

Klinisch-statistische und katamnestische Untersuchungen an chronisch Schizophrenen 1951—1960 und 1961—1970

A. Marinow

Psychiatrisches Krankenhaus, Bela (Russensko), Bulgarien,
(Chefarzt: Dr. med. habil. Alexander Marinow)

Eingegangen am 10. Mai 1973

Clinical-Statistical Investigations and Follow-up Study in Chronic Schizophrenics, 1951—1960 and 1961—1970

Summary. The author compares two groups of chronic schizophrenics discharged during 1951—1960 and 1961—1970 on the basis of clinical statistical investigations and a long-term follow-up study.

The number of chronic schizophrenics discharged is lower for the period 1951—1960, after a longer stay in hospital, with longer remissions usually resulting from treatment with electroshock and insulin.

The percentage of the discharged chronic schizophrenics for the period 1961—1970 is almost twice as high, after a shorter hospitalization, with shorter remissions habitually resulting from treatment with neuroleptics.

Key words: Chronic Schizophrenia — Length of Stay in Hospital — Duration of Remission.

Zusammenfassung. Auf Grund klinisch-statistischer und langfristiger katamnestischer Untersuchungen vergleicht der Autor zwei Gruppen chronisch Schizophrener, die in den Perioden 1951—1960 und 1961—1970 entlassen worden sind.

In den Jahren 1951—1960 wurden prozentual weniger Patienten entlassen, mit längeren Aufenthalten im Hospital und nach längeren Remissionen (wie sie nach Schock- und Insulinbehandlung üblich sind).

In den Jahren 1961—1970 war der Prozentsatz der entlassenen chronisch Schizophrenen fast doppelt so groß, bei kürzerer Hospitalisationsdauer und kürzeren Remissionen nach der letzten Entlassung (wie sie nach neuroleptischer Behandlung üblich sind).

Schlüsselwörter: Chronische Schizophrenie — Dauer des Krankenhausaufenthaltes — Remissionsdauer.

Das Schicksal des chronisch Schizophrenen stellt ein wesentliches Problem der klinischen Psychiatrie dar, mit dem sich viele Autoren beschäftigt haben (Mayer-Gross, 1921; Edelstein, 1938; E. Bleuler, 1941; Wyrsch, 1949; Favorina, 1959, 1963; Marinow, 1959, 1971; u. a.). Im Gegensatz zu anderen Autoren betont M. Bleuler (1972), daß die Diagnose der Schizophrenie nicht vom Verlauf abhängig gemacht werden darf.

Es ist bekannt, daß eine Behandlung zur Umgestaltung schizophrener Psychosen führen kann, sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt (Weitbrecht, 1949; Leonhard, 1957; Marinow, 1959; Huber, 1961). Unter Pharmakotherapie werden Verlauf- und Symptommodifikationen beschrieben, welche für Krankenhausaufenthaltsdauer und -Aufnahmehäufigkeit besonders bei chronisch Schizophrenen eine gewisse Bedeutung haben (Hackstein, 1960; Glatzel, 1967; Angst, 1969; Haase, 1969; Marinow, 1971; Bleuler, 1972).

Vergleichende Untersuchungen zwischen Schockbehandlung und neuroleptischer Therapie sind von vielen Autoren durchgeführt worden (Arnold u. Hoff, 1961; Lauber, 1964; Meyer, Simon u. Stille, 1964; Glatzel, 1967; Lyketsos u. Zachariades, 1967; Meyer, 1967; Haase, 1969; Hartmann, 1969; Seelheim, 1969; Niskanen u. Achte, 1971; Marinow, 1971; M. Bleuler, 1972).

Ein Großteil der Schizophrenien nimmt auch heute einen chronischen Verlauf, so daß die chronische Schizophrenie immer noch ein aktuelles Problem darstellt (Heim u. Schmid, 1972; M. Bleuler, 1972). Als Kriterium für die Bestimmung von Chronizität und „Endzustand“ wird neben einer vieljährigen Vorgeschichte (Hackstein, 1960; M. Bleuler, 1972) auch eine mindestens 5jährige, ununterbrochene Hospitalisierungsdauer gefordert (Brown, 1960; Hackstein, 1960), wobei die phänomenalen Merkmale nicht immer beurteilt werden (Glatzel, 1970).

Die Bedeutung sozialer Faktoren für Aufnahme und Entlassung lassen eine auf die Hospitalisierungsdauer beschränkte Definition der chronischen Schizophrenie immer fragwürdiger erscheinen. Nach verschiedenen demographischen und sozialen Kriterien bewertet, ist der chronisch-schizophrene Spital-Patient durchschnittlich älter als der in der Gemeinde lebende Schizophrene (Brown, 1959, 1960; Hartmann, 1969). Beide sind zur Beurteilung therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen notwendig.

Unsere Untersuchungen wurden an 647 chronisch Schizophrenen durchgeführt, die von 1951 bis 1970 aus dem Psychiatrischen Krankenhaus in Bela entlassen wurden. Diesen Beobachtungszeitraum von ins-

Tabelle 1

Krankengut	Für die Periode 1951—60					
	1951—55		1956—60		Insg.	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Entlassene	97	(15)	132	(20)	229	(35)
Wiederaufnahmen	90	(18)	114	(24)	204	(42)
Ohne						
Wiederaufnahme	7	(5)	18	(11)	25	(16)

gesamt 20 Jahren unterteilen wir in zwei Perioden: 1951—1960 (A-Periode), in der ausschließlich Schockmethoden angewandt wurden, und 1961—1970 (B-Periode), in der die Pharmakotherapie zunehmende Verwendung fand. Die einzelnen 5-jährigen Zeitspannen werden vergleichend zusammengestellt: 1951—1955 (A, a-Periode), 1956—1960 (A, b-Periode).

Auf Grund eigener Beobachtungen und der Krankengeschichtendokumentation haben wir die Hospitalisierungsdauer und die Zwischenzeiten vor den Wiederaufnahmen nach der letzten Entlassung studiert. Dabei haben wir Hospitalisierungsdauer und Rehospitalisierungshäufigkeit in Abhängigkeit von der durchgeführten Behandlung und einigen sozialen Faktoren untersucht. Die Gruppe ohne Wiederaufnahme nach der letzten Entlassung besteht aus Kranken, die als praktisch geheilt beurteilt wurden, d. h. klinisch kompensiert und sozial gut adaptiert sind. Dazu gehören weder die Sterbefälle noch diejenigen Patienten, die bei der katamnestischen Untersuchung eine andere Diagnose erhielten.

Für die B,b-Periode ergibt sich (Tab. 1) im Vergleich zu den drei vorhergehenden 5-Jahres-Perioden, eine Abnahme der Entlassungen und der Wiederaufnahmen. Entsprechend hat im gleichen Zeitraum die Zahl der Patienten ohne Wiederaufnahme von 7 auf 14% und weiter von 24 auf 48% zugenommen.

In den Tab. 2—5 werden Erkrankungsalter, Alter bei der letzten Erkrankung, Erkrankungsdauer und Zahl der Aufnahmen bis zur letzten Erkrankung dargestellt.

Bezüglich der Aufenthaltsdauer zeigen unsere Beobachtungen eine längere Hospitalisation von 6 Monaten für die A-Periode (31,4%) und eine kürzere Hospitalisation von 2 Monaten für die B-Periode (26,1%) (Tab. 6). Von einer durchschnittlichen Verkürzung der Behandlungszeiten bei Schizophrenie berichten schon W. Auch (1963) und J.-E. Meyer u. W. Hartmann (1967).

Bemerkenswert ist die Zahl der Entlassungen nach einer Hospitalisierungsdauer von 10 und mehr Jahren. Für die B-Periode ist diese Zahl höher (1,9%) als für die A-Periode (0,5%). Dabei wird der Pharmako-

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Für die Periode 1961—70				Total	
1961—65		1966—70		Insgr.	
N	(%)	N	(%)	N	(%)
276	(43)	142	(22)	418	(65)
209	(43)	74	(15)	283	(58)
67	(42)	68	(42)	135	(84)
				160	(100)

Tabelle 2. Dauer der Schizophrenie bei der Entlassung

Jahre	bis 5	bis 10	bis 15	bis 20	bis 30	über 30
%	27,5	26,8	30,0	8,2	6,3	1,2

Tabelle 3. Alter der Patienten bei der Erkrankung

Jahre	bis 20	bis 30	bis 40	bis 50
%	16,8	46,8	26,8	9,6

Tabelle 4. Alter der Patienten bei der Entlassung

Jahre	bis 30	bis 40	bis 50	bis 60	über 60
%	19,4	44,4	25,0	10,0	1,2

Tabelle 5. Zahl der (Wieder)aufnahmen bis die letzte Entlassung

Zahl	bis 1	bis 2	bis 3	bis 4	bis 5	bis 10	über 10
%	8,7	16,9	19,5	15,9	8,9	28,3	1,8

therapie, den besseren Rehabilitationsmaßnahmen im Krankenhaus und der Nachbetreuung der entlassenen Kranken seitens des Dispensärs mit weiteren Resozialisierungsmöglichkeiten wichtige Bedeutung zugeschrieben. Unsere klinischen Beobachtungen bestätigen eine Erhöhung der Zahl der dauerhospitalisierten Schizophrenen im Alter von 60—70 und über 70 Jahren von 48% in den Jahren 1958—1962 auf 50% in den Jahren 1963/67¹. Für dieselben Perioden haben wir auch eine Zunahme der an Arbeitstherapie teilnehmenden Patienten im Krankenhaus von 51,4% auf 69,7% beobachtet. M. de Meuron u. M. Christin (1967) beurteilen die dauerhospitalisierten chronisch Schizophrenen als zum sogenannten „Krankenhaus-Sediment“ gehörende Patientengruppe und analysieren ihre Alterstruktur. Dabei finden sie, daß dieses Krankengut im Jahre 1937 bis 35,57% beträgt und 11,11% davon über 65 Jahre alt sind. Im Jahre 1964 erreicht die Zahl der zum „Sediment“ gehörenden chronisch Schizophrenen 24,50%, von denen 28,86% über 65 Jahre alt sind. Diese klinische Beobachtung stellt wichtige Fragen für die Arbeitstherapie, die Rehabilitation und die Eröffnung von geriatrischen Abteilungen in den größeren psychiatrischen Krankenhäusern.

Die Zeitspanne bis zur Wiederaufnahme beträgt für die A-Periode 3 Monate bis 10 Jahre mit einem Maximum bei 5 Jahren (22,1%) und für die B-Periode 3 Monate bis 5 Jahre mit einem Maximum bei 1 Jahr (30,7%). Das heißt, daß in der B-Periode eine größere Zahl der ent-

1 Marinow, A.: „Der alternde chronisch Schizophrene im Hinblick auf seine mediko-soziale Betreuung“, Vortrag am V. Donausymposium für Psychiatrie, September 1972, Russe/Bulgarien.

Tabelle 6. Aufenthaltsdauer für die Periode 1951–60 und 1961–70

Monate und Jahre	1951–1960		1961–1970		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1 Monat	25	(10,9)	78	(18,7)	103	(15,9)
2 Monate	47	(20,5)	109	(26,1)	156	(24,2)
3 Monate	46	(20,1)	77	(18,4)	123	(19,1)
6 Monate	72	(31,4)	91	(21,8)	163	(25,2)
1 Jahr	25	(10,9)	38	(9,1)	63	(9,7)
3 Jahre	11	(4,8)	13	(3,1)	24	(3,7)
5 Jahre	2	(0,9)	4	(0,9)	6	(0,9)
10 Jahre und darüber	1	(0,5)	8	(1,9)		(1,3)
Total	229	(35,0)	418	(65,0)	647	(100)

Tabelle 7. Wiederaufnahme nach der letzten Entlassung

Monate und Jahre	1951–1960		1961–1970		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
3 Monate	29	(14,2)	35	(12,3)	64	(13,1)
6 Monate	32	(15,7)	46	(16,3)	78	(16,1)
1 Jahr	44	(21,6)	87	(30,7)	131	(26,9)
2 Jahre	29	(14,2)	76	(26,9)	105	(21,5)
5 Jahre	45	(22,1)	39	(13,8)	84	(17,3)
10 Jahre	17	(8,3)	—	—	17	(3,5)
über 10 Jahre	8	(3,9)	—	—	8	(1,6)
Total	204	(42,0)	283	(58,0)	487	(100)

lassenen Patienten schon nach 1 Jahr wieder aufnahmefürftig war (Tab. 7).

Lauber (1961) findet eine Zunahme der Wiederaufnahmehäufigkeit der Schizophrenen für die Aufnahmejahrgänge 1951/52 und 1961/62 in der psychopharmakologischen Aera von 11,34% auf 29,29%. Meyer, Simon u. Stille (1964) bestätigen die Spätrehospitalisierungen bei mit Elektroschock, Cardiazolschock und Insulin behandelten Patienten und die rascheren Wiederaufnahmen vorwiegend nach 1 Jahr bei neuroleptisch behandelten Kranken. Nach Winkler (1966) ist die Zahl der Wiederaufnahmen angestiegen, weil die nachgehende Fürsorge nicht genug entwickelt ist. Viele Wiedereinweisungen Schizophrener sind nicht deswegen nötig, weil ein neuer Krankheitsschub aufgetreten ist oder weil die Medikamente nicht regelmäßig weiter eingenommen werden, sondern weil die Entlassung nicht sorgfältig vorbereitet war und der Patient in ein unbereinigtes, konfliktbeladenes Familienmilieu zurückgeschickt wurde.

Es stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der durchgeführten Behandlung und den Dauerresultaten. Aus der Darstellung

Tabelle 8. Durchgeführte Behandlung für die Perioden 1951—60 und 1961—70

Art der Behandlung	1951—1960		1961—1970		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ES und CS*	66	(28,8)	8	(1,9)	74	(11,4)
Insulin	51	(22,2)	14	(3,4)	65	(10,1)
ES, CS und Insulin						
Insulin	25	(10,8)	3	(0,8)	28	(4,2)
Neuroleptica	21	(8,1)	326	(77,9)	347	(54,1)
ES, CS und Ins. und Neurolept.	12	(5,2)	57	(13,7)	69	(11,1)
Andere	11	(4,8)	1	(0,2)	12	(2,1)
Arbeitstherapie	7	(3,1)	2	(0,4)	9	(1,7)
Unbehandelt	36	(15,7)	7	(1,7)	43	(5,3)
Total	229	(35,0)	418	(65,0)	647	(100)

* ES = Elektroschocktherapie; CS = Cardiazolschocktherapie

der Behandlungs- und Krankheitsprognose von Max Müller (1960) ergibt sich, daß Elektroschock, Cardiazoschock und Insulin einen wesentlich geringeren Einfluß auf den Langstreckenverlauf der Schizophrenie haben als die Pharmakotherapie.

Tab. 8 zeigt, daß in der A-Periode die Schockbehandlungen mit ES und CS (28,8%) und die Insulinkuren (22,2%) überwiegen oder die Kombination dieser beiden Heilmethoden (10,8%) zusammen mit Arbeitstherapie. Viele von den Kranken dieser Periode haben nur an Arbeitstherapie teilgenommen (3,1%) oder sind ohne aktive Behandlung bei der letzten Hospitalisation entlassen worden (15,7%). In der B-Periode aber herrscht die Pharmakotherapie (77,9%) als Dauertherapie vor und wird oft in Kombination mit den Schockbehandlungen verwendet (13,7%). Gering ist die Zahl der Patienten, die nur an Arbeitstherapie teilnahmen (0,4%) und ebenso die Zahl der ohne Behandlung entlassenen Patienten (1,7%). Während der A- und B-Periode ergibt sich eine kürzere Aufenthaltsdauer von 1 Monat (24,4%) und 2 Monaten (41,8%) für die mit Schock behandelten Patienten. Nach Insulinkur wurden 33,8% nach 3 Monaten und 36,9% nach 6 Monaten entlassen. Die entsprechenden Zahlen für eine Kombination von Schock- und Insulinbehandlung betrugen 21,4%—60,7%. J. Angst (1969) berichtet, daß die Elektroschocktherapie gegenüber der Behandlung mit Psychofarmaka den Vorteil hat, die Hospitalisationsdauer zu verkürzen und häufig eine Wiederaufnahme zu vermeiden.

In der Gruppe der mit Neuroleptica behandelten Kranken fanden wir eine Aufenthaltsdauer von 2 Monaten in 27,3% und von 6 Monaten in 21,5% der Fälle (Tab. 9). Von einer Verkürzung der Hospitalisation unter Pharmakotherapie berichten auch Lyketsos u. Zachariades (1967).

Eine längere Remissionsdauer bis zu 5 Jahren haben wir bei der Insulintherapie (33,3%) und ihrer Kombination mit ES- und CS-Behandlungen (22,3%) festgestellt (Tab. 10). Eine bis zu einjährige Remissionsdauer fand sich bei 32,9% der nach neuroleptischer Behandlung entlassenen Patienten, bei 25,7% nach Schocktherapie und bei 23,9% nach Insulinkur. Die Rehospitalisierungszeiten von 2—5 Jahren überwiegen bei der Pharmakotherapie (22,5% und 12,8%) im Vergleich zur Schocktherapie (17,5% und 9,5%). Während nach Insulinbehandlung bei 33,3% der Entlassenen eine 5jährige Remission festgestellt wurde, zeigten nur 21,1% der nach kombinierter Insulin und Pharmakotherapie Entlassenen eine ebenso lange Remission.

H.-J. Haase (1969) schreibt, daß ein Schizophrener, der in den Jahren unmittelbar vor 1960/61 erstmals stationär behandlungsbedürftig wurde, nach erfolgreicher neuroleptischer Behandlung nach seiner Entlassung früher zur Wiederaufnahme bereit sein wird, als ein Schizophrener, für den 10 Jahre vorher diese Bedingungen nicht zutrafen. Lyketsos u. Zachariades (1967) beschreiben längere Zwischenzeiten vor den Rehospitalisierungen bei den mit Neuroleptica behandelten Kranken. Nach J. Angst (1969) ist die Rückfallquote Elektroschockbehandelter gegenüber Chlorpromazin-, Reserpin- und Insulinbehandlungen nicht geringer.

Schlußfolgerungen

Die Zahl der entlassenen chronisch Schizophrenen zeigt eine Zunahme für den Beobachtungszeitraum 1951—1970 von 35% in der A-Periode auf 65% in der B-Periode. Dabei wird diese Zunahme nur für drei der 5jährigen Beobachtungsperioden festgestellt (A,a-Periode 15%, A,b-Periode 20% und B,a-Periode 43%), während sie für die letzte B,b-Periode auf 22% abnimmt.

Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus ist mit bis zu 6 Monaten (31,4%) länger für die A-Periode als für die B-Periode nur bis zu 2 Monaten (26,1%).

Die Remissionsdauer und die Zwischenzeiten vor der Rehospitalisierung nach der letzten Entlassung sind für die A-Periode länger als für die B-Periode.

Einen kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus bis zu 1 Monat (34,4%) und 2 Monaten (41,8%) haben wir bei Schockbehandelten festgestellt. Bei der Insulinkur ist die Verweildauer im Spital länger und schwankt zwischen 3 Monaten (33,8%) und 6 Monaten (36,9%). Der Prozentsatz der von 3—6 Monaten hospitalisierten chronisch Schizophrenen wird größer bei der Kombination von Elektroschock (ES), Cardiazolschock (CS) und Insulin und erreicht 21,4% bis 60,7% der Entlassenen. Bei der Gruppe mit Pharmakotherapie finden wir eine Aufenthaltsdauer von 2 Monaten in 27,3% und von 6 Monaten in 21,5% der Entlassenen.

Tabelle 9. Durchgeführte Behandlung und Aufenthaltsdauer allgemein für die Perioden 1951–60 und 1961–70

Dauer bis	ES-CS		Insulin		ES-CS und Ims. N (%)		Neurole- ptica N (%)		ES und Ins. und Neurolo- p. N (%)		Andere N (%)		Arbeits- ther. N (%)		Unbehandelt N (%)		Total N (%)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1 Monat	18	(24,4)	1	(1,6)	—	—	69	(19,5)	3	(4,3)	2	(16,7)	—	—	10	(23,3)	103	(15,9)
2 Monate	31	(41,8)	10	(15,3)	3	(10,7)	95	(27,3)	8	(11,5)	1	(8,3)	2	(22,2)	6	(13,9)	156	(24,2)
3 Monate	9	(12,1)	22	(33,8)	6	(21,4)	54	(15,8)	20	(28,9)	5	(41,7)	—	—	7	(16,2)	123	(19,1)
6 Monate	9	(12,1)	24	(36,9)	17	(60,7)	72	(21,5)	22	(31,8)	3	(25,0)	6	(66,7)	10	(23,3)	163	(25,2)
1 Jahr	3	(4,1)	6	(9,2)	2	(7,2)	33	(9,3)	13	(18,8)	—	—	—	—	6	(13,9)	63	(9,7)
3 Jahre	3	(4,1)	2	(3,2)	—	—	16	(4,6)	2	(2,8)	—	—	1	(11,1)	—	—	24	(3,7)
5 Jahre	—	—	—	—	—	—	2	(0,5)	1	(1,9)	1	(8,3)	—	—	2	(4,7)	6	(0,9)
10 Jahre	1	(1,4)	—	—	—	—	6	(1,5)	—	—	—	—	2	(4,7)	9	(1,3)	9	(1,3)
Total	74	(11,4)	65	(10,1)	28	(4,2)	347	(54,1)	69	(11,1)	12	(2,1)	9	(1,7)	43	(5,3)	647	(100)

Tabelle 10. Durchgeführte Behandlung und Zwischenzeit vor Wiederaufnahme nach der letzten Entlassung allgemein für die Perioden 1951–60 und 1961–70

Monate und Jahre	ES-CS		Insulin		ES-CS und Ims. N (%)		Neurole- ptica N (%)		ES und Ins. und Neurolo- p. N (%)		Andere N (%)		Arbeitsther. N (%)		Unbehandelt N (%)		Total N (%)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
3 Monate	12	(16,2)	2	(3,2)	4	(14,8)	32	(14,9)	3	(5,2)	1	(10,0)	2	(25,0)	8	(23,4)	64	(13,1)
6 Monate	12	(16,2)	10	(15,8)	5	(18,5)	36	(16,9)	6	(10,5)	—	—	2	(25,0)	7	(20,4)	78	(16,1)
1 Jahr	19	(25,7)	15	(23,8)	4	(14,8)	70	(32,9)	13	(22,8)	3	(30,0)	1	(12,5)	6	(17,8)	131	(26,9)
2 Jahre	13	(17,5)	10	(15,8)	4	(14,8)	49	(22,6)	19	(33,3)	2	(20,0)	2	(25,0)	6	(17,8)	105	(21,5)
5 Jahre	7	(9,5)	21	(33,3)	6	(22,3)	27	(12,8)	12	(21,1)	4	(40,0)	1	(12,5)	6	(17,8)	84	(17,3)
10 Jahre	7	(9,5)	2	(3,2)	4	(14,8)	—	—	4	(7,1)	—	—	—	—	—	—	17	(3,5)
über 10 Jahre	4	(5,4)	3	(4,9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	(2,8)	8	(1,6)
Total	74	(15,1)	63	(13,1)	27	(5,1)	214	(44,3)	57	(11,3)	10	(2,1)	8	(1,8)	34	(7,2)	487	(100)

Eine längere *Remissionsdauer* bis zu 5 Jahren haben wir bei der *Insulintherapie* (33,3%) und ihrer *Kombination* mit ES und CS (22,3%) festgestellt, dagegen bei der *Pharmakotherapie* nur bei 12,8%. Zwischenzeiten von 2—5 Jahren lassen sich häufiger bei der Pharmakotherapie (22,5% und 12,5%) als bei den *Schockmethoden* (17,5% und 9,5%) beobachten. Kürzere Remissionsdauer bis zu 1 Jahr haben wir bei der Pharmakotherapie (32,9%), bei den Schockbehandlungen (25,7%) und bei der Insulintherapie (23,9%) gefunden.

Verallgemeinernd läßt sich sagen, daß in den Jahren 1951—1960 prozentual weniger chronisch Schizophrene entlassen worden sind, die eine längere Aufenthaltsdauer und längere Remissionen zeigten, gewöhnlich nach Schock- und Insulinbehandlung. In den Jahren 1961—1970 ist bei Vorherrschen der Neuroleptica-Therapie der Prozentsatz der Entlassungen chronisch Schizophrener fast doppelt so groß, die Aufenthaltsdauer und die Remissionen nach der letzten Entlassung sind kürzer.

Literatur

- Angst, A.: Die somatische Therapie der Schizophrenie. Stuttgart: G. Thieme 1969
Arnold, O. H., Hoff, H.: Fortschritte in der Behandlung der endogenen Psychosen. Wien. klin. Wschr. **73**, 501—510 (1961)
Auch, W.: Beeinflußt die Psychopharmakotherapie die Aufnahmeentwicklung, die stationäre Behandlung und den Verlauf endogener Psychosen? Fortschr. Neurol. Psychiat. **32**, 548—565 (1963)
Bleuler, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Leipzig: G. Thieme 1941
Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen. Stuttgart: G. Thieme 1972
Brown, G. W.: Social factors influencing the length of stay of schizophrenic patients. Brit. med. J., **1959 I**, 1300—1302
Brown, G. W.: Length of hospital stay and schizophrenia: A review of statistical studies. Acta. psychiat. neurol. scand. **35**, 414 (1960)
Edelstein, A. O.: Endzustände bei der Schizophrenie. Moskau: Med. Verlag 1938 (russ.)
Burgermeister, J. J., Christin, M.: Modification de la population de l'hôpital psychiatrique: incidence de «réadmissions». Dans: Population psychiatrique et problèmes d'assistance psychiatrique. Editions «Médecine et Hygiène», Genève 1967, p. 12
Favorina, V. N.: Zur Frage von den „Endzuständen“ bei der Schizophrenie. IV. nation. Kongr. f. Neurol. u. Psychiat., Moskau 1963, S. 199 (russ.)
Glatzel, J.: Zur Frage der chronischen Verläufe unter der Pharmakotherapie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **209**, 87—100 (1967)
Glatzel, J.: Über therapieresistente chronische schizophrene Psychosen. Wien. Z. Nervenheilk. **28**, 50—63 (1970)
Haase, H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. Oldenburg: Stahling A. G. 1969
Hackstein, F. G.: Ergebnisse der neuroleptischen Behandlung bei einem psychiatrischen Krankengut mit besonderer Berücksichtigung der schizophrenen Endzustände. Nervenarzt, **31**, 541—545 (1960)
Heim, E., Schmid, B.: Chronische Schizophrenie — noch aktuell? Social Psychiat. **7**, 17—29 (1972)

- Hartmann, W.: Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen.
I. Klinische und soziale Daten bis zum Beginn der Dauerhospitalisierung. Arch. Psychiat. Nervenkr. **212**, 382—399 (1969)
- Huber, G.: Chronische Schizophrenie. Heidelberg: Hüthig 1961
- Huber, G.: Verlaufsgestalt psychiatrischer Krankheitsbilder und Pharmakotherapie. Med. Welt **25**, 1517 (1967)
- Huber, G.: Verlaufsprobleme schizophrener Erkrankungen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **101**, 346 (1968)
- Lauber, H.: Studie zur Frage der Krankheitsdauer unter Behandlung mit Psycho-pharmaka. Nervenarzt. **35**, 488 (1964)
- Leonhard, K.: Zur Prognose der Schizophrenie von den Endzuständen her gesehen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **19**, 321—326 (1967)
- Lyketsos, G., Zachariades, N.: Rehospitalization of Mental patient. 7th Congr. of Psychotherapy, Wiesbaden 1967, pp. 299—305
- Marinow, A.: Über den Verlauf und Endzustand bei der Schizophrenie. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **12**, 368—378 (1959)
- Marinow, A.: Schizophrene „Endstadien“. Klinik und Verlauf. Arch. Psychiat. Nervenkr. **215**, 46—61 (1971)
- Mayer-Gross, W.: Beiträge zur Psychopathologie schizophrener Endzustände. Z. ges. Neurol. Psychiat. **6**, 322 (1921)
- Meuron, M. de., Christin, M.: Modification de la population de l'hôpital psychiatrique: contribution à l'étude de la «mobilité» et du «sédiment» dans un hôpital psychiatrique. Dans: Population psychiatrique et problèmes assistance psychiatrique. Editions «Médecine et Hygiène», Genève 1967
- Meyer, H.-H.: Die Insulin und Heilkampftherapie und ihre Stellung zur Pharmakotherapie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **210**, 126—139 (1967)
- Meyer, J.-E., Hartmann, W.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. In: Fr. Panse: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. S. 185, 1967
- Meyer, J.-E., Simon, G., Stille, D.: Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Dépression zwischen 1930 und 1960. Arch. Psychiat. Nervenkr. **206**, 165—179 (1964)
- Müller, M.: Die Therapie der Schizophrenie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, S. 27, Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960
- Niskonen, P., Achte, K. A.: Prognosis in schizophrenia. A comparative follow up study of first admission for Schizophrenic and paranoid Psychoses in Helsinki, in 1950, 1960 and 1965. Psychiat. Fennica, pp. 117—126 (1971)
- Seelheim, H.: Zur Methodik statistischer Erhebungen in psychiatrischen Krankenhäusern, Stand und Möglichkeiten. In: Wandlungen der Psychiatrie in fünfzig Jahren, S. 85—91. Dortmund: Ardey 1969
- Snezhnevsky, A. W.: Die Systematik der Schizophrenieformen. In: Zeitgenöss. Probleme der Psychoneurologie. Moskau: Medgiz 1960, (russ.)
- Winkler, W. Th.: Die kombinierte Psycho- und Pharmakotherapie bei Schizophrenen. I. Rothenburger Gespräche, 1965, S. 191. Basel-New York. Karger 1966
- Weitbrecht, H. J.: Studie zur Psychopathologie krampfbehandelter Psychosen. Stuttgart: G. Thieme 1949
- Wyrtsch, J.: Die Person des Schizophrenen. Bern: P. Haupt 1949

Dr. med. habil. Alexander Marinow
Chefarzt des psychiatrischen
Krankenhauses
Bela (Russensko)
Bulgarien