollständigkeit anamnestischer Daten kann es abhängen, ob die Indolenz eines „Hebephrenen“ dem Typus der psychotischen Wesensveränderung zugeordnet oder, bei näherer Kenntnis, als der uncharakteristische Rahmen eines versteckt wahnhaften Verlaufes gewertet wird. Entscheidend bleibt die weitere Entwicklung des so oder so klassifizierten Syndroms. Sie wurde bei den eigenen Verlaufsuntersuchungen anhand von Querschnitten verfolgt, die jeweils 5, 10, 15 und 20 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung gezogen worden waren, bis schließlich die Abschlußuntersuchung einen Vergleich mit dem oft viele Jahrzehnte zurückliegenden Anfangsbefund erlaubte.

Von den 61 *wahnhaft-halluzinatorisch* beginnenden Psychosen sind nach jahrzehntelangem Verlauf noch mehr als die Hälfte, nämlich 35,

von Wahn und Sinnestäuschungen bestimmt. Die terminologische Übereinstimmung darf freilich nicht darüber hinwegtäuschen, daß Wahn und Halluzinationen im *Beginn* schizophrener Verläufe von anderer Qualität sind als in den späteren Jahren der Erkrankung. Charakteristisch für den Beginn ist der Beeinträchtigungswahn in seinen vielfältigen Erscheinungsformen. In sehr stürmisch beginnenden Psychosen kann an seine Stelle ein Weltuntergangs-, ein Offenbarungs- und Berufungswahn treten. Größeninhalte sind neben dem Beeinträchtigungswahn eher selten. Die noch unbeständigen und sehr wandlungsfähigen Wahnüberzeugungen gründen überwiegend auf Wahnwahrnehmungen. Sobald Halluzinationen hinzutreten, handelt es sich ganz überwiegend um ein Stimmenhören. Gleichzeitige Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten sind lediglich bei Frauen etwas häufiger. Vielfach beschwerten sich die Kranken über Hypnose und andere als Störung der Eigenmacht erlebte Einflüsse. Leibhalluzinatorische Erlebnisse sind im 1. Jahr der Erkrankung noch selten. Sie deuten sich an in der Empfindung des Elektriziertwerdens und in sexuellen Beeinflussungserlebnissen.

Zwischen der Symptomatik der wahnhaft-halluzinatorischen Psychosen im 1. und 2. Jahrzehnt und dem späteren Ausgang bestehen keine verlässlichen Beziehungen, so daß der Verlauf aller wahnhaft-halluzinatorisch beginnenden Bilder in den *mittleren Stadien* gemeinsam, ohne Rücksicht auf die verschiedenen Spätformen, besprochen werden kann. Neben dem Zurücktreten der Wahnwahrnehmungen, der Ausbildung durchgehender Wahnthemen, dem stärkeren Hervortreten der nun auch häufiger in der Leisphäre erlebten Sinnestäuschungen sind vor allem solche Auffälligkeiten von Interesse, die im Anfangsstadium nur eine geringe Rolle spielten und die im 3., 4. oder 5. Jahrzehnt des Verlaufes wieder in den Hintergrund getreten sein können. Hierher gehören zunächst die üblicherweise als kataton klassifizierten, vorwiegend motorischen Phänomene. Man findet eine Reihe von Kranken, die nach 5, 10 oder 15 Jahren lange Zeit hindurch ein vorwiegend katatonisches Bild bieten: Stuporen, die zu langwieriger Sondenernährung zwingen, schwerste Erregungszustände wie etwa die Brillanfälle eines Kranken, der sich so lange gegen die Brust hämmerte, bis Exostosen entstanden, jahrelang festgehaltene Haltungs- und Bewegungstereotypen. 10 Jahre später ist wieder das gewohnte Bild der Spätformen wahnhaft-halluzinatorischer Psychosen erreicht. Ähnlich verhält es sich mit manchen Auffälligkeiten des Ausdrucks und mit den Störungen des Denkens und Sprechens. Inkohärenz und Zerfahrenheit, ja selbst Entgleisungen, die in den alten Krankenblättern als „völliger Sprachzerfall“, als „Wortsalat“ beschrieben werden, können sich zurückbilden. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die emotionalen Veränderungen. Sie sind durchaus nicht immer am stärksten in den späten Stadien ausgeprägt, sondern erfahren hier vielfach eine Milderung

im Rahmen jener Wandlung, die MAYER-GROSS (der insofern eine andere Auffassung als später FLECK vertritt), grundsätzlich unabhängig vom Alterungsprozeß, als den „zweiten Knick“ beschrieben hat. Immer wieder werden im 1. und 2. Jahrzehnt reizbare, aggressive, kontaktunfähige, gemütskalte, stumpfe und indolente Kranke geschildert, von denen man 10 oder 20 Jahre später gestehen muß, daß sie recht umgänglich und freundlich geworden sind, daß sie vielleicht etwas lahm und unselbständig, aber doch nicht schizophren in ihren emotionalen Reaktionen wirken. Das kann selbst von jenen Kranken gelten, die früher einmal als „ausgebrannter Endzustand“ charakterisiert worden waren.

Was die *Spätstadien* anbelangt, so hat der Wahn bei den auch dann noch wahnhaft-halluzinatorischen Bildern nach jahrzehntelangem Krankheitsverlauf sein Gesicht geändert. Nur noch ganz vereinzelt lassen sich die Beziehungserlebnisse des floriden Stadiums nachweisen. Voraussetzung hierfür scheint ein Wiederaufleben psychotischer Bewegung bei gut erhaltener emotionaler Ansprechbarkeit zu sein. Aus dem Umkreis der Wahnwahrnehmung sind lediglich die in den späten Stadien gar nicht seltenen Personenverkennungen zu erwähnen. Sie dienen zumeist der unkritischen Bestätigung eines vorgegebenen Wahngefüges. Gemeinsam ist den Wahninhalten, daß sie weitgehend unabhängig von Anmutungserlebnissen geworden sind. Nach der Abwendung von der begegnenden Welt begründen Sinnestäuschungen und nicht mehr Anmutungen die Evidenz des Wahns. Im übrigen wird die Thematik früherer Jahre beibehalten. Neben einem verfestigten paranoiden Mißtrauen und Relikten eines Beeinträchtigungswahns stößt man jetzt relativ häufig auf Größeneinhalte. Eindrucksvoll sind manche phantastischen und konfabulatorischen Wahnbildungen. Verquicken sie sich mit lebhaften Sinnestäuschungen, so kann bei der dann obligaten Denkstörung der Wahn undurchschaubar werden und schließlich in der sprachlichen Verworrenheit untergehen. Nach wie vor überwiegen akustische Halluzinationen in Gestalt von Stimmen. Daneben spielen in den späten wie schon in den mittleren Stadien leiblich erlebte Sinnestäuschungen eine wesentlich größere Rolle als im Beginn. Im weitesten Sinne katatone Mechanismen treten wieder zurück. Manirismen und Stereotypien finden sich vor allem im sprachlichen Ausdruck. Trotz mancher Verschrobenheiten im ganzen Verhalten kann die Motorik in den späten Stadien unauffällig sein, ein Grimassieren ist oft nur angedeutet. Bemerkenswert ist bei den zeitweilig symptomfreien späten Verläufen die Aktivierung sprachlicher und mimischer Auffälligkeiten durch bloße Erwähnung früherer psychotischer Erlebnisse.

Von den 26 Verläufen, die einen von dem wahnhaft-halluzinatorischen Beginn *abweichenden* Ausgang nehmen, sollen zunächst die im Spätstadium ausschließlich wahnhaften Bilder berücksichtigt werden. Nur bei einem der fünf Kranken, die hierher gehören (4 ♂, 1 ♀), weicht

der Verlauf wesentlich vom Gewohnten ab. Es handelt sich um einen früheren Schauspieler und Studenten, der nach einem akuten schizophrenen Schub im Jahre 1933 zwar sozial abgeglitten war, sich aber doch noch $1\frac{1}{2}$ Jahrzehnte bis zum Tode der Eltern im freien Leben gehalten hatte. Erst in späteren Jahren entwickelte sich bei ihm eine „Gelehrtenparanoia“: Anknüpfend an Reminiszenzen aus der Studienzeit suchte der Patient mit halb scharfsinnigen, halb verrückten Argumenten aus der Ortsnamenforschung den Nachweis zu führen, daß seine engere Heimat seit 2000 Jahren der Mittelpunkt der Weltgeschichte gewesen sei. Gewissermaßen am anderen Ende steht ein Kranker, der zwei Jahrzehnte lang schizophrene Vollsymptomatik geboten hatte, bis schließlich nur noch einige verworrene Wahnresiduen an die als „göttliche Aufhetzung“ interpretierten und inzwischen abgeklungenen Stimmen erinnerten. Die drei anderen Beobachtungen dazwischen bilden eine Übergangsreihe, in der die Sinnestäuschungen zunehmend hinter einem systematisierten und dauerhaften Wahngefüge zurücktreten.

Bei zehn Kranken (2 ♂, 8 ♀) lassen sich nach wahnhaft-halluzinatorischem Beginn im Spätstadium lediglich Sinnestäuschungen nachweisen. Der Wahn war in diesen Fällen schon in den mittleren Stadien des Verlaufes in den Hintergrund getreten, womit die Symptomatik durchgehend einförmiger geworden war. Neben den nur noch gelegentlich und peripher von Stimmen beunruhigten Kranken trifft man hier die immer wieder halluzinatorisch erregten und schließlich auch eine weltabgewandte chronische Halluzinantin.

In neun Fällen (6 ♂, 3 ♀) finden sich keine Auffälligkeiten mehr, die als eindeutig schizophren gelten könnten. Üblicherweise tritt zuerst der Wahn zurück, schließlich verblassen auch die Halluzinationen. Nur dort, wo sich ein leichtes mimisches Grimassieren behauptet hat oder bei affektiver Anregung eine Zerfahrenheit des Denkens hervortritt, wird man an die schizophrene Vorgeschichte der sonst uncharakteristischen Wesensveränderung erinnert.

Mit der Erwähnung von zwei Verläufen (1 ♂, 1 ♀), die zunehmend kataton-dranghaft werden, kann die Besprechung der 61 wahnhaft-halluzinatorisch beginnenden Psychosen abgeschlossen werden.

Bei der näheren Beschäftigung mit den 15 ausschließlich *wahnhaft* beginnenden Psychosen (7 ♂, 8 ♀), auf die nunmehr eingegangen werden soll, zeigt sich, daß es überflüssig gewesen war, sie als eigene Gruppe zusammenzufassen. Die akuten Wahnpsychosen münden nach dem zweiten oder dritten Rezidiv in die gewohnten wahnhaft-halluzinatorischen Verläufe ein. Bei den schleichend wahnhaften Formen können zwar mehr als 10 Jahre vergehen, bis Sinnestäuschungen auftauchen; hier wie dort wird aber in den mittleren Verlaufsstadien das gewohnte wahnhaft-halluzinatorische Syndrom erreicht, an das sich die schon besprochenen

Ausgänge anschließen. Nur bei einem Patienten, der schon jahrelang durch sein paranoisches Mißtrauen aufgefallen war, ehe er den Schwager, von dem er sich bedroht fühlte, erschlug, haben sich während des Anstaltsaufenthaltes keine Sinnestäuschungen nachweisen, sondern nur vorübergehend vermuten lassen. Er ist der einzige unter 15, der nach der Korrektur seines Beeinträchtigungswahnes jetzt, 25 Jahre später, frei von schizophrener Symptomatik ist. Ein weiterer Totschläger — WILMANNs hat ihn 1912 unter der Diagnose „alkoholischer Eifersuchtswahn“ exkulpiert — hat eine ganz andere Entwicklung genommen. Psychopathologisch hat es sich in diesem Falle um einen Eifersuchtswahn vom Typ der Paranoia gehandelt, der bereits einige Jahre vor der Tötung der Ehefrau, einer Mutter von fünf Kindern, eingesetzt hatte. Erst 10 Jahre später beginnt der Kranke in der Anstalt eindeutig zu halluzinieren, gleichzeitig entwickelt sich ein Bedeutungs- und Beziehungswahn. Ein Jahrzehnt danach gilt er als Dauerhalluzinant. Wieder ein Jahrzehnt später hat er sich beruhigt und jetzt erscheint der Achtzigjährige, auch wenn er immer wieder einmal Stimmen hört und den früheren Eifersuchtswahn nicht korrigiert hat, ausgeglichen und geradezu humorvoll.

Noch kürzer als die wahnhaft beginnenden können zwei (1 ♂, 1 ♀) von Anfang an *halluzinatorische* Psychosen abgehandelt werden. Anders als sonst bei halluzinatorisch beginnenden Psychosen scheinen hier besondere Umstände die ergänzende Wahnbildung in späteren Jahren verhindert zu haben. In einem Fall sind die Stimmen schon zur Zeit der Pubertät aufgetreten und haben den Kranken viele Jahre begleitet, ehe er wegen halluzinatorisch provozierter Delikte asylisiert werden mußte. Im anderen Fall hatte das Halluzinieren gleichzeitig mit einer Denkstörung und einem schwerwiegenden und irreparablen Aktivitätsmangel begonnen, so daß man der betroffenen Patientin rückblickend tatsächlich kaum die Fähigkeit zur Wahnbildung zutrauen möchte. Das halluzinatorische Spätstadium anderer Verläufe ist hier gewissermaßen schon im Beginn erreicht worden.

Die bisher besprochenen Beobachtungen machen bereits mehr als drei Viertel aller Verläufe aus. Es hat sich um *paranoide* Psychosen gehandelt im Sinne der üblichen Terminologie, die offenbar ganz zu Recht auf eine feinere Differenzierung verzichtet. Die eigenen Unterscheidungen haben sich bei der Verlaufsbetrachtung nicht bewährt, münden doch die bisher besprochenen Verläufe mit ganz wenigen Ausnahmen in eine von Wahn und Sinnestäuschungen bestimmte Symptomatik ein, deren Ausgänge im allgemeinen unabhängig sind von der Erscheinungsform der initialen Stadien. Eine differenzierte Typologie würde eine Statik voraussetzen, die nach unseren Erfahrungen in lebenslangen schizophrenen Verläufen *nicht* die Regel ist. Will man wirklich mehr anstreben als eine Deskription von Querschnittsbildern, dann müßte man sich wenigstens

auf wohlcharakterisierte und dauerhafte *Endzustände* berufen können, wenn schon auf die Verläufe kein Verlaß ist. Von Endzuständen ist in den alten Krankenblättern oft die Rede. Was so genannt wurde, ist jedoch selten ein Endzustand geblieben nach dem Beispiel eines jetzt Neunzigjährigen, der 1894 erkrankte und 1899 von KRAEPELIN in seinen Heidelberger Vorlesungen vorgestellt worden ist, wonach im Krankenblatt das Resumé erscheint: „Schwachsinn, durch Jahre entwickelt. Antriebslos, affektlos, unstet. Dann erst kam der Wahn. Periodisch Reizbar. Endzustand.“ Im Jahre 1907 werden zum letzten Mal Wahnhalte und akustische Sinnestäuschungen erwähnt. Seither ist der Patient unauffällig, auch wenn er nicht mehr den Mut gefunden hat, in das freie Leben zurückzukehren. Gerade jene Endzustände, auf deren Beständigkeit man sich noch am ehesten verlassen kann, blande emotionale und intentionale Einbußen, symptomarme Bilder mit einem Rest paranoiden Mißtrauens oder gleichgültig gewordenen Stimmen in größeren Zeitabständen, sind typologisch unergiebig. Die vielgestaltigen produktiven Syndrome können noch nach vielen Jahren Wandlungen durchmachen, etwa der Art, daß phantastische Wahnbildungen sich bei einer Verstärkung des Halluzinierens in wirre Fragmente auflösen, oder daß eine Sprachverwirrtheit, die jede Kommunikation ausschließt, nach Jahren doch wieder abklingt. Wollte man die Beständigkeit der symptomreichen Spätformen unterstellen — sie sind besonders zahlreich unter den nach mehr als zwei Jahrzehnten noch immer wahnhaft-halluzinatorischen Psychosen —, dann ergäbe sich noch eine andere Schwierigkeit: Die „produktiven“ Bilder des späten Stadiums sind so individuell geprägt, daß man sie nur äußerlich nach bestimmten Leitsymptomen, etwa der phantastischen, der konfabulatorischen oder expansiven Wahnbildung, dem besonderen Charakter der Sinnestäuschungen, der Eigenart der Denkstörung, nicht aber nach durchgehenden Besonderheiten ihres inneren Aufbaus gruppieren könnte. Für die überwiegende Mehrheit der symptomarmen Beobachtungen hätte ohnedies eine so gewonnene Gruppierung keine Bedeutung.

Von vorneherein könnte man einen beständigeren Verlauf bei den mit einer *Wesensveränderung* schleichend beginnenden Psychosen erwarten, auf die nunmehr eingegangen werden soll. Bei den sechs ausschließlich männlichen Kranken eigener Beobachtung, jungen Menschen, die zunächst lediglich durch unbegreiflich freches Benehmen, Mißtrauen, Geiztheit, Indolenz, Trägheit auffällig geworden waren, gelangt nur in einem Fall die mutmaßliche Psychose nach mancherlei Auffälligkeiten des Verhaltens nicht über eine blande Wesensveränderung hinaus. Bei den anderen Kranken behauptet sich zunächst die initiale einfache Form während eines längeren Zeitraumes, der in einem Fall bis zu 7 Jahren dauert, um sich dann doch noch in eine vollentwickelte wahnhaft-halluzinatorische Schizophrenie mit symptomreichen Spätformen zu ver-

wandeln. Auch hier sucht man somit im Anstaltskrankengut vergeblich nach einem eigenständigen Typus. Im übrigen wird man die im freien Leben nicht seltenen Verläufe, die so symptomarm bleiben, daß man ohne die zufällige Kenntnis von vorübergehend aufgetretenen Beeinflussungserlebnissen oder Sinnestäuschungen an einer Schizophrenie zweifeln würde, unter den Kranken einer Anstalt gar nicht erwarten können, so wenig wie man sich über das Fehlen des von HUBER beschriebenen coenästhetischen Typus wundern darf. „Coenästhetische“, „hypochondrische“, „neurasthenische“ Teilstrecken finden sich auch in den hier verwerteten Krankheitsverläufen. Chronische Bilder dieser Art in reiner Form bedürfen im allgemeinen keiner dauernden Unterbringung, so daß sie bei der hier getroffenen Auswahl verlorengehen.

Es bleiben noch 16 *kataton-dranghafte* Psychosen (7 ♂, 9 ♀) zu besprechen, Verläufe, von denen der eine oder andere im Beginn auch als Manie, als „Hebephrenie“ (mit der Note des Umtriebigen und Faxenhaften), oder in späteren Stadien mit WERNICKE und seinen Nachfolgern als Motilitätspsychose angesprochen werden könnte. Die Mehrzahl auch dieser katatonen Psychosen zeigt früher oder später wahnhaft-halluzinatorische Symptomatik und nach Jahrzehnten Spätformen, die sich nicht von den bisher berücksichtigten unterscheiden. Immerhin finden sich unter den kataton beginnenden Verläufen noch die meisten Abweichungen von der wahnhaft-halluzinatorischen Grundform, so daß man hier am ehesten Anlaß hätte, an einem selbständigen Typus festzuhalten. Im ganzen gesehen spielt der Wahn bei den ursprünglich katatonen Kranken eine bescheidene Rolle. Er tritt hinter den Sinnestäuschungen zurück, und es gibt Patienten, bei denen in Jahrzehnten ausschließlich Sinnestäuschungen beim jeweiligen Wiederaufleben der Psychose zu beobachten waren. In fünf Fällen, also bei einem Drittel, hat sich der kataton-dranghafte Typus bis zum Spätstadium behauptet. Interkurrent kommt es bei diesen im Intervall geordneten Kranken immer wieder zu Erregungszuständen, in denen massiv halluziniert wird; seltener sind stuporöse Episoden. Je schärfer sich die katatonen Episoden von der durchschnittlichen Befindlichkeit abheben, um so ferner stehen die Verläufe dem wahnhaft-halluzinatorischen Typ und um so besser ist im allgemeinen die Prognose in den Grenzen der auch hier nachweisbaren Wesensveränderung. Es gibt rezidivierende psychotische Einbrüche, die so elementar sind, daß der Patient sich nach ihrem Abklingen an nichts mehr erinnern kann und so auch nichts mehr von den Stimmen weiß, mit denen er sich nachweislich während jeder neuen katatonen Episode wieder auseinander gesetzt hat.

Das Resultat unserer Untersuchungen, so muß *zusammenfassend* festgestellt werden, ist negativ und zunächst entmutigend. *Die Berücksichtigung lebenslanger Krankheitsverläufe* schizophrener Anstaltskranker,

auf die zurückgegriffen werden muß, wenn man eine von diagnostischen Meinungsverschiedenheiten unabhängige Grundlage haben will, *entwertet alle typologischen Unterscheidungen*. Sieht man ab von etlichen kataton beginnenden Psychosen, die ihren katatonen Stil jahrzehntelang bewahren, so steht die wahnhaft-halluzinatorische Form, die schon immer als der schizophrene Prototyp gegolten hat, so sehr im Mittelpunkt, daß Verläufe, die nicht durch sie hindurchführen, praktisch vernachlässigt werden können. Es wäre zwar möglich, im Spätstadium wahnhaft-halluzinatorischer Psychosen einige relativ beständige und prägnante Syndrome aufzufinden; die Mehrzahl der uncharakteristischen und womöglich immer noch wandlungsfähigen Spätformen würde sich jedoch einer so vorgezeichneten Gliederung entziehen.

Man braucht bei diesen negativen Feststellungen nicht zu resignieren. Wenn die statisch gesehenen schizophrenen Typen eine an die Perspektiven der Querschnittsbetrachtung gebundene Illusion sind und wenn die Verlaufsuntersuchungen immer wieder auf die wahnhaft-halluzinatorische Grundform hinführen, dann liegt es nahe, an erster Stelle nach diesem zentralen Typus zu fragen und die Vielzahl schizophrener Bilder als Ausschnitte aus einer in sich variablen und in der Zeit wandelbaren jedoch einheitlichen Verlaufsgestalt zu begreifen. Psychotische Einbrüche von unterschiedlicher Beschleunigung, Intensität und Dauer sowie bleibende Veränderungen in der Sphäre des Emotionalen und Intentionalen scheinen den Verlauf auf der einen Seite zu bestimmen. Auf der anderen Seite steht die Auseinandersetzung mit solchen Einbrüchen, Entgleisungen, Einbußen und die so angeregte, Mitwelt und Umwelt verformende Umorientierung des Kranken. Die kataton-dranghaften Episoden, die blande Wesensveränderung und der chronische Wahn vom Typ der Paranoia sind Extremvarianten in verschiedenen Richtungen, zwischen denen zahllose Möglichkeiten liegen.

Die eigenen, erst noch näher auszuwertenden Erfahrungen sprechen dafür, daß gerade im Anstaltskrankengut psychotische Einbrüche, wie sie in den kataton-dranghaften Psychosen am unmittelbarsten zum Ausdruck kommen, über Jahre und selbst Jahrzehnte hin den Verlauf entscheidend bestimmen. Offen bleibt die Frage nach den Kriterien solcher Einbrüche und damit nach den Grenzen dessen, was die klassische Psychiatrie Prozeßgeschehen nannte. Als weitere Komponente im Aufbau vollentwickelter chronischer Schizophrenien ist die Schädigung seelischer Dynamik zu berücksichtigen. Sie ist die Grundlage der einfach-hebephrenen Bilder und tritt auch sonst in der dynamischen Entleerung symptomarmer Stadien deutlich hervor. Die Selbstverständlichkeit, mit der von einem „Defekt“ als der *Folge* eines „Prozesses“ gesprochen wird, ist möglicherweise nicht immer begründet. Hier geht es um die Frage nach dem Wesen des sogenannten Defektes und seinem Verhältnis zu den

psychotischen Einbrüchen, wäre es doch im Einzelfall auch denkbar, daß Veränderungen im emotionalen und intentionalen Bereich der Psychose vorauslaufen, sie vorbereiten und ermöglichen. Je individueller und vielgestaltiger ein Verlauf ist, um so größere Bedeutung gewinnt schließlich die Umstrukturierung des mit dem Lebensraum verschränkten seelischen Gefüges, die vor allem im Wahn faßbar wird.

Mit diesen knappen Hinweisen, die bereits über das Thema hinausgreifen, ist lediglich ein bestimmter Fragenkreis unter anderen Aufgaben künftiger Verlaufsuntersuchungen angedeutet. Hier ging es zunächst nur um die Feststellung, daß die Analyse der Verlaufsgestalt schizophrener Psychosen unabhängig bleiben muß von den gewohnten, offenbar doch fragwürdigen typologischen Unterscheidungen.

Zusammenfassung

Seit den Tagen KRAEPELINS hat die typologische Betrachtungsweise im Umkreis der Schizophrenien erheblich an Boden verloren. Der Beweis, daß eine Typologie schizophrener Psychosen überholt ist, steht indessen noch aus. Eigene Untersuchungen an 100 schizophrenen Anstaltsinsassen mit annähernd lebenslangen Krankheitsverläufen gelten der Frage, ob im Ablauf der Zeit Konstanz oder Wandel der Typen überwiegen. Von einigen Verläufen abgesehen, die Jahrzehnte hindurch die kataton-dranghafte Form bewahren, steht bei den hier in erster Linie erfaßten deletären und chronischen Psychosen der *wahnhaft-halluzinatorische Typus* so sehr im Mittelpunkt, daß Verläufe, die nicht durch ihn hindurchführen, praktisch vernachlässigt werden können. Im übrigen dominiert nicht die Konstanz sondern die *Wandelbarkeit der Typen*. Bei der Gestaltung schizophrener Symptomatik wirken zusammen rezidivierende psychotische Einbrüche, bleibende Veränderungen in der Sphäre des Emotionalen und Intentionalen und eine grundsätzliche Umorientierung des Kranken. Diesen drei Komponenten entsprechen die kataton-dranghaften Episoden, die blande Wesensveränderung und der paranoische Wahn als Extremvarianten in verschiedenen Richtungen, zwischen denen zahllose Übergänge liegen.

Literatur

- ARNOLD, O. H.: Schizophrener Prozeß und schizophrene Symptomgesetze. Wien u. Bonn: W. Maudrich 1955.
- BERZE, J.: Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Leipzig u. Wien: Fr. Deuticke 1914.
- BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handb. d. Psychiatrie. Spez. Teil. 4. Abt., 1. Hälfte. Leipzig u. Wien: Fr. Deuticke 1911.
- BLEULER, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Leipzig: Thieme 1941.
- CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme 1958.

- CORNU, F.: Katamnestische Erhebungen über den Verlauf einfacher Schizophrenien. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **135**, 129 (1958).
- DIEM, O.: Die einfach demente Form der Dementia praecox. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **37**, 111 (1903).
- EY, H.: Einheit und Mannigfaltigkeit der Schizophrenie. *Nervenarzt* **29**, 433 (1958).
- FLECK, U.: Über Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **85**, 705 (1928).
- HÄFNER, H., u. ST. WIESER: Faktorenanalytische Studien zur Formalgenese bestimmter Formen von Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **190**, 394 (1953).
- HUBER, G.: Pneumocephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957.
- JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1959.
- KAHLBAUM, S.: Über Heboidphrenie. *Allg. Z. Psychiat.* **46**, 461 (1889).
- KLEIST, K.: Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt: Waldemar Kramer 1947.
- KOLLE, K.: Die primäre Verrücktheit. Leipzig: Thieme 1931.
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie. 6.—8. Aufl. Leipzig: J. Ambrosius Barth 1899—1915.
- LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie-Verlag 1957.
- LEONHARD, K.: Die atypischen Psychosen und KLEISTS Lehre von den endogenen Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. II, Klinische Psychiatrie, S. 147. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- MAYER, W.: Über paraphrene Psychosen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **71**, 187 (1921).
- MAYER-GROSS, W.: Über das Problem der typischen Verläufe. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **78**, 429 (1922).
- MAYER-GROSS, W.: Die Klinik. In: *Die Schizophrenie*. Handb. d. Geisteskrankh. IX. Berlin: Springer 1932.
- MÜLLER, CHR.: Über das Senium der Schizophrenen. Basel: Karger 1959.
- RÜMKE, H. C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* **29**, 49 (1958).
- SCHNEIDER, C.: Die schizophrenen Symptomverbände. Berlin: Springer 1942.
- SCHNEIDER, K.: KRAEPELIN und die gegenwärtige Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **24**, 1 (1956).
- SCHNEIDER, K.: *Klinische Psychopathologie*, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme 1959.
- WERNICKE, C.: *Grundriß der Psychiatrie*, 2. Aufl. Leipzig: Thieme 1906.
- WYRSCH J.: Die Person des Schizophrenen. Bern: Paul Haupt 1949.

Doz. Dr. WERNER JANZARIK,
Nervenklinik der Universität Mainz, Langenbeckstr. 1