

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München
[Direktor: Prof. *Oswald Bumke*.])

Über Verlauf und Prognose der Schizophrenie¹.

(**Katatonie, Hebephrenie, Dementia simplex.**)

Von

Walter Gerloff.

Mit 2 Textabbildungen.

(*Eingegangen am 7. Mai 1937.*)

Folgende Arbeit gibt einen Ausschnitt aus den Untersuchungen über Verlauf und Prognose der Schizophrenie, die in den letzten Jahren in der Klinik durchgeführt wurden. Literaturangaben werden spärlich und nur vergleichsweise gebracht, da die folgenden Ausführungen keine Auseinandersetzung mit anderen Ansichten, sondern nur eine Anregung zu dem vielgestaltigen Problem der Schizophrenie bringen sollen. In demselben Sinne ist auch meine Neueinteilung der Katatonie aufzufassen.

Material. Bei sämtlichen schizophrenen Aufnahmen der Klinik entfallen durchschnittlich auf 267 männliche 272 weibliche Schizophrene. Im Hinblick auf die Gesamtaufnahmen kommen auf je 100 Aufnahmen 16,1 männliche und 25,6 weibliche schizophrene Kranke. Die weiblichen Schizophrenen überwiegen also nicht nur relativ, sondern auch absolut über die männlichen Schizophrenen.

Meine Untersuchungen erstrecken sich jedoch nur auf die Katatonie, Hebephrenie und Dementia simplex. Aus diesen Formenkreisen standen mir 382 Krankengeschichten aus den Jahren 1926—1929 zur Verfügung (160 Männer, 222 Frauen). Diese, insbesondere die katatonen Psychosen, bearbeitete ich nach folgenden Gesichtspunkten: 1. Erbliche Belastung, 2. Körperbau, 3. seelisches Verhalten vor der Psychose, 4. Begabung, 5. Lebensalter, 6. akuter oder chronischer Beginn der Psychose, 7. Krankheitsbilder, 8. Krankheitsschübe und „Heilungen“, 9. Dauer der Remissionen.

Katatonie.

Die katatonische Gruppe umfaßt 348 Fälle, von denen 202 ein ausgesprochen katatonen Krankheitsbild zeigen. Die übrigen 146 Fälle weisen daneben hebephrene (76) und paranoide (30) Züge auf.

¹ Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität München.

Von diesen 348 Katatonen waren im Jahre 1936	Männlich	Weiblich	Zusammen	%
14 % gestorben	15	34	49	14
25 % in den Anstalten arbeitsunfähig	43	44	87	25
17 % in den Anstalten arbeitsfähig	29	30	59	17
25,6% außerhalb der Anstalten geheilt, arbeitsfähig	37	52	89	25,6
3,7% außerhalb der Anstalten mit Defekt geheilt, beschränkt arbeitsfähig	3	10	13	3,7
4,0% außerhalb der Anstalten nicht arbeitsfähig	2	12	14	4,0
3,2% über die Grenze entlassen	6	5	11	3,2
7,5% Katanamnesen nicht erhalten	11	15	26	7,5
Zusammen	146	202	348	100

Demnach können also 25,6% als praktisch gesund bezeichnet werden, zu denen noch 3,7% Defektheilungen kommen. Als ungünstig sind von vornherein die 42% Anstaltsinsassen und die 4% der außerhalb der Anstalt nicht Arbeitsfähigen anzusehen. Rechnen wir die Todesfälle zu den ungünstigen Ausgängen (14%), so ergeben sich insgesamt 60% ungünstige Verläufe. Bei den 29 Kranken, von denen keine Katanamnesen zurückkamen, muß die Frage der sozialen Brauchbarkeit und ihrer Arbeitsfähigkeit offen bleiben. Jedoch ist ihre Arbeitsfähigkeit wahrscheinlicher, da Angehörige von Anstaltsinsassen den Fragebogen sofort mit der entsprechenden Bemerkung zurück sandten, während Angehörige von arbeitsfähigen früheren Kranken die Absendung verzögerten.

60% ungünstigen Ausgängen stehen also 29,3% günstige gegenüber, während in 10,7% der Fälle diese Frage offengelassen werden mußte.

Anders lauten z. B. die Beobachtungen von *Stearns* und *Otto Martensen*, zu denen ich meine eigenen hinzufügen möchte.

	<i>Stearns</i> ¹ %	<i>Otto Martensen</i> ¹ %	München %
Gesund und gebessert	5	33,7	29,3
Krank zu Hause	4,5	7,4	4
Anstalt	64,1	21,1	42
Gestorben	23,8	31,4	14,0
Fraglich	—	—	10,7

Belastung.

Bei der Belastung möchte ich mehrere Gruppen unterscheiden, und zwar zwischen direkter und indirekter Belastung mit Geisteskrankheiten, Sonderlingen, Trinkern und einer „nervösen“ Gruppe, die andere Nervenkrankheiten und Besonderheiten umfaßt. Bei der direkten Belastung wurden Eltern und Großeltern berücksichtigt, während die indirekte

¹ *Bumke*: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9. 1932.

drei Generationen der Seitenlinien (z. B. Vaterbrüder, Vetter) erfaßte. Die Prozentzahlen für die Sonderlinge, nervöse Belastung und Trinker beziehen sich nur auf die Elterngeneration.

Belastung.

	Direkt	Indirekt	Sonderlinge	Nervös	Trinker	Keine	Gesamt
Männliche	24	29	8	11	7	67	146
Weibliche	42	32	10	16	16	86	202
Zusammen	66	61	18	27	23	153	348
In %	19	17,5	5,2	7,8	6,6	43,9	100

In 70 Familien traten mehrfach Fälle von Geisteskrankheiten, Sonderlingnaturen u. a. auf. Immerhin läßt sich in 36,5% der Fälle eine Belastung mit Geisteskrankheiten nachweisen.

Im Hinblick auf *Verlauf und Ausgang* ergaben sich keinerlei Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Fällen. Im Gegenteil! Die Kranken, die unter ihren Vorfahren und Verwandten keine Geisteskranken und Sonderlinge hatten, schneiden sogar etwas schlechter ab als die hiermit belasteten Kranken.

Ausgang von belasteten und unbelasteten Fällen.

	Belastete Fälle		Unbelastete Fälle	
		%		%
Anstalt	77	39,5 %	69	45,1 %
Krank zu Hause	7	3,6 %	7	4,6 %
Gesund und ge- bessert	61	31,3 %	41	26,8 %
Gestorben	24	12,3 %	25	16,3 %
Unbekannt	26	13,3 %	11	7,2 %
Gesamt	195	100 %	153	100 %

Habitus.

Die Körperbauform konnte infolge unsicherer und ungenauer Angaben nur bei 268 Kranken festgestellt werden.

Habitus.

Asth.	Athl.	Asth.- Athl.	Dyspl.	Dyspl. Asth.	Pyknisch	Asth.- Pyknisch	Athl.- Pyknisch	Keine
118	60	19	10	1	24	5	7	104

Auffallend sind die wenigen pyknischen Körperbauformen gegenüber den asthenischen (Leptosomen), athletischen und dysplastischen Formen. Die Bedeutung der pyknischen Konstitution für Verlauf und Ausgang

der Erkrankung kommt bei diesen Fällen nicht zur Geltung, was wohl hauptsächlich auf die ungenauen Angaben zurückzuführen ist. Alle Körperbauformen beteiligen sich etwa gleich (prozentual) an den günstigen Ausgängen, so daß sich eine genaue Aufstellung erübrigt. Wenn unsere Ergebnisse nicht mit den Angaben von *Maуз* über den pyknischen Habitus übereinstimmen, so liegt dies wohl daran, daß unser Material in bezug auf Körperbauformen nicht genügend durchgearbeitet ist.

Seelisches Verhalten vor der Psychose.

Eine ganze Reihe von Kranken zeigen vor Ausbruch der manifesten Erkrankung gemütliche Besonderheiten, die größtenteils direkt zur Krankheit überleiten. Wenn diese nur in 58,3% der Fälle festzustellen waren, so liegt das daran, daß zuverlässige Angaben nur sehr schwer zu erhalten sind und die Angaben der nächsten Angehörigen meist weit auseinandergehen. Oft werden sogar ausgesprochen schizophrene Symptome von Eltern und Geschwistern nur für Launen gehalten. Allen diesen Kranken war besonders die Neigung zur Zurückgezogenheit und Reizbarkeit eigen.

	Charaktereigentümlichkeiten	Gesamtzahl	Davon geheilt	%
1	Schreckhafte, Ängstliche, Nervöse	49	24	49
2	Verschlossene, scheue Eigenbrötler	38	11	29
3	Reizbare, Jähzornige, Aufgeregte	39	13	33,3
4	Schwermütige Träumer	21	7	33,3
5	Mißtrauische Sonderlinge	15	5	33,3
6	Eigensinnige, Schwererziehbare, Haltlose	24	10	41,7
7	Gemütlich Stumpfe und Gleichgültige	12	2	16,2
8	Auffallend Religiöse	3	1	33,3
9	Pedantische	2	—	—
Zusammen Fälle		203	83	

Bei den übrigen 41,7% überwiegen die stillen, ernsten Charaktere (85) über die lustigen (60).

Kunkel findet bei 6% seiner Patienten autistisches, reizbares, unsoziales und pedantisches Verhalten und *Lange* nur in 10—20% der Fälle keine sicheren Persönlichkeitsveränderungen.

Begabung.

Auch die Begabung zeigt stärkere Ausfälle. Wenn auch 40,5% der Kranken als gut veranlagt geschildert werden, so stehen diesen immerhin 52,9% gegenüber, die nur durchschnittliche oder schlechte Leistungen aufweisen. Sehr gute wie sehr schlechte Leistungen sind nur selten.

Begabung.

	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht	Gesamt
Zahl	18	141	95	89	5	348
%	5,2	40,5	27,3	25,6	1,4	100

Im Gegensatz dazu steht eine Mitteilung von *Weygandt* über Untersuchungen des Hamburger Materials durch *Lepel*, daß unter den später Schizophrenen die Musterschüler häufiger sind als die Schwachbegabten.

Lebensalter.

Wann erkranken nun die Katatonen? In der Münchener Klinik wurden 53,2% bis zum 25. Lebensjahr, 76,2% bis zum 30. Lebensjahr aufgenommen. Für die Einteilung in die einzelnen Jahrgänge war der Eintritt in die Klinik maßgebend, und zwar bei mehrfach Erkrankten die erste aller Aufnahmen.

Das Erkrankungsalter scheint einen gewissen Einfluß auf den Ausgang des Prozesses zu haben. Ein Beginn in späteren Jahren

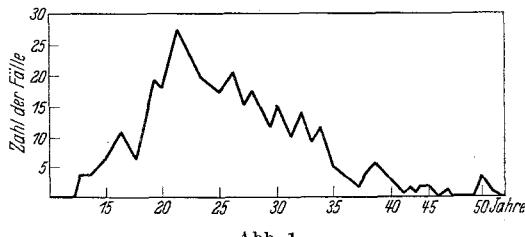


Abb. 1.

lässt weniger Möglichkeiten für eine Gesundung offen, als eine Erkrankung im zweiten Lebensjahrzehnt. Stellen wir den günstig verlaufenden Fällen die ungünstigen gegenüber, so sehen wir die Neigung zu günstigen Ausgängen bis zum 30. Lebensjahr in etwa gleicher Höhe anhalten. Der Höhepunkt wird zwischen dem 21. und 25. Jahr erreicht, um von dort bis zum 30. Jahr allmählich und dann rapid abzufallen.

Die günstigen Ausgänge betragen für das	Günstige Fälle	Ungünstige Fälle		Fraglich	Gesamt
		Anstalt	Ge-storben		
14.—20. Lebensjahr	33,3%	25	40	8	75
21.—25. "	34,5%	38	46	14	
21.—30. "	33,2%	25	28	12	190
26.—30. "	31,3%	13	40	15	
31.—40. "	19,4%	6	7	7	67
41. Lebensjahr und älter	6,3%	1	8	1	16
Zusammen	102	160	49	37	348

Akuter und chronischer Beginn.

Wie bereits schon früher erwähnt wurde, steht der Verlauf und Ausgang des Prozesses eng im Zusammenhang mit der Art des Beginns. Dementsprechend zeigen die akut beginnenden Erkrankungen 52,2%, die schleichen dagegen nur 25,4% „Heilungen“.

	Akuter Beginn		Schleichender Beginn	
Geheilt . . .	82	52,2 %	44	25,4 %
Anstalt . . .	62	39,5 %	93	53,7 %
Gestorben . .	13	8,3 %	36	10,9 %
Zusammen	157	100 %	173	100 %

Bei 18 Fällen konnte die Frage des Beginns nicht einwandfrei geklärt werden. Unter den Erkrankungen mit schlechendem Beginn waren 10 Defektheilungen.

Krankheitsbilder.

Für den Verlauf und Ausgang der Katatonie sind die Symptome zu Beginn der Psychose von größter Wichtigkeit. Von ihrem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein scheint der Ausgang des Prozesses wesentlich beeinflußt zu werden. Vergleichen wir diese Symptome untereinander, so ergeben sich wichtige Unterschiede. Wir kennen eine große Anzahl solcher Symptome, von denen einige herausgegriffen werden sollen: Größenideen, gehobenes Selbstgefühl, Beeinträchtigungs- und Beziehungs-ideen, melancholische und hypochondrische Gedanken. Dazu treten Bewegungsstörungen sowie Sinnestäuschungen auf allen Gebieten.

Je mehr die Bewegungsstörungen über die anderen Symptome überwiegen, desto besser scheinen die Aussichten einer späteren Wiederherstellung zu sein. *Die besten Ergebnisse sind demnach bei der Gruppe zu erwarten, die gleich von Anfang an katatone Symptome in stärkster Ausprägung aufweist. Stärkere Affektäußerungen aber sowie schwere, monate-, sogar jahrelang dauernde Stuporen mit impulsiven Gewalttaten, Nahrungsverweigerung und Unreinlichkeit verschlechtern die Prognose und lassen nur selten einen günstigen Ausgang erhoffen.* Ich habe nun eine Einteilung getroffen, nach der sich das vorhandene Krankengeschichtensmaterial zwangsläufig für unsere Fragestellung verarbeiten läßt. In

I. eine *stupurös-katatone Gruppe*, die sich in a) die reinen Stuporen und b) eine stupurös-katatone Spielart gliedert.

II. Eine *apathische Gruppe*, a) die reinen apathischen Formen, b) apathische Spielart.

III. Eine *affektbetonte Gruppe*, a) hypomanisch und manisch, b) depressiv, melancholisch, c) zirkulär.

IV. *Mischfälle*, a) hysterischer Einschlag, b) hypochondrischer Einschlag, c) Fälle mit paranoiden und melancholischen Symptomen.

I. a) Die *reinen Stuporen* sind leider nicht zu häufig, von 348 Kranken zeigen nur 29 diesen Krankheitsverlauf (21 männliche, 8 weibliche). Zumeist beginnen sie mit einer kurzen Depression, die alsbald in Ratlosigkeit und schließlich in einen negativistischen Stupor übergeht. Störungen der Nahrungsaufnahme und verkehrte Handlungen gehen gewöhnlich hiermit einher. 4 Kranke zeigten zwischendurch paranoide

Züge. 18 Kranke (62%) konnten entlassen werden. Bei den übrigen entwickelte sich ein chronischer Stupor, der sich nur stundenweise etwas auflockerte.

I. b) Die *stuporös-katatone Spielart* weist 95 Fälle (43 männliche, 52 weibliche) dieser Art auf, von denen 25 mit hebephrenen und 19 mit paranoiden Zügen untermischt sind.

Die Erkrankung beginnt mit leichten, körperlichen Beschwerden. Die Kranken fühlen sich matt, sind reizbar und launisch. Sehr bald schließen sie sich von ihrer Umgebung ab, fühlen sich verändert. Beeinträchtigungs- und Beeinflussungsideen werden geäußert. Diese anfängliche Depression wirkt immer schemenhafter und affektleerer und mündet schließlich in ein ratloses Verhalten ein. Läppisches und unzugängliches Verhalten wechseln miteinander ab, wie auch plötzliche Verstimmungen dieses Krankheitsbild charakterisieren. Bewußtseinstrübungen, Halluzinationen und Sinnestäuschungen treten auf. Die Sperrungen werden immer häufiger und länger und leiten allmählich zum Stupor (negativ) über, der durch gelegentliche Erregungen und triebhafte Handlungen unterbrochen werden kann. Die Prognose war noch ganz gut. 28 Kranke (29,5%) konnten gesund entlassen werden. In vielen Fällen führte bereits der erste Schub zu einer Verblödung.

II. a) Die *reinen apathischen Fälle* werden durch 11 Kranke (7 männliche, 4 weibliche) vertreten. Sie zeichnen sich durch ihren schleichenenden Beginn und die Ausprägung von starken präpsychotischen Eigenheiten aus. Häufig waren die Kranken von jeher beschränkt und gedächtnisschwach. Viele wiesen schlechte oder nur mittelmäßige Leistungen in der Schule auf. Schwächezustände und starkes Mattigkeitsgefühl werden oftmals angegeben. Zumeist machen die Kranken bei der Aufnahme einen stark abgebauten Eindruck. Im Vordergrund des Krankheitsgeschehens steht die Teilnahmslosigkeit und die Affektleere ihrer selten geäußerten Beeinträchtigungsideen. In ihren mechanischen Bewegungen gleichen die Kranken aufgezogenen Automaten. Ihr Verhalten wechselt zwischen kindisch-läppischem und stumpfem und indolentem Benehmen. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind sehr schlecht und ihr Begriffsvermögen ist ziemlich schwach. Ohne große Erregungszustände macht die Verödung immer weitere Fortschritte.

Von 11 (7 männlichen, 4 weiblichen) Fällen konnte keiner entlassen werden.

II. b) *Die apathische Spielart.* Die präpsychotischen Eigenheiten sind nicht so stark ausgeprägt. Die Psychose beginnt mit Veränderungsgefühlen und Beeinträchtigungsideen. Sinnestäuschungen und Halluzinationen kommen hin und wieder vor. Die müde Teilnahmslosigkeit der Kranken wird durch häufige Erregungszustände unterbrochen. Der Verlauf ist sonst wie bei II. a). Die Heilungsaussichten sind sehr schlecht. Von 40 (19 männlichen, 21 weiblichen) Fällen wiesen nur 3 (7,5%) eine

verhältnismäßig gute Remission auf. 24 Krankheitsfälle hatten hebephrene und 5 paranoide Symptome im Verlauf, während nur 11 ein rein katatonen Bild zeigten. In 37 Fällen ging das Krankheitsbild in eine stumpfe Verblödung über oder nahm einen letalen Ausgang.

Die *katatonen Erregungszustände* sind recht häufig; sie zeigen sowohl depressiven wie hypomanischen Einschlag, die in fließenden Grenzen zu melancholischen und manischen Zustandsbildern übergehen.

III. a) *Die hypomanischen und manischen Fälle.* Neben einer stärkeren motorischen Erregung zeigen diese katatonen Erregungszustände Anklänge von gesteigertem Selbstgefühl, Rededrang, Neigung zu ideenflüchtigen Gedankenverbindungen und Größenideen. Die gemütliche Ansprechbarkeit bleibt zumeist lange erhalten. In manchen Fällen kann sogar nach vielen Schüben eine fast völlige Erhaltung der Persönlichkeit festgestellt werden. Die Aussichten auf eine Heilung sind gut zu nennen, doch treten leicht Rückfälle ein. 2 Patienten zeigten ein kataton-hebephrenes Krankheitsbild zu Beginn der Erkrankung. Von 20 Patienten (7 männlichen, 13 weiblichen) wurden 7 (35%) entlassen.

III. b) *Depressive und melancholische Krankheitsbilder.* Sie werden zumeist durch ausgesprochene Angst- und Beeinflussungsgefühle eingeleitet. Gemütliche Veränderungen zeigen sich oft schon viele Jahre vorher. Die Kranken fühlen sich verändert. Zumeist leitet eine kurze Ratlosigkeit die meist heftige Erregung ein, die von Halluzinationen, Sinnestäuschungen und einer mehr oder minder starken Bewußtseinstrübung begleitet wird. Häufig aber erscheinen die Kranken in ihren Bewegungen stark gehemmt und verlangsamt. Sie erwecken in ihrer autistischen Versunkenheit fast den Eindruck eines katatonischen Stupors.

Ein zweiter Schub zeigt oft katatone Symptome, die allerdings auch zu Beginn neben der Erregung auftreten können. Gewöhnlich macht die anfängliche Depression hypochondrischen Wahnideen und einer zunehmenden Affektleere Platz. Schließlich können auch die katatonen Bewegungsstörungen stark hervortreten, wie auch die Hemmung in einen negativistischen Stupor übergehen kann.

Der Ausgang ist neben einem chronischen Stupor nach häufigen Erregungszuständen und impulsiven Gewalttaten die schließliche Verblödung. Von 59 Fällen (17 männliche, 42 weibliche) hatten 5 neben katatonen hebephrene Symptome und 15 daneben paranoide Symptome. 12 Kranke oder 20,3% konnten entlassen werden, doch kamen vollständige Remissionen nur selten vor; es waren zumeist Defektheilungen. Die Selbstmordneigung ist bei dieser Verlaufsart stark.

III. c) *Die zirkulären Fälle* zeigen ebenso wie die voranstehenden „affektiven“ Gruppen eine stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts. Anfälle manischer Erregung wechseln mit depressiven Verstimmungen ab, und zwar kann diese „Stimmungslabilität“ innerhalb eines Anfalles bestehen oder in verschiedenen Anfällen sich ausdrücken.

Die Prognose ist recht gut. 34 (42 %) von 81 (29 männlichen, 52 weiblichen) Fällen konnten geheilt entlassen werden. Jedoch ist auch hier die Selbstmordneigung recht groß.

IV. *Mischfälle.* a) und b) Zwei kleine Gruppen zeigen hysterische und hypochondrische Einschläge, die mit Erregungszuständen abwechseln. Von 5 Patienten konnte keiner entlassen werden.

c) Bei einer weiteren Gruppe treten neben die katatonen Symptome Wahnideen melancholischer Art sowie paranoische Ideen. Unter häufigen Erregungszuständen führt dieses Krankheitsbild ausschließlich zur stumpfen, faseligen Verblödung. 5 Patienten.

Krankheitsschübe und „Heilung“.

Jeder Krankheitsschub kann einen neuen Defekt setzen und die Persönlichkeit weiter abbauen. Die Wahrscheinlichkeit einer Wiederherstellung wird demnach bei einem Schub größer sein als nach mehreren. Tatsächlich finden wir nach dem ersten Schub in 23,9 % „Heilungen“, nach mehreren nur noch 5,4 %.

Krankheitsschübe und „Heilung“.

	1 Schub	%	Mehrere Schübe	%	Gesamt	%
Krank.	101	29	59	17	160	46
Gesund und gebessert. . . .	83	23,9	19	5,4	102	29,3
Gestorben	38	10,9	11	3,1	49	14
Nicht festgestellt	33	9,5	4	1,2	37	10,7
Gesamt	255	73,3	93	26,7	348	100

Bemerkenswert ist, daß von den 101 nach dem ersten Schub in den Anstalten verbliebenen Kranken 70 längere Zeit vorher auffällig waren.

Remissionen.

Über die Zugehörigkeit der gesunden bzw. gebesserten Kranken zu den Verlaufsarten der Katatonie und die Länge der Remissionen gibt nachstehende Tabelle Auskunft.

Dauer der Remissionen.

Verlauf	Zahl der Fälle	1 Jahr	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Geheilt	Davon mit Defekt
			Jahre										
Stup-kat. . .	29	3				1	3	3	6	2	18		1
Stup. Spielart	87			1	1	1	5	4	6	8	2	28	3
Apath. " .	40			1			3					3	
Hypoman. . .	18				1		1	2		2	7		1
Depressiv . . .	54				1	2	2	3	1	3	12		5
Zirkulär . . .	72	1	1	5	2	3	4	8	7	3	34		3
Zusammen	300	4	1	7	4	3	12	18	20	24	9	102	13

Jede halbfette Ziffer zeigt eine Defektheilung an.

Die in der Tabelle aufgeführten 300 Fälle betreffen nur die durch Katanamnesen erfaßten Kranken, abgesehen von 11 Fällen der rein apathischen Gruppe, die keine Heilungen aufweist. 37 Fälle sind nicht katanamnestiziert. Insgesamt also 348 Fälle.

Zusammenfassung.

1. Ein Unterschied zwischen belasteten Familien und unbelasteten bezüglich des Ausganges kann nicht festgestellt werden.
2. Eine Erkrankung in jüngeren Jahren läßt mehr Möglichkeit für eine spätere Gesundung als ein Krankheitsbeginn in späteren Jahren.
3. Die akut beginnenden Erkrankungen zeigen die doppelte Anzahl von günstigen Ausgängen gegenüber den schleichen den.
4. Nach einem Schub sind mehr „Heilungen“ zu erwarten als nach mehreren.
5. Die sich hauptsächlich in Bewegungs- und Sprachstörungen motorischer Art äußernden Prozesse geben eine bei weitem bessere Prognose als die „affektbetonten Fälle“, ausgenommen die zirkulären. Kommen die affektgetragenen Fälle zur Heilung, dann zumeist über einen Stupor; doch sind je nach der Stärke der vorausgegangenen Symptome mehr oder minder starke Defekte zu erwarten.

Hebephrenie.

In ihrer „reinen Form“ finden wir die Hebephrenie recht selten, zumeist ist sie mit katatonen und auch paranoiden Zeichen untermischt. Bei den folgenden Fällen sind aber nur die „reinen Formen“ berücksichtigt, von denen nur 21 in dem Material festgestellt werden konnten. Bis auf 3 Fälle wurden alle durch Fragebogen und Krankengeschichten katanamnestiziert.

Von diesen Kranken waren Anfang 1936	Männlich	Weiblich	Zusammen	%
Gestorben	—	2	2	8,3
Anstalt:				
arbeitsunfähig	—	2	2	8,3
arbeitsfähig	2	6	8	33,4
Entlassen:				
arbeitsfähig, geheilt	3	4	7	29,2
beschränkt arbeitsfähig mit Defektheilung .	1	1	2	8,3
nicht arbeitsfähig	—	—	—	—
Katanamnesen nicht erhalten von	2	1	3	12,5
Zusammen	8	16	24	100

9 Kranke oder 29,2% konnten also geheilt entlassen werden; dazu 8,3% mit Defektheilungen. Die Prognose ist mithin erheblich günstiger, als sie gewöhnlich gestellt wird; jedoch kann dieser Befund infolge der

kleinen Zahl der Fälle auch einem besonders günstigen Umstand zu verdanken sein. Kraepelin findet z. B. in 8% der Fälle völlige Heilung, in 17% einen leichten Defekt und in 25% einen größeren Defekt. Alle diese Kranken leben außerhalb der Anstalt.

Belastung.

Geisteskrankheiten können bei den Vorfahren und in den Seitenlinien der hebephrenen Erkrankten in hohem Maße festgestellt werden; nicht weniger als 15 Fälle (von 24) weisen einfache oder mehrfache Belastung auf.

Belastung.

	Direkt	Indirekt	Nervös	Trinker	Keine	Gesamt
Männlich	1	3	2	1	1	8
Weiblich. . . .	7	2	2	1	4	16
Zusammen	8	5	4	2	5	24
In %	33,3	20,8	16,7	8,4	20,8	100

Somit lassen sich in 54,1% der Fälle Geisteskrankheiten in der näheren und weiteren Umgebung der Kranken feststellen, zum Teil häufen sie sich in erschreckendem Maße in einzelnen Familien.

Habitus.

Der Körperbau konnte infolge ungenauer Angaben nur bei 19 von 24 Kranken ermittelt werden. Zugleich läßt aber die kleine Zahl der Fälle keine weiteren Rückschlüsse zu. So viel sei gesagt, daß die überwiegende Mehrheit (13 Patienten) dem asthenischen Formenkreis angehört.

Auch *gemütliche Besonderheiten* sind in reichem Maße vertreten. 17 Kranke oder 70,8% zeigen Eigenheiten in ihrem Charakter. Wir finden da besonders die Verschlossenen und die Eigensinnigen, wie auch die Reizbaren und die Schwermütigen. Eine besondere Affinität zwischen einem dieser Charaktere und Erkrankung läßt sich jedoch nicht nachweisen, da alle Typen fast gleichmäßig vertreten sind. Allen ist ein mehr oder minder ausgeprägter Autismus eigen, der sich mit dem in der Regel allmählichen Beginn der hebephrenen Erkrankung gut in Einklang bringen läßt. Nur in wenigen Fällen können die untrüglichen Spuren der Erkrankung schon in der frühen Kindheit nachgewiesen werden.

Begabung.

Der Häufigkeit der gemütlichen Eigenheiten entsprechend läßt auch die Begabung den chronisch-schleichenden Beginn erkennen. Einige Kranke waren von früh auf in ihrer geistigen Entwicklung gegenüber

Begabung.

Leistung	Sehr gut	Gut	Mittel	Schlecht	Sehr schlecht
Fälle . . .	2	6	5	10	1
In %	8,3	25	20,8	41,7	4,2

den gesunden Kindern zurückgeblieben. 16 Kranke oder 66,7% weisen immerhin eine nur mittlere oder schlechte Begabung auf.

Eintritt der Erkrankung.

Gröbere Symptome dieses Krankheitsprozesses treten aber zumeist mit dem 14. oder 15. Lebensjahr auf, mit dem Eintritt der Pubertät. Die Symptome dieser biologischen Lebensphase — Unausgeglichenheit und Phantasie, Freude an überspannten Ideen und fröhreifer Ernst, Albernenheiten, Freude an rohen Scherzen und Tierquälereien — ähneln den Krankheitssymptomen der Hebephrenie so sehr, daß uns häufig nur eine Vergrößerung dieser Charaktereigenschaften ins Auge fällt. Dieser traut sich zu, sämtliche Charaktere erkennen und ausschöpfen zu können, jener, alle Kranken zu heilen. Sie sprechen geringschätzig von ihren Eltern und belegen sie mit ärgsten Schimpfnamen, fühlen sich ihnen turmhoch überlegen, fordern eine ihrem Bildungsgrad entsprechende Umgebung, finden aber nie einen kongenialen Menschen. Neben diesen Überschätzungsideen fällt die zunehmende Beschäftigung mit Philosophie und „Weltproblemen“ auf. Sie erlernen alle möglichen ausländischen Sprachen, um schließlich nie die einfachste Frage beantworten zu können. Gleichzeitig nimmt ihre Empfindlichkeit zu, sie schließen sich von ihrer Umgebung ab und zeigen Neigung zum Grübeln und häufigen Wachträumen. Ihre Leistungen gehen allmählich oder sprunghaft zurück und sehr bald zeigt auch die Oberflächlichkeit ihrer Empfindung, sowie ihr freches, vorlautes Wesen die gemütliche Störung an. Jetzt nimmt das Krankheitsbild eine läppische Färbung an. Das gehobene Selbstgefühl und Selbstbewußtsein der Kranken neben ihrer Gefühlsroheit und den schnippischen und patzigen Antworten bestimmen den Krankheitsprozeß ganz eindeutig. Nicht selten sind auch melancholische Gedanken und Zustände von Verwirrung und Zerfahrenheit.

Erkrankungsalter.

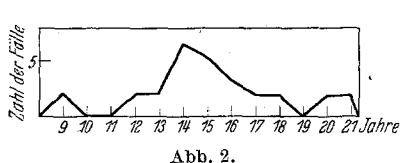


Abb. 2.

Das Erkrankungsalter zeigt entsprechend der Pubertät seinen Höhepunkt im 14. Lebensjahr. Von da ab nimmt die Häufigkeit der Erkrankung rasch ab, um nach dem 22. Lebensjahr — wenigstens bei

diesen Fällen — überhaupt nicht mehr aufzutreten.

Obenstehende Kurve bringt die Darstellung von 20 Fällen, bei 4 Fällen

ließ sich der Krankheitsbeginn nicht genau feststellen. Der *Beginn* ist in allen Fällen *chronisch* und bereitet sich zumeist durch viele Jahre hindurch vor. Der *Verlauf* der Hebephrenie ist progradient und zeigt häufig mehrere Schübe. Nicht selten kommt es noch nach mehreren Schüben zu einer guten Remission. Die *Remissionen* sind durchweg von längerer Dauer. Das entspricht auch den Erfahrungen vieler Forscher (Bumke, Kraepelin, Schneider u. a.), die den Erkrankungsprozeß durch lange Zeit auf einer Stufe verharren sahen.

Von 24 Fällen kamen also 7 Fälle zu einer vollständigen Remission (29,2%) und 2 Fälle (8,3%) zu einer Defektheilung. Alle übrigen gingen in eine läppisch-stupuröse Verblödung über. Bei 3 Fällen kombinierten sich starke hysterische Züge mit der Hebephrenie.

Dauer der Remissionen.

Jahre	6	7	8	9	10	zusammen
Fälle	2	1	2 ¹	3	1	9

¹ Defektheilungen.

Dementia simplex.

Auch diese Krankheitsform taucht im vorliegenden Material nicht allzu häufig auf. Ihr ist vor allem die allmähliche Schwächung von Gefühls- und Willensregungen, sowie die schleichende Insuffizienz und das langsame Versagen im Leben und Beruf eigen.

Von diesen Kranken befanden sich Anfang des Jahres 1936	Männlich	Weiblich	Zusammen
In Anstalten:			
arbeitsunfähig	1	2	3
arbeitsfähig	2	1	3
Entlassen arbeitsfähig geheilt	1	1	2
Gestorben	1	—	1
Keine Katanamnesen erhalten von	1	—	1
Zusammen	6	4	10

Der Fehler der kleinen Zahl beeinflußt sicher unsere Ergebnisse.

Die Heilungsaussichten scheinen jedoch sehr ungünstig und nur selten gelangt hier und da ein Fall zu einer guten Remission. In 5 Fällen traten *Geisteskrankheiten* in der näheren und weiteren Familie auf. Der *Habitus* ließ sich bei den wenigsten Kranken feststellen, weshalb sich eine Erwähnung desselben erübrigt. Fast alle Kranken zeigen vor Ausbruch der manifesten Erkrankung *gemütliche Besonderheiten*, außer einem, der vorher immer lustig und in keiner Weise auffällig war.

Begabung. Die Leistungen der Kranken sind meist recht dürftig, nur 3 werden als gut veranlagt geschildert.

Beginn. In unserem Material kann der Beginn der Psychose bereits bei einem Kinde von 6 Jahren nachgewiesen werden, wie auch in weiteren 2 Fällen die Krankheitssymptome frühzeitig in Erscheinung traten.

In schleichender Entwicklung führt diese Psychose nach kürzerer oder längerer Zeit zum vollkommenen Erliegen aller geistigen und körperlichen Fähigkeiten und Leistungen. Nicht selten ergeben sich diese Kranken dem Alkohol oder werden in krimineller Hinsicht auffällig.

Zumeist ist bereits nach dem ersten Schub der *Ausgang der Erkrankung* erreicht, bei dem sich dann das Bild einer faselig-stumpfen Verblödung und eines asozialen, triebhaften und häufig gewalttätigen Verhaltens bietet.

Schriftennachweis.

Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9. 1932. — *Kraepelin-Lange*: Allgemeine Psychiatrie, Bd. 1. 1927. — *Kinkel*: Psychiatr.-neur. Wschr. 1920 II. — *Lange, J.*: Lehrbuch der Psychiatrie, 1. Aufl. 1935. — Z. Neur. 80 (1922). — *Mauz*: Die Prognose der endogenen Psychosen. Leipzig: Georg Thieme 1930. — *Weygandt*: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten.
