

## Spätschizophrenie \*

G. HUBER, G. GROSS und R. SCHÜTTLER

Abteilung für Psychiatrie und Neurologie der  
Medizinischen Hochschule Lübeck (Leiter: Prof. Dr. G. Huber)

Eingegangen am 15. Juli 1975

### LATE SCHIZOPHRENIA

**SUMMARY.** The designation "late schizophrenia" is used with reference to M. Bleuler. Of 502 cases of schizophrenia admitted to the mental hospital of the university of Bonn from 1945-1959 and later catamnestically examined, 14% were taken ill after age 40. Including the deceased, the percentage increases to 17.1 (110 of 644 cases). The onset of disturbance could be ascertained with 50% occurring equally between age 40-44 and age 45-59. Late schizophrenia became manifest after age 50 in 24.3% and in 3.1% after age 60. The average period of observation was 17.8 years, and 20.7 years including prodromes. In 42.8% prodromes and/or signs in advance could be traced. Females predominated (64.3%). Syntonic personalities were markedly more frequent (49.3%), psychopathic primary personalities less frequent than in other schizophrenias in the first half of life. With regard to premorbid intelligence or hereditability no differences could be found. Psychic-reactive actuation (31.9%) was not significantly more frequent than in the group as a whole (25%). Not even by social factors (social class of parental family, bachelorhood rate, childlessness, and late marriage) could late schizophrenia be reliably distinguished from other schizophrenias. The quota of initially dominating paranoid-hallucinatory (55.4%) and paranoid syndromes (23.2%) is markedly higher than in schizophrenia of the first half of life, depressive moods (47.1%) and coenesthesias (64.3%) less frequent. The final prognosis is - especially for women - more favorable, the rate of full remissions amounting 30%; 35% showed remissions to slight pure residual symptoms. All types of schizophrenic courses also occur in late schizophrenia; monophasic types are significantly more frequent, the two most prognostically unfavorable types are significantly rarer than in the group as a whole. The rate of social reintegration is with 64.3% higher and that of permanent hospitalization 10% lower than in the group as a whole. In view of the identity of late schizophrenia with all other schizophrenias, the same principles have to be applied to therapy and rehabilitation.

---

\* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

**KEY WORDS:** Late Schizophrenia - Psychopathology - Prognosis - Types of Schizophrenic Course.

**ZUSAMMENFASSUNG.** Der Begriff "Spätschizophrenie" wird in Anlehnung an M. Bleuler definiert. Von 502 Schizophrenien, die 1945 bis 1959 in der Bonner Nervenklinik stationär aufgenommen waren und spätkatamnestisch untersucht wurden, erkrankten 14%, bei Berücksichtigung der verstorbenen Patienten 17,1% (110 von 644 Fällen) nach dem 40. Lebensjahr, dabei je 50% zwischen dem 40. und 44. bzw. 45. und 59. Lebensjahr. 24,3% der Spätschizophrenien manifestierten sich nach dem 50., 3,1% nach dem 60. Lebensjahr. Die durchschnittliche Beobachtungsdauer betrug 17,8 Jahre, einschließlich der Prodrome 20,7 Jahre. In 42,8% gingen Prodrome und/oder Vorpostensyndrome voraus. Das weibliche Geschlecht überwiegt mit 64,3%. Syntone Ausgangspersönlichkeiten sind mit 49,3% deutlich häufiger, psychopathische Primärpersönlichkeiten dagegen seltener als bei den übrigen Schizophrenien; hinsichtlich prämobiler Intelligenz und familiärer Belastung bestehen keine Unterschiede. Seelisch-reaktive Auslösung ist mit 31,9% nicht signifikant häufiger als im Gesamtkollektiv (25%). Auch durch soziale Faktoren (soziale Schicht der Elternfamilie, Ledigenquote, Kinderlosigkeit und Spätheirat) lassen sich die Spätschizophrenien nicht sicher von den übrigen abheben. Initiales Prävalieren paranoid-halluzinatorischer (59,4%) und paranoider Syndrome (23,2%) ist noch deutlich häufiger als bei den Schizophrenien der ersten Lebenshälfte; depressive Verstimmungen (47,1%) und Coenästhesien (64,3%) werden seltener beobachtet als dort. Die Dauerprognose ist, besonders bei den Frauen, günstiger; die Rate der Vollremissionen beträgt 30%, ca. 35% remittieren auf leichte reine Residuen. Alle Verlaufstypen der Schizophrenie kommen auch bei der Spätschizophrenie vor; monophasische Typen sind mit 17,6% signifikant häufiger, die beiden prognostisch ungünstigsten Verlaufstypen signifikant seltener als beim Gesamtkollektiv. Die Rate sozialer Heilungen ist mit 64,3% höher, die Rate der Dauerunterbringungen mit 10% niedriger als im Gesamtkollektiv. Für Therapie und Rehabilitation gelten angesichts der Wesensgleichheit mit der Gesamtgruppe der Schizophrenien die gleichen Prinzipien wie dort.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Spätschizophrenie - Psychopathologie - Prognose - Verlaufstypen.

Seit der Konzeption der "Dementia praecox" durch Kraepelin und der "Gruppe der Schizophrenien" durch E. Bleuler wurde immer wieder versucht, die schizophrenen Psychosen des vorgerückten Lebensalters als eigenständige klinische Formen herauszuheben und sie auf definierbare oder nicht näher rubrizierbare Hirnerkrankungen oder auf hirninvolutive Vorgänge zurückzuführen. Die bekanntesten dieser Versuche stammen bereits aus den Jahren 1906 bis 1913: Die Aufstellung der Dementia tardiva durch Stransky (1906), der Paranoia chronica durch Berger (1907), der Paraphrenie durch Kraepelin (1912) und der Involutionssparanoia durch Kleist (1913). Unter den Bemühungen, schizophrene Psychosen des höheren Lebensalters psychologisch zu erklären, wurden der "sensitive Beziehungswahn" und der

"sensitive Liebeswahn alter Jungfern" von E. Kretschmer eine fruchtbare Modellvorstellung für die mehrdimensionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien. Die kritische Auseinandersetzung mit diesem Konzept wurde bereits von M. Bleuler und K. Schneider geleistet. Die psychoreaktive Genese und die Abtrennung von der (Spät-)Schizophrenie ist hier ebenso fragwürdig wie bei den psychoreaktiv ausgelösten und durchfärbten schizophrenen Krankheitsbildern der ersten Lebenshälfte. Katamnesen zeigen, daß es sich beim Gros der zunächst zum sensitiven Beziehungswahn gerechneten Patienten um erlebnisreaktiv ausgelöste Schizophrenien handelt (Anderson u. Guerra; Huber 1955 und 1964).

Wenn wir davon absehen, daß es schizophrene Psychosen gibt, die als Vorläufer definierbarer hirnorganischer Abbaukrankheiten auftreten und in organische Wesensänderungen und Demenzen ausmünden, zeigen neuere Untersuchungen die Wesensgleichheit der spätschizophrenen Krankheitsbilder mit den Schizophrenien der ersten Lebenshälfte. Grundsätzlich ist hier wie dort eine mehrdimensionale, multifaktorielle Betrachtungsweise des konkreten Zustandsbildes und ein Versuch der Differenzierung und Gewichtung der verschiedenen pathoplastischen und pathogenetischen Faktoren angezeigt. Dies gilt im besonderen Maße für die erwähnten organisch ausmündenden schizophrenen und endogen-depressiven Psychosen der zweiten Lebenshälfte (Meggendorfer; Sternberg; Huber 1957).

Das Fazit neuerer Arbeiten ist, daß man die spät auftretenden Schizophrenien, ebenso wie die Zykllothymien mit später Erstmanifestation, nicht aus der umfassenden Schizophrenie- bzw. Zykllothymieproblematik herausnehmen kann. Seit den Arbeiten von Mayer-Gross (1921, 1932) und M. Bleuler (1943) ist unbestritten, daß Schizophrenien auch jenseits des 40. Lebensjahres erstmals sich manifestieren können. Mayer-Gross hatte 1921 aufgrund von Nachuntersuchungen an den gleichen Patienten, die Kraepelin 1912 zur Aufstellung der Paraphrenie veranlaßten, ihre Zugehörigkeit zur Schizophreniegruppe nachgewiesen. Nach der Einbeziehung der Paraphrenie in die Schizophrenien mußte auch die nosologische Eigenständigkeit anderer spätschizophrener Krankheitstypen aufgegeben werden. Im Krankheitsgeschehen selbst, in Symptomatologie und Verlauf gelegene Gründe für die Abtrennung der spätschizophrenen Krankheitstypen von den "eentlichen Schizophrenien" konnten bis heute nicht aufgezeigt werden. Schizophrenien der ersten Lebenshälfte und Spätschizophrenien sind Manifestationen der gleichen Erkrankung und haben genauso wenig eine nosologische Sonderstellung wie die sogenannten Involutionsdepressionen (Angst u. Perris, 1968).

Dies hindert uns natürlich nicht, die Spätschizophrenien (oder Spätdpressionen) als Prägnanztypen innerhalb der Gruppe der Schizophrenien (oder der "Gruppe der endogenen Depressionen" nach Weitbrecht) gesondert zu betrachten. Dabei ist zu vergegenwärtigen, daß wir auch zwischen Schizophrenien und Zykllothymien keine schroffe Differentialdiagnostik, vielmehr mit K. Schneider nur eine Differentialtypologie und keine scharfe Grenze kennen. In seiner Studie über die Psychopathologie der involutiven Psychosen hat W. Scheid 1934 betont, daß eine Aufstellung von Krankheitseinheiten hier unmöglich ist und die klinische Zuordnung nur eine typologische sein kann. Die von zahlreichen Autoren hervorgehobenen Kriterien zur Trennung von Schizophrenien und paranoiden Rückbildungspsychosen

versagen häufig, wie Weitbrecht schon 1939 darlegte. Durch spätere Untersuchungen wurde gezeigt, daß auch die Annahme, ein pneumencephalographisch faßbarer hirnatrophischer Befund beweise mit Sicherheit die Nichtzugehörigkeit zur Gruppe der Schizophrenen, nicht aufrechterhalten werden kann (Huber 1957, 1961).

Wir verstehen unter Spätschizophrenie in Anlehnung an die Definition von M. Bleuler (1943) ein Krankheitsbild, das folgende Kriterien erfüllt: 1. Erstmalige Manifestation der Psychose nach dem 40. Lebensjahr; 2. beweisende schizophrene Symptomatologie nach den Kriterien von K. Schneider; 3. Fehlen psychoorganischer Züge und 4. Fehlen einer definierbaren hirneigenen oder hirnbeteiligten Grundkrankheit.

Wir werden im folgenden die Ergebnisse früherer Untersuchungen über die Spätschizophrenen mit eigenen Erfahrungen vergleichen. Die eigenen Untersuchungen stützen sich auf 502 schizophrene Patienten, die in den Jahren 1945 bis 1959 in der Bonner Nervenklinik stationär aufgenommen waren. Über die Resultate dieser Bonner Studie haben wir früher berichtet (Gross, Huber, Schüttler u. Hasse-Sander; Gross, Huber u. Schüttler; Huber, Gross u. Schüttler). Wir fanden nach einer durchschnittlichen Verlaufsdauer von 22,4 Jahren nur in 34,7% charakteristische schizophrene Defizienzsyndrome (gemischte Residuen, typisch schizophrene Defektpsychosen, chronische reine Psychosen und Strukturverformungen mit Psychose), dagegen in 43,2% mehr oder minder uncharakteristische Residualsyndrome vom Typ des reinen Defektes und in 22,1% psychopathologische Vollremissionen. 86,7% lebten zur Zeit der letzten Katamnese zu Hause, nur 13,3% waren dauerhospitalisiert; 55,9% zeigten eine "soziale Heilung".

Die Bonner Schizophrenen erkrankten in 24,5% vor dem 20. Lebensjahr, in 37% im 3. und in 24,5% im 4. Lebensjahrzehnt; bei 86% manifestierte sich also die schizophrene Psychose vor und bei 14% (70 Fälle) nach dem 40. Lebensjahr. Berücksichtigt man auch die spätkatamnestisch nicht mehr erfaßbaren verstorbenen Patienten, erhöht sich der Anteil der Spätschizophrenen auf 17,1% (110 von 644 Fällen). Wir betrachten nacheinander Häufigkeiten und Erkrankungsalter, Vorkommen und Dauer von Prodromen und Vorpostensyndromen, Geschlechtsverteilung, prämorbid Persönlichkeit und Intelligenz, Familienbild, die Frage der Auslösung und schließlich Symptomatologie, Verlauf und Ausgang spätschizophrener Krankheitsbilder. Die durchschnittliche Beobachtungsdauer bei unseren Bonner Spätschizophrenen betrug 17,8 Jahre, bei Berücksichtigung auch der uncharakteristischen Prodrome 20,7 Jahre; sie ist damit, soweit wir sehen, wesentlich länger als bei den früheren Untersuchungen zum Thema (Greger u. Stahl; Schimmelpenning).

**1. Häufigkeit und Erkrankungsalter.** Im Bonner Beobachtungsgut begannen 17% der schizophrenen Erkrankungen nach dem 40. Lebensjahr. Diese Quote stimmt mit den von M. Bleuler angegebenen Werten (15 bzw. 17%) überein. Die Zahl der Erstmanifestationen nimmt mit zunehmendem Alter ab; unter unseren 70 Fällen von Spätschizophrenie erkrankten je 50% zwischen dem 40. und 44. bzw. 45. und 59. Lebensjahr. Nach dem 50. Lebensjahr manifestierten sich nur 32% der Bleuler'schen und 24,3% unserer Spätschizophrenen. Nach dem 60. Lebensjahr erkrankten im Material von M.

Bleuler 4%, im eigenen Beobachtungsgut 3,6% der Spätschizophrenen: Solche Spätestschizophrenien oder Altersschizophrenien sind offenbar sehr selten; ihr Anteil im Bonner Gesamtkollektiv beträgt nur 0,6% (4 von 644 Fällen). Daß jedoch Altersschizophrenien, die sich auch noch im 8. Lebensjahrzehnt erstmals manifestieren können, vorkommen, wird auch durch die Studie von Janzarik belegt, der 1957 über 50 hierher gehörige Beobachtungen berichtete. Allerdings wird die Diagnose mit höherem Lebensalter immer schwieriger, weil zunehmend psychoorganische Züge infolge involutiver Abbauvorgänge oder andersartiger Hirnerkrankungen das Bild komplizieren.

2. Prodrome und Vorpostensyndrome bei den Schizophrenen fanden bisher wenig Beachtung. Soweit darauf geachtet wurde, sind die Auffassungen kontrovers. Nach einigen Autoren (z. B. Failla et al.) kommen bei Spätschizophrenen keinerlei Prodrome vor, während nach Sternberg (1972) die große Mehrzahl jahrzehntelange milde Prodrome und episodische Vorpostensyndrome im Kindesalter und Pubertät aufweisen sollen. Im Bonner Untersuchungsgut finden sich zwar bei 42,8% der Spätschizophrenen Prodrome und/oder Vorpostensyndrome, die bei gut 1/4 der Patienten (19 Fälle = 27,1%) schon vor dem 40. Lebensjahr erstmals in Erscheinung traten. Doch handelt es sich dabei nur in 6 Fällen um kontinuierlich in die Psychose übergehende Prodrome, in den restlichen 13 Fällen dagegen um Vorpostensyndrome, die in kurzen Episoden von wochen- bis monatelanger Dauer zwischen dem 16. und 40. Lebensjahr auftraten.

3. Die Geschlechtsverteilung zeigt ein deutliches Überwiegen der Frauen. Weibliche Kranke sind im Bonner Beobachtungsgut mit 64,3% (45 Fälle) fast doppelt so häufig wie Männer (35,7% = 25 Fälle); das Überwiegen der Frauen bei den Spätschizophrenen ist noch deutlicher als im Gesamtkollektiv (58,4% Frauen; 41,6% Männer). Auch M. Bleuler, Sternberg, Schimpenning sowie Siegel u. Rollberg fanden, daß Spätschizophrenen bei Frauen etwa doppelt so häufig sind wie bei Männern. Bisher kaum beobachtet wurde allerdings, daß auch bei der Gesamtgruppe der Schizophrenen (wie bei den Zykllothymien) Frauen überwiegen (Gross, Huber u. Schüttler; Huber, Gross u. Schüttler).

4. Hinsichtlich der Primärpersönlichkeit fand M. Bleuler unter den Spätschizophrenen etwas mehr unauffällige und etwas weniger schizoid-psychopathische Persönlichkeiten als beim Gros der Schizophrenen. Auch wir fanden mit 49,3% wesentlich mehr unauffällige und syntone Ausgangspersönlichkeiten als in unserem Bonner Gesamtkollektiv von Schizophrenen (36,7%), während andererseits ausgeprägt (4,3%) oder leicht (40,6%) psychopathische, gewöhnlich kontaktschwache oder sensitive Primärpersönlichkeiten seltener sind als dort.

5. Die prämorbide Intelligenz, gemessen am Schulerfolg, zeigt gegenüber dem Gros der Schizophrenen keine wesentlichen Abweichungen: 10% sind Schulversager (Hilfsschüler sowie in der Volksschule ein- bis zweimal sitzengebliebene Probanden), während fast 1/4 (24,3%) eine weiterführende

Schulbildung haben; der Rest, ca. 2/3 (65, 7%), sind Probanden mit Volksschulabschluß. Auch die Spätschizophrenien von Bleuler unterschieden sich hinsichtlich des prämorbidem Intelligenzniveaus nicht von den übrigen Schizophrenen.

6. Dasselbe gilt für die familiäre Belastung: Die Belastungsziffern der Spätschizophrenen mit Schizophrenie differieren nach M. Bleuler, W. Klages und den eigenen Befunden (19, 4%) nicht signifikant von der Gesamtgruppe der Schizophrenen (Bonn-Studie: 30%). Auch eine gleichsinnige Häufung von Spätschizophrenien in der Verwandtschaft läßt sich nicht nachweisen (Klages). Im Bonner Beobachtungsgut von Spätschizophrenien wurde in der engeren und weiteren Blutsverwandtschaft kein Fall einer Zykllothymie beobachtet (Gesamtkollektiv: 5, 2%). Dieser Befund ist hinsichtlich der Frage der Annäherung an den zyklotymen (manisch-depressiven) Formenkreis und der Einheitspsychose von Interesse. Zu bedenken ist, daß die Schwierigkeiten bei der Beschaffung ausreichender Unterlagen für erbbiologische Untersuchungen bei den Spät- und Altersschizophrenien noch größer sind als bei den Schizophrenien der ersten Lebenshälfte.

7. Auf die Bedeutung auslösender Faktoren bei Spätschizophrenien (entsprechend auch bei Spät- bzw. Involutionsdepressionen) wurde häufig, zuletzt von Sternberg, hingewiesen. Seine Feststellung, daß mit dem Alter provozierende psychogene und situative Momente häufiger, Auslösung durch somatische Faktoren dagegen seltener beobachtet werden, stimmt weitgehend mit den Bonner Befunden überein. Wir fanden psychisch-reaktive Auslösungen in 31, 9% gegenüber 25% im Gesamtkollektiv, eine Provokation durch somatische Faktoren in 7, 1% gegenüber 9, 7% in der Gesamtgruppe; auch eine Auslösung durch Generationsvorgänge (in erster Linie durch das Klimakterium) ist mit 6, 7% seltener als im Gesamtmaterial (8, 9%). Die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant; Besonderheiten der Pathogenese spätschizophrener Psychosen kann man daraus nicht ableiten. Typische oder gar spezifische Auslösungssituationen ließen sich bei unseren Schizophrenien nicht auffinden; Verlust nahestehender Bezugspersonen, daneben berufliche Konflikte und massive Traumata der Vitalsphäre (z. B. im Krieg: Bombardierung; Verschüttung; Mißhandlung und im Frieden: Überfall; Vergewaltigung; bewußt, unerwartet und ohnmächtig erlebte Konfrontierung mit dem Tod bei Unfällen) sind am häufigsten; ganz allgemein können Erlebnisse einen provozierenden Effekt haben, die infolge einer einschneidenden Veränderung der Lebenssituation, einer Vereinsamung als Einbruch eines Neuen, eine grundsätzliche Umorientierung erfordern (Janzarik). Sog. typische Situationen, auch Isolierung und Vereinsamung infolge Partnerverlust, sind ubiquitär und finden sich in gleicher Häufigkeit bei nichtpsychotischen Probanden (Sternberg).

8. Soziale Faktoren sind für Manifestationen und Verlauf aller Schizophrenien von Bedeutung. Bei den Spätschizophrenien wurde von vielen Autoren der Mangel an persönlichen Kontaktbildungen hervorgehoben, der insbesondere im Verhalten zum anderen Geschlecht, in Spätheirat, Kinderlosigkeit und hoher Ledigenquote zum Ausdruck komme (Siegel u. Rollberg). Doch

unterscheiden sich die Spätschizophrenien auch in dieser Hinsicht nicht von den übrigen Schizophrenen. Von unseren Bonner Spätschizophrenen lag die Ledigenquote bei 31,4% und damit - angesichts des späteren Erkrankungsalters erwartungsgemäß - niedriger als im Gesamtkollektiv (44,8%); 62,8% waren verheiratet bzw. verwitwet (Gesamtkollektiv: 47,9%). Bei den Altersschizophrenen von Janzarik war die Ledigenquote noch niedriger. Auch durch die Kinderlosigkeit lassen sich die Spätschizophrenen nicht von den übrigen abheben: die Zahl der Probanden mit ehelichen Kindern ist hier mit 52,8% noch höher als im Gesamtkollektiv (41,6%). Auch Spätheirat ist hier nicht häufiger als dort. In bezug auf die soziale Schicht der Elternfamilie unterscheiden sich unsere Bonner Schizophrenen und Spätschizophrenen nicht von der Durchschnittsbevölkerung. 54,4% der Spätschizophrenen stammen aus der Mittelschicht, nur 45,6% aus den Unterschichten; im Bonner Gesamtkollektiv ist die Proportion annähernd dieselbe (56,2 bzw. 43,8%). Dies bedeutet, daß die Unterschicht im Bonner Beobachtungsgut eher unterrepräsentiert ist (Gesamtbevölkerung: 52%).

9. Auch hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatologie versuchte man immer wieder, gewisse Besonderheiten und Eigenarten der Spätschizophrenen herauszuheben. M. Bleuler nannte vor allem paraphrenieartige und ängstlich-depressiv-katatone Bilder mit Neigung zur Erstarrung. Nach anderen Autoren (Berner et al.; Sternberg) spielen katathyme Wahnbildungen und Verstimmungen eine große Rolle, während charakteristische Veränderungen von Affektivität und Denken fehlen. Im Bonner Beobachtungsgut unterscheiden sich die Spätschizophrenen in ihrer psychopathologischen Symptomatologie nur unwesentlich von den übrigen. Noch häufiger als bei den übrigen Schizophrenen dominieren im Erkrankungsbeginn paranoid-halluzinatorische (59,4%) und paranoide (23,2%) Syndrome; sie kennzeichnen in 82,6% (Gesamtkollektiv: 54,6%) das Bild der psychotischen Erstmanifestationen, während ein Prävalieren katatoner oder hebephrener Syndrome nicht beobachtet wurde. Im Gesamtverlauf sind Wahneinfälle, akustische und leibliche Halluzinationen gleich häufig wie bei den übrigen Schizophrenen; Wahrnehmungen kommen mit 56,8% deutlich häufiger (Gesamtkollektiv: 42,4%), Ich-Störungen mit 41,4% (Gesamtkollektiv: 50,7%) seltener vor als dort. Depressive Stimmungsschwankungen sind zwar mit 47,1% fast bei der Hälfte der Spätschizophrenen zu registrieren; sie sind jedoch deutlich seltener als im Gesamtkollektiv, wo sie in 60,4% beobachtet wurden. Ähnliches gilt für abnorme Leibgefühlsstörungen, die nach einigen Autoren bei Spätschizophrenen gehäuft vorkommen sollen (Klages). In unserem Beobachtungsgut kommen Coenästhesien bei fast 2/3 (64,3%) der Spätschizophrenen vor; der Prozentsatz liegt jedoch niedriger als im Gesamtkollektiv, wo abnorme Leibgefühlsstörungen in 73,2% nachweisbar sind. Auch Janzarik erwähnt bei seinen Altersschizophrenen die relative Seltenheit abnormer Leibsensationen. Ebenso sind uncharakteristische Denkstörungen, katatone Symptome und Depersonalisationsphänomene erheblich seltener als im Gesamtkollektiv, dagegen Geschmacks- und Geruchshalluzinationen häufiger als dort.

10. Verlauf und Ausgang der Spätschizophrenien sind relativ günstig. Nach M. Bleuler (1943) steht es fest, daß Spätschizophrenien weniger häufig als das Gros der Schizophrenen in "Verblödung" und häufiger in leichte Defektzustände enden. Eine vergleichsweise günstige Dauerprognose wurde auch von Klages, Failla et al., Siegel u. Rollberg und Berner beobachtet.

Für die Beurteilung von Verlauf und Ausgang legten wir unsere seit 1957 entwickelte Typologie schizophrener Residual- und Defizienzsyndrome zugrunde. Ein wesentlicher und neuer Gesichtspunkt ist die Heraushebung mehr oder minder uncharakteristischer Residualsyndrome i. S. des "reinen Defektes". Weil eine rein quantitative Unterscheidung, etwa in "leichte" und "schwere" Defektzustände (M. Bleuler), der Vielfalt schizophrener Residuen nicht gerecht werden kann, wurde der Pauschalbegriff des sog. schizophrenen Defektes qualitativ-psychopathologisch in eine Reihe von Prägnanztypen differenziert. Für die Spätschizophrenien ergab sich im Vergleich mit dem Bonner Gesamtkollektiv die in der Tabelle dargestellte Verteilung von Remissions- und Defizienztypen (s. Tabelle 1).

Wir sehen, daß die Prognose insgesamt insofern günstiger ist, als Vollremissionen mit 30% (22,1% im Gesamtkollektiv) deutlich häufiger vorkommen; dafür sind uncharakteristische Residuen etwas seltener. Dieser Trend ist bei den Frauen (33,3% Vollremissionen und nur 24,4% uncharakteristische Residuen) deutlicher ausgeprägt.

In der Gruppe charakteristischer Defektsyndrome fällt auf, daß die typisch schizophrenen Defektpsychosen, d. h. die ungünstigsten Ausgänge, etwa halb so häufig (5,7%) vorkommen wie im Gesamtkollektiv (10,8%) und auch die gemischten Residuen (12,9%) deutlich seltener sind als dort (16,6%); dies wird ausgeglichen durch ein signifikant häufigeres Vorkommen von chronischen reinen Psychosen (11,4% = 8 F. gegenüber 4,2% = 21 F. im Gesamtkollektiv) und Strukturverformungen mit Psychose (5,7% = 4 F. gegenüber 3,2% = 16 F.).

Beim Vergleich der früher, d. h. zwischen dem 40. und 44. Lebensjahr erkrankten Spätschizophrenien mit den Fällen, die zwischen dem 45. und 59. Lebensjahr sich manifestieren, ergibt sich kein sicherer Unterschied der Ausgänge.

Zureichende, auf langjährige Beobachtungen gestützte Angaben über die Verlaufsweise der Spätschizophrenien fehlten bisher weitgehend. Bleuler bemerkte, daß ein chronisch-geradliniger Verlauf zu Defekten gegenüber Verläufen zu "Demenz" überwiege. Janzarik fand bei seinen Altersschizophrenien chronische, halluzinatorische oder paranoide Verläufe selten (6%). Soweit in der Literatur ein Prävalieren chronischer Verläufe beobachtet wurde (u. a. Berner et al.), sind u. E. Auslesewirkungen dafür verantwortlich zu machen. Im Bonner Beobachtungsgut sind bei den Spätschizophrenien phasische Verläufe mit 30% häufiger und schubförmige mit 44,2% seltener als beim Gros der Schizophrenien, während einfache Verläufe hier wie dort gleich häufig (25,6 bzw. 26,8%) vorkommen. Wir haben weiter 12 neue, Verlaufsweise und Ausgang berücksichtigende Verlaufstypen unterschieden. Der Vergleich zeigt, daß alle Verlaufstypen auch bei den Spätschizophrenien beobachtet werden.

Wir veranschaulichen anhand von 4 kurzen Falldarstellungen den poly-



Tabelle 1. Verteilung psychopathologischer Residual- und Defizienzsyndrome bei 70 Bonner Spätschizophrenen im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv (502 Fälle)

Remissionstyp	Spätschizophrenien		Gesamtkollektiv	
	Fälle	%	Fälle	%
Vollremission	21	30,0	111	22,1
Minimalresiduum	7	10,0	55	11,0
Leichter reiner Defekt	13	18,6	118	23,5
Erheblicher reiner Defekt	3	4,3	29	5,8
Strukturverformung ohne Psychose	1	1,4	15	3,0
Gemischter Defekt	9	12,9	83	16,6
Typisch schizophrene Defektpsychose	4	5,7	54	10,8
Chronische reine Psychose	8	11,4	21	4,2
Strukturverformung mit Psychose	4	5,7	16	3,2

24 F. = 34,3%  
217 F. = 43,2%  
25 F. = 35,7%  
174 F. = 34,7%

phasischen (Fall 1), dann den schubförmig zu reinen Residuen (Fall 2) bzw. typischen Defektpsychosen (Fall 3) führenden Verlaufstypus und den Typ der chronischen reinen Psychose (Fall 4).

## Fall 1

Der bei der letzten Katamnese 71-jährige, seit 34 Jahren verheiratete Dr. R. arbeitete zur Zeit des Beginns der Erkrankung als beamteter Nahrungsmittelchemiker. Im 55. Lebensjahr erkrankte er subakut erstmals mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose: Er glaubt sich bespitzelt, vergiftet und verfolgt, berichtet über Geruchshalluzinationen und leibliche Beeinflussungserlebnisse und ist bei der ersten stationären Aufnahme zeitweilig kataton erregt. Nach einer Elektroschockbehandlung korrigiert er innerhalb weniger Monate seine psychotischen Inhalte. Er arbeitet wieder in seinem Beruf, veröffentlicht in Fachzeitschriften wissenschaftliche Aufsätze und wird einige Jahre später befördert. Im 63. Lebensjahr kommt es zu einer zweiten, vorwiegend paranoiden psychotischen Manifestation mit ausgeprägter Wahnstimmung, Wahnwahrnehmungen, Wahneinfällen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen sowie Coenästhesien. Er ist

ängstlich-getrieben, davon überzeugt, daß man ihm Giftstoffe beibringe, um ihn zu schädigen oder zu töten und unternimmt einen ernsthaften Selbstmordversuch. Nach viermonatiger stationärer Behandlung klingt die Psychose allmählich wieder völlig ab. Der gute Zustand hält auch bei der letzten Katamnese 8 Jahre später an. Der inzwischen pensionierte ehemalige Patient ist psychopathologisch vollremittiert, interessiert und aufgeschlossen. Die sorgfältige Erhebung der Anamnese ergibt, daß er vom 27. bis 30. Lebensjahr ein uncharakteristisches Vorpostensyndrom mit vielfältigen körperlichen Beschwerden, Leistungsbeeinträchtigung und Klagen über Nervosität und Vergesslichkeit durchgemacht hat.

#### Fall 2

Die 65jährige Sekretärin Ilse S. hatte nach der Mittleren Reife eine kaufmännische Lehre absolviert und in einem naturwissenschaftlichen Institut gearbeitet. Sie wird als lebenszugewandt, realistisch und tatkräftig geschildert. Im 41. Lebensjahr kommt es im Anschluß an einen Luftangriff auf ihre Heimatstadt erstmals zu einer vorwiegend paranoiden Psychose mit Wahneinfällen, Wahnwahrnehmungen, schizophhrenen Störungen des Icherlebnisses und Coenästhesien, die ohne Behandlung nach einigen Monaten wieder abklingt. 9 Jahre später entwickelt sich schleichend ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom mit dominierendem Verfolgungswahn bei noch möglicher sozialer Adaptation. Die Patientin arbeitet noch 5 Jahre lang in ihrem Beruf, bis im 55. Lebensjahr eine akute Exazerbation mit Wahneinfällen, Wahnwahrnehmungen und jetzt auch akustischen und leiblichen Halluzinationen eine 1 1/2jährige stationäre Behandlung notwendig macht. In den folgenden 8 Jahren bis zum 63. Lebensjahr muß die Patientin insgesamt fünfmal wegen paranoid-halluzinatorischer Rezidive, wobei gelegentlich auch optische und gustatorische Halluzinationen und katatone Erregungszustände auftreten, stationär behandelt werden. Auch in den Zeiten zwischen den Klinikaufenthalten persistiert die Psychose. Seit dem 60. Lebensjahr werden die psychotischen Rezidive seltener und kürzer und es kommt jeweils zu einer Remission auf ein uncharakteristisches leichtes reines Residualsyndrom, das auch bei der Katamnese im 65. Lebensjahr nachzuweisen ist. Produktiv-psychotische Erlebnisweisen fehlen; die Patientin, die sich von den früheren psychotischen Inhalten überzeugend distanziert, ist in Affekt, Kontakt und Ausdruck unauffällig. Sie versorgt ihren Haushalt selbst, liest viel, hat Kontakt mit Nachbarn und Verwandten und beteiligt sich an Wochenendausflügen. Der durch eine selbsterlebte Impuls- und Vitalschwäche mit kognitiven Störungen und erhöhter Beeindruckbarkeit gekennzeichnete Zustand bleibt ohne psychiatrische Behandlung stationär.

#### Fall 3

Die heute 65jährige Fabrikarbeiterin Maria K. galt als temperamentvoll, lebensfroh und unkompliziert. Sie war in der Volksschule eine gute Schülerin, arbeitete später 20 Jahre lang in der gleichen Fabrik,

heiratete im 24. Lebensjahr und hat einen Sohn. Im 42. Lebensjahr tritt akut nach einem polizeilichen Verhör wegen eines Schwarzhandelsdeliktes des Bruders eine paranoide Psychose mit Wahnstimmung, Wahnwahrnehmungen und Wahneinfällen, dann auch akustischen Halluzinationen, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung und Coenästhesien auf, die nach einer Elektroschockbehandlung allmählich remittiert. Nur 1 Jahr später kommt es erneut, diesmal nach einem Streit mit der Nachbarin, zu einer paranoid-halluzinatorischen Exazerbation, jetzt auch mit optischen Halluzinationen, Gedankenlautwerden und suizidalen Tendenzen. Nach Insulin- und Elektroschockbehandlung wird sie nach 1 Jahr teilremittiert wieder entlassen. In der Folge können erneute stationäre Behandlungen im 46. und 47. Lebensjahr das Bild, das nunmehr Wahn und Sinnestäuschungen, dabei jetzt auch leibliche und Geruchshalluzinationen gleichwertig nebeneinander bietet, nur noch vorübergehend beeinflussen. Seit dem 49. Lebensjahr ist die Patientin bis zur Nachuntersuchung im 65. Lebensjahr ohne Unterbrechung im psychiatrischen Krankenhaus. In den letzten 10 Jahren traten die leiblichen zugunsten akustischer Halluzinationen zurück. Sie bietet das Bild einer typisch schizophrenen Defektpsychose mit Grimassieren, gespreizt-manieriertem Ausdruck, akustischen Halluzinationen, Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung und Coenästhesien. Trotz der produktiv-psychotischen Symptome, die ungeachtet der Psychopharmakabehandlung kaum an Aktualität eingebüßt haben und teilweise ihre Handlungen beeinflussen, ist sie regelmäßig in der Arbeitstherapie tätig.

#### Fall 4

Die 77jährige Margarete J. war als Haushälterin, Pflegerin, Heimleiterin, im Krieg als Telefonistin und danach als Stickerin bis zum 70. Lebensjahr tätig. Sie wurde mit 12 Jahren Vollwaise, war eine sehr gute Schülerin, bezeichnete sich selbst als "Sanguiniker mit cholerischem Einschlag", galt als sehr selbständig und als Einzelgängerin, ohne darunter zu leiden. Um das 50. Lebensjahr entwickelte sich schleichend eine Psychose, bei der zunächst eindeutig akustische Halluzinationen, später wahnhaftes Erlebnisse mit Wahnwahrnehmungen, Personenverkennungen und Wahnstimmung im Vordergrund stehen. Eine Exazerbation im 64. Lebensjahr führt zur ersten und einzigen stationären Aufnahme. In den folgenden 13 Jahren persistiert die Psychose ohne Remission oder Progredienz. Die Patientin, die in der ganzen Zeit nicht mehr behandelt wird, arbeitet bis zum 70. Lebensjahr regelmäßig als Stickerin. Bei der Katamnese im 77. Lebensjahr versorgt sie allein ihren Haushalt, lebt von einer kleinen Altersrente und Einnahmen durch Stickereiarbeiten, betreut 2 Damen im Altersheim, verfolgt interessiert das Zeitgeschehen und besucht regelmäßig ihre Bekannten. Sie ist äußerlich völlig geordnet, in Affektivität, Kontakt und Ausdruck unauffällig, zeigt keine mnestischen Einbußen und keine Zeichen einer Potentialreduktion. Korrekt gekleidet und gewandt im Auftreten berichtet sie freundlich und sachlich, daß die Belästigungen von damals die ganzen Jahre über weitergegangen seien; sie

achte jetzt aber kaum mehr darauf. Man versuche nach wie vor, sie zu beeinflussen, sie zu führen. Auch die Kirche versuche, sie durch Wink oder Tadel zu leiten. Sie hört, wenn auch seltener als früher, Gespräche, die sich mit ihrer Person befassen, hört aber nicht mehr hin. Das eigenartige Verhalten mancher Leute auf der Straße störe sie nicht mehr. Sie stehe darüber, halte sich an ihre Religion. Insgesamt das Bild einer chronischen, seit 27 Jahren bestehenden reinen Psychose paranoid-halluzinatorischer Prägung bei einer sozial durchaus integrierten Patientin, die sich mit ihren Symptomen eingerichtet hat und keinerlei Zeichen eines reinen Defektes oder einer Strukturverformung bietet. - Diese und andere Beobachtungen zeigen, daß auch eine Entwicklungsrichtung von der reinen Verbalhalluzinose zu paranoid-halluzinatorischen Syndromen vorkommt.

Häufigkeitsunterschiede betreffen die monophasischen Verlaufstypen, die bei den Spätschizophrenien mit 17,4% signifikant häufiger sind (Gesamtkollektiv: 10%); dann die beiden prognostisch ungünstigsten, einfach-geradlinig zu gemischten Residuen oder typisch schizophrenen Defektpsychosen führenden Verlaufstypen, die mit 1,4 = 1 F. bzw. 5,8% = 4 F. (7,2 = 36 F. bzw. 10,6% = 53 F. im Gesamtkollektiv) signifikant seltener vorkommen; schließlich die schon erwähnten chronischen reinen Psychosen, die bei den Spätschizophrenien signifikant häufiger beobachtet werden. Aus dem häufigeren Vorkommen der monophasischen Verlaufstypen und der relativen Seltenheit der beiden prognostisch ungünstigsten Verlaufstypen ergibt sich die bessere psychopathologische Dauerprognose der Spätschizophrenien.

Sie kommt auch in der sozialen Prognose zum Ausdruck: Fast 2/3 (64,3%) der Spätschizophrenien - gegenüber 56,2% im Gesamtkollektiv - sind sozial geheilt. Auch Dauerunterbringungen sind bei den Spätschizophrenien mit 10% seltener als im Gesamtkollektiv (13,3%). Die bessere soziale Prognose der Spätschizophrenien betrifft nur die weiblichen Patienten (71,1% soziale Heilung).

Für die Therapie der spätschizophrenen Krankheitsbilder gelten angesichts ihrer Wesensgleichheit mit der Gesamtgruppe der Schizophrenien dieselben Prinzipien wie dort. Die Behandlung erfolgt heute ganz überwiegend mit Psychopharmaka, die auch bei den Spätschizophrenien erst die Voraussetzungen für die Wirksamkeit sozio- und psychotherapeutischer Maßnahmen schaffen. Die in der Literatur gelegentlich geäußerte Meinung, Spätschizophrenien seien auf jede Art von Therapie geringer ansprechbar als das Gros der Schizophrenien, ist kaum aufrechtzuerhalten. Die klinische Behandlung dient auch hier nicht nur, wie noch in der Schockära, der Beseitigung der akuten psychotischen Manifestationen; ihre wichtigste Aufgabe ist vielmehr die Einstellung auf eine nach Dosis und Substanz festgelegte Erhaltungsmedikation, die nach Beseitigung der produktiv-psychotischen Symptome Remissionen stabilisieren, Rezidive hintanhaltend und so die Rehabilitation ermöglichen soll. Die neueren Depot- und Langzeit-Neuroleptika haben hier die Behandlung wesentlich erleichtert. Bei den post-psychotischen reinen Residuen wird das Behandlungsziel, eine langfristige beständige Anhebung des energetischen Niveaus, oft besser durch Thymoleptika erreicht als durch dämpfende Neuroleptika. Gerade bei den Spät-

schizophrenien mit ihrem relativ günstigen Spontanverlauf - fast 2/3 psychopathologische Vollremissionen oder Teilremissionen auf leichte reine Residualsyndrome - kann heute mit Hilfe der medikamentösen Erhaltungsbehandlung die große Mehrzahl der Patienten einer sozialen Heilung zugeführt werden. Das bestmögliche Ergebnis läßt sich dann erzielen, wenn eine sachgerechte Psychopharmakotherapie mit Soziotherapie i. w. S. Hand in Hand geht.

## LITERATUR

- Anderson, M., Guerra, A. : Evoluzione e destino del nucleo "sensitivo" di carattere nei deliri di rapporto sensitivo. *Lav. neuropsichiat.* 19, 3 (1956)
- Angst, J., Perris, C. : Zur Nosologie endogener Depressionen. *Arch. Psychiatr. Neurol.* 210, 373 (1968)
- Berger, H. : Über die Psychosen des Klimakteriums. *Mschr. Psychiatr.* 22, Erg. -H. 13 (1907)
- Berner, P., Gabriel, E., Naske, R. : Verlaufstypologie und Prognose bei sog. Spätschizophrenien. In: *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen*. Hrsg. von G. Huber. Stuttgart, New York: Schattauer 1973
- Bleuler, M. : Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 15, 259 (1943)
- Failla, E., Grassi, B., Pisapia, A. : In tema di schizofrenia tardiva. Contributo clinico e nosografico. *Rass. Neuropsichiat.* 17, 339 (1963)
- Greger, J., Stahl, J. : Verlaufsuntersuchungen bei paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters. *Arch. Psychiatr. Neurol.* 209, 186 (1967)
- Gross, G., Huber, G., Schüttler, R., Hasse-Sander I. : Uncharakteristische Remissionstypen im Verlauf schizophrener Erkrankungen. In: *Ätiologie der Schizophrenien. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven*. Hrsg. von G. Huber. Stuttgart, New York: Schattauer 1971
- Gross, G., Huber, G., Schüttler, R. : Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenien. In: *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen*. Hrsg. von G. Huber. Stuttgart, New York: Schattauer 1973
- Huber, G. : Das Wahnproblem (1939 bis 1954). *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 23, 6 (1955)
- Huber, G. : Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. *Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neurologie*. H. 79. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957
- Huber, G. : Chronische Schizophrenie. *Synopsis klinischer und neuroradiologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltspatienten. Einzeldarstellungen aus der theoretischen und klinischen Medizin*. Heidelberg, Frankfurt: Dr. Hüthig 1961
- Huber, G. : Wahn (1954 bis 1963). *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 32, 429 (1964)

- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R.: A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course and prognosis. *Acta psychiat. scand.* 52, 49 (1975)
- Janzarik, W.: Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter. *Nervenarzt* 28, 535 (1957)
- Klages, W.: Die Spätschizophrenie. Biographie und Klinik schizophrener Ersterkrankungen des mittleren Lebensalters. Stuttgart: Enke 1961
- Kleist, K.: Die Involutionssparanoia. *Allg. Z. Psychiatr.* 70, 1 (1913)
- Kraepelin, E.: Über paranoide Erkrankungen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 11, 617 (1912)
- Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin: Springer 1927
- Mayer-Gross, W.: Die Schizophrenien: Atypische Gestaltung. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Hrsg. von O. Bumke. Bd. 9. Berlin: Springer 1932
- Meggendorfer, F.: Über die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. *Z. Neurol.* 101, 387 (1926)
- Scheid, W.: Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. *Z. Neurol. Psychiatr.* 150, 528 (1934)
- Schimmelpenninck, G. W.: Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte. *Bibl. Psychiatr. Neurol.*, Fasc. 128. Basel, New York: S. Karger 1965
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 10. Aufl. Stuttgart: Thieme 1973
- Siegel, E., Rollberg, I.: Über Spätschizophrenien. *Wien. Z. Nervenheilk.* 28, 145 (1970)
- Sternberg, E.: Neuere Forschungsergebnisse bei spätschizophrenen Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 40, 631 (1972)
- Stransky, E.: Dementia tardiva. *Msehr. Psychiatr.* 18, Erg.-H. 1 (1906)
- Weitbrecht, H. J.: Zur Frage der paranoiden Rückbildungspsychosen. *Nervenarzt* 12, 329 (1939)

Prof. Dr. G. Huber  
 Priv. Doz. Dr. Gisela Gross  
 Dr. R. Schüttler  
 Abteilung für Psychiatrie und  
 Neurologie der  
 Medizinischen Hochschule Lübeck  
 D-2400 Lübeck, Ratzeburger Allee 160  
 Bundesrepublik Deutschland