

Die Jugendpsychosen

(Dementia praecox, hebephrenische Psychosen, Schizophrenie).

Von

Albert Knapp, Chicago¹.

(Eingegangen am 19. Oktober 1927.)

Wenn Sie durch eine große Irrenanstalt gehen, bekommen Sie die trostlosesten und niederdrückendsten Eindrücke auf den Stationen, wo die im jugendlichen Alter Verblödeten versammelt sind. Sie stehen in den Ecken, hocken auf dem Boden, machen seltsame Bewegungen, mit verzwungener Haltung, mit ausdruckslosem Gesicht, ohne Spuren geistigen Lebens, ohne Interesse für ihre Umgebung Tag für Tag, jahraus jahrein dasselbe verkümmerte Leben führend. Bedenken Sie, daß die Zahl dieser jugendlichen Verblödeten auf mehr als 25%, von manchen Psychiatern selbst auf annähernd 50% geschätzt wird, und daß deren Versorgung jahre- und jahrzehntelang der Allgemeinheit zur Last fällt, so können sie ermessen, von welcher eminenter Bedeutung die Kenntnis dieser Psychosen ist.

Es wäre von hohem *praktischen* Interesse, wenn sich der statistische Nachweis darüber erbringen ließe, wie hoch der volkswirtschaftliche Schaden, in Ziffern ausgedrückt, zu veranschlagen ist, der durch diese Jugendkrankungen veranlaßt wird. In Betracht zu ziehen wäre bei einer solchen Berechnung nicht bloß die Höhe der Verpflegungs- und Versorgungskosten, sondern auch der Ausfall an Arbeitsleistung und der Schaden, welcher durch verkehrte, Werte vernichtende und teilweise zu strafrechtlicher Verfolgung führende Handlungen über Familie und Gesellschaft gebracht wird. Mit aller Reserve möchte ich die Vermutung äußern, daß unter sämtlichen chronischen Krankheiten nach den tuberkulösen Erkrankungen und den funktionellen Nervenleiden die hebephrenischen Psychosen am verhängnisvollsten für den Nationalwohlstand sind.

Noch mehr als die paralytischen Seelenstörungen; denn die Gehirnerweichung bricht meist in vorgerücktem Lebensalter aus, wenn sie auch oft genug Männer von der Höhe ihrer Schaffenskraft hinab ins Elend stürzt, und rafft die Befallenen nach wenigen Wochen, Monaten

¹ Nach einem vor der University of Wisconsin in Madison gehaltenen Vortrag.

oder Jahren hinweg, während die hebephrenischen Erkrankungen das Opfer an der Schwelle des Mannesalters befallen, den Träger, noch ehe er der Gesellschaft genützt hat, unbrauchbar machen und ihn häufig jahrzehntelang als eine Last für die Allgemeinheit geradezu konservieren.

Weltbekannt sind diese Erkrankungen als „*Dementia praecox*“ durch *Kraepelin* geworden, dessen Lehrbuch in eine Reihe von Sprachen übersetzt ist. *Wernicke* bevorzugte den Ausdruck „*hebephrenische Erkrankungen*“, den häufigen ätiologischen und symptomatologischen Zusammenhang mit dem Pubertätsprozeß zum Ausdruck bringend. Beide Bezeichnungen sind anfechtbar, und auch der von *Bleuler* gewählte Ausdruck „*Schizophrenie*“, vielleicht der zutreffendste von allen, deckt die Sachlage nicht völlig, so daß wir die Wiedertaufe und die endgültige Namengebung des Schmerzenskindes von der Zukunft erwarten müssen.

Nicht minder groß, als das praktische Interesse, ist das wissenschaftliche, welches die hebephrenischen Erkrankungen beanspruchen. Den Schlüssel für das Verständnis derselben geben uns die paralytischen Psychosen.

Keiner hat so früh und mit solcher Schärfe wie *Wernicke* darauf hingewiesen, daß das Bild jeder der bekannten sogenannten funktionellen, d. h. zur Zeit noch nicht auf anatomische Veränderungen zurückzuführenden Psychosen sich auch auf paralytischer Grundlage einstellen kann. So können, wenn auch selten und nur bei einer besonders günstigen Konstellation der Umstände, anscheinend reine Manien, Melancholien, Angstpsychosen, Motilitätspsychosen usw. paralytischer Ätiologie als zufällige Krankheitsphasen in dem Gesamtprozeß der organischen Erkrankung sich ausbilden.

Wernicke hat daher von der Paralyse als einer ätiologischen Krankheitsgruppe gesprochen. Ihr sollte die Gesamtheit der *hebephrenischen Psychosen als eine 2. ätiologische Krankheitsgruppe* an die Seite zu setzen sein. Wie die paralytischen Erkrankungen auf syphilitische Veränderungen zurückzuführen sind, so sollen die hebephrenischen, wenigstens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, *im Zusammenhang mit, mit Anschluß an und meist als Folge von den durch die Pubertätsvorgänge bedingten Umwälzungen auf physischem und psychischem Gebiet entstehen.*

Wie dem paralytischen Gesamtprozeß bestimmte histologische Veränderungen zugrunde liegen, wie die Vielgestaltigkeit der Symptomenkomplexe durch die Verschiedenheit der Lokalisation des anatomischen Befundes bedingt ist, so sind auch für die Psychosen hebephrenischer Ätiologie histologische Veränderungen im Gehirn zu postulieren, die je nach der Verschiedenheit der Lokalisation dieser Störungen oder je nach dem Sitz der in ihrem Gefolge transitorisch auftretenden sekun-

dären, vielleicht vasomotorischen, öfter den Fernwirkungen organischer Hirnerkrankungen gleichender Störungen die verschiedensten klinischen Krankheitsbilder hervorrufen. Wir können also auf *hebephrenischem Boden sämtliche funktionellen Psychosen als vorübergehende Zustandsbilder von längerer oder kürzerer Dauer erwachsen sehen, so daß gelegentlich hebephrenische Manien, Melancholien, Angstpsychosen, Halluzinosen, Motilitätspsychosen in denkbar reinsten Form angetroffen werden.*

Sie fragen mit Recht, welches die Kriterien sind, die uns veranlassen, z. B. eine Manie nicht als eine bei einem zufällig in den Pubertätsjahren stehenden Individuum ausgebrochene heilbare funktionelle Erkrankung anzusehen, sondern sie für prognostisch ungünstig, zur Demenz hintreibend, auf hebephrenischer Grundlage erwachsen zu erklären.

Bei den paralytischen Psychosen werden wir durch die körperlichen Symptome auf den richtigen diagnostischen Weg geleitet, auch wenn das psychische Bild die Annahme einer Defektpsychose nicht mit Sicherheit gestatten würde. Bei den hebephrenischen Erkrankungen sind die *körperlichen Symptome* viel seltener und viel weniger eindeutig. Sie fehlen zwar nicht — und es gebührt ihnen eine viel größere diagnostische Bedeutung, als ihnen gemeinhin zuerkannt wird. Pupillenanomalien, Sprechstörungen, cerebrale Herdsymptome, Facialisstörungen, Anomalien der Sehnenreflexe, Veränderungen des Muskeltonus, Störungen der Sensibilität und der Urinentleerung, sekretorische und vasomotorische Symptome, Krämpfe und Bewußtseinsstörungen, oft mit Temperatursteigerung kommen gelegentlich vor und können selbst die Unterscheidung von Paralysen schwer machen.

Wenn aber diese körperlichen Begleiterscheinungen fehlen, so sind wir darauf angewiesen, aus dem psychischen Symptomenkomplexe die prognostischen Anhaltspunkte zu gewinnen. Wir sehen uns immer wieder Fällen gegenüber, bei denen das augenblickliche Zustandsbild eine Entscheidung nicht ermöglicht und uns erst der weitere Verlauf zur Klarheit verhilft. In anderen Fällen bringt erst der 2. oder 3. Schub, der sich nach bald mehr bald weniger einer völligen Genesung gleichenden Remission einstellt, den unwiderleglichen Beweis für den hebephrenischen Charakter auch der 1. Attacke.

Wie bei den paralytischen Psychosen, so sehen wir auch bei den hebephrenischen häufig, daß ein *Syndrom von einem andern abgelöst wird, welches einer scheinbar fremden Krankheitskategorie angehört.* Wenn ein akinetischer Symptomenkomplex von einem hyperkinetischen abgelöst wird, wenn eine cyclische Motilitätspsychose im Sinne *Wernickes* sich ausbildet, so erwachsen beide Störungen auf demselben Boden; es handelt sich beidemale um eine krankhafte Abänderung der Motilität. Wenn Manie und Melancholie wie beim zirkulären Irresein

abwechseln, so handelt es sich immer um Störungen des Vorstellungsablaufes und der Affekte. Bei den hebephrenischen Prozessen aber wird etwa ein maniakalischer oder melancholischer Symptomenkomplex durch eine Motilitätspsychose oder ein der Halluzinose nahestehendes Krankheitsbild abgelöst, so daß in den verschiedenen Phasen des hebephrenischen Gesamtprozesses bald die psychomotorischen Störungen, bald die Störungen des Vorstellungsablaufes, bald die Abänderungen der Motilität das Krankheitsbild beherrschen können.

In der Regel geschieht der Übergang von einem Krankheitsbild zum anderen nicht unvermittelt, sondern ehe der Wechsel in ein andersartiges Syndrom erfolgt, wird das *ursprünglich reine Krankheitsbild durch vereinzelte artfremde Züge getrübt*. Wiederholt habe ich Kranke beobachtet, die unter dem Bilde einer klassischen affektiven Melancholie oder Manie in der präzisen engen Umgrenzung, die *Wernicke* diesen Psychosen gegeben hat, in die Klinik gekommen sind, ohne daß zunächst der Verdacht auf Komplikationen begründet gewesen wäre, die sich aber durch den Hinzutritt von rudimentären motorischen Symptomen, von degenerativen Erscheinungen, kurz von fremdartigen Zügen als melancholische oder manische Phasen eines hebephrenischen Prozesses erwiesen, schon ehe sich der Übergang in das Abbild einer ganz andern Psychose, etwa einer akinetischen Motilitätspsychose, vollzog.

Gerade das *Unreinerwerden des Symptomenkomplexes, die Abweichungen von den klassischen Krankheitsbildern und die Trübungen durch fremdartige Züge* sind es, welche für die hebephrenische Ätiologie beweisend sind. Wie bei der Paralyse, so herrschen auch bei der Hebephrenie die unreinen und gemischten Psychosen vor, die sich nicht in den Rahmen der allgemein anerkannten Krankheitsbilder fügen wollen. Gibt es doch *kein psychotisches Elementarsymptom, keine krankhafte Abänderung des Bewußtseinsinhaltes und der Bewußtseinstätigkeit, keine irgend erdenkliche Symptomenvariation und Kombination, die nicht von dem hebephrenischen Prozeß hervorgerufen werden könnte*.

Häufig genug treten die *psychotischen Symptome nur vereinzelt*, nur transitorisch und abortiv auf: bald melden sich psychosensorische Störungen, etwa in Gestalt vereinzelter, vornehmlich gleichgültiger Phänome oder Sensationen an, bald stellen sich vereinzelte motorische Symptome ein, bald werden Eltern durch eine vereinzelte, völlig unbegreifliche und unsinnige Handlung bei ihrem sonst anscheinend geordneten Kinde erschreckt, oder man wird durch gelegentliche Andeutungen intrapsychischer Störungen, ideenflüchtige Erscheinungen oder Inkohärenz des Gedankenablaufes, besonders in schriftlichen Ergüssen deutlich, überrascht, ohne daß die agitierten Zustände vorlägen, die sonst den Boden für diese Anomalien abzugeben pflegen.

Die schon im Beginn der Erkrankung häufig nachweisbare *Extensität*

des Krankheitsprozesses bei geringer Intensität halte ich für eines der wichtigsten diagnostischen Kriterien bei der Beurteilung ruhiger und unauffälliger Hebephrener.

Man hat es in solchen Fällen mit einer *Multiplizität kleiner, oft weit auseinander liegender Krankheitsherde* zu tun. Nur so läßt sich eine Erklärung für die oft beängstigende Polymorphie der Erscheinungsformen geben. Die *Hebephrenie ist eine ausgesprochene Herderkrankung des Gehirns, welche besonders das Assoziationsorgan ergreift, d. h. diejenigen Teile des Gehirns, die als Träger der seelischen Vorgänge zu gelten haben. Sie ist eine Herderkrankung, die sich, wie die multiple Sklerose, durch eine außerordentliche Vielgestaltigkeit der Symptome auszeichnet*, während wir andere Geistesstörungen, wie die akute Halluzinose, die Manie und Melancholie, die reinen, nicht durch intrapsychische Störungen komplizierten akinetischen oder hyperkinetischen Motilitätspsychosen mit den Systemerkrankungen des Rückenmarks vergleichen können.

Eines der wichtigsten Merkmale hebephrenischer Erkrankungen ist die *Neigung zur Verblödung* und in vielen Fällen das *frühzeitige Auftreten von Zeichen geistigen Verfalls*. Freilich kann die Größe und der Umfang des Defekts ein sehr verschiedener sein, und nur in einem Bruchteil der Fälle erscheint er so hochgradig, wie bei vorgeschrittener Paralyse; aber immerhin ergibt sich für uns bei jeder im jugendlichen Alter einsetzenden Psychose die Frage, ob das Verhalten des Kranken nicht schon den Stempel geistiger Schwäche trägt. Die von der Psychiatrie beherrschenden Richtung früher gepredigte Lehre von der „vollständig ungünstigen Prognose“ dieses Leidens ist zwar irrtümlich. Ich kenne Fälle, deren geniale Lebensführung und überragende Leistungen nach einem typischen Anfall dieser angeblich unheilbaren Krankheit den Gedanken an einen Defekt oder ein Absinken auf eine niedrigere Intelligenz- und Charakterstufe für jeden vorurteilslosen und unparteiischen Beobachter als unzulässig erscheinen lassen. In einem Fall dauerte der Anstaltsaufenthalt des anscheinend „verblödeten Katatonikers“ 4 Jahre; nachher war sein Name als eines Fürsten im Reiche der Kunst in aller Mund, und es waren besonders seine berühmten Fachgenossen, die ihm freigebig ihre Bewunderung entgegen trugen.

Aber in vielen Fällen verrät schon die Stellung, welche viele Hebephrenen ihren psychotischen Erscheinungen gegenüber einnehmen, einen schweren Defekt. Stellen Sie sich vor, wie ein geistig vollwertiges Individuum sich verhalten würde, wenn seine Bewegungen plötzlich seinem Willen entzogen würden, wenn er sich gezwungen sähe, zu tanzen, Fechterkünste zu treiben, zwecklose Bewegungen rhythmisch zu wiederholen, oder wenn auf einmal die Bewegungsmaschine und der Sprechapparat dem Willen gegenüber den Dienst völlig versagte? Gewiß wäre

ein hochgradiger Affekt die Folge: der geistig Vollwertige würde entweder ratlos der bisher nicht gemachten Erfahrung gegenüberstehen oder nach Erklärungen für den merkwürdigen Zustand suchen. Bei den reinen, nicht zur Verblödung führenden Motilitätspsychosen finden wir denn auch nicht bloß den entsprechenden Affekt, sondern auch oft vernünftig klingende Erklärungswahnideen, und bei den hebephrenisch bedingten Motilitätspsychosen ist die Wahrnehmung eines adäquaten Affektes oder von plausiblen Wahnideen ein beruhigendes Zeichen für die Prognose. In der Regel aber nimmt der Hebephrene diese Reiz- und Ausfallserscheinungen gleichmütig und gedankenlos hin, so daß das *Ausbleiben des Affektes der Ratlosigkeit oder von Erklärungswahnideen als ein prognostisch ungünstiges Symptom* anzusehen ist und uns den Verdacht nahelegt, daß wir es nicht mit einer unkomplizierten, heilbaren, funktionellen Psychose zu tun haben, sondern mit einer zufälligen Krankheitsphase in dem ominösen hebephrenischen Gesamtprozeß.

Den *abstrusen, konfusen und widerspruchsvollen Inhalt der Wahnideen* und besonders die *mangelnde Übereinstimmung zwischen Sinnes-täuschungen und Wahnideen einerseits und den Affekten andererseits*, der *Mangel des Bedürfnisses, den neuen Bewußtseinszuwachs mit dem alten Bewußtseinsinventar in ein logisches Verhältnis zu bringen*, hat der hebephrenische Blödsinn mit dem paralytischen gemeinsam. Auch die *Einbuße an Begriffen* ist nichts spezifisch Hebephrenisches. Aber im Unterschied zum paralytischen Blödsinn ist die *Merkfähigkeit oft auffallend gut* und erhält sich oft ein überraschend großer *Besitz an Gedächtnismaterial*. Dasselbe bildet aber ein *totes Kapital*; spontan wird kein Gebrauch davon gemacht; auch fehlt die Fähigkeit zu neuen Kombinationen.

Jede Form des erworbenen Blödsinns ist durch Verlust an Vorstellungen charakterisiert. Das bedeutet einen Verlust an Kraftquellen für die Bewegungsvorgänge, einen Verlust an inneren Antrieben, zu sprechen und zu handeln. Schweigsamkeit und Untätigkeit ist daher ein Hauptsymptom auch der hebephrenischen Demenz. Zu dem Ausfall an Initiativbewegungen kann sich der Mangel an Reaktivbewegungen zugesellen, so daß sich die Akinese bis zur Vernachlässigung der elementarsten vegetativen Funktionen steigert, und man die Kranken höhnen und bedrohen kann, ohne daß sie davon Notiz zu nehmen scheinen.

Andere Kranke erzählen mit dem gleichmütigsten Gesicht und im gleichgültigsten Tone, daß ihnen das schrecklichste Schicksal widerfahren sei, oder noch widerfahren solle, ohne den geringsten Anlauf zu nehmen, diesem Geschick zu entrinnea, oder sie behaupten, in den Besitz der begehrtesten Güter gelangt zu sein, ohne die Hand darnach auszustrecken.

Dem *hebephrenischen Verblödungsprozeß* sind aber häufig gewisse charakteristische Züge beigemischt, die ihn von dem Blödsinn anderer Genese unterscheiden, den Zusammenhang mit den Vorgängen der Pubertät und die Beeinflussung durch die Hemmungen in den Entwicklungsjahren in vielen Fällen unwiderleglich beweisen und den Ausdruck *hebephrenisch* nicht bloß als ein zeitliches, sondern auch als ein *ätiologisches Attribut* vielfach gerechtfertigt erscheinen lassen. Diejenigen Eigenschaften, welche auch bei dem normalerweise in den Jahren der Geschlechtsreife sich einstellenden Umschwung der körperlichen und psychischen Entwicklung sich unangenehm bemerkbar machen und Eltern, Lehrer und Erzieher vor schwierige pädagogische Aufgaben stellen, finden sich bei den hebephrenischen Kranken oft schon vom Anfang an, aber ins Übertriebene gesteigert, gewissermaßen potenziert und verzerrt wieder.

Die mehr oder weniger stürmisch sich vollziehenden körperlichen Veränderungen und der damit in Verbindung stehende psychische Umformungsprozeß, welcher das Kind zum Manne macht, drücken dem in den Übergangsjahren Stehenden den Stempel des Unfertigen, Unharmonischen, Unausgeglichnen auf. Erst nach manchem vergeblichen Anlauf gelingt es, die Brücke von der Harmlosigkeit und Unmittelbarkeit des Kindes zu dem sicheren, in sich gefestigten Wesen des Mannes zu finden.

Das Gefühl der eigenen Unsicherheit, und der Wunsch, der neuen Rolle gewachsen zu erscheinen und die eigene Unsicherheit zu verdecken, bedingen ein eigentümliches Gemisch verlegenen und vorlauten Wesens. Diese Züge steigern sich bei den jugendlichen Kranken zu dem bekannten *läppischen und albernen Gebaren, zu der Bizarrerie und Verschrobenheit, zu dem bald geziert schüchternen, bald anmaßenden Auftreten*, welches die Beeinflussung dieser Unglücklichen so sehr erschwert.

Die Vorliebe für klingende Redensarten, pathetische, schwulstige Ausdrücke, hochtrabende Wendungen, die Freude an fremdartigen und halbverstandenen Phrasen und überschwenglichen Worten, die Neigung zu gewaltsamen Wortspielereien, sinnlosen Klangwiederholungen, geschraubten Reimen, die Sucht, sich mit den höchsten Problemen zu befassen und sie mit einigen überlegen klingenden Schlagworten zu einer trivialen Lösung zu führen, Beobachtungen, welche uns in den Schriftstücken Hebephrener oft genug entgegentreten, finden ihre Anklänge in den Aufsätzen, in den Briefen, in den Reden und Versen so manches Primaners und Backfisches.

Die Vorstellungstätigkeit steht in den kritischen Jahren weniger unter der Herrschaft logischer Gesetze, als unter der einer lebhaften Phantasie. Wer baut kühnere Luftschlösser, wer malt sich das Leben

bunter und verlockender, wer denkt sich die Rolle, die er selbst darin zu spielen hat, großartiger, als derjenige, welcher der Welt des Kindes entwachsen, die ersten scheuen Blicke in das Reich des Erwachsenen werfen darf?

Die *Wahnideen des Hebephrenen* sind oft ebenso flüchtige Gebilde, wie diese Luftschlösser normaler jugendlicher Personen, die Vorstellungen, welche sich der Kranke von seiner Umgebung, seinem Stammbaum, seiner Bestimmung, seinen Vorzügen und seinen Mitteln macht, erinnern oft deutlich an die flüchtigen Wünsche, welcher von einer schmeichelnden Phantasie auch dem gesunden Jünglinge eingegeben werden.

In dem rückhaltlosen Interesse, welches der höhere Sohn für seine Kleidung, für die Art seines Auftretens, für den Glanz seiner Unterhaltung voraussetzt, in der selbstverständlichen Zuversicht, mit der die höhere Tochter die Blicke der ganzen Männerwelt auf ihre äußeren und inneren Vorzüge gerichtet weiß, finden wir die Quellen der maßlosen Selbstüberschätzung, der hartnäckigen Unkorrigierbarkeit der Hebephrenen und des bei ihnen so häufigen *Beziehungswahnes*.

Mit dem großen Einfluß der Phantasie hängt die *Zerfahrenheit und Sprunghaftigkeit des Denkens und die Zerstreuung* zusammen, die sich beim Hebephrenen gelegentlich bis zur *Verworrenheit* steigert und oft jeden Zusammenhang zwischen den Fragen des Arztes und den Antworten des Kranken vermissen lassen, eine Erscheinung, die als „Vorbeireden“ bezeichnet worden ist.

Eine große Zahl Hebephrener wird zuerst durch Störungen des Affektlebens auffällig. *Ziehen* spricht von puberalen Affektschwankungen. Bald ist es eine stete Affektabilität, ein beständiges Hin- und Herpendeln zwischen einer manischen und melancholischen Stimmungslage, bald eine Neigung zu unmotivierten Depressionen, unerklärlichen Angstzuständen oder zu einer forcierten Überschwenglichkeit. Unmotivierter Stimmungswechsel, ein Schwanken zwischen Übermut und Niedergeschlagenheit, des Himmelhochjauchzen und dann wieder Zumtodebetrübtsein, Neigung zu melancholischen Anwandlungen und selbst das Spielen mit Selbstmordgedanken vermissen wir aber auch bei wenigen normalen Individuen in den Pubertätsjahren.

Auch die sog. *Manieren* der Hebephrenen finden ihre Analogien in den forcierten Eigentümlichkeiten, in den seltsamen Bewegungen und Haltungen mancher junger Leute, welche beim Versuch, sich mit den ungelenken, aus den Kleidern strebenden Gliedern abzufinden und die unsymmetrische Gestalt in besonders günstiges Licht zu stellen, auf die merkwürdigsten Mittel verfallen.

Die witzig sein sollenden Streiche der Flegeljahre werden beim Hebephrenen zu den *widersinnigen, unerklärlichen, unmotivierten, impulsiven Handlungen*, welche ihn oft genug in Konflikt mit der öffent-

lichen Ordnung bringen. Die Jugendgeschichte manches Stürmers liest sich wie die Anamnese eines Hebephrenen.

Findet die Zügellosigkeit der Phantasie, des Denkens, der Affekte, der Handlungen, soweit wir sie bisher besprochen haben, ihren Anknüpfungspunkt in solchen Besonderheiten der Flegel- und Backfischjahre, welche einen mehr harmlosen und lächerlichen Anstrich haben, so hat die *gemütliche Verrohung und Verödung*, welche die Behandlung der Hebephrenen oft zu einer so unangenehmen Aufgabe macht, ihre Quelle in der Neigung zu Derbheiten und Frivolitäten.

In keiner Lebensperiode ist der Mangel an Pflichtbewußtsein, die Vernachlässigung der Schulaufgaben, die Ignorierung der Anforderungen, welche der Lehrer und die Eltern zu stellen berechtigt sind, so ausgesprochen.

Es ist nicht Zufall, wenn die maßlosen Wutausbrüche und die Feindseligkeit des ganzen Verhaltens sich besonders gegen diejenigen Personen richtet, welchen der Kranke am meisten zu verdanken hat. Bekanntlich sind es die Eltern und Geschwister des in die Flegeljahre Geratenen, welche von seinen Unliebenswürdigkeiten am meisten zu leiden haben, während er Fremden gegenüber sämtliche liebenswürdigen Register seines Wesens zu ziehen versteht. So suchen auch die Launen der höheren Tochter meist unter den Nächststehenden ihre Opfer. Unduldsamkeit, Abneigung und Widerwärtigkeit gegen die Eltern, das Aufhören des Familiensinnes ist für die hebephrenischen Psychosen geradezu charakteristisch, ganz im Gegensatz zu den Paralytikern, die oft noch in vorgerückten Stadien der Erkrankung einen ausgeprägten Familiensinn an den Tag legen. Die Selbständigkeit, welche das Leben vom werdenden Manne verlangt, verkehrt sich beim Hebephrenen in rücksichtslose Roheit und brutalen Egoismus.

In welche Jahre fällt der Ausbruch der hebephrenischen Erkrankungen? Eine zeitliche Grenze von absoluter Gültigkeit kann um so weniger angegeben werden, als auch der Beginn und die Dauer des Pubertätsprozesses weiten zeitlichen Schwankungen unterliegt. Häufig wird als *Prädilektionsalter* das 18.—22., von *Kraepelin* das 15.—23. Lebensjahr für die hebephrenischen Psychosen genannt. Wie aber die Krankheit gelegentlich schon in jüngeren Jahren zum Ausbruch kommen kann, so begeben uns auch bei Personen weit vorgerückten Alters Krankheitsfälle, die ganz den Charakter hebephrenischer Psychosen haben. *Kraepelin* und *Stransky* haben in einigen Fällen Spätformen der *Dementia praecox* noch nach zurückgelegtem 50. Lebensjahr diagnostiziert. Jedenfalls kann die Tatsache, daß Fälle von hebephrenischem Gepräge auch noch nach dem 25.—30. Lebensjahr keine Seltenheit sind, nicht in Zweifel gezogen werden.

Nicht selten ergeben allerdings sorgfältige Nachforschungen, daß die

ersten, anfänglich nicht als krankhaft gedeuteten Eigentümlichkeiten in die Pubertätsjahre fallen. Häufig aber bleibt die durch die Revolution in der Pubertät gesetzte krankhafte Anlage latent und wird erst offenkundig, wenn ein neuer Stoß hinzukommt und die Entgleisung veranlaßt.

Wie die Folgen der luetischen Infektion und die dadurch bewirkte Prädisposition für eine paralytische Erkrankung jahrelang verborgen bleiben und erst durch kumulierende sekundäre Schädlichkeiten, wie aufreibenden Konkurrenzkampf, Familiensorgen, Kränkungen oder auch durch einen an sich vielleicht bedeutungslos aussehenden Unfall in Erscheinung treten können, so treiben die Stürme der Pubertätsjahre manchen nur bis an den Rand des Abgrundes. Aber sind die Lebensverhältnisse dauernd günstig, so kann der Betroffene lebenslang ahnungslos in seiner gefährlichen Situation bleiben, ohne in die Tiefe zu stürzen. Oder wenn Sie mir ein anderes Bild gestatten wollen: das Schiff erinnert mit knapper Not dem Sturm der Pubertätsjahre. Bleibt die See ruhig, so steuert es trotz des Leckes, das es davongetragen, ans Land. Erhebt sich ein neuer, vielleicht nicht einmal so heftiger Sturm, so erleidet es Schiffbruch zu einer Zeit, da die Gefahr schon längst beseitigt schien.

So wird für viele erst das Verlassen der Heimat, der Einzug in die Garnison, die Verpflanzung in neue Verhältnisse verhängnisvoll. Andere kommen mit leidlichen Zeugnissen zur Hochschule, machen die Studentenjahre unauffällig durch und scheitern trotz peinlichsten Fleißes an den Aufgaben des Examens; für andere ist das manchmal sogar glänzende Bestehen der Dienstprüfung der letzte Triumph; sie versagen, wenn es gilt, eine selbständige Stellung sich zu schaffen und einen verantwortungsvollen Beruf zu übernehmen. Andere, Männer wie Frauen, scheitern an der Aufgabe, sich einen eigenen Hausstand zu gründen, wieder andere versagen erst, wenn die Geburt von Kindern neue Sorgen und Aufgaben bringt. Namentlich bei Frauen setzt die hebephrenische Erkrankung häufig nach Geburten ein.

Nicht so selten wird in den Pubertätsjahren eine leichte Psychose durchgemacht, die in ihrer Bedeutung selbst vom Arzte kaum gewürdigt und gelegentlich wieder vollständig vergessen wird ohne Spuren zu hinterlassen. So kam ein 25jähriges Dienstmädchen in unsere Behandlung mit einer geistigen Störung von hebephrenischem Gepräge. Der Dienstherrschaft war sie zuerst dadurch aufgefallen, daß sie am Osterfest erklärte, sie sei auch, wie Jesus, 3 Tage im Grab gelegen und wiederauferstanden. Eindringliche Fragen an die Mutter nach früheren Erkrankungen blieben resultatlos, bis das Mädchen angab, sie habe in ihrem 17. Jahr einen 3tägigen Zustand von Regungslosigkeit durchgemacht. Sie sei damals tot gewesen und nachher wieder auferweckt

worden. Es kann kaum ein Zweifel sein, daß es sich um einen „stuporösen Zustand“ oder eine „transitorische akinetische Motilitätspsychose“ gehandelt hat, und daß die später scheinbar unvermittelt auftauchende Wahnidee ein ähnliches Schicksal wie Jesus gehabt zu haben, als eine Erklärungswahnidee aufzufassen ist, die durch den 3tägigen Verlust der Herrschaft über die Bewegungen hervorgerufen wurde. Trotzdem galt das Mädchen in der Zwischenzeit für so völlig gesund, daß jener abnorme Zustand aus dem Gedächtnis der Mutter, und für Jahre vielleicht auch aus dem Gedächtnis der Tochter vollständig verschwunden war.

Für Arzt und Laien ist die Entscheidung, ob die Wiederherstellung nach dem ersten Schub eines hebephrenischen Prozesses eine vollständige ist, oder ob es sich nur um eine *Heilung mit Defekt* handelt, oft ganz unmöglich; denn auch, wenn der anscheinend Genesene wieder berufsfähig wird, kann ein latenter Defekt vorhanden sein. Erwägen wir, daß ein englischer Matrose etwa über 400 Worte und Begriffe verfügt, und daß das begriffliche Inventar, welches für den Beruf der Land- und mancher Fabrikbevölkerung ausreichend ist, nicht viel größer sein wird, daß aber andererseits in den Schuljahren eine erhebliche Erweiterung des Horizontes erreicht worden sein kann, so ist leicht verständlich, daß *zahlreiche Begriffe in der hebephrenischen Attacke unvermerkt ausgelöscht worden sein können, auch wenn die Berufsfähigkeit zum Maßstab der Genesung gemacht wird.*

Aber mit allem Nachdruck muß betont werden, daß es Fälle gibt, die nach einer typischen hebephrenischen Attacke sogar noch nach Jahren völlig und dauernd genesen, und bei denen keine Spuren von Defekten des Vorstellungs-, Gefühls- und Willenslebens auch bei intimster Kenntnis der Persönlichkeit entdeckt oder vermutet werden können.

Nur in den selteneren Fällen verläuft der hebephrenische Prozeß *in verschiedenen Schüben akuter Krankheiten*; häufiger ist es eine *immer deutlicher werdende einfache Insuffizienz*, die oft erst nach Jahren die Züge des Blödsinns trägt.

Von der Paralyse, die mit wenigen praktisch zu vernachlässigenden Ausnahmen trotz der denkbar vollkommensten Remissionen zu geistigem Untergang führt — wenigstens galt das vor den Erfolgen der Malaria-therapie —, kann der hebephrenische Verblödungsprozeß mehr oder weniger früh zum Stillstand kommen. Man spricht dann von einer *Heilung mit Defekt*.

Sicherlich treibt sich die Mehrzahl solcher Halbentgleister, mit größerem oder kleinerem Defekt geheilter hebephrenischer Existenzen draußen herum, und mancher Sonderling mag seine Manieren und Mannerotten einem bald zum Stillstand gekommenen hebephrenischen Prozeß zu verdanken haben.

Solche Abortivfälle, formes frustes der Hebephrenie können sich wohl noch ganz gut für eine mechanische Beschäftigung eignen, sie haben vielleicht ganz hübsche Talente gerettet, sie halten sich gut und leisten Befriedigendes, wenn sie sich fremder Fürsorge, Fürsprache und Leitung erfreuen dürfen, aber sie haben nicht die Kraft, sich selbst in eine verantwortungsvolle Tätigkeit zu steuern, das Leben zu zwingen, statt sich vom Strom mitreißen zu lassen. Sie fahren vielleicht nicht ohne Eleganz in den gewohnten Geleisen, versagen aber sofort, wenn sie sich vor veränderte Existenzbedingungen gestellt sehen, wenn sie sich neuen Verhältnissen anpassen oder sie gar umgestalten sollen, kurz wenn sie ihre Passivität aufzugeben und eine aktive Rolle zu übernehmen genötigt sind.

Im Schoß der Familie werden diese Personen infolge ihrer Sonderbarkeiten, nicht selten auch wegen ihrer Reizbarkeit und ihrer Intoleranz gegen jeden Widerspruch und Beeinflussungsversuch als unbequem, oft genug als unheimlich empfunden. Vielfach werden diese Defekte nicht als Folgen einer Krankheit, sondern als moralische Minderwertigkeiten beurteilt und verurteilt. Besonders nahe liegt dieses Mißverständnis, wenn der hebephrenische Prozeß nicht akut mit einer stürmischen Attacke unter sinnenfälligen psychotischen Symptomen eingesetzt, sondern sich ganz allmählich eingeschlichen und ein langsames Sinken auf eine niedere geistige Stufe und einen allmählichen Verlust schätzbarer Eigenschaften verschuldet hat. Oft wissen nur die nächsten Angehörigen den von einer schleichenden Krankheit angerichteten Schaden zu verstehen und zu würdigen. Nur diejenigen, die den Kranken in seiner Blütezeit gekannt haben, können ahnen, daß es sich um eine krankhafte Änderung des Charakters, eine Umwandlung der Persönlichkeit handelt, die den hoffnungsvollen Sohn etwa auf das Niveau des arbeitsscheuen Bummlers und Landstreichers herabgedrückt, den Duft von der Persönlichkeit abgestreift oder sie bis zur Zertrümmerung erschüttert hat. Andern erscheint der Bedauernswerte als ein von Haus aus des Taktes, der Feinfühligkeit, kurz aller edler Züge entbehrender Charakter, sie denken an eine angeborene geistige und sittliche Minderwertigkeit.

(Die Beurteilung des Falles ist noch schwieriger, wenn es sich um eine hebephrenische Erkrankung bei einem von Geburt an Minderwertigen, um eine sog. Pfropfhebephrenie handelt.)

Die oben erwähnten Fälle sind als *Dementia simplex* bezeichnet worden. In der Anstalt lassen sich diese Defekte gelegentlich noch korrigieren und soweit bessern, daß sie schließlich doch noch in Familienpflege ohne Gefahr untergebracht werden können.

Soweit war, abgesehen von geringen Änderungen, dieser Vortrag vor genau 20 Jahren, 2 Jahre nach Wernickes Tod, fertig. Nachdem Wer-

nicke aus der Arena ausgeschieden war, war die *Kraepelinsche* Psychiatrie unbeschränkte Herrscherin, der wohl manchmal schüchtern etwas am Zeug geflickt oder eine Falte am Prachtgewand ausgebügelt wurde, die aber zu bequem war für den Kandidaten, für den Anstaltsarzt und für den Sachverständigen bei Gericht, um kleiner Schönheitsfehler wegen umgestaltet zu werden. Nur von einigen wenigen wurde das *Wernickesche* Banner hochgehalten, es waren hauptsächlich *Liepmann*, *Bonhoeffer* und *Kleist* unter seinen Schülern, die, auf *Wernickes* Schültern stehend, seinen Anregungen folgend, ihn öfters korrigierend mit feinen, exakten, scharfsinnigen und überzeugenden Arbeiten neue wertvolle Bausteine für das oft etwas stilllose und wunderliche Gebäude auf den von *Wernicke* gelegten Eckstein türmten.

Auch *Kraepelin* hat seine Anschauungen vielfach in entscheidenden Punkten geändert. Die erste Auflage seines Lehrbuches, ein mehr kühnes und enthusiastisches, als besonnenes und wissenschaftliches Unterfangen, habe ich hier nicht beschaffen können, und es ist mißlich, aus dem Gedächtnis zu zitieren. Aber noch in seiner 4. betont er, abgesehen von andern anfechtbaren Sätzen, „die vollständig ungünstige Prognose“ seiner *Dementia praecox* und fährt wörtlich fort: „Ich muß es für ausgeschlossen halten, daß eine Genesung der Kranken jeweils möglich ist.“

Mit der Übersiedelung aus der Enge und Einseitigkeit des damaligen Heidelberger psychiatrischen Milieus in die Weite und Fülle der bayrischen Großstadt hat die von Anfang an anfechtbare und irreführende Lehre ihre selbstverständliche und notwendige Korrektur gefunden. Aber das Unglück war schon geschehen, die Anstalts- und Gerichtspsychiatrie hatte ihren Wagen schon auf die bequemen Geleise der *Kraepelinschen* Bahnen geschoben, und die landläufigen Anschauungen und Aufstellungen einer Generation von Psychiatern innerhalb und außerhalb Europas wurden nach *Kraepelinscher* Terminologie und Ideen katalogisiert. Man lasse sich nur in amerikanischen Zeitungen das Unheil erzählen, daß die *Dementia praecox*, freilich mißverstanden, aber auch mißverständlich von ihrem Schöpfer dargestellt, im Gerichtswesen angerichtet hat, in Amerika, wo man meist nur die Heidelberger Auflagen in Übersetzungen kennt oder ihre Kopien verwendet. Deshalb wird die *Kraepelinsche* Psychiatrie von einigen der Besten so scharf abgelehnt.

Man kann auf Grund eines so einseitigen und kleinen Materiales, wie es damals in Leipzig, Dorpat und Heidelberg zur Verfügung stand, wohl lernen und Anregungen sammeln, aber ungeachtet der größten Begeisterung für das Fach keine Psychiatrie schreiben. Und wenn *Kraepelin* auch in den Münchener Auflagen die größten Irrtümer zurückgenommen und den Kuchen sogar in eine andere Form ge-

gossen hat, so bleibt doch die unglückliche Terminologie, und das Umlernen und Umformen ist natürlich nur zögernd und widerstrebend mit halbem Herzen zum Schaden der Wissenschaft geschehen; die frischen, akuten, leichten, oft abortiven Fälle, die in der Großstadtpraxis natürlicherweise das Übergewicht bekommen können, haben sichtlich Mühe gehabt, den Forscher zu einer Änderung seiner Ansichten und Aussprüche umzustimmen.

Lokale Verschiedenheiten spielen auch für die Statistik der Psychiatrie eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wie der Bestand an Gehirntumoren an der Hallenser Klinik, wenigstens in früheren Zeiten, größer und reicher war, als an den viel größeren Kliniken an der Charité und in Breslau, wie die multiple Sklerose andererseits in Halle sich seltener einfand als in dem kleinen Tübingen, so wollte mir *Cramer* z. B. die akute Halluzinose wegdiskutieren, weil sie in Göttingen ihm und mir nie zu Gesicht kam, während sie in Halle relativ häufig auftrat. Sie war in Halle relativ häufiger als in Breslau, während ich andererseits in Halle kaum je ein Delirium tremens, niemals eine polyneuritische Psychose alkoholischer Ätiologie gesehen habe, bei einem aus meiner Monographie bekannten großen Material von atypischen polyneuritischen Psychosen. Diesen letzteren Fällen bin ich dann wieder in Göttingen und in Bethel nie mehr begegnet, während ich in Chicago in kurzer Zeit mehrere derartige Kranke behandelt habe. Eine ganze Reihe von Krankheitsbildern, die ich in Halle jederzeit vorführen konnte, vermochte ich in Göttingen nicht zu demonstrieren. Ähnlich wird es auch mit dem Material der Dorpater und Heidelberger Klinik gewesen sein.

Manche Kliniken und ihre Umgebung sind ein guter, andere ein weniger günstiger Boden für gewisse geistige Krankheiten und ein gefährliches Pflaster für den Arzt, der neue Typen aufstellen, neue Kategorien kreieren und den Krankenbestand statistisch erfassen will. Ich habe den Eindruck auf Reisen in den verschiedensten Ländern und 4 Erdteilen gewonnen, daß die Gewänder, in die sich die *Kraepelin*-sche Dementia praecox kleidet, zwar überall dieselben sind, daß aber die Bevorzugung der Garderobe in verschiedenen Ländern, Klimaten, Zivilisationen und Menschenrassen eine verschiedene ist.

Kaum einem Ausdruck und Begriff von solcher Anfechtbarkeit ist je ein derartiger Siegeszug bestimmt gewesen, wie dem unglücklichen und die Psychiatrie in unglücklicher Weise beeinflussenden Ausdruck Dementia praecox. In den letzten Auflagen hat *Kraepelin* selbst seine Schwäche empfunden und halb entschuldigend zugegeben. Es ist besser, wenn wir diesen Namen ganz vom Erdboden verschwinden lassen. (Praecox heißt eigentlich ungekocht und kommt von praecoquo; übertragen: frühreif, frühzeitig, vorzeitig.)

Daß nicht alle Fälle dement werden, wie der Heidelberger *Kraepelin* gepredigt hatte, hat der Münchener *Kraepelin* endlich selbst zugegeben. Damit ist das stillschweigende Übereinkommen in der ganzen psychiatrischen Schlachtlinie getroffen, *die Dementia nicht als das konstituierende Symptom* für die Krankheit anzusehen.

Daß das Attribut der Präcocität in manchen Fällen bedauerlich viel zu wünschen übrig läßt, hat *Kraepelin* selbst endlich zugestanden. Noch in der 4. Auflage war ihm nur ein Spätfall bekannt und dieser war von mehr als zweifelhafter Beweiskraft. Später hat er Spätfälle im Alter von mehr als einem halben Jahrhundert veröffentlicht. Damit ist wieder auf der ganzen psychiatrischen Linie die Übereinstimmung darüber hergestellt, daß die *Präcocität nicht ein basales, wesentliches Symptom der Krankheit ist*. Ich verfüge jetzt, wie jeder, der eine große Zahl von frischen Fällen besonders in der Privatpraxis zu sehen pflegt, über eine erkleckliche Anzahl von Spätformen, die nach einer normalen sturmlosen und klippenfreien Pubertät ohne jeden Verdacht auf Mitwirkung der Sexual- oder anderer endokriner Organe an einer typischen „*Dementia praecox*“ erkrankten.

Und doch glaube ich heute noch wenigstens für die klinische Schilderung der Krankheit, wie sie in vorstehenden Ausführungen gegeben ist, eintreten zu können, und ich kann sie noch heute als meine Ansicht in der Erwartung vertreten, daß auch die *Kraepelinsche* Schule meiner Darstellung ihre Zustimmung nicht versagen wird.

Aber an einer Schwäche leidet die ätiologische Seite meiner Ausführungen, an einer logischen Schwäche, die auch dem naturwissenschaftlich gebildeten Laien unschwer deutlich zu machen ist. Ich habe, *Wernicke* folgend, im Einklang mit *Kahlbaums* und *Heckers* Ansichten stehend und auch *Kraepelinsche* Gedankengänge teilweise bestätigend, die *Dementia praecox* oder die hebephrenischen Psychosen als eine besondere Krankheitsgruppe mit gemeinsamer meist in der Pubertätsentwicklung liegender und den Hebel ansetzender Ursache den auf Syphilis beruhenden paralytischen Psychosen an die Seite gestellt. Dieser Vergleich hinkt, es handelt sich um die Koppelung eines ungleichen Paares. Die Lues ist ja eine Infektionskrankheit, die nicht jeder hat, und die Paralyse ist deshalb eine Krankheit, die glücklicherweise nicht jedermann bedroht. Die Pubertät aber ist ein natürlicher physiologischer Entwicklungsprozeß, den jeder normale Mensch durchzumachen hat. Kommt es dabei oder dadurch zur Entgleisung, so könnte es sich, im Gegensatz zu den exogenen Schädlichkeiten bei der Paralyse, nur um endogene Störungen handeln.

Aber welcher Art sind diese im Körper entstandenen und wirk-samen Gifte, diese Autointoxikationen? *Abderhalden* und seine Nachfolger, einer der enthusiastischsten *Fauser* in Stuttgart, haben die Frage

serologisch zu lösen versucht und eine Bahn betreten, die eine lockende Aussicht auf ein erfreuliches Ziel eröffnet, das freilich, wenn erreicht, vielleicht etwas anders ausschauen mag, als vermutet und erwartet worden ist. Doch haben wir ähnlichen Enttäuschungen große Erfolge und Resultate verdankt, und *Hitzig* z. B., der ein Schwindelzentrum beim Menschen vorausgesetzt und beim Tier experimentell gesucht hat, ist die epochemachende Entdeckung des motorischen Zentrums in der Gehirnrinde in den Schoß gefallen.

Aber selbst wenn die Serologie ruhmgekrönt mit dem befriedigenden Resultat vom Eroberungszug zurückkehrt, wird das Rätsel nicht völlig gelöst sein. Wir werden fragen, woher es kommt, daß alle Menschen den natürlichen Entwicklungsprozeß durchmachen müssen, aber nur wenige an *Dementia praecox* erkranken. Wir werden fragen, durch welche Momente die Entstehung der inneren Gifte verursacht werden, welche die *Dementia praecox* auf dem Gewissen haben sollen. Natürlich hat man mit vorwurfsvollem Finger auf das endokrine System gezeigt — was haben diese armen Drüsen nicht an Beschuldigungen und Hypothesen über sich ergehen lassen müssen, während der Mode der letzten Jahre? —, aber jeder Mensch hat endokrine Geschichten, und die unglücklichen Entgleisungen bei der *Dementia praecox* sind verhältnismäßig seltene Ausnahmen. *So gibt uns auch die Endokrinologie nicht oder noch nicht die befriedigende Erklärung.*

Wo haben wir endlich die letzte Ursache der *Dementia praecox* zu suchen? Ich habe seit langer Zeit vermutet, daß es sich um *eine Infektionskrankheit handelt, verursacht durch einen Erreger, der biologisch nahe Beziehungen zur Spirochäte der progressiven Paralyse und noch nähere zu der Mikrobe der multiplen Sklerose hat. Die schweren Spätformen leichter Erkrankungen, das oft lange Latenzstadium, die Vielgestaltigkeit der Krankheitsbilder, der bald kontinuierlich langsame, bald in akuten Schüben stürmisch sich gestaltende Verlauf, die langen oft einer Genesung gleichzusetzenden Remissionen, die Neigung zur Demenz, die Übergänge von einem Krankheitsbild ins andere, die Extensität des Krankheitsprozesses oft schon im ersten Beginn, bei oft noch geringer Intensität, die Multiplizität der anatomischen Krankheitsherde machte es mir wahrscheinlich, daß die Dementia praecox der progressiven Paralyse und der multiplen Sklerose als eine 3., hauptsächlich das Assoziationsorgan und zuweilen auch die basalen Systeme ergreifende Herderkrankung infektiöser Art an die Seite zu stellen ist.*

Nun haben uns die Erfahrungen der letzten Encephalitis-Epidemien gezeigt, daß *im Rahmen und im Verlauf der Encephalitis Krankheitsbilder sich entwickeln können, die jeder Kraepelianoer als Schulfälle seiner Dementia praecox reklamieren würde. Für diese Fälle gilt es ohne Zweifel, daß sie das Produkt einer Infektion sind, für die wir wahrscheinlich*

eine Spirochäte als Erreger finden werden. Für diese Fälle haben wir eine weitere Ähnlichkeit mit den beiden Schwersterkrankheiten festzustellen auf anatomischem Gebiet, die Kombination von inflammatorischen und degenerativen herdförmigen Prozessen.

Jetzt dürfen wir auch auf die Beantwortung der Frage, ob die Dementia praecox nicht bloß *gelegentlich*, wie bei den auf encephalitischen Boden erwachsenen Fällen, sondern *prinzipiell* als Infektionskrankheit anzusehen ist, als eine der Hauptaufgaben für die Psychiatrie bezeichnen. Auch wenn das Ergebnis unserer mühevollen Arbeit und scharfsinniger Untersuchungen ein verneinendes sein wird, wenn wir zu dem Resultat kommen sollten, daß die durch die Encephalitisinfektion hervorgelockten Krankheitsbilder die Ausnahme, eine durch andersartige Giftwirkung produzierte Dementia praecox die Regel ist, daß also vielleicht mit derselben Vielseitigkeit der Ursachen gerechnet werden muß, wie bei der multiplen Neuritis, die bald durch Bakterieninfektion, bald durch ein infektiöses Virus, bald durch andere exogene und endogene Gifte hervorgerufen sein kann, ist die Zeit und Mühe nicht verloren. Wir haben dann eben einen der Pfade ins Dunkel des Neulandes versucht, der als möglich und vernünftig in Betracht kam, und wissen dann, daß wir nach ergebnisloser Forschungsreise umzukehren und einen anderen Pfad einzuschlagen haben.

Wie kommt es aber, daß so viele Krankheitsfälle unerschütterlich die Charakterzüge der Pubertätsvorgänge an sich tragen, wie ich sie oben geschildert habe? Wie läßt sich diese auf die Pubertät als ätiologisches Moment hinweisende Tatsache mit der supponierten infektiösen Verursachung in Einklang bringen?

Die Beantwortung dieser Frage ist nicht so schwer. Es ist klar, daß während der Erschütterungen und Veränderungen der Pubertätszeit der Organismus, speziell das reifende, aber noch nicht reife Gehirn, besonders empfindlich, besonders verletzlich und besonders empfänglich für einen Angriff sein muß. Die Infektionserreger oder ihre Gifte finden einen besonders günstigen Boden in diesem Übergangsalter, und deshalb erkranken die Dementia praecox-Fälle mit besonderer Häufigkeit während der Pubertät. Wir erkennen die Pubertätsorgänge zwar nicht als die primäre Ursache, sondern nur als ein akzidentelles Moment für die Entstehung einer Dementia praecox an, eine der kumulierend wirkenden sekundären Schädlichkeiten, wie sie uns in anderer Gestalt auch bei der Paralyse bekannt und bereits von mir erwähnt worden sind. Daß Fälle vorkommen auch vor dem Einsetzen und lange nach Beendigung der Geschlechtsreife, dieses delikaten physiologischen Entwicklungsprozesses, hat auch nichts Befremdendes mehr. Wir finden diese Bevorzugung eines gewissen Lebensalters auch bei anderen Krankheiten, wir kennen Kinderkrankheiten, die auch gelegentlich

einen Erwachsenen befallen können, wir wissen von der Epilepsie, daß sie mit Vorliebe in diesen kritischen Jahren durch die erste Attacke sich ankündigt, wenn die Krankheit auch lange vorher oder nachher offenkundig werden kann, wir haben beobachtet, daß auch das Carcinom sein Lieblingsjahrzehnt hat, wenn auch kein Alter vor diesem Übel sicher ist.

Auch die *lokalen Verschiedenheiten der Anfänge, der Entwicklung, der Ausgänge*, der Prognose ist nicht mehr so rätselhaft, wenn wir es mit einer Infektionskrankheit zu tun haben. Wir kennen eine Reihe von epidemischen Erkrankungen — ich möchte nur Encephalitis, Influenza und Typhus erwähnen —, die in verschiedenem Gewand und mit ungleicher Häufigkeit und Gefährlichkeit an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten aufgetreten sind.

Lassen Sie mich zum Schluß unsere Ergebnisse in knappen Sätzen zusammenfassen!

1. Die von der herrschenden Schule als Dementia praecox bezeichneten Geisteskrankheiten, die wir auch hebephrenische Psychosen nennen oder Schizophrenie heißen können, treten zwar meist in den Entwicklungsjahren auf und tragen häufig psychische und physische mit den Störungen des Pubertätsprozesses zusammenhängende Züge. Die Pubertätsvorgänge sind aber nicht die primäre Ursache, sondern das wichtigste akzidentelle Hilfsmoment, die häufigste sekundäre Schädlichkeit, die den Boden für den Ausbruch einer Dementia praecox bereitet.

2. Die Dementia praecox ist eine multiple Herderkrankung besonders des Assoziationsorganes, häufig mit Beteiligung der basalen Systeme des Gehirns und gelegentlich begleitet von den verschiedensten körperlichen Symptomen. Charakteristisch ist die große Extensität des Prozesses bei oft geringer Intensität.

3. Der hebephrenische Prozeß kann jedes psychotische Elementarsymptom, jede Symptomen-Variation und Kombination, das Bild jeder funktionellen Psychose als vorübergehendes Zustandsbild hervorrufen. Lokale Verschiedenheiten spielen bei der statistischen Erfassung der Erscheinungsformen eine Rolle.

4. Der hebephrenische Prozeß, ob er langsam fortschreitet oder in akuten Attacken stürmischer verläuft, führt häufig zu einer charakteristischen Art von Verblödung. Mehr oder weniger vollständige Remissionen sind nicht selten, ein Stillstand oder Heilung mit Defekt ist häufig, völlige Heilungen kommen vor.

5. Klassische Dementia praecox-Fälle sind als Folgen einer Infektion auf dem Boden der Encephalitis epidemica erwachsen. Die Frage der Zukunft ist, ob die Dementia praecox nur gelegentlich oder prinzipiell als eine Infektionskrankheit anzusehen ist.
