

Aus der Nervenklinik der Stadt und Universität Frankfurt a. M.
(Direktor: Prof. Dr. KLEIST).

Die Hebephrenien auf Grund von katamnестischen Untersuchungen.

Von

K. KLEIST, K. LEONHARD und E. FAUST.

I. Teil.

(Eingegangen am 15. Juli 1950.)

Einleitung (Kleist).

Als ich 1934 daran ging, meine in Erlangen begonnenen und in Rostock-Gehlsheim fortgeführten Untersuchungen über Formen und Verläufe der Schizophrenien an Hand des größeren Frankfurter Krankengutes katamnестisch zu überprüfen, wurden zuerst die Katatonien mit Hilfe von DRIEST⁶ und SCHWAB¹⁵, denen sich 1936 LEONHARD⁷ anschloß, in Angriff genommen. Die Hebephrenien sollten folgen, dann die paranoiden und schließlich die verworrenen Schizophrenien. Persönliche Umstände und der Ausbruch des Krieges hielten aber die Mitarbeiter der Hebephrenie-Untersuchungen auf, so daß dieser Teil in Rückstand geriet und nun den Abschluß bildet. LEONHARD, der die Nachuntersuchungen, zum Teil mit Unterstützung anderer klinischer Ärzte durchgeführt hat, und Frau EMMY FAUST, der die letzte Gestaltung der Arbeit zufiel, sind daran beteiligt.

Mit diesem Lauf der Dinge hängt es auch zusammen, daß die katamnестischen Nachforschungen an Hebephrenien sich ebenso wie die an Katatonien auf das erste Jahrfünft meiner Frankfurter Beobachtungen (1920—1925) beschränkten; denn 1934 bei Beginn dieser Überprüfungen mußten mindestens 5 Jahre verflossen sein, um ein sicheres katamnестisches Urteil abgeben zu können.

Es ist uns eine besondere Freude, diese Arbeit dem Forscherehepaar OSCAR und CÉCILE VOGT zu ihrem 80. bzw. 75. Geburtstage darbringen zu können; denn in ihrem Namen beginnt soeben ein neuer Aufschwung zu einer pathologischen Anatomie der Schizophrenien.

Die Diagnose lautete 1920—1925 in den meisten Fällen auf Hebephrenie schlechthin, jedoch mit Bemerkungen über das jeweilige Zustandsbild, denn die Kürze der klinischen Beobachtung ließ oft eine sichere Bestimmung der Unterform noch nicht zu. Eine Unterteilung der Hebephrenien habe ich aber schon 1918 auf Grund meines Rostocker Krankengutes entworfen. In dem Bericht über meinen Vortrag über endogene Defektpsychosen auf der Jahresversammlung des Vereins

Nordwestdeutscher Psychiater und Neurologen (KLEIST³) heißt es über die Hebephrenie: „Störungen des Affektlebens stehen im Vordergrund. Vortragender trennt eine apathisch-unproduktive Verblödung, zu der auch die sogenannte Dementia simplex gehören dürfte, eine läppische, manicartige Form (die Hebephrenie i. e. S.) und eine depressive Verblödung. Der Krankheitsbeginn lag bei den Hebephrenischen wie bei den Katatonischen mit wenigen Ausnahmen vor dem 31. Lebensjahre.“ In der Einleitung zu den katamnestischen Untersuchungen an Schizophrenen (KLEIST-DRIEST⁶) habe ich das Wesen der Hebephrenie psycho- und gehirnpathologisch zu bestimmen versucht als „*affektive Verblödung*, bestehend aus Verödung der stammhirneigenen Gefühls- und Triebvorgänge und aus corticalen (orbitalen) Charakterveränderungen“. In seinen Untersuchungen an schizophrenen Endzuständen bestätigte LEONHARD¹¹ die läppische und die depressive Hebephrenie, bezeichnete die letztere aber als „verschrobene Hebephrenie“, da seine Fälle außer einer klagsamen Stimmung verschrobene Gewohnheiten aufwiesen. Nicht alle durch Manieren ausgezeichnete Schizophrene gehören aber zur verschrobenen Hebephrenie, wie es anfangs scheinen konnte, sondern gewisse mit Stereotypen und anderen katatonen Symptomen behaftete Kranke stellen die manierierte (stereotype) Katatonie dar (KLEIST⁴). Eine apathisch-unproduktive Form glaubte LEONHARD unter seinen Endzuständen nicht zu finden. Bei späteren Beobachtungen traf aber auch er auf Krankheitsfälle, die einen uncharakteristischen affektarmen Zustand boten. Außerdem waren ihnen kurze Verstimmungen eigen, in denen sie teils gereizt, teils auch mehr depressiv waren und in der Regel halluzinierten. Meist handelte es sich um Stimmen, aber auch optische Sinnestäuschungen und Körpersensationen kamen vor, von denen die Kranken mit merkwürdiger Teilnahmslosigkeit berichteten. In dieser Symptomenverknüpfung sah LEONHARD¹⁰ eine weitere typische hebephrene Krankheitsform. Wegen ihrer auffälligen Affektverflachung nannte er sie „flache Hebephrenie“, was sich mit meiner Benennung „*apathische Hebephrenie*“ deckt; der Zusatz „unproduktiv“ muß allerdings im Hinblick auf die von LEONHARD erkannten halluzinatorischen Erregungszustände wegbleiben. Zu diesen drei hebephrenen Unterformen tritt als vierte LEONHARDS „*autistische Schizophrenie*“. Das Krankheitsbild ist durch eine autistische Abgewandtheit, die durch kurze, großenteils gewalttätige Erregungen unterbrochen wird, ausgezeichnet.

Demnach waren folgende 4 typische Hebephrenien bei den katamnestischen Untersuchungen zu beachten:

- läppische* Hebephrenie,
- depressive (verschrobene)* Hebephrenie,
- apathische (flache)* Hebephrenie,
- autistische* Hebephrenie.

Das Krankengut.

Von den 1920—1925 als Hebephrenie diagnostizierten 54 Kranken mußten 4 Fälle von vornherein ausgeschieden werden, da bei ihnen die Diagnose auf Hebephrenie schon vor dem Jahre 1920, bevor KLEIST die Klinik übernommen hatte, und nicht in seinem Sinne gestellt worden war. Bei der Wiederaufnahme der Kranken nach 1920 unterblieb versehentlich die Richtigstellung der Diagnosen. Für die katamnestischen Untersuchungen fielen 5 andere Fälle aus, weil sie vor Ablauf von 5 Jahren nach Krankheitsbeginn gestorben sind, also nicht lange genug verfolgt werden konnten. 2 weitere Fälle starben zwar erst nach Ablauf von 5 Jahren, aber sie befanden sich weniger als 5 Jahre in Anstaltsbeobachtung, so daß auch hier eine genauere Beurteilung nicht möglich war. Dazu treten 6 Kranke, die zur Zeit der Nachuntersuchungen zwar noch lebten, aber so weit entfernt wohnten, daß sie nicht aufgesucht werden konnten. Da auch keine genügend lange Anstaltsbeobachtung vorlag, mußten diese Fälle ebenfalls außer Betracht bleiben. 5 Fälle schließlich konnten nicht mehr ermittelt werden.

Diesen insgesamt 22 ausgeschiedenen Kranken stehen 32 *verwertbare Fälle* gegenüber. Von diesen sind 5 verstorben; sie befanden sich aber länger als 5 Jahre in Anstaltsbehandlung, so daß der Krankheitsverlauf genügend lange überblickt werden kann. 19 Fälle wurden nachuntersucht.

Bei 17 von 32 Kranken wurde katamnestisch das Vorliegen einer Hebephrenie bestätigt, d. h. in 53,1 %. Am häufigsten fanden sich die läppische (5) und die depressive (6) Form, aber auch die apathische (2) und autistische (4) Hebephrenie ist vertreten. Deren größere Seltenheit im vorliegenden Krankengut beweist nicht ihre absolute Seltenheit, vielmehr sind gerade läppische und depressive Hebephrenien schon im Beginn besonders leicht als hebephren zu erkennen, so daß ihre Diagnose am häufigsten von Anfang an feststeht. Die autistische Form erscheint im Beginn manchmal noch als paranoides Krankheitsbild. Auch die apathische Hebephrenie, die gerade anfangs häufig halluzinatorische Zustände hat, kann zunächst als paranoid verkannt werden.

Als andere Formen von Schizophrenie und zwar als Katatonie stellten sich nach Ausweis der Katamnesen 7 Kranke heraus (21,9 %), während 8 als Hebephrenie diagnostizierte Kranke sich später als nicht-schizophrene Erkrankungen erwiesen (25 %). Dieser ziemlich hohe Prozentsatz von Fehldiagnosen ist noch etwas größer als der bei Katatonien gefundene (23,9 %). Auf die Ursachen gehen wir später ein.

Wenn wir zu unserem Ausgangsmaterial noch die 7 Hebephrenen hinzunehmen, die sich bei den Katamnesen der Katatonien und der paranoiden Schizophrenien im gleichen Zeitraum gefunden haben — bei den

verworrenen Schizophrenien waren keine vorhanden —, so waren die 4 als Katatone verkannten Hebephrenen durch triebhafte oder halluzinatorische Erregungszustände bei sonst apathischem Verhalten ausgezeichnet, gehören also wohl zur apathischen Form. Da bei 2 dieser 4 Fälle aber auch läppische Merkmale beobachtet wurden, nahmen wir in diesen beiden Fällen Kombinationsformen von apathischer und läppischer Hebephrenie an. Unter den 3 Hebephrenen, die anfangs paranoide Schizophrenie zu sein schienen, waren 1 apathische und 2 autistische.

Die Gesamtzahl der Hebephrenen erhöht sich damit auf 24 Fälle, die sich in 5 läppische, 6 depressive, 5 apathische, 6 autistische und 2 apathisch-läppische gliedern. Die typischen Einzelformen scheinen danach annähernd gleich häufig zu sein. Bei dem etwas größeren Krankengut LEONHARDS¹⁰ überwiegt allerdings die depressive (verschrobene) Form mit 14 Fällen stärker im Vergleich mit 8 läppischen, 10 flachen und 10 autistischen Hebephrenien. Jedenfalls ist bemerkenswert, daß die für das Bild der Hebephrenie als besonders kennzeichnend geltende läppische Form nicht die häufigste Spielart der Hebephrenien ist.

Die einzelnen Hebephrenieformen.

Zur Veranschaulichung wird im folgenden von jeder hebephrenen Unterform ein Krankheitsfall kurz wiedergegeben:

1. Läppische Hebephrenie.

F. Mars, geb. 1901, befand sich in der Nervenklinik Frankfurt a. M. vom 29. 11. 1924 bis 15. 1. 1925, wurde anschließend in die Anstalt H. verlegt, wo er sich bei der Nachuntersuchung 1939 noch befand. Eine Schwester von Muttersvater soll irrsinnig gewesen sein. Der Vater trank und war aufgeregt. Die Mutter erlitt nach grober Behandlung durch ihren Mann einmal einen „Nervenschock“, konnte lange nicht sprechen und laufen. M. selbst ist in der Schule einmal sitzengeblieben. Er war als Kind etwas ängstlich und weichherzig, weinte gleich. Später scheint er zunächst nicht auffällig gewesen zu sein, er verdiente als Arbeiter seinen Unterhalt. Im Oktober 1924 äußerte er, man habe ihn vergiftet, sprach von reichen Verwandten, die er in Amerika habe, und von bösen Leuten, die ihn um die Erbschaft bringen wollten, Arbeitskollegen hätten ihn hypnotisiert. Er stieg dann in eine fremde Wohnung ein und wurde als Einbrecher verhaftet. In Untersuchungshaft lächelte er vor sich hin, benahm sich gleichgültig, gab sich nicht die Mühe, sich zu verteidigen. In die fremde Wohnung sei er eingestiegen, da man ihm nicht aufgemacht habe. Er sollte dort im Auftrage seiner Mutter etwas ausrichten und schlug kurzerhand die Scheibe an der Wohnungstür ein. Da er als durchaus krankhaft auffiel, wurde er in die Nervenklinik gebracht. Auch in der Klinik lachte M. viel. Er lächelte auch, wenn er von seiner Verhaftung und der Anklage des Einbruches erzählte. Die Vergiftungs- und Größenideen, von denen berichtet wurde, bestritt er, unter Grinsen gab er oft schnippische Antworten. Bei der Intelligenzprüfung versagte er; die Fehler waren überwiegend alogischer Art, z. B. erklärte er das Sprichwort „Keine Rose ohne Dornen“ in folgender Weise: „Keine Rose ohne Dornen, das ist geradeso wie Blume ohne Blatt . . . wenn man an die Dornen kommt, sticht man sich.“ Als Unterschied zwischen Kind und Zwerg gab er an:

„Kind ist kleiner, Zwerg ist auch klein.“ Unter Ehrgeiz versteht man, wie er meinte, „wenn man seine Ehre nicht so leicht hergibt“. Er bot auf der Abteilung wenig Auffälligkeiten, er grinste, wenn man mit ihm sprach. Seine Initiative war sehr gering.

In der Anstalt H. war er zurückhaltend und initiativearm. Im April 1926 war er einmal kurze Zeit erregt und ängstlich, behauptete, seine Frau sollte hingerichtet werden, und drohte, Fenster einzuschlagen. Bald war er wieder ruhig wie vorher, lächelte viel und gab ausweichende Antworten. Er ließ sich immer gut beschäftigen. 1929 trat wieder ein kurzer Erregungszustand auf mit Gereiztheit. In den folgenden Jahren wurde er noch stumpfer und antriebsärmer.

1934 wurde er durch einen Arzt der hiesigen Klinik nachuntersucht. Er zeigte dabei ein scheues, verlegenes Lächeln, antwortete nur halbblaut oder gar nicht. Er war affektlos und wenig regsam, bot aber keine katatonen Symptome.

Bei der Nachuntersuchung durch LEONHARD am 25. 5. 1939 kommt er lächelnd ins Untersuchungszimmer und lächelt eigentlich bei jeder Antwort. Das Lächeln hat etwas Verlegenes, Scheues an sich. Er blickt gerne am Arzt vorbei. Wenn man ihn scherzhaft anspricht, verstärkt sich sein Lachen. Affektiv besteht eine weitgehende Verflachung. Gegen seinen Anstaltsaufenthalt hat er nichts einzuwenden. Gegenüber dem Vorhalt, daß er wohl geisteskrank sei, verwarft er sich mit seinem auch sonst üblichen Lächeln. Auf Fragen gibt er selten richtig Antwort, statt dessen spricht er unbestimmt oder redet an der Frage vorbei. Dabei verrät sein verstärktes und jetzt deutlich verschmitztes Lächeln, daß es ihm um einen Scherz zu tun ist. So behauptet er, 1891 geboren (richtig: 1901) und 1893 in die Schule gekommen zu sein. Bei der Intelligenzprüfung versagt er völlig und gibt nur alogische Antworten. Zum Unterschied zwischen Kiste und Korb hat er nur zu sagen: „Ich weiß, was es für einen Unterschied da gibt.“ Treppe und Leiter: „Das ist allerdings ein Unterschied!“ Bach und Teich: „Der Bach fließt doch in den Teich.“ Zu dem Sprichwort „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ bemerkt er nur: „Das habe ich mal gewußt.“ Nach Angabe des Pflegers tritt der Kranke auf der Abteilung kaum hervor, er beschäftigt sich brauchbar mit Flechtarbeiten.

Überblicken wir die 5 Fälle von läppischer Hebephrenie, so ergibt sich ein recht charakteristisches Bild. Bei allen Fällen wird bereits im Krankheitsbeginn auf die *affektive* und zum Teil *auch ethische Verflachung* hingewiesen. Den Kranken *Mars* läßt seine Verhaftung, sein Gefängnis-aufenthalt und die Anklage wegen Einbruchs gleichgültig, er spricht lächelnd darüber, und gibt sich in keiner Weise Mühe, sich zu verteidigen. Die *Brieg* kümmert sich um keines ihrer 3 unehelich geborenen Kinder; als ihr einmal durch das Jugendamt ein Kind zurückgegeben werden sollte, ließ sie den Beamten nicht in ihre Wohnung kommen und nahm das Kind nicht an; von Briefen ihres Bruders aus Amerika, die Dollars enthalten, nimmt sie kaum Notiz; bei einer Geldsendung von 2000 RM zeigt sie keine Neigung, sich bei dem Bruder zu bedanken, sie quittiert die Angelegenheit mit der Bemerkung, daß das Bedanken noch Zeit habe, der Bruder immer ein Taugenichts gewesen sei, blödsinnig schreibe und sie sich von ihm nichts vormachen lasse. Eine andere Kranke, *Baker*, die zeitweilig durch ein fast manisch anmutendes Gebaren auffiel und zu allen möglichen Scherzen und Streichen aufgelegt war, spricht

mit dem sie besuchenden Bruder wenig und fragt mit keinem Wort nach den sich um sie sorgenden Eltern.

Einträge, die von Verödung des Gefühlslebens berichten, finden sich in den Krankengeschichten von Anbeginn immer wieder. Auch der Gesichtsausdruck wird bereits von Anfang an als „affektlos“ und „leer“ bezeichnet. In späteren Krankheitsjahren tauchen dann immer häufiger die Bemerkungen „stumpf“, „interesselos“, „zurückhaltend“ auf. Die Kranken kümmern sich immer weniger um ihre Umgebung, suchen keine Berührung mit anderen Kranken, bringen weder Wünsche noch Klagen vor und leben in den Tag hinein. Es fällt jetzt neben der affektiven Abstumpfung eine hochgradige *Antriebsverarmung* auf. Ihr Gesichtsausdruck wird jetzt nicht nur als „leer“, sondern mitunter als „starr“ und „maskenhaft“ bezeichnet. Sie stehen oder sitzen in den Ecken herum, zeigen keine Neigung zu einer Betätigung. Werden sie zu einer Beschäftigung angehalten, dann vollführen sie keine ernsthafte Arbeit. Von *Zeit* heißt es, daß er mit den Händen in den Hosentaschen herumsteht und in der Kolonne wenig arbeitet. Die *Fize*, die bei ihrem trägen Herumsitzen ein Körpergewicht von über 240 Pfund erreicht, muß förmlich zur Arbeit getrieben werden. Sie verweist zur Entschuldigung auf ihre Fettsucht und wird gereizt und erregt, wenn man sie aus ihrem stumpfen, müßigen Dahinleben herausreißen will. Die *Brieg* wird nach 17jährigem Anstaltsaufenthalt als „weitgehend verblödete“ Kranke beschrieben, die immer ruhig und fügsam ist und in stumpf-zufriedener Stimmung müßig herumsitzt. Diesem Antriebsmangel entspricht auch die zunehmende *Wortkargheit* der Kranken. Sie sprechen nach jahrelangem Kranksein von sich aus kaum etwas. Fragen werden meistens nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet; eine beliebte Redewendung ist „ich weiß nicht“. Bei der Intelligenzprüfung treten neben knappen, nichtssagenden Antworten *alogische Mängel* zutage, während paralogische Entgleisungen recht selten sind.

Das Kardinalsymptom der läppischen Hebephrenie, das *läppische Gebaren* macht entsprechend dem zunehmenden Antriebsmangel einen charakteristischen Wandel durch. Während zu Beginn der Erkrankung das unmotiviert Lachen, bei Männern mehr ein „Lächeln“ und „Grinsen“, bei Frauen „lautes Lachen“, „Kichern“ und „Meckern“ als Hauptmerkmal auffällt und bei flüchtiger Betrachtung ein manisches Bild vortäuschen kann, werden im Laufe der Jahre die Einträge hinsichtlich des Lachens immer spärlicher. Bei länger dauernder Krankheit erfolgt das Lachen kaum mehr spontan, sondern nur auf Anrede oder andere Anregung hin. Wenn es bei der Unterhaltung gelingt, dem starren Gesicht ein Lächeln abzugewinnen, nehmen die Mienen bald wieder den nichtssagenden, uninteressierten Ausdruck an. Auch das Lachen an sich wird anders, es verliert im Laufe der Erkrankung an Frische. LEON-

HARD¹⁰ spricht bei den Endzuständen von einem scheuen, verlegenen Lächeln. Bei der stumpfen, trägen *Fize* mit ihrem „maskenartig starren“ Gesichtsausdruck ist von einem „faden“ Lächeln die Rede.

Für den anderen läppischen Wesenszug, die *Neigung zu kindhaften Streichen und Scherzen* stehen uns 2 besonders kennzeichnende Fälle zur Verfügung. *Zeit*, der immer wieder unvermittelt und an unpassender Stelle „grinst“, bei Anrede „albern“ lacht und unmotivierte Fragen stellt, kommt in den ersten Jahren seiner Erkrankung ständig auf neue Streiche und „Dummheiten“. Als Soldat wirft er aus Spaß das Gewehr weg, schießt als Wachtposten ohne Anlaß und öfft einen Hauptmann nach; später geht er jede Nacht aus, schlendert langsamen Schrittes durch die Straßen, bleibt an den Ecken stehen und grinst den Passanten ins Gesicht. Ein anderes Mal wirft er nachts Stühle aus dem Fenster oder er steht um 3 Uhr auf und verläßt das Haus. In der Klinik hängt er die Schilder an den Türen verkehrt, wirft Schwämme und Seife zum Fenster hinaus. Nach 12jährigem Anstaltsaufenthalt wird er stumpf, antriebsarm und wortkarg und zeigt eine ausdruckslose Miene. Aber seine Neigung zu Scherzen und Streichen bleibt bestehen, wenn auch die Vielgestalt der Einfälle verloren geht. So dreht er noch bei fortgeschrittener Erkrankung das Licht aus und an und ärgert die Mitkranken gerne. Noch nach 14jährigem Anstaltsaufenthalt wird von ihm berichtet, daß er einen alten Ulanenrock, mit phantastischen Achselstücken und zahlreichen Abzeichen versehen, trägt und anderen Kranken nachts mit der Taschenlampe ins Gesicht leuchtet. Gleichzeitig aber heißt es von ihm: „Autistisch, kein Konnex mit anderen Kranken.“ Die *Baker*, die in den ersten Jahren ihrer Erkrankung immer neue Albernheiten und Späße ausführt, fällt später nur durch *scherzhaftes Vorbeireden* auf.

2. Depressive (verschrobene) Hebephrenie.

G. Brün, geb. 1898. Rechtsstudent. Von erblicher Belastung ist nichts bekannt. Der Kranke war auf dem Gymnasium Durchschnittsschüler und soll recht ausgelassen gewesen sein. 1915 ging er als Kriegsfreiwilliger zum Militär und machte in der Garnison einen Depressionszustand durch. Er litt unter Angst, obwohl er wußte, daß diese unbegründet war. Seit dieser Zeit fühlte er sich nicht mehr so wohl wie früher. Er war immer unlustig, gehemmt und unsicher bei Menschenansammlungen. Er sprach selbst von „Beziehungswahn“. Er versuchte das Studium der Rechtswissenschaft, hörte aber nach einem Semester wieder auf. Auch spätere Versuche mißlangen. 1918 war er in einem Sanatorium. Er versuchte es dann mit anderen Berufen, machte z. B. einen Kursus auf der Handelsschule, scheiterte aber überall. Am 10. 9. 1919 kam er in die Heilanstalt E. Er nörgelte und sprach ständig von seinem „Zustande“, fürchtete zu verblöden und klagte, daß er von manchen Gedanken nicht loskomme. Manchmal war er stärker unzufrieden und verzweifelt. Er konnte auf dem Büro beschäftigt werden, zeigte aber keine eigene Initiative. Im Februar 1922 wurde er entlassen. Im April 1922 kam er in die Anstalt R. Hier erschien er antriebsarm, in Wesen und Mimik manieriert. Er hatte viele Wünsche und konnte auch in derben Ausdrücken schimpfen. Zwischen-

durch war er stärker verstimmt. Er äußerte dann die Befürchtung, immer in der Anstalt bleiben zu müssen. Seine affektive Verödung empfand er selbst; er bringe kein Interesse und keine Begeisterung auf, er fühle sich leistungsunfähig, alles komme ihm leer vor. Er saß in der Anstalt untätig herum, war energielos und unentschlossen. Am 22. 5. 1924 entwich er.

Am 28. 5. 1924 kam er in die Frankfurter Nervenlinik. Hier klagte er einförmig über seinen „Nervenzustand“, der nicht geheilt werden könne; er werde nicht verstanden. In der Unterhaltung zeigte er gelegentlich Worteigenheiten. So sprach er von seiner „allgemeinen gemütlichen Verdüsterung“. Er hatte keine Initiative; einen Aufsatz, den er schreiben sollte, brachte er nicht zustande.

Er wurde am 6. 6. 1924 in die Heilanstalt H. verlegt. Hier ist er mit dem Aufenthalt nicht zufrieden, möchte in die Anstalt R. verbracht werden, bittet bei jeder Visite darum. Dabei zeigt er eine überhebliche Art, beschwert sich über den Stumpfsinn der anderen Kranken. Dann wieder äußert er hypochondrische Klagen, glaubt, Paralyse zu haben und bleibt tagelang im Bett. Dieselbe hypochondrische Klage, er müsse Syphilis haben, kehrt lange Zeit immer wieder. Dann wieder genügt ihm das Essen nicht, oder die Umgebung ist ihm zu ungebildet, oder die Arbeit zu schwer. In dieser Weise zieht sich durch die ganze Krankengeschichte die Beschreibung seiner einförmig klagsamen nörgelnden Art. Eine Entscheidungsunfähigkeit, die im Beginn der Krankheit bis zum eigentlichen Zwang gesteigert war, bleibt immer noch erkennbar; so kann er sich zu keiner Änderung seiner Tätigkeit entschließen, schon ein Gang nach der Stadt zum Besuch seines Bruders macht ihm Mühe.

Bei der Nachuntersuchung durch LEONHARD am 25. 5. 1939 spricht er sehr viel, kommt immer wieder darauf zurück, er sei aufgeregt, weil er so plötzlich zur Untersuchung geholt worden sei; er beklagt sich und queruliert, hat dabei immer den gleichen Tonfall. Er wird im Laufe der Unterredung weder gereizt noch stärker depressiv. Aus seinen Reden sei folgendes wiedergegeben: „Was soll man sagen? Furchtbar lange, daß man hier ist, man hat Depressionen geradezu. Ich muß mal Urlaub haben, ein eintöniges Leben, wie das Anstaltsleben eben ist, es ist immer dasselbe. Das kann man nicht als Zufriedenheit bezeichnen, gerade wenn man das Gymnasium und die Universität besucht hat, ist es schlimm. Und so viele Ungebildete hier. Ich habe das Abitur und mehrere Semester jur. und die Kunstgeschichte studiert. Es lag an meinem Zustand, da habe ich aufgehört. Das Essen ist nicht gut, Fisch und Fleisch sind sehr reduziert. Man ist zu aufgeregt durch die Untersuchungen. Wird denn ein anderer noch untersucht außer mir? Man kommt sich vor, als ob man ausgequetscht wird wie eine Zitrone. Hat es denn irgendwelche Folgen, daß ich hier untersucht werde? Es sind zu wenig Ärzte in der Anstalt, es kommt nur alle paar Wochen einmal einer her. Das ist nicht richtig, so ohne ärztliche Aufsicht! Es ist eben eine reine Arbeitsanstalt hier. Sehr viele werden sagen, mir fehlt nichts. Dadurch, daß ich so viele Depressionen hatte... man müßte alle Hebel in Bewegung setzen, daß man heraus kommt. Viele haben überhaupt keine Ahnung, daß sie hier sind. Man hat keinen Wirkungskreis, man fühlt sich direkt überflüssig.“ Die Intelligenzfragen löst der von Haus aus begabte und gebildete Kranke nach einigem Hin- und Herreden leidlich. (Kind und Zwerg?) „Zwerg ist unnormal, Kind ist normal klein, Zwerg ist zurückgeblieben, unnormale Größe.“ (Kiste und Korb?) „Das sind alles so Fragen, wegen der Form oder dem Material? Kiste ist aus Holz, viereckig, Korb ist geflochten, rund.“ (Treppe und Leiter?) „Leiter hat einfach Sprossen, Treppe ist regelrecht mit Geländer versehen. Leiter ist herumzutragen.“

Auch beim Überblick über die 6 Fälle von depressiver Hebephrenie ergibt sich ein recht einheitliches Bild. So beginnen sämtliche Erkranken-

kungen mit einem mehr oder weniger ausgeprägten *Depressionszustand*. *Brün* bot während seiner Militärzeit ein ängstlich-depressives Krankheitsbild und fühlte sich von dieser Zeit an nicht mehr richtig wohl. Die *Plein* hat seit der Lösung eines Liebesverhältnisses keinen Lebensmut mehr und öffnet schließlich die Gashähne. Während ihres Anstaltsaufenthaltes wird sie als still, in sich gekehrt und bedrückt geschildert. Sie macht sich über alles mögliche „schwere Gedanken“, glaubt z. B. für die „Millionen des Friedensvertrages“ verantwortlich zu sein, und bittet, ihre Strafe möge nicht zu hoch ausfallen. Frau *Goede* kommt wegen eines „kurzen Depressionszustandes“ mit fraglichem Suicidversuch in ein Sanatorium. 5 Jahre später wird sie wegen einförmiger Klagen und Vergiftungsfurcht in die Nervenklinik Frankfurt aufgenommen. Hier zeigt sie eine ängstlich-ratlose Stimmung und fleht in verzweifelterm Ton um ihre Entlassung. Später gibt sie an, daß sie an „innerer Hemmung“ gelitten habe, traurig gewesen sei und sterben wollte; man habe einmal gesagt, sie solle in den Main gehen. Die *Purk* wollte vor ihrer Verbringung in die Klinik aus dem Fenster springen, sie will sich auch einmal vor die Schienen geworfen haben. Ihre Ratlosigkeit demonstriert sie durch die Äußerung: „Ich wußte die Angelegenheit nicht anzupacken.“ *Stoll* bezeichnet die von ihm geübte Onanie als „Sünde“, macht sich schwere Vorwürfe deswegen, er habe keine Hoffnung mehr und sei verloren. Er weist auf seine niedergeschlagene Stimmung hin und fragt ängstlich: „Meinen Sie, daß man wieder in die Reihe kommen kann?“ Auch bei Frau *Mey*, deren anfänglicher Depressionszustand am wenigsten ausgeprägt ist, wird auf das gedrückte Wesen und ihre unentschlossene, umständliche Art hingewiesen. Diese depressiven Erscheinungen, die aber meistens eines tiefen Affektes entbehren, verlieren allmählich an Nachhaltigkeit. Im Laufe der folgenden Krankheitsjahre finden wir die Bezeichnungen „bedrückt“ und „gehemmt“ immer seltener. Nur bei Frau *Goede*, die bereits zu Anfang ein schweres depressives Bild bot, wird noch nach 6jährigem Bestehen der Krankheit folgende Schilderung gegeben: ständig gedrückt, einförmiges Jammern, weint viel, will sterben, verlangt ein Messer, um sich damit umzubringen. Auch bei der Nachuntersuchung nach einer Krankheitsdauer von über 20 Jahren zeigt die Kranke einen fast traurigen Gesichtsausdruck und äußert spontan: „Ich wollt', ich wär' tot.“ Von *Stoll*, bei dem ebenfalls zu Krankheitsbeginn depressive Gedankengänge eine größere Rolle spielten, heißt es, daß er manchmal weinerlich und mit sich unzufrieden sei und sich gelegentlich Vorwürfe mache. Bei den anderen Kranken ist es aber charakteristisch, daß die Stimmung immer mehr ins *Unzufriedene* umschlägt. In zunehmendem Maße findet man in den Krankengeschichten die Bezeichnungen „verstimmt“, „in der Stimmung wechselnd“, „zum Hetzen und Stänkern

geneigt“, „nörgelnd“, „zanksüchtig“ und „anspruchsvoll“. Schließlich ist fast nur noch von *einförmigen Klagen, Beschwerden und Wünschen* die Rede, wobei der ausgesprochen querulatorische Charakter nicht zu verkennen ist. Diese vorwiegend mißgestimmten Kranken können zwischendurch auch stark *gereizt* sein und bei ihrer Neigung, an allem etwas auszusetzen, in heftige Schimpfattacken mit ordinären Redensarten verfallen. Derartig gereizte Erregungen sind aber nur vorübergehender Art und ohne Nachhaltigkeit, denn im allgemeinen sind die zu dieser Hebephreniegruppe gehörenden Kranken gut zu lenken.

Hypochondrische Klagen werden von fast allen Kranken geäußert. Sie sind bereits zu Beginn der Erkrankung vorhanden, werden einförmig festgehalten und stellen zum Teil die Ursache der Suicid-Ab-sichten und der depressiven Stimmung dar. So wird in der Vorgeschichte der Frau *Goede* angegeben, daß sie sich seit einem Jahr Gedanken wegen eines harmlosen Fluors mache, diese Klage einförmig vortrage und sich nicht davon abbringen lasse. Die *Plein* glaubte, geschlechtskrank zu sein, und ließ sich lange von einer Kurpfuscherin behandeln. In der Anstalt war ihr ganzes Denken von der Vorstellung „geschlechtskrank zu sein“ beherrscht. Eine Mitkranke habe einmal gesagt: „geschlechtskrank“ und sie damit gemeint. Wegen ihrer hypochondrischen Klagen legt sie sich öfter zu Bett und geht unregelmäßig zur Arbeit. Die *Purk* packt in der Klinik gleich mit ihren hypochondrischen Beschwerden aus: es würde ihr immer schwindelig, das komme vom Hinterkopf und ziehe in die Vorderstirne, sie habe es mit den Nerven zu tun, das Herz setze nach soundso viel Schlägen aus, sie habe Schmerzen, als wenn so eine Dehnung im Körper wäre, ein Stechen auf der Brust wie von Stecknadeln, bei schweren Träumen werde ein Teil des Körpers pelzig usw. Während ihres Klinikaufenthaltes kommt sie immer wieder auf ihre Schwindelanfälle und ihren „Krankheitszustand“ zurück. *Stoll* bildet sich ein, geschlechtskrank zu sein; er sei auch rasch aufgeregt, werde leicht müde und sei immer abgespannt. Er habe ein „krankhaftes Gefühl“ in den Geschlechtsorganen, die Nerven in den Geschlechtsorganen seien überreizt. Wahrscheinlich habe er sich durch frühere geschlechtliche Ausschweifungen (Onanie) ruiniert.

Diese hypochondrischen Klagen ziehen sich bei den meisten depressiven Hebephrenien wie ein Leitsymptom durch die ganzen Krankheitsjahre hin und werden noch bei fortgeschrittener Erkrankung mit mißmutigem Gesicht und in querulatorischem Tonfall einförmig vorgebracht. So ärgert sich Frau *Mey* nach 10jähriger Krankheitsdauer beständig über ungenügende Behandlung durch den Arzt und wirft ihm in beleidigtem Ton vor, daß er sich nicht um sie kümmere und ihren „kostbaren Körper und ihre kostbaren Beine“ (nach Venenentzündung!) ruiniert habe. Nach weiteren 5 Jahren noch veranstaltet sie Schimpfereien, wenn ihre

Leiden nicht gebührend beachtet werden. Die *Plein* spricht in den ersten Jahren von „Schwächeanfällen“, von einem „nagenden Gefühl an Arm und Bein“ und beklagt sich darüber, daß sie die Kälte nicht vertrage; ihre Fußzehe sei entzündet und das Brot sei ätzend. Später beschäftigt sie sich fast ausschließlich mit ihrer „Magenschwäche“, das Essen sei manchmal unbekömmlich und schmerze kolossal, man müsse tüchtig Milch darauf trinken und Eier essen. Sie schimpft auch, weil sie sich nicht richtig waschen könne und der „Schmutz sich dann in die Augen setzt“. Bei der Nachuntersuchung nach 15 jähriger Krankheitsdauer gibt sie an: „Ich bin immer noch ein bißchen krank, eben habe ich viel mit dem Herzen zu tun, ich glaube, daß es ein Herzklappenfehler ist.“ Die *Purk* bringt mit mürrischem Gesicht ständig viele Klagen über körperliche Beschwerden vor und erklärt nach ihrer Entweichung, daß sie „vor lauter Schmerzen ausgerückt“ sei. Bei *Stoll*, der fast 20 Jahre beobachtet werden konnte, ziehen sich die einförmigen hypochondrischen Klagen, vorwiegend über seine sexuellen Qualen, durch die ganze Krankheit hin. Immer wieder klagt er, daß er mit den Nerven immer noch nicht ganz gesund sei und deshalb die „schwere Arbeit“ nicht leisten könne.

Die hypochondrischen Klagen werden mit einer großen Einförmigkeit immer wieder in gleicher oder ähnlicher Weise vorgebracht, und diese Einförmigkeit wirkt verschroben. Dazu treten im Laufe der Erkrankung noch weitere *Verschrobenheiten*. So wird bei der *Mey* auf ihr affektiertes Wesen, ihre salbungsvolle, gezierte Sprechweise, die eigentümliche Betonung einzelner Worte innerhalb eines Satzes und die geschraubte Ausdrucksweise hingewiesen; sie spricht z. B. von ihrer „lieben Mutter“, ihrem „lieben Vater“ und ganz „zuckersüß“ von dem sie behandelnden Arzt. Von der *Plein* heißt es: „Ziert sich etwas und bringt halb verschämt ihre Klagen vor.“ Die *Purk* erzählt in langsamer Sprache, fast nach *Ausländerart*; in ihren zahlreichen Briefen querulatorischen Inhalts fällt eine geschraubte Ausdrucksweise mit falschem Satzbau auf, als ob sie sich einer Fremdsprache bediene. *Stoll* lispelt von Krankheitsbeginn an und spricht in späteren Jahren bei der Exploration jedes Wort, das man ihm vorspricht, nach.

Wie allen Hebephrenieformen ist auch der Gruppe der depressiven Hebephrenien eine *Affektverarmung* eigen. Auf die mangelnde Tiefe und Nachhaltigkeit des Affektes wurde bei den depressiven Erscheinungen und den gereizten Erregungen bereits hingewiesen. So verlieren die Kranken auch ein wirkliches Interesse an ihrer Umgebung, sie sind darin aber nicht mit den immer interessloser werdenden läppischen Hebephrenen zu vergleichen. Jedenfalls bleiben sie ständig bereit, ihre Umgebung zu kritisieren und böseartig zu beschimpfen. Sie beschäftigen sich lebhaft und eindringlich mit ihrer eigenen Person. Während sie

ständig über körperliche Beschwerden lamentieren und anspruchsvolle Wünsche vortragen, ergehen sie sich in einem *dünkelhaften Eigenlob*, das oft wie kindhafte Prahlerei anmutet. Sie werden, besonders im späteren Krankheitsverlauf, als „selbstgerecht“, „überheblich“, „hochmütig“ und „von sich eingenommen“ bezeichnet. Dementsprechend rühmt die *Mey* ihre „Gutheit“ und prahlt ein anderes Mal mit ihrer „reichen Mama“ und ihrem Bruder, der eine Autogarage besitze. Die *Plein*, die nach fast 20jähriger Erkrankung als hochmütig geschildert wird und die sich, wie es heißt, mehr als die anderen dünkt, erklärt verächtlich, die Pflegerinnen sollten besser als „Säuhüterinnen“ gehen. Die *Purk* spielt sich immer als „gebildete Dame“ auf, die alles könne und nur vom Pech verfolgt sei; in selbstgerechter Weise sucht sie alle Schuld bei anderen. Sogar der sich mit Selbstvorwürfen und Minderwertigkeitsgefühlen herumquälende *Stoll* ist von diesem selbstgefälligen Eigenlob nicht frei; die „Gottesstimme“ habe gesagt, er sei ein tüchtiger Mensch und zu manchem ausersehen.

Aus all' diesen Äußerungen der Kranken ist zu ersehen, daß eine gewisse *Regsamkeit* erhalten bleibt, wenn auch in den Krankengeschichten immer wieder auf ihre Initiativlosigkeit hingewiesen wird. Während die läppischen Hebephrenen nichts klagen, nichts wünschen, stumpf und wortkarg herumsitzen, fallen die depressiven Hebephrenen vielmehr als redselig, schwatzhaft und weitschweifig auf. Sie können auch noch nach jahrelanger Krankheitsdauer arbeitsam, fleißig und tüchtig sein, wenn sie sich nicht auf Grund ihrer hypochondrischen Beschwerden ausruhen und schonen wollen oder infolge ihrer mißmutigen, gereizten Stimmung arbeitsunlustig sind.

Bei der Intelligenzprüfung zeigt sich neben *alogischen Denkmängeln* eine auffällige geistige *Unproduktivität*.

Halluzinationen spielen im Krankheitsbild der depressiven Hebephrenie eine völlig untergeordnete Rolle. Sie kommen zu Beginn der Erkrankung gelegentlich vor, die Kranken fühlen sich aber dadurch in keiner Weise beeinträchtigt und berichten erst nach eingehendem Fragen und nur gleichgültig davon. *Paranoische Gedankengänge* spielen eine größere Rolle. Sie tauchen in verschiedenen Krankheitsbildern auf und die *Goede* hält viele Jahre hindurch mit unverminderter Stärke an dem von ihr gefaßten Verfolgungswahn fest.

3. *Apathische (flache) Hebephrenie.*

K. Schaf, geb. 1888. Eine Vatersschwester war schwerhörig und hat Suicid begangen. Er selbst war ein guter Schüler und von ruhiger Wesensart. Er lernte als Kaufmann und war anscheinend ganz brauchbar. Wurde am 3. I. 1914 in der Anstalt W. aufgenommen. Nach Aussagen des Vaters war er geistig schon seit längerer Zeit zurückgegangen. In der Anstalt war er etwas ängstlich, fürchtete, katholisch werden zu müssen, weil sein Bruder ein katholisches Mädchen heiratete.

Dann erweckte ein eigentümliches Lächeln Verdacht auf Halluzinationen, bald werden diese deutlicher; es würden „Ausdrücke“ gegen ihn gebraucht, die er nicht wiedergeben könne, er sei kein Landesverräter und niemals Zentrumsmann gewesen. Dann heißt es, er beziehe alles auf sich; ferner äußerte er einige hypochondrische Ideen. 2 Monate nach der Aufnahme wird nichts mehr von wahnhaften Gedankengängen gesagt, er ist etwas scheu, beschäftigt sich aber fleißig. Am 21. 12. 1914 wird er nach Hause geholt.

Am 2. 5. 1925 erfolgt die erste Aufnahme in die Frankfurter Klinik. Seit 8 Tagen spürte er wieder eine „Nervenüberreizung“, fühlte sich „aufgeregt und schwach“. Er habe das Gefühl gehabt, Gift sei im Essen. Ferner hörte er sprechen: „Sie müssen wissen, was Sie wählen, sonst leben Sie nicht mehr lange.“ Im Krankenhaus, in dem er zunächst aufgenommen worden war, hätten die Leute gegen ihn gehetzt. Er erzählt auch von Visionen, er habe „Berittene“ gesehen. Ihn selbst habe man zum Reichsminister machen wollen. Ferner spricht er von Sensationen, in ihm ziehe etwas herauf und herunter. Weiterhin tritt eine stärkere Ängstlichkeit mit Eigenbeziehungen auf. Der Kranke springt plötzlich auf und geht auf Mitkranke los. Dann wieder blickt er gespannt zur Decke, sichtlich im Zusammenhang mit Halluzinationen. Dieser Verstimmungszustand klingt schnell ab. Es heißt dann, der Kranke sei von matter Affektivität, oberflächlich, ohne Spontaneität. Er wird am 30. 5. 1925 in die Anstalt E. verlegt.

Am 4. 2. 1934 kommt er neuerdings in die hiesige Klinik. Nach Angaben der Schwester war er die ganzen Jahre zu Hause nicht normal. Er arbeitete nicht mehr, neigte zu Erregungszuständen, war mißtrauisch und ließ sich nicht tadeln. Seit einigen Tagen ging er nicht mehr aus dem Bett und war gesprächiger als sonst. Außerdem scheint er Alkoholmißbrauch getrieben zu haben. In der Klinik spricht er davon, daß man über ihn rede, daß junge Leute ihn hochziehen wollten. Bei der Untersuchung ist er unaufmerksam, schwer zu fixieren. Bei der Intelligenzprüfung zeigt er sprachliche Auffälligkeiten. Beeinträchtigungsideen werden geäußert, man habe sich herrschsüchtig gegen ihn benommen und Ehrenbezeugungen von ihm verlangt, alles sei Schikane gegen ihn. Dann wird er ruhiger, äußert stereotyp gleiche Wünsche. Später heißt es, er sei ohne Spontaneität, affektiv vollkommen leer.

Er wird am 31. 3. 1934 in die Anstalt W. verlegt. Hier bringt er in ermüdender Eintönigkeit immer das gleiche vor. Es heißt ferner, er schwätze albern daher, ohne Affekt und ohne Initiative. 1938 wird einmal erwähnt, er sei ängstlich-verwirrt, glaube sich von Mitpat. bedroht und finde sich nicht zurecht. Die meiste Zeit ist er stumpf und affektlos, bei einfachen Arbeiten zu beschäftigen. Ein Versuch, von ihm Büroarbeit erledigen zu lassen, mißlingt bald.

Bei der Nachuntersuchung durch LEONHARD am 17. 5. 1939 ist er ungemein lahm, affektleer und antriebslos. Er spricht nur so obenhin, als ob ihn alles nichts angehe. Durch nichts ist er aus seiner stumpfen Teilnahmslosigkeit herauszubringen. Er wendet sich auf Fragen zu, gibt geordnete, aber meist nichtssagende Antworten. Manchmal lächelt er zufrieden, ohne sonst ein läppisches Verhalten zu zeigen. Bei der Intelligenzprüfung versagt er alogisch, ohne paralogisch zu entgleisen. Nach Angabe des Pflegers ist er zeitweise verstimmt und schimpft für sich, wohl in Zusammenhang mit Halluzinationen.

Während der Beschreibung der läppischen und der depressiven Hebephrenien nur Fälle zugrunde lagen, die von vornherein als Hebephrenie diagnostiziert wurden, waren es von den 7 apathischen Hebephrenen nur 2. Die anderen 5 Fälle ergaben sich durch die Katamnesen der Katatonien und der paranoiden Schizophrenien im gleichen Zeitraum.

Daraus ist zu ersehen, daß es zu Beginn der Erkrankung nicht immer leicht ist, das Krankheitsbild der apathischen Hebephrenie als solches zu erkennen. Während die läppischen Hebephrenen bereits zu Anfang der Erkrankung durch ihr läppisches Gebaren und ihre affektive Veränderung auffallen und die depressiven Hebephrenen meistens durch den anfänglichen Depressionszustand, verbunden mit einförmigen hypochondrischen Klagen, und eine mangelnde Affekttiefe gekennzeichnet sind, war es bei den apathischen Hebephrenen nicht möglich, ein für alle Fälle zutreffendes, eindeutiges Anfangsstadium herauszuarbeiten. Die häufig im Krankheitsbeginn auftauchenden Wahnideen und Halluzinationen lassen eher an eine paranoide Schizophrenie denken. Die apathischen Hebephrenen imponieren meistens erst nach einer gewissen Krankheitsdauer als solche, wobei sich dann allerdings ein recht charakteristisches, einheitliches Bild ergibt. Dies erklärt sich daraus, daß das Hauptsymptom der Erkrankung, die *hochgradige affektive Verödung* häufig erst nach längerem Krankheitsbestehen deutlich wird.

Die Kranke *Pfeffer* bildet hierin eine gewisse Ausnahme, da sie von Anfang an von einer solch' unerhörten Gleichgültigkeit ist, daß diese Krankheitserscheinung allein zu ihrer Klinikaufnahme führt und die Erkrankung auch gleich als Hebephrenie erkannt wird. Sie läuft einfach aus ihrer Stellung fort, weil ihr die Arbeit zu viel ist; ihre Sachen läßt sie zurück, weil sie keine Schachtel zum Einpacken habe. Anschließend geht sie in der Stadt spazieren, schläft im Wald und begibt sich erst nach einiger Zeit in ein Heim. Später erklärt sie, sie wisse nicht, weshalb sie in das Heim gegangen sei; sie könne sich auch nicht denken, weshalb man sie in die Klinik gebracht habe. Die Angabe zu ihrer Vorgeschichte, daß sie als Kind irgendeine Krankheit gehabt habe, ist ebenfalls sehr bezeichnend: es interessiert sie gar nicht, über die Art der Erkrankung irgendwelche Überlegungen anzustellen. Bei der Intelligenzprüfung verhält sie sich „völlig uninteressiert und gleichgültig“ und antwortet auf die meisten Fragen: „Weiß ich nicht.“ Bei Erörterung ihrer Zukunftspläne äußert sie, darüber nichts zu wissen. Immer wieder wird in der Krankengeschichte der Klinik auf ihr völlig interesseloses, gleichgültiges, stumpfsinniges, affektloses Verhalten hingewiesen. Die Kranke kümmert sich weder um ihre Umgebung, noch darum, was mit ihr geschehen soll. Eine bei ihr bestehende Gravidität beeindruckt sie ebenso wenig wie alles andere. Ihr auf Anrede hin erfolgendes Lachen wird als „blödes Grinsen“ bezeichnet. Dieses bereits zu Krankheitsbeginn auffallende affektlose Gebaren behält die Kranke während der folgenden Krankheitsjahre bei. So verrichtet sie in einem Mädchenheim tagaus, tagein fleißig die gleiche mechanische Arbeit; sie bäckt täglich 50 Laib Brot und läßt sich jeden Morgen die Zutaten dazu abwiegen. Bei der Nachuntersuchung nach 17 jährigem Krankheitsbestehen gibt sie zwar Aus-

kunft, nimmt aber keine Stellung zu ihrer Krankheit, bringt keine Entlassungswünsche vor und verhält sich bei der Intelligenzprüfung genau so uninteressiert und unproduktiv wie im Anfang der Erkrankung; sie antwortet fast durchweg mit „weiß ich nicht“.

Eine etwas andersartige und noch ausgeprägtere gemütliche und charakterliche Verstumpfung entwickelt sich bei der *Ratz* zunehmend im Laufe der Erkrankung. Sie hat als Tochter eines „überreligiösen“ und asketischen Rabbiners trotz ihrem früher „gutmütigen Charakter“ für religiöse Verrichtungen nichts mehr übrig. Beim Essen wird sie „schmierig“, in der Kleidung „schlampig und gleichgültig“ und wendet bei völligem Mangel an höheren Interessen ihre Aufmerksamkeit schließlich nur noch dem Essen zu. Sie wird immer wieder als „gefräßig“ bezeichnet, bettelt am Gartenzaun stehend, ohne Scham und Hemmung die Passanten um Essen an, leckt die Teller anderer Kranker aus und kramt im Unrat. Zuweilen läuft sie nackt herum oder liegt „stumpf und träge“ auf dem Boden. Nach mehrmaligem Anreden antwortet sie nur noch einsilbig.

Ein ebenso sprechendes Beispiel für hochgradige affektive Verödung, die sich im Laufe der Erkrankung herausbildet, stellt das Krankheitsbild *Keil* dar. *Keil*, der bei der katamnestischen Bearbeitung der paranoiden Demenz (MEYER-LEONHARD-KLEIST¹³) als nicht dorthin gehörend, sondern als Hebephrener erkannt wurde, lebte schon vor seiner Aufnahme in die Klinik unbekümmert und gleichgültig in den Tag hinein, ohne sich um die Beschaffung einer neuen Arbeitsstätte zu bemühen. In der Klinik heißt es dann: „Völlig reglos, erzählt alles ohne rechte affektive Beteiligung.“ Diese affektive Veränderung nimmt in der Folgezeit bald zu. So droht er vor seiner 4. Klinikaufnahme zu Hause mit Totschlag. In der gleichen Zeit setzt er sich in die Wohnung eines Mädchens, mit dem er früher ein Verhältnis hatte, ist durch nichts zum Fortgehen zu bewegen und muß schließlich durch die Polizei weggeholt werden, die ihn wieder in die Klinik bringt. Vor seiner 5. Klinikaufnahme droht er zu verwahrlosen; er rasiert sich nicht mehr, will sich nachts nicht ausziehen und in der Küche schlafen. In der Klinik liegt ihm nichts an seiner Entlassung; nach seinen Zukunftsplänen gefragt, zuckt er entweder uninteressiert mit den Achseln oder spricht lässig und ohne eigentliche Vorstellung davon, daß er zu Verwandten nach Java gehen wolle, Sumatra sei ja ein Städtchen bei Java. Seine zunehmende affektive Verödung und charakterliche Verrohung geben immer wieder Anlaß zu Klinikaufnahmen. So wirft er einmal mit dem Messer nach der Mutter, dann bedroht er im Streit den Vater, schlägt ihn mit dem Stiefel auf den Kopf und will auch die Mutter schlagen, um ein anderes Mal mit dem Brotmesser auf sie loszugehen. Dieser Vorfall verursacht schließlich seine endgültige Verbringung in die Anstalt. Hier entblößt er sich vor

den anderen Kranken. In der Krankengeschichte finden sich gehäuft Einträge wie „auffällig interesselos“, „affektiv sehr stumpf“, „steht blöde herum“, „eigentümlich blödes Lächeln, wenn man ihm einen Auftrag erteilt“. Er selbst gibt nach jahrelanger Krankheit auf Befragen die bezeichnende Auskunft: „In den letzten Jahren interessiere ich mich für gar nichts mehr, ich hab' gesehen, daß es doch keinen Wert hat.“

Opp, bei dem in einem Entmündigungsgutachten auf das Fehlen eines lebhaften gemütlichen Widerhalls hingewiesen wird, ist vor allem ethisch abgebaut; er scheut vor üblen lügenhaften Anschuldigungen seiner Angehörigen nicht zurück. Die Kranken *Hie* und *Bach*, die ebenfalls affektiv verflacht sind, aber in dieser Krankheitsgruppe eine gewisse Sonderstellung einnehmen, sollen später eigens besprochen werden.

Zu dem Hauptmerkmal der tiefen Affektstörung gesellen sich bei der apathischen Hebephrenie mehr oder weniger schwere *Verstimmungs-* bzw. *Erregungszustände*, teils depressiver, teils ängstlicher, meist aber gereizter Art. Diese Verstimmungszustände treten häufig bereits zu Krankheitsbeginn auf, verursachen oft die Klinikaufnahme und können zunächst Anlaß geben, die Erkrankung fälschlicherweise einem anderen Krankheitsbild zuzuordnen. So wird *Opp* in die Klinik gebracht, nachdem er im Gefolge eines Streites sich in rabiater Weise den Hals zu durchschneiden versucht hatte und aus dem Fenster gesprungen war. Die *Hie* kommt, aus dem Wasser gezogen, zur Einlieferung in die Klinik; sie gibt nachher an, von einer inneren Macht ins Wasser getrieben worden zu sein. Die Kranke *Ratz* hat „die Idee mit einem Herrn, den sie nicht kennt und nicht gesehen hat, den sie aber polizeilich feststellen lassen will“; sie ist „aufgeregt“, läuft von der Arbeit weg, weint, rauft sich die Haare und zerschlägt 2 Stühle; auf Grund dieser, teils depressiven, teils gereizten Erregung kann sie nicht mehr zu Hause gelassen werden. Bei der *Bach* wird die Klinikaufnahme durch eine hochgradige ängstliche Erregung veranlaßt. Sie klagt im Anschluß an einen ehelichen Streit über ein „komisches Gefühl“, glaubt, ihr Mann und dessen Schwester wollten sie umbringen, hat das Gefühl, als wenn sie sich zum Fenster hinausstürzen müsse; sie springt auf, schlägt eine Scheibe ein und ruft um Hilfe. In ihrer ständigen Angst, getötet zu werden, nimmt sie an, irgend jemand würde in sie hineinschießen. Sie bittet die Passanten auf der Straße um Hilfe und fürchtet beim Anblick des Sanitätsautos, in den Wald gebracht und totgeschossen zu werden. Seit 3 Tagen hört sie Stimmen, Männer riefen ihr zu, sie solle kommen; es brumme und klinge ihr im Ohr. *Keil* fühlt sich auf Grund von Beziehungs-, Verfolgungs- und unklaren Größenideen und „Stimmen“ derartig beunruhigt, daß er im Geschäft selbst kündigt und im Anschluß daran in ein Sanatorium überführt werden muß. Diese häufig die Klinikaufnahme verursachenden Verstimmungs- und Erregungszustände

ziehen sich bei den meisten Kranken in deutlichem Wechsel mit ruhigen Zeiten durch das ganze Krankheitsgeschehen, manchmal nur an Häufigkeit und Heftigkeit im Laufe der Erkrankung etwas abnehmend. So scheinen sich bei der *Pfeffer*, die sich allerdings nur kurze Zeit in Klinik- und Anstaltsbeobachtung befindet, die anfänglich neben dem „kindischen und albernen Benehmen“ und dem „blöden Grinsen“ deutlich vorhandenen depressiven Verstimmungen im Laufe des weiteren Krankheitsgeschehens völlig zu verlieren. In dem Mädchenheim, in dem sie 17 Jahre lebt, wird über derartige und ähnliche seelische Veränderungen nichts berichtet; die Kranke geht täglich, ohne Unterbrechung einer geregelten Arbeit nach, während sie sich zu Krankheitsbeginn öfter heulend und untätig in den Ecken „herumdrückt“. Auch von der *Bach*, bei der zunächst sowohl depressive, als auch ängstliche und gereizte Verstimmungs- und Erregungszustände recht häufig und mitunter von längerer Dauer sind, heißt es nach 10jährigem Krankheitsbestehen: „Selten kurzdauernde Verstimmung.“

Die *Verstimmungs-* bzw. *Erregungszustände* treten fast immer im Zusammenhang mit *Wahnideen* und *Halluzinationen* auf allen Sinnesgebieten (vorwiegend „Stimmen“ und „Sensationen“) auf, wie sich aus den eindeutigen Beschreibungen in den Krankengeschichten ergibt. Gelegentlich wird berichtet, daß die Kranken leise vor sich hinsprechen und schimpfen. Meistens werden die bis dahin affektarmen, teilnahmslosen und uninteressierten Kranken, die sich zur Arbeit anhalten und auch sonst lenken lassen, arbeitsunlustig, laufen schließlich von der Arbeit weg, werden zunehmend unruhiger, blicken verstört und abwesend, schimpfen laut und gereizt mit ihren „Stimmen“, räsonieren in heftiger Weise über ihre Sensationen und sind ganz mit ihren Sinnes-täuschungen beschäftigt. Wenn die Kranken während ihrer gereizten Erregung auch kaum Auskunft über das Bestehen von Halluzinationen und deren Inhalt geben, so bekommt man doch meistens durch das laute und drastische Schimpfen einen aufschlußreichen Einblick in das krankhafte Erleben. In ruhigen Zeiten bestätigen sie dann auch häufig auf Befragen Beziehungsideen und Halluzinationen, jedoch, ihrer stumpfen Art entsprechend, völlig affektlos. *Keil* lacht sogar in späteren Krankheitsjahren über die von ihm früher geäußerten Vergiftungsideen.

In der depressiven Verstimmung sitzen die Kranken gedrückt herum, bringen hypochondrische Beschwerden in querulatorischer Weise hervor, oder ziehen sich von der Umwelt zurück. Die *Bach* sucht in solchen Zeiten mit Vorliebe das Bett auf, liegt dort ganz versteckt und ist schwer zum Aufstehen zu bewegen. Auch die gereizt Verstimmtten schließen sich gerne von allem ab, werden schnippisch, abweisend und negativistisch, wenn man ihnen in die Quere kommt oder mit Fragen in sie dringen will. *Keil* gibt seiner verhaltenen Gereiztheit Ausdruck,

indem er äußert: „Ich habe das Gefühl, als ob ich alles zusammen-schlagen müßte.“ Die *Bach* gerät in ihren gereizten Verstimmungen immer wieder in Konflikt mit ihrer Umgebung: sie reißt andere Kranke an den Haaren, spuckt ihnen in das Gesicht und schlägt und spuckt auch nach dem Arzt.

In diesem Zusammenhang sei besonders auf 3 *Krankheitsfälle* (*Hie, Opp, Ratz*) hingewiesen, die unter den hier vorliegenden 7 apathischen Hebephrenien eine Sonderstellung einnehmen. Sie waren zunächst als Katatonien diagnostiziert worden und wurden erst bei der katamnestischen Bearbeitung der Katatonien (KLEIST-LEONHARD-SCHWAB⁷) im Hinblick auf ihre affektive Verödung und charakterliche Verschlechterung den hebephrenen Erkrankungen zugeteilt. Die Erregungszustände sind bei diesen Kranken von einem solchen Ausmaß, daß *Opp* und *Ratz* an traumatischen Hirnblutungen zugrundegehen, die sie sich durch ihre rabiaten Triebhandlungen zugezogen haben. Um von den hier genannten Erkrankungen ein klareres Bild zu geben, sei ein Krankheitsfall herausgegriffen und etwas eingehender geschildert.

S. Ratz, geb. 1893. Vater streng orthodoxer Rabbiner, „überreligiös“, weltfern, asketisch, angesehen, geachtet, bedeutender Gelehrter; 1 Bruder leichtsinnig, „Schürzenjäger“, dumme Streiche, Gaunereien, bestraft; 1 anderer Bruder ebenfalls Leichtfuß; 1 Bruder Linkser; 1 Schwester Linkserin. Selbst „gutmütiger Charakter“, in der Schule fleißig. Mit 16 Jahren erstmalig „Anfall von Mißmut“. Mit 18 Jahren beim Besuch der Großmutter in Krakau verlaufen, erst nach 14 Tagen zurückgekehrt, sei fürchterlich heruntergekommen und abgemagert gewesen. Im Alter von 23 Jahren aufgeregt, läuft von der Arbeit weg, weint, rauft sich die Haare, schlägt 2 Stühle entzwei, spricht in unklarer Weise von einem Herrn, wahrscheinlich auf Grund von Halluzinationen. Wegen gereizter Erregung 1916 Aufnahme in die Nervenklinik Frankfurt. Hier über 1½ Jahre. Ständig das gleiche Bild. Wechsel zwischen ruhigen Zeiten, in denen die Kranke sich geordnet verhält, sich eifrig beschäftigt und Anweisungen befolgt, und solchen höchster Erregung. Schreit und „kreischt“ in der Erregung laut, weint heftig, reißt sich an den Haaren, schlägt sich mit den Fäusten ins Gesicht, schlägt den Kopf gegen die Wand, wird aggressiv gegen ihre Umgebung, spricht beständig vor sich hin, schreit: „Der Schuft, der Hund, so eine Gemeinheit von der Polizei.“ 1917 in die Anstalt L. überführt. Hier während des 5jährigen Aufenthaltes ähnliches Bild wie in der Nervenklinik Frankfurt. Nur immer heftiger werdende und häufiger auftretende Erregungszustände: wälzt sich im Bett, wirft die Bettdecke in die Höhe, zerreißt Kleider und Bettwäsche, beißt in ihre Kleider, brüllt „wie ein Tier“ und rast „wie eine Furie“ umher. Auch die Halluzinationen werden immer deutlicher. R. negiert sie zwar, aber aus ihren während der Erregung wahrzunehmenden heftigen Schimpfattacken und ihrem sonstigen Gebaren kann auf zahlreiche Gehörs- und Gesichtstäuschungen und massenhafte Sensationen sexueller Art geschlossen werden. Schüttelt sich, als ob sie etwas abschütteln wollte, windet sich „vor lauter Abwehrbewegungen“, klemmt schreiend Hände und Kleider zwischen die Beine. Neben den halluzinatorischen Verstimmungs- und triebhaften Erregungszuständen mit Selbstbeschädigungsdrang in zunehmendem Maße Entwicklung einer hochgradigen affektiven und charakterlichen Verödung. Zwischen den Erregungszuständen stumpfsinniges und untätiges Herumsitzen. 1922 von

der Anstalt L. in die Nervenlinik Frankfurt überführt. Von dort nach 16 Tagen in die Anstalt E. verlegt. Hier das gleiche Bild, nur, sowohl hinsichtlich des affektiven Abbaues als auch hinsichtlich der Erregungszustände, immer tierischer: stößt gellende Laute aus, beißt sich in die Hände, wird gewalttätig. Kommt 1924 in einem schweren Erregungszustand nach traumatischer Hirnblutung zum Tode.

Es handelt sich demnach bei dem Krankheitsbild *Ratz* um einen, für die Hebephrenie charakteristischen, frühen Krankheitsbeginn mit nachfolgendem progredienten Verlauf. Die Hauptmerkmale der apathischen Hebephrenie, die völlige affektive Verödung und die häufigen halluzinatorischen Erregungszustände treten aufs Deutlichste hervor. Auffällig ist nur die Schwere der Erregungszustände, die genau so bei den Erkrankungen *Hie* und *Opp* gegeben ist und bei 2 Kranken sogar zum Tode führt. Zur Erklärung kann die erbliche Belastung mit epileptoiden Erscheinungen und mit Epilepsie herangezogen werden. *Ratz* hat, wie bereits berichtet, einen „überreligiösen“ Vater und 2 linkshändige Geschwister. Der Vater der *Hie*, ein tüchtiger Mann, der „zu viel schaffe“, ist sehr jähzornig, ein Vatersbruder endet durch Suicid, ein anderer Vatersbruder ist zeitweilig „verwirrt“ und dann „nicht ganz bei sich“. Eine Schwester der *Hie* lernte mäßig und ist in der Schule einmal sitzengeblieben. Sie selbst ist leicht erregbar und jähzornig wie der Vater. Eine Schwester des *Opp* leidet an Krämpfen („Hystero-Epilepsie“), eine andere Schwester ist „geistesschwach“ und ein Vatersbruder ist „in der geistigen Entwicklung zurückgeblieben“. *Opp* selbst ist von Kindheit an infolge seines Jähzornes, seines krankhaften Eigensinnes, seiner Impulsivität und seines „aufgeregten Wesens“ schwer zu lenken.

Zuletzt sei noch auf die Krankheitsbilder *Hie* und *Bach* eingegangen, die keine typischen apathischen Hebephrenien, sondern *Kombinationsformen von apathischer mit läppischer Hebephrenie* darstellen. Bei beiden Fällen sind die affektive Verödung und die Verstimmungs- bzw. Erregungszustände eindeutig nachzuweisen. Gleichzeitig ziehen sich aber durch die Krankengeschichten ständig Bemerkungen über das läppische Gebaren der Kranken. So ist bei der *Hie* von ihrem „läppischen Lachen“, ihrem „läppischen Benehmen“ und dem „absichtlich verkehrten Antwortgeben“ die Rede. Von ihr heißt es auch: „Ist immer zu albernem Streichen aufgelegt.“ Bei der *Bach*, die 13 Jahre beobachtet werden konnte, wird bis zuletzt fast bei jedem Krankengeschichteneintrag auf die „läppische Heiterkeit“ und die „manisch-euphorische Stimmung“ hingewiesen. Die Kranke, die nach längerer Krankheitsdauer Fragen nur noch ungern beantwortet, lächelt auf Anrede fast immer. Sie neigt auch zu scherzweisem Vorbeireden, gibt z. B. ihr Alter mit 32 statt mit 42 Jahren an, reicht zur Begrüßung, vergnügt lächelnd, nur einen Finger hin, macht bei der Arztvisite den albernem Scherz: „Ach, das ist ja unser flotter Student“ oder verläßt „tänzelnd“ das Untersuchungszimmer. Bei *Bach*

fällt auch im Gegensatz zu *Hie*, die bereits nach 7 jähriger Beobachtung verstorben ist, eine hochgradige Affektverarmung auf. Sie wird immer wieder als „geistig bedürfnislos“, „affektleer“ und „sehr stumpf“ bezeichnet. Gleichzeitig tritt bei ihr ein auffälliger Antriebsmangel in Erscheinung, wie wir es bei den läppischen Hebephrenen beobachten konnten. Sie würde am liebsten im Bett liegen bleiben, versucht, dies auf alle mögliche Weise zu erreichen, steht von ihrer Sofaecke nur widerwillig auf und lehnt häufig jegliche Beschäftigung, weil sie ihr lästig ist, erregt ab. Dies ist um so auffälliger, als die apathischen Hebephrenen im allgemeinen nicht so antriebsarm und träge erscheinen. Wir sehen also, wie sich in der kombinierten apathisch-läppischen Form die Merkmale beider Grundformen durchsetzen.

Bei der Prüfung der intellektuellen Leistungen der Kranken macht sich vor allem die hochgradige Gleichgültigkeit bemerkbar. So erklärt die *Bach* auf Fragen: „Da habe ich gar kein Interesse dran, daß ich mir Mühe gebe“, und von *Keil* heißt es immer wieder: „Antwortet in eigenartig verschwommener . . . in diffuser, beziehungsloser Weise.“

4. Autistische Hebephrenie.

A. Gross, geb. 1898. Eine Schwester soll etwas aufgeregt und empfindlich sein. Er selbst hatte in der Schule keine Lust zum Lernen, blieb einmal sitzen. Er hielt sich immer sehr für sich, hatte keine Freunde und keine Freundinnen. Später half er dem Vater im Geschäft (Bäckerei). Er machte den I. Weltkrieg von 1916 ab mit. Danach war er häufig arbeitslos. Später arbeitete er auch dann nicht mehr, wenn er Arbeit hätte bekommen können. Er lag viel im Bett und galt als arbeitsscheu. Von Zeit zu Zeit wurde er erregt und mußte schließlich wegen Wutausbrüchen am 7. 5. 1925 in die Nervenklinik Frankfurt a. M. aufgenommen werden. Hier war er ziemlich gleichgültig, hatte häufig einen spöttischen Gesichtsausdruck, grimassierte manchmal und war im ganzen ablehnend. Bei der Intelligenzprüfung gab er leidlich richtige Antworten, es kamen aber unsinnige und sprachlich auffällige Wendungen vor, z. B. erklärte er den Begriff „Gerechtigkeit“ in folgender Weise: „Wenn jemand Unrecht gemacht wird und er ist in seinem Recht.“ Er wurde am 19. 5. 1925 in die Anstalt E. verlegt. Hier hielt er sich sehr zurück, gab einsilbige Antworten, war bei mechanischen Arbeiten zu beschäftigen, wurde aber zwischendurch erregt und schimpfte wütend. Am 27. 5. 1926 wurde er nach Hause geholt.

Am 14. 12. 1926 mußte er neuerdings in die Nervenklinik Frankfurt a. M. aufgenommen werden. Er hatte zu Hause wieder viel zu Bett gelegen und war zwischendurch erregt geworden. In der Klinik hielt er sich wieder sehr für sich, lächelte gelegentlich, machte zwischendurch alberne Bemerkungen. Intellektuell versagte er bei manchen Fragen in alogischem Sinne. So wußte er zum Sprichwort „Keine Rose ohne Dornen“ nur zu sagen: „Das heißt, daß es keine Rosen ohne Dornen gibt.“ Er wurde am 28. 1. 1927 in die Anstalt H. verlegt. Dort arbeitete er mechanisch. Allmählich besserte sich seine Arbeitskraft, so daß er sogar als fleißiger, geschätzter Arbeiter bezeichnet wird. Gleichzeitig erschien er aber zurückhaltend und stumpf. Am 28. 11. 1929 wurde er entlassen. Zu Hause arbeitete er nicht, trank gelegentlich, blieb schließlich ganz im Bett liegen.

Er kam daher am 30. 4. 1930 wieder in die Nervenklinik Frankfurt a. M. Wie früher war er zurückhaltend und redete bei Fragen, die ihm unangenehm waren,

daneben. Am 6. 6. 1930 wurde er in die Anstalt E. verlegt. Hier ließ er sich zwar beschäftigen, bekam aber einen Erregungszustand, in dem er gegen einen Maschinisten gewalttätig wurde. Er schlug mit einer Schaufel auf ihn ein und suchte ihn auch in den Unterarm zu beißen. 1931 war er zeitweise mißmutig und blieb mit hypochondrischen Klagen im Bett. Spontan sprach er kaum etwas. 1932 riß er in einer Erregung sämtliche Knöpfe von seinem Rock ab. Er beschäftigte sich im übrigen, lebte aber völlig für sich. So blieb sein Verhalten auch während der folgenden Jahre. Immer wieder wird seine zurückhaltende, ablehnende Haltung vermerkt und dazwischen eine mißmutige Verstimmung mit Gereiztheit und Neigung zu Aggressivität beschrieben. Als Arbeiter war er immer gut zu gebrauchen.

Bei der Nachuntersuchung durch LEONHARD am 25. 5. 1939 gibt er auf Fragen geordnete, aber sehr einsilbige Antworten. Er zeigt zunächst einen indifferenten, nichtssagenden Gesichtsausdruck. Später, während von seinen Erregungen und seinem Aufenthalt in der Heilanstalt gesprochen wird, bekommt er etwas deutlich Verbissenes in seinem Mienenspiel. Er erklärt jetzt etwas gereizt, hier führe man ja jeden als geisteskrank. Sein Mienenspiel bleibt aber auch hierbei merkwürdig steif und undurchdringlich. Nach Angabe des Pflegers sind auch in den letzten Jahren noch heftigere Erregungen vorgekommen.

Auch bei der autistischen Hebephrenie ist es wie bei der apathischen Hebephrenie nicht immer möglich, das Krankheitsbild schon im Beginn als solches zu erkennen. Die autistische Hebephrenie erscheint in ihrem Anfangsstadium manchmal wie eine paranoide Erkrankung. Von unseren 6 Fällen von autistischer Hebephrenie wurden nur 4 von vornherein als Hebephrene erkannt, während 1 Krankheitsfall (*Beng*) zunächst als paranoide Demenz (MEYER-LEONHARD-KLEIST¹³) und ein anderer (*Geb.*) Jahre hindurch als progressive Halluzinose (CL. FAUST¹) aufgefaßt wurden.

Beng erkrankt an einem umschriebenen Eifersuchtswahn. Bald aber gesellen sich diesem Eigenbeziehungen, Bedeutungserlebnisse unsinniger Art, Vergiftungsfurcht und Verfolgungsideen zu; er spricht von „halblauten Gesprächen“ der Nachbarnfrauen, von „versteckten Anspielungen“ und davon, daß man ihm die Untreue seiner Frau „durch die Blume zu verstehen“ gebe. Wenn auch bereits kurze Zeit nach Krankheitsbeginn Schilderungen, wie „kümmert sich um nichts“, „hat mit anderen Leuten wenig Umgang“, „wirft in barschem, etwas gereiztem Ton kurze, abgerissene Sätze hin und „zeigt ein zurückhaltendes Wesen“ gegeben werden, so wird doch das Krankheitsbild zunächst von der eigenbezüglichen Einstellung und dem wahnhaften Denken des Kranken beherrscht.

Bei der *Geb.* sind es die „gemeinen Schimpfworte“ von „Männer- und Frauenstimmen“, „Schatten“, Sensationen in Form von „Berührungen“, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, die eine unglückliche, verzweifelte Stimmung, Selbstmordgedanken und gereizte Erregungszustände mit lautem Schreien, Schimpfen und Handgreiflichkeiten verursachen. Die lebhaften Halluzinationen und quälenden Wahnideen führen die Kranke in gewissen Zeitabständen 6 mal in die Klinik; sie stehen jedesmal derartig im Vordergrund der Erkrankung, daß die auch hier sich entwickelnde verschlossene Zurückhaltung bei der Diagnosestellung übersehen wird.

Wenn auch bei den anderen Krankheitsfällen die Wahnideen und Sinnestäuschungen keine so große Rolle spielen, so ist es doch bezeichnend, daß bei jeder autistischen Hebephrenie *Wahnbildungen* auftauchen,

Vergiftungsfurcht bricht immer wieder durch. So ißt die *Baus* nicht viel, weil alles „so eigentümlich schmeckt“, es sei ihr manchmal, als ob „ärztliche Medikamente“ im Essen wären. *Daich* glaubt, die Speisen seien vergiftet, „das Brot und die übrige Nahrung verpestet“. Ebenso macht *Kohl* Jahre hindurch Schwierigkeiten bei den Mahlzeiten; er verweigert entweder die Nahrung vollständig oder versteckt sein Brot mit der Begründung, daß er nicht so viel zu essen brauche. Bei *Beng* bleibt die Vergiftungsfurcht durch den ganzen Krankheitsverlauf hindurch bestehen, während das übrige wahnhafte Denken mehr und mehr zurücktritt.

Er behauptet, in der Suppe sei etwas, er „verspüre einen starken ölhaltigen Geruch“. Medikamenten mißtraut er. Wurst wirft er, aus Angst vergiftet zu werden, ins Feuer. Er erklärt, seine Krankheit gehe vom Mund bis zum Magen, im Essen sei Soda, er merke das an dem süßlichen Geschmack. Des öfteren verlangt er, sein Magen möge ausgepumpt werden, er lasse sich nichts vormachen, er verspüre ein Hitzegefühl in der Magengegend, das käme von einem Gift. Beim Essentragen hilft er, damit niemand etwas „hineintun“ kann. Die Annahme eines Paketes seiner Frau, das Eßwaren enthält, verweigert er unter mißtrauischen Bemerkungen. Häufig ißt er wenig und spuckt viel.

Gleichzeitig finden sich bei der autistischen Hebephrenie *Halluzinationen* auf allen Sinnesgebieten. Massenhaft auftretende Halluzinationen kennzeichnen das Krankheitsbild *Geb.* im Anfangsstadium. Bei *Daich* ist ebenfalls davon die Rede, daß er bereits ein Jahr vor der Klinikaufnahme Stimmen, Trompetenblasen und Läuten hört; später glaubt er, in seinem Mund eine Maus, dann ein Stück Glas und in seinem Bauch ein Messer zu haben. Auch *Kohl* hörte schon vor seinem Klinikaufenthalt Stimmen. Bei der *Baus* treten die Halluzinationen erst im Laufe der Erkrankung in Erscheinung, dann allerdings in ähnlich ausgeprägter Weise wie bei der *Geb.* zu Krankheitsbeginn.

Sie hört ihren Bruder lachen, auch Glocken läuten, alles ist so geheimnisvoll, so voll Flüstern wie in einem alten Haus. Männerstimmen behandeln vorwiegend erotische Inhalte, man wolle sie in den Sumpf ziehen, die Ärzte seien Zuhälter und wollten sie verkuppeln. Man läßt Brillenschlangen auf sie los, um ihr Angst zu machen. Sie wird geknebelt und gefesselt, empfindet Schmerzen auf der Brust, wenn die Oberpflegerin kommt, hat das Gefühl, als ob sie nachts von jemand ganz behutsam zugedeckt würde und als ob im Bett elektrischer Strom „kurz und schmerzhaft“ durch ihren Körper ginge.

Auf Grund dieser lebhaften und zahlreichen Sinnestäuschungen kommt es bei den Kranken zu heftigen *Erregungszuständen* ängstlicher oder gereizter Art. In sehr anschaulicher Weise wird dies bei der *Baus* beschrieben. Sie schlägt gegen die Wand, schimpft in den unflätigsten Ausdrücken mit den Menschen, die sie vermeintlich belästigen, wirft plötzlich die Bettdecke auf den Boden und schreit angsterfüllt: „Sie kommen“, läuft verzweifelt umher, weint laut, fleht um Hilfe und ruft, halb drohend, halb gequält: „Wagen Sie nur heranzukommen!“ In diesen

halluzinatorischen Erregungszuständen, teils ängstlicher, teils gereizter Färbung haben die Kranken große Ähnlichkeit mit den apathischen Hebephrenen. Zum Unterschied von diesen treten aber bei den autistisch Hebephrenen neben den geschilderten eindeutig halluzinatorisch bedingten Erregungszuständen solche ganz eigener Prägung auf, die als für die Krankheitsform kennzeichnend angesehen werden können. Die Kranken lassen weder eine Gereiztheit noch eine ähnliche Verstimmung erkennen und werden ganz plötzlich, meistens auch ohne erkennbaren äußeren Grund, gewalttätig und zwar oft in recht bedrohlicher Weise. *Groß* zeigt dies anschaulich, wenn er plötzlich auf einen Maschinisten mit der Schaufel einzuschlagen und ihn in den Arm zu beißen versucht. Für diese *impulsiven Erregungszustände* ist meist kein verständlicher Grund zu finden, sie entspringen der paranoischen Einstellung der Kranken. Ein recht sprechendes Beispiel hierfür bietet der sonst immer scheue und willige *Kohl*. Er hält sich vom Essen gerne zurück; als ihm eines Tages ein Pfleger freundlich zuredet, noch etwas zu essen, schlägt er diesem plötzlich heftig ins Gesicht und äußert erregt: „Sie sind der, der die Leichen gekocht hat, Sie sind der, der die Leute durchzieht.“ Danach ist er wieder still und man merkt ihm seine Erregung nicht mehr an; Fragen begegnet er nur mit einem „stillen, unbeholfenen Lächeln“. Dieses eigenartige, aber für die vorliegende Krankheitsform recht bezeichnende Verhalten im Anschluß an die gewalttätige Handlung erklärt sich aus dem *Autismus* der Kranken, der später noch eingehend zu besprechen ist. Häufig läßt sich nur eine plötzlich auftauchende *gereizte Verstimmung* mit rascher Entladung erkennen. Auch hierfür ist *Kohl*, von dem während seines 18jährigen Anstaltsaufenthaltes nur 2 Erregungszustände geschildert werden, heranzuziehen. Der Kranke soll zur Durchführung der Sterilisation in die chirurgische Klinik gebracht werden; er schlägt plötzlich eine Fensterscheibe ein; später gibt er als Erklärung dafür an, daß er sich über das zeitigere Aufstehen geärgert habe. Zahlreiche Beispiele dieser Art finden sich in der Krankengeschichte *Daich*. Der Kranke gerät häufig aus einer gereizten Stimmung heraus in Konflikt mit den Pflegern und mißhandelt diese „in der tollsten Weise“.

Bei der Visite redet er zeitweilig den Arzt erregt an, beschwert sich über Kleinigkeiten und beginnt meistens im Schreiten zu schimpfen, wenn man ihn zu beruhigen versucht. Ebenso heißt es von ihm: „Wieder gereizt, schnauzt im Kasernen-ton.“ Sehr bezeichnend ist auch folgende Schilderung: „Liegt, anscheinend innerlich absorbiert, mit starrer Haltung, schweigend im Bett, wendet das Gesicht der Wand zu, nur bei Anrede fängt er plötzlich in großer Wut zu schimpfen an.“ Immer wieder wird auf seine heftigen „Explosionen“ hingewiesen. Er schimpft über „Verfolgungen und Schikanen in der Anstalt“, er werde „unter allem Hund“ behandelt, aber er spricht sich nie klar und eindeutig darüber aus. Man ist deshalb sehr oft auf Vermutungen angewiesen. Dies trifft für alle autistischen Hebephrenen, besonders bei fortschreitender Erkrankung zu.

Während die Kranken am Anfang noch Angaben über ihre halluzinatorischen Erlebnisse und ihr wahnhaftes Denken machen, halten sie später damit immer mehr zurück. Es ist schließlich überhaupt nur während der Erregungszustände etwas über ihr krankhaftes Erleben zu erfahren, aber auch dann machen sie nur mehr kurze Bemerkungen oder ergehen sich in Andeutungen. Die *Baus*, die unter ihren zahlreichen Halluzinationen sichtlich leidet und die schwere Angst, in die sie gerät, nicht verbergen kann, lehnt es sogar in der Erregung ab, Stimmen zu hören; es zögen nur vom anderen Haus welche herüber. Im Abklingen der Erregung und in ruhigen Zeiten leugnen die Kranken hartnäckig Sinnestäuschungen und Wahnideen. Sie streiten für die Gegenwart und für die Vergangenheit jegliches krankhafte Erleben ab und wollen sich auch an frühere diesbezügliche Angaben nicht mehr erinnern können. Bei fortgeschrittener Erkrankung geben sie von ihrem Innenleben nichts mehr preis und antworten, wenn man durch Hin- und Herfragen in sie zu dringen versucht, meist gar nicht und verraten in Haltung und Miene eine deutliche Ablehnung. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß die Kranken von einer geistigen Erkrankung nichts wissen wollen. *Daich* weist z. B. eine diesbezügliche Frage entrüstet und gereizt zurück mit der Bemerkung: „Ausgeschlossen, körperlich herunter, Schmerzen an der Lunge!“ Damit stehen die autistischen Hebephrenen in einem gewissen Gegensatz zu den apathischen Hebephrenen, die ihre halluzinatorischen Erlebnisse affektlos zugeben und es mit Gleichgültigkeit und Uninteressiertheit über sich ergehen lassen, wenn man sie für geisteskrank erklärt.

Das im Laufe der Erkrankung sich immer deutlicher herausbildende *Verneinen jeglichen krankhaften Erlebens* ist wahrscheinlich mit dem sich zunehmend entwickelnden *Mißtrauen* in Zusammenhang zu bringen. Die Kranken öffnen z. B. bei Hausbesuchen erst nach mehrmaligem Läuten die Türe, gehen auf Fragen zunächst gar nicht ein und werden erst nach einiger Zeit etwas zugänglicher; andere bleiben vorsichtig an der Türe stehen, lassen den Arzt nicht herein und fragen lediglich, was eigentlich los sei. *Beng* begegnet dem Arzt nur mit Argwohn, meint, dieser wolle ihn aushorchen. Er betont immer wieder, daß man sich „vorsichtig“ ausdrücken müsse. Ein Brief an seine Frau enthält mißtrauische Fragen und Andeutungen. Sein Blick wird als „stets mißtrauisch und suchend“, als hinterhältig, feindselig und lauernd bezeichnet. Ein Krankengeschichteneintrag besagt: „Nicht aus dem Bett zu kriegen, liegt lauernd beobachtend mit nachlässig unter den Kopf geschlagenem Arm auf dem Rücken, lächelt bei Anrede etwas verlegen-mißtrauisch.“ Dieses starke Mißtrauen finden wir besonders bei den Kranken *Baus*, *Geb.* und *Beng*, bei denen paranoide Gedankengänge während des ganzen Krankheitsgeschehens eine wesentliche Rolle spielen.

Bei sämtlichen Kranken aber kommt es im Laufe der Jahre zur Entwicklung eines ausgeprägten *Autismus*. In den meisten Fällen sind schon präpsychotisch autistische Züge zu erkennen. So wird von *Groß* angegeben, daß er sich immer sehr für sich hielt, keine Freunde und Freundinnen hatte. Die *Baus* schildert sich als „immer ernst“, sie sei nie tanzen gegangen, habe weder eine eigentliche Freundin, noch Umgang mit Männern gehabt, sondern sei immer allein geblieben. *Daich* war schon als Kind gern allein und *Beng* ist von jeher sehr eigensinnig gewesen. *Kohl* wird bei seiner Uninteressiertheit an Frauen „Weiberfeind“ genannt. Diese autistischen Züge zeigen sich dann in krankhafter Steigerung, wenn auch noch vereinzelt, bereits zu Krankheitsbeginn. Die Kranken erscheinen als „unverträglich“, bekommen mit ihren Angehörigen, mit der Dienstherrschaft und mit Geschäftskollegen Differenzen, trennen sich von ihnen, laufen weg, wirken gelegentlich „frech und unverschäm“, „sträuben, weigern und widersetzen sich“. *Daich* spricht Eltern und Schwester mit „Sie“ an. Dies Verhalten wird in den Krankengeschichten öfter als „negativistisch“ verkannt. Bald aber wird erkennbar, daß der Beweggrund dieses Gebarens in dem Bestreben, sich der Umwelt gegenüber völlig zu verschließen, zu suchen ist. Die Kranken weisen alles, was von außen her nur auf sie einwirken könnte, von sich, so daß dieses Verhalten bei fast allen Fällen schon sehr bald als wesentliches, die Krankheitsgruppe kennzeichnendes Merkmal in die Augen fällt. Diese *autistische Haltung* stimmt in ihren Äußerungen so weitgehend überein, daß man in den verschiedenen Krankengeschichten auf ganz gleichlautende Schilderungen stößt.

Die Kranken kümmern sich in ihren ruhigen Zeiten in keiner Weise um ihre Umgebung, sie nehmen mit niemand Fühlung auf, sprechen spontan nichts, laufen und stehen allein herum und sondern sich offenkundig ab. Die *Baus* lehnt es z. B. ab, sich an den allgemeinen Essenstisch zu setzen, und *Kohl* entfernt sich mit Vorliebe bei den Visiten, drückt sich auch gern von der Arbeit, um dann allein im Gelände herumzustreichen. Dem Arzt begegnen die Kranken mit ausgesprochener Zurückhaltung, wenn nicht abweisend und ablehnend. Sie bringen, wenn sie nicht gereizt erregt sind, keinerlei Spontanäußerungen vor. Sie verneinen ihre krankhaften Erlebnisse; auch anamnestische Angaben werden von ihnen mitunter bestritten. Sie gehen auf nichts näher ein, antworten entweder gar nicht oder dürftig, einsilbig, manchmal sogar agrammatisch ohne Satzbildung. „Gegen das viele Fragen“ lehnen sie sich auf, werden oft schon bei Anrede gereizt oder erklären — auch bei der Intelligenzprüfung — verärgert: „Das ist unnötig, das hat keinen Zweck.“ *Daich* versucht sogar häufig, wenn er angesprochen wird, mit der Entgegnung: „So heiße ich nicht“ allem aus dem Wege zu gehen.

Sie werden daher als „verschlossen“ bezeichnet und diese Verschlossenheit gibt sich auch in ihrer „*undurchdringlichen Miene*“ kund, die manchmal auch als eine „starre Miene“ bezeichnet wird. Wenn die Kranken durch Anrede oder Aufforderung zur Arbeit in ihrem autistischen Dahinleben gestört werden, nimmt ihre Miene einen ablehnenden, mißmutigen

und mürrischen Zug an. In ihrer Zurückhaltung wirken sie auch oft „hochmütig“, lächeln „überlegen, ironisch oder geheimnisvoll“. Dem entsprechen ihre „schroffen, patzigen“ Antworten und die Schilderungen: „Überhebt sich selbst . . . benimmt sich großspurig.“ Hinsichtlich ihrer Arbeitsleistung heißt es von diesen Kranken immer wieder: „Ist eigensinnig . . . es muß alles nach ihrem Kopf gehen.“ Andere Kranke sind die ständig *Scheuen*, *Schüchternen*, die still, bescheiden und anspruchslos dahinleben. *Kohl* z. B. wird als gefügig und immer willig geschildert; er antwortet stockend mit leiser, fast tonloser Stimme, lächelt verlegen und steht häufig in einer Haltung herum, als ob er sein Dasein entschuldigen wollte.

Neben dem Autismus macht sich auch eine *affektive Verstupfung* mehr und mehr bemerkbar. Die Kranken werden als „stumpf“, „teilnahmslos“, „gleichgültig“ und „ohne geistige Interessen“ bezeichnet und neigen häufig zur Verwahrlosung. So schläft die *Baus* vor ihrer Verbringung in die Klinik in einem Gebüsch und bei Regen in einem Gartenhäuschen und hat ihr Gepäck monatelang zur Aufbewahrung im Bahnhof stehen, sie verschmutzt am Körper und in der Kleidung völlig und läßt ihre Haare verfilzen. *Daich* wäscht sich in der Klosettschüssel und *Kohl* trägt Kot in den Taschen herum. Bei Fragen nach Zukunftsplänen bekommt man von *Daich* die Antwort, er wolle sich draußen erst mal ausruhen, und von *Beng*: „Was soll ich mir darüber Gedanken machen, kommt der Tag, so bringt der Tag.“ Entsprechend ihrer affektiven Einengung verlieren die Kranken auch an *Regsamkeit*. Sie zeigen wenig Lust zur Arbeit, sitzen am liebsten untätig und vor sich hinträumend allein in einer Ecke oder legen sich auch gern ins Bett. Bezeichnend erscheint, wenn der im Zeichnen geübte *Kohl* höchstens einmal alte Zeichnungen abzeichnet und Postkarten schreibt, deren Inhalt er von alten gesammelten übernimmt.

Zusammenfassung und Literatur folgen im Anschluß an Teil II.