

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

HEBEPHRENIE

Schizophrene Ausdrucks- und Verlaufsform

Hebephrenie – ein Fachbegriff, der nicht jedem geläufig sein dürfte. Dabei handelt es sich um die Verlaufsform einer der bekanntesten seelischen Störungen, der Schizophrenie. Allerdings ist sie in letzter Zeit in eine kontroverse wissenschaftliche Diskussion geraten, die Begriff und Krankheitsbild löschen will. Was heißt das, wenn man sich einmal den psychiatrie-historischen Hintergrund und die damit verbundenen Krankheits-Schilderungen über mehr als 100 Jahre vor Augen führt?

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht aus psychiatrischen Experten-Kreisen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Hebephrenie – Schizophrenie – paranoide Schizophrenie – katatone Schizophrenie – Schizophrenia simplex – Dementia praecox – Fachbegriffe – historische Aspekte – Psychiatrie-Geschichte – Beschwerdebild der Hebephrenie – auffällige Symptome der Hebephrenie – Affektstörungen – Ambivalenz – Autismus – Wahn – Sinnestäuschungen – Assoziationslockerung – emotionale Stumpfheit – kindisch-läppische Wesensart – sinnloses Lachen – gezierte Redeweise – Erregungszustände – Manierismen – seelische Verflachung – unangebrachte Gemütsregungen – zielloses Verhalten – Denkstörungen – Weitschweifigkeit – zerfahrene Sprache – Hebephrenie und ICD-10 – Hebephrenie und DSM-5[®] – Zukunft der Hebephrenie – u.a.m.

Ein seelisches Krankheitsbild, das vor allem im vergangenen 20. Jahrhundert die Allgemeinheit besonders irritiert, die Ärzteschaft beschäftigt und die psychiatrische Forschung intensiviert hat, ist die Schizophrenie. Da man mehrere

Ausdrucks- und Verlaufsformen unterteilte, sprach man auch von den Schizophrenien. Von den zahlreichen Unterteilungen, je nach Leidensbild, Verlauf und spezifischen Besonderheiten, beschrieben von den jeweiligen professoralen Meinungsbildnern der entsprechenden Epoche (s. u.), kristallisierten sich vor allem die paranoide oder paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, die katatone Schizophrenie, die hebephrene Schizophrenie und die Schizophrenia simplex heraus. Daneben noch – wie erwähnt – zahlreiche andere Formen, die jedoch weniger wissenschaftlichen Anklang und alltags-praktische Bedeutung erlangten. Einzelheiten dazu, vor allem was Fachbegriffe, Krankheitszeichen und Störungsbilder anbelangt, siehe die entsprechenden Lehrbücher und auch Beiträge in dieser Serie.

Während die paranoide(-halluzinatorische) Schizophrenie unverändert aktuell ist, nicht zuletzt wegen ihrer namens-gebenden eindrucksvoll-folgeschweren Symptomatik mit Wahn und Sinnestäuschungen, ist es um die anderen Verlaufsformen ruhiger geworden. Für die katatone Schizophrenie beginnt sich wieder ein allgemeines und (damit?) wissenschaftliches Interesse zu regen, was vor allem auf das ggf. irritierende Leidensbild zurückgeht: so genannte Bewegungs-Sperrungen bis zur Erstarrung oder als Gegensatz ungewöhnliche Erregungszustände, ferner Verstummen, stereotype oder außergewöhnliche Haltungs-Formen sowie organisch belastende Funktionsstörungen (Herzrasen, erhöhte Körpertemperatur u. a.). Einzelheiten dazu siehe auch das Kapitel über die Katatonie in dieser Serie.

Das kann man nun für die *Hebephrenie* nicht behaupten. Dabei stellte sie fast ein Jahrhundert lang ein durchaus bedeutendes psychopathologisches Phänomen dar, vor allem als Unterform der schizophrenen Psychosen beschrieben, um als solche auch Eingang zu finden in die psychiatrischen Lehrbücher sowie die offiziellen Diagnose-Manuale (ICD und DSM – siehe später). Das hat sich inzwischen also geändert. In den psychiatrischen Lehrbüchern und Lexika findet man sie zwar noch aufgeführt, allerdings mit jeder Auflage zunehmend randständig, gleichsam historisch abgetan. Bei den beiden ton-angebenden Klassifikations-Systemen ist sie entweder übergegangen worden (DSM) oder dürfte bei der nächsten Auflage einem ähnlichen Schicksal entgegensehen (ICD).

Damit droht der *Hebephrenie* ein zwar in der Medizin-Geschichte nicht seltenes, für die Betroffenen, ja psychiatrisch Tätigen ggf. bedenkliches Schicksal. Denn die nüchterne Frage lautet: Wenn man den Fachbegriff „Hebephrenie“ löscht, ist dann damit auch das Krankheitsbild bzw. seine Betroffenen (völlig) verschwunden? Und wenn ja, wohin sind sie dann klassifikatorisch eingeordnet worden – falls überhaupt? Und vor allem so gründlich und detailliert erforscht und beschrieben wie es Jahrzehnte lang die Regel war.

Kurz: Hier lohnt sich ein gewisses Hinterfragen und damit ein Überblick über das, was die Hebephrenie wissenschaftlich, klinisch und vor allem individuell als Leidensbild ausmacht(e). Dazu nachfolgende komprimierte Übersicht auf

der Grundlage eines informativen Fachbeitrags der Professoren M. Jäger (Bezirkskrankenhaus Kempten), T. Becker und M. E. Wigand (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm in Günzburg) in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 1 (2018) 18 (ausführliche Zitation am Ende dieses Beitrags). Im Einzelnen:

Die Psychiatrie im gesellschaftlichen Kontext

Die Psychiatrie (und Psychotherapie) gilt zwar als medizinischer Fachbereich, allerdings mit einem erheblichen Anteil gesellschaftlicher, ja kultureller Entwicklungs-Aspekte der jeweiligen Zeit. Das hat für den diagnostischen Einzelfall und seine therapeutischen Bemühungen ganz erhebliche Konsequenzen. Damit nahm nicht nur die „alte Seelenheilkunde“, sondern nimmt auch die moderne Psychiatrie eine Sonderstellung unter den medizinischen Disziplinen ein, da sich bisher nur eine begrenzte Zahl seelischer Störungen konsistent auf naturwissenschaftliche bzw. neurobiologische Gesetzmäßigkeiten zurückführen lassen, so die Experten. Hier gilt es eben nicht nur naturwissenschaftliche, sondern auch kulturwissenschaftliche Überlegungen einfließen zu lassen, was bei komplexen Phänomenen besondere Schwierigkeiten aufwirft, vor allem wenn man sie in ein so genanntes Typus-Konzept eingliedern will. Trotzdem wurde immer wieder versucht, seelische Krankheitsbilder typologisch zu ordnen, was zu einer Reihe psychopathologischer Konstrukte führte.

Solche Konstrukte, also Arbeitshypothesen, sind auch in anderen Bereichen die Regel und müssen sich dann halt auf verschiedenen wissenschaftlichen Ebenen bewahrheiten und damit in der Forschung konstruktiv und im Alltag von Klinik und Praxis als konkret hilfreich erweisen.

Wie steht es nun in diesem Zusammenhang mit dem psychopathologischen Konstrukt der Hebephrenie, und zwar von der historischen Entwicklung bis zur aktuellen Bewährung in Diagnose und Therapie. Dazu eine Übersicht der erwähnten Experten (zur Erläuterung der einzelnen Fachbegriffe siehe auch die Psychopathologie-Serie in www.psychosoziale-gesundheit.net):

Historische Aspekte zur Hebephrenie

Das Krankheitsbild „Hebephrenie“, in welcher Leidensform auch immer, ist natürlich so alt wie die Menschheit und auch in der Ärzteschaft bereits im 19. Jahrhundert beschrieben. Der Begriff geht auf den Psychiater Professor Dr. Ludwig Kahlbaum zurück, die erste Krankheits-Darstellung auf seinen Schüler Professor Dr. Ewald Hecker. Dabei ging es um eine Krankheitsform, die zumeist im Anschluss an die Pubertät auftritt, zunächst wechselnde Auffälligkeiten zeigt und dann schnell zu einer „eigentümlichen Form des Schwach-

sinns“ überleitet. Nachfolgend die wichtigsten Symptome dieser Erstbeschreibung aus dem Jahre 1871:

„Es beginnt oft mit unbestimmter namenloser Traurigkeit und Bedrücktheit des Gemüts“. Dann eine allmähliche Entwicklung von „bestimmten, aber meist sehr wechselnden Wahnvorstellungen“. Irritierend schließlich eine heitere Stimmung, weil im Kontrast zur früheren melancholischen Empfindung. Dazu der Trieb zum Lachen und zu „albernen Scherzen“. Daneben ein zweck- und zielloses und vor allem wiederum albernes Handeln, flüchtige „bizarre Einfälle“ und ein Hang zum „Vagabundieren“. Ferner unverkennbare formale Denkstörungen in Form einer „Abweichung von der logischen Satzbildung“ und einer „auffälligen Neigung, an einem einmal aufgenommenen Gesprächsthema haften zu bleiben“. Und schließlich das frühe Auftreten eines „eigentümlichen albernen Schwachsinn“ mit „Anfällen von Aufregung“ und schließlich auch periodisch auftretenden Halluzinationen (Sinnestäuschungen). So die Erstbeschreibung von E. Hecker aus dem Jahre 1871.

Für die Ärzteschaft ist das eine ungewöhnliche Symptomatik, früh ausbrechend, mit wechselhaftem Verlauf der verschiedenen Zustandsformen (Melancholie, manische Hochstimmung, Verwirrtheit) und vor allem einem enorm schnellen Übergang in einen „seelischen Schwächezustand“ in der eigentlichen Form eines „Terminalblödsinns“, wie es damals hieß.

Der Erstbeschreiber war auch der Meinung, dass es sich nicht nur um einen einheitlichen Symptomen-Komplex mit einem bestimmten genau vorhersehbaren Verlauf handle, sondern auch um eine gemeinsame Ursache. Die – so die wissenschaftliche Schlussfolgerung – könne jedoch nur durch pathologisch-anatomische Untersuchungen des Gehirns erbracht werden.

Diese Erst-Beschreibung wurde 1899 von dem berühmten Psychiatrie-Professor Emil Kraepelin wieder aufgenommen, der ebenfalls eine Krankheitseinheit vermutete, die durch die jeweils gleichen Ursachen auf neuropathologischer Grundlage und den gleichen Verlauf charakterisiert sei. Allerdings musste auch er sich auf die rein klinische Beobachtung beschränken, wohl wissend, dass hier noch die entsprechend organisch begründeten Bestätigungen fehlten (Neuropathologie = Lehre von den abnormen und krankhaften Veränderungen im Nervensystem).

E. Kraepelin unterschied jedoch schon früh zwei große Bereiche auf dieser Krankheits-Ebene, nämlich das auch heute noch akzeptierte „manisch-depressive Irresein“ (später manisch-depressive Psychose, heute bipolare Störung genannt) und die „Dementia praecox“, die er anfangs noch mit der „Hebephrenie“ bedeutungsgleich verwendet wissen wollte. Später allerdings unterteilte er drei Hauptgruppen mit fließenden Umgängen, nämlich die hebephrenische, katatonische und paranoide Form.

Bei den typischen Symptomen der hebephrenen Form wiederholte er im Wesentlichen die bekannte Symptomatik.

Beispiele: allmähliche Veränderung im Wesen des Kranken, gelegentlich traurige Verstimmung am Krankheitsbeginn, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, verfälschtes Krankheits-Bewusstsein, gemütliche (d. h. emotionale) Stumpfheit und Gleichgültigkeit, Trägheit und Schwerfälligkeit oder kindisch-läppischer Zug im Handeln sowie gegenstandsloses Lachen, gezierte Rede-weise, unregelmäßige Nahrungsaufnahme und bisweilen Erregungszustände.

Kern-Problematik war auch für ihn eine sich meist allmählich ausprägende, seltener akute Geistesstörung im Sinne eines einfachen, mehr oder weniger hochgradigen geistigen Schwächezustands.

Eine bedeutsame inhaltliche wie klassifikatorische Entwicklung erfuhr die Seelenheilkunde durch den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der in seinem berühmten Buchbeitrag 1911 erstmals von der „Gruppe der Schizophrenien“ sprach und sich nicht nur auf Störungen mit ungünstigem Verlauf beschränkte. Bei seinem Versuch, gemeinsame charakteristische Krankheitszeichen herauszuarbeiten, unterschied er Grund- und akzessorische (zusätzliche) Symptome.

Zu Ersteren zählte er unter anderem Assoziationslockerung (Auflockerung von Gedankenabläufen), Affektstörungen (des Gemüts), Ambivalenz (gleichzeitiges Bestehen gegensätzlicher Strebungen, Handlungen und Gefühle) und Autismus Außerdem Wahn, Sinnestäuschungen oder katatone Phänomene (Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Auch er unterschied zwischen paranoiden, katatonen und hebephrenen Formen, fügte aber noch die „einfache demente Form der Schizophrenia simplex“ hinzu.

Die Schizophrenien, in welcher Unterform-Verteilung auch immer, blieben damit in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts das dominante Forschungs-Thema. Dabei traten mehrere Autoren hervor, zunehmend aber auch wissenschaftliche Gruppierungen, Schulen genannt. Eine davon war die so genannte Heidelberger Schule der Psychopathologie, die die Symptome seelischer Erkrankungen in eine sinnvolle psychopathologische Ordnung zu bringen suchte. Sie bestätigte die alte Dreiteilung zwischen hebephrenen, katatonen und paranoiden Störungsbildern und für die Hebephrenie als Symptomatik die Störungen im Bereich von Denken, Affekt und Willen, konkret: Denkstörungen, Aktivitäts-Nachlass und Gefühlsverödung (bis zur schnippisch-läppischen Grundstimmung), die schließlich in die Denkzehr-fahrenheit mündete.

Auch der in der damaligen DDR führende Psychiater Professor Dr. K. Leonhard unterteilte die endogenen Psychosen noch einmal in phasische und zyklische Psychosen, unsystematische und systematische Schizophrenien und

Letztere noch einmal in die katatonen und hebephrenen sowie paraphrenen (chronisch verlaufenden) Formen. Innerhalb des hebephrenen Krankheits-Verlaufs unterschied er zwischen „läppischer, flacher, verschrobener und autistischer Hebephrenie“, was er jeweils sehr differenziert ausführte. Beispiele:

- *Läppische Hebephrenie*: affektive Abstumpfung, Neigung zum Lachen und zu „kindischen Streichen“, gereizte Verstimmungen und Antriebsminderung
- *Flache Hebephrenie*: affektive Abstumpfung, sorglos-zufriedene Stimmung, intermittierende Verstimmungen, Trugwahrnehmungen
- *Verschrobene Hebephrenie*: affektive Verflachung, Manierismen (ungewöhnliches Ausdrucksverhalten in Mimik, Gestik und Sprache), Zwangshandlungen, Stereotypien (formelhafte Erstarrung einzelner Verhaltensweisen von bestimmten Gesten, Formulierungen oder Bewegungen), Verstimmungszustände, ethische Abstumpfung
- *Autistische Hebephrenie*: affektive Abstumpfung, Autismus, Antriebsmangel, Verstimmungszustände, missmutige Stimmungslage

Auch er sprach bei der hebephrenen Form von einem schleichenden Verlauf mit ungünstiger Prognose, vor allem „affektivem Abbau“, wobei zu Beginn aber auch depressive und euphorische Verstimmungen, Erregungen und Stimmungen sowie Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen möglich sind.

Eines der bedeutendsten deutschsprachigen Lehrbücher der Psychiatrie war und ist (jetzt vor allem aus historischer Sicht) die *Klinische Psychopathologie* von Professor Dr. K. Schneider, inzwischen in der 15. deutschen Auflage (und im Übrigen auch in zahlreiche andere Sprache übersetzt). Ihr besonderer Wert liegt in der differenzierten psychopathologischen Beschreibung seelischer Störungen, und hier vor allem in der Abgrenzung der Schizophrenie von der Zyklothymie, d. h. den affektiven Psychosen (also Depressionen). Was die Schizophrenie anbelangt, so fand er die einfachen, katatonen und paranoiden Formen noch für den Praxisalltag als brauchbar, sah aber in der Hebephrenie lediglich eine alters-typische Verlaufs-Bezeichnung.

Ähnlich Professor Dr. K. Conrad in seinem – großes wissenschaftliches Interesse auslösenden – Beitrag über die beginnende Schizophrenie (2002). Auch er hielt die traditionellen Subtypen für nicht sinnvoll, wählte eher einen gestalt-psychologischen Zugang zur psychopathologischen Charakterisierung schizophrener Psychosen und unterschied verschiedene typische Phasen. Beispiele: affektive Symptome wie Angst und Depression, Phänomene wie Wahnwahrnehmungen, Halluzinationen und Ich-Störungen, katatone Krankheitszeichen u. a. Für ihn waren vor allem verschiedene Krankheits-Tiefen oder -Phasen wichtig. Die als hebephren bezeichneten Formen interpretierte er als insbesondere frühe Erkrankungs-Belastung.

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts, vor allem ab den 1960er Jahren, waren es zudem weniger einzelne wissenschaftlich tätige Kliniker, sondern international (ICD) bzw. national mit internationaler Ausstrahlung (DSM) aufgestellte Institutionen, deren Empfehlungen von entsprechenden Arbeitsgruppen erarbeitet wurden. Ihre Aufgabe sehen sie besonders in einer standardisierenden und damit vereinheitlichenden Klassifikation, die für alle verbindlich sein sollten und damit natürlich zu einheitlicheren bzw. fundierteren Erkenntnissen führen. Das begann mit der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-8 und später ICD-9 der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der erstmals Subtypen der Schizophrenie aufgeführt wurden, zu denen auch die Hebephrenie gehörte. Dies ist bis heute so geblieben, wobei sich neben der hebephrenen, paranoiden und katatonen auch die undifferenzierte Schizophrenie findet sowie drei Sonderformen, nämlich die postschizophrene Depression, das schizophrene Residuum und die Schizophrenia simplex.

Die diagnostischen Kriterien der derzeit noch verbindlichen ICD-10 für die hebephrene Schizophrenie werden in den so genannten Forschungskriterien wie folgt zusammengefasst:

- A. Erfüllen der allgemeinen Kriterien für die paranoide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Schizophrenie.
- B. Verflachung bzw. Oberflächlichkeit des Affektes oder Inadäquatheit bzw. Unangebrachtheit des Affektes.
- C. Zielloses bzw. unzusammenhängendes Verhalten oder eindeutige Denkstörungen (unzusammenhängende, weitschweifige oder zerfahrene Sprache).
- D. Halluzinationen oder Wahnphänomene lediglich in leichter Form, ohne das klinische Bild zu bestimmen.

Auch in dem US-amerikanischen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen war das Hebephrenie-Konzept bis zum DSM-IV in Form des desorganisierten Subtypus der Schizophrenie enthalten. Die neueste Version, das DSM-5[®], verzichtet jedoch auf eine typologische Unterteilung der Schizophrenie. Ursache waren Zweifel an der Validität (Gütekriterium der entsprechenden Untersuchungsverfahren) der traditionellen Subtypen der Schizophrenie, wie entsprechende Studien nahelegten.

Außerdem wurde deutlich, dass in den letzten Jahrzehnten zumindest in wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen immer seltener die klassischen Unterteilungen Verwendung fanden. Das führte dazu, dass man auch im psychiatrischen Alltag von Klinik und Praxis zunehmend darauf verzichtete. Und es führte dazu, dass die entsprechenden Arbeitsgruppen der WHO in Bezug auf die demnächst zu erwartende ICD-11 immer häufiger über einen Ver-

nicht diskutieren. Damit würde das Hebephrenie-Konzept definitiv aus den offiziellen Diagnose-Manualen herausfallen.

Schlussfolgerung

Als wesentliche psychopathologische Charakteristika, die die verschiedenen Beschreibungen der Hebephrenie in den vergangenen über 100 Jahren gemeinsam haben, lassen sich also herausarbeiten:

Störungen des Affektes (bis hin zur „Gefühlsverödung) oder „affektive Abstumpfung“, Störungen von Antrieb und zielgerichtetem Verhalten sowie formale Denkstörungen. Häufig finden sich dabei bestimmte Gemüts-Besonderheiten wie „albernes Scherzen“, „gegenstandsloses Lachen“ oder „läppische Art“. Das sind zwar sehr auffällige und gut beschreibbare Symptome, ergänzt durch eine Reihe weiterer Hinweise, wie sie oben immer wieder aufgezählt werden, doch bleibt damit ein Problem, nämlich das der Operationalisierung. So auch die Feststellung der Experten M. Jäger, T. Becker und M. E. Wigand:

„Ein wesentlicher Grund für die aktuelle Krise des Hebephrenie-Begriffs dürfte darin liegen, dass sich weder das gesamte Konzept der Hebephrenie noch die zugehörigen psychopathologischen Phänomene leicht operationalisieren lassen. So bereitet es große Schwierigkeiten, Störungen des Affektes, die Kern-Symptome der Hebephrenie, reliabel (zuverlässig, messgenau) zu erfassen. Daher können diesbezügliche Daten auch nicht weiter statistisch verarbeitet werden. Während aus den ursprünglichen paranoiden und katatonen Subtypen der Schizophrenie heute die nosologie-unabhängigen paranoiden und katatonen Symptome bzw. Syndrome wurden, gab es für die Hebephrenie keine entsprechende Entwicklung“.

Das zeigt sich auch in der Entscheidung der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) in ihrem neuesten Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störung – DSM-5[®], das Hebephrenie-Konzept nicht mehr zu berücksichtigen; und in dem wahrscheinlich ähnlichen Schicksal in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-11 in der nächsten Auflage. Auch andere Klassifikationen wie das weit verbreitete System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) liegen auf dieser Entscheidungs-Ebene.

Andererseits gibt es interessante Überlegungen, auf die die Experten mahnend hinweisen: In einigen Teil-Aspekten steht nämlich die Hebephrenie als psychopathologischer Typus in Konkurrenz zum Konzept der Autismus-Spektrum-Störungen, die immer mehr Interesse und damit Forschungs-Aktivitäten in Klinik und Praxis finden. Autismus war schon bei den früheren Beschreibern ein Teil-Aspekt bis hin zur „autistischen Hebephrenie“ und beginnt üblicherweise ebenfalls schon sehr früh, nämlich bereits im Kindesalter.

So gibt es heute bereits empirische Befunde, die auf eine Überschneidung der Schizophrenie mit den autistischen Störungen hinweisen. Meist erklärt man sie zwar als so genannte „Ko-Morbidität“ (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt), doch wird auch darüber spekuliert, ob Autismus-Spektrum-Störungen in manchen Fällen als unspezifisches Prodromal-Stadium (Vorläufer-Stadium) einer sich später ausprägenden hebephrenen Schizophrenie zu deuten sind.

Auf jeden Fall schließen die Professoren M. Jäger, T. Becker und M. E. Wigand in ihrem informativen Beitrag mit folgendem Fazit für die Praxis:

„Die Hebephrenie stellt auch heute noch ein brauchbares psychopathologisches Konstrukt dar, mit dessen Hilfe es gelingt, Veränderungen des Affektes zu erfassen und mit diesem klinischen Prägnanz-Typ assoziierte, typische Verläufe zu beschreiben. Sie kann als idealtypisches Konstrukt angesehen werden, dem vor allem ein heuristischer Wert (also zu neuen Erkenntnissen führend) zukommt. In einer Ergänzung zur dimensionalen Erfassung des Querschnittsbefundes bietet sich diagnostisch eine differenzierte Verlaufs-Typologie an, die auch die Hebephrenie enthalten sollte. Verzichtet man in Zukunft wie heute bereits im DSM-5[®] auf die Verwendung des Hebephrenie-Konzeptes, so droht wesentliches psychopathologisches Wissen verloren zu gehen. Daher sollte in der ICD-11 der Hebephrenie-Begriff erhalten bleiben“.

LITERATUR

Grundlage dieses Beitrags ist der Fachartikel

*M. Jäger (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Kempten, Akademischer Lehrkrankenhaus der Universität Ulm), T. Becker und M. E. Wigand (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Günzburg): **Hebephrenie – ein brauchbares psychopathologisches Konstrukt?** Der Nervenarzt 1 (2018) 18*

Dort auch ausführliche, insbesondere historische Literaturhinweise zum Thema.