

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

## Die Hebephrenien auf Grund von katamnestischen Untersuchungen.

Von  
K. KLEIST, K. LEONHARD und E. FAUST.\*

II. Teil.

(Eingegangen am 15. Juli 1950.)

### *Allgemeine Eigentümlichkeiten.*

Von den hier beschriebenen 24 Hebephrenen konnten 22 einer der 4 *typischen Unterformen* eingereiht werden.

*Atypische* Formen im engeren Sinne, wie sie die schubweise-remittierenden Katatonien und die zum Teil ebenso verlaufenden paranoiden und verworrenen Formen mit häufig extensiver Symptomenentwicklung darstellen, fanden sich bei den Hebephrenien nicht, auch nicht in LEONHARDS<sup>10</sup> eigenem Krankengut. Dagegen kamen auch bei unseren Hebephrenien *kombiniert-systematische* Formen vor, wie an Hand der beiden apathisch-läppischen Hebephrenien (*Hie, Bach*) nachgewiesen wurde. LEONHARD<sup>10</sup> hat alle anderen Kombinationsmöglichkeiten beschrieben. Eine läppisch-depressive Form sah KNAUF<sup>17</sup>.

Das *Erkrankungsalter* der Hebephrenen beträgt 22,9. Es ist damit noch etwas niedriger, als es SCHWAB<sup>15</sup> für die Katatonien fand (25,3). Bei den verworrenen (KLEIST, SCHWAB<sup>8, 16</sup>) und paranoiden (KLEIST<sup>5</sup>) Formen liegt es wesentlich höher, bei 33,5 bzw. 37,3 Jahren. Den frühen Beginn haben die Hebephrenien demnach mit den Katatonien gemeinsam. Bei einem Vergleich der Unterformen ergibt sich zwischen der läppischen, der depressiven und der apathischen Form kein wesentlicher Unterschied (20,6 : 22 : 20,7); die autistische Form dagegen nimmt mit einem Erkrankungsalter von 28,3 Jahren eine Sonderstellung ein. Dies steht im Einklang mit dem bei dieser hebephrenen Krankheitsform stärker hervortretenden paranoiden Element.

Bei der Bestimmung des Erkrankungsalters stießen wir wegen des oft wenig deutlichen *Krankheitsbeginnes* mitunter auf Schwierigkeiten. Nur bei 2 Kranken (8,3 %) setzten die Krankheitserscheinungen so *stürmisch* ein, daß sie gleich am Anfang als solche erkannt wurden. Bei den übrigen 22 Kranken (91,7 %) dagegen war der Beginn so *schleichend* und der

\* Herrn Prof. O. VOGT und Frau Dr. C. VOGT zum 80. bzw. 75. Geburtstag gewidmet. I. Teil: Dieses Archiv 185, 773 (1950).

anfängliche Krankheitsverlauf so milde, daß Jahre vergingen, bis das Krankheitsgeschehen deutlich in Erscheinung trat und klinische Behandlung notwendig wurde.

Auch der weitere *Verlauf* unterscheidet sich von dem der anderen schizophrenen Erkrankungen wesentlich. SCHWAB fand die Katatonien in 62,5% progressiv und in 37,5% remittierend. Von den 24 Hebephrenien bot 1 Fall (*Schaf*) eine unvollkommene Remission, die 10 Jahre anhielt. Vielleicht darf man streng genommen gar nicht von einer Remission sprechen, da der Verlauf vorher und nachher so schleichend war, daß möglicherweise auch dazwischen der Krankheitsprozeß sich fortentwickelte. In einem 2. Falle (*Göde*) bestand eine ebenso fragliche Remission von 3½ Jahren. Die Kranke war in dieser Zeit zu Hause, verhielt sich aber allem Anschein nach nicht wesentlich anders als vorher und nachher. In einem 3. Falle (*Opp*) konnte sich der Kranke während zweier Teilremissionen von 3 und 6 Jahren im freien Leben halten. In allen anderen Fällen war ein einfach progressiver Verlauf gegeben. Es ergeben sich also 12,5% remittierende und 87,5% progrediente Fälle. *Die Hebephrenien haben demnach unter allen Schizophrenien die wenigsten Remissionen.* Ihnen folgen die verworrenen Schizophrenien mit 24% und die paranoiden Schizophrenien mit 27,4% remittierenden Kranken. Die Katatonien haben mit 37,5% die meisten Remissionsfälle.

Von den 24 Hebephrenien sind 11 männlichen (45,8%) und 13 weiblichen (54,2%) *Geschlechts*. Ein wesentlicher Unterschied besteht hier also nicht, während unter KLEISTS<sup>4</sup> Katatonikern und unter den verworrenen Schizophrenien die Frauen ein mäßiges Übergewicht hatten (59% ♀: 41% ♂ bzw. 60% ♀: 40% ♂) und bei den Paranoiden ganz im Vordergrunde standen (63,7% ♀: 36,3% ♂). Vergleicht man die einzelnen Unterformen der Hebephrenie, so überwiegen bei der depressiven Hebephrenie die Frauen (4 ♀: 2 ♂), bei der autistischen Hebephrenie die Männer (4 ♂: 2 ♀). Bei den läppischen und den apathischen Hebephrenien (3 ♀: 2 ♂ bzw. 4 ♀: 3 ♂) ist der Unterschied zu klein, um verwertbar zu sein.

*Körperbaulich* sind 4 leptosom, 3 dysplastisch, 2 athletisch, 1 pyknisch; alle anderen zeigen Mischtypen, 4 sind leptosom-athletisch, 4 sind leptosom-dysplastisch, 2 sind pyknisch-athletisch, 4 sind pyknisch-dysplastisch. Das Zurücktreten der Pykniker entspricht den sonstigen Erfahrungen bei Schizophrenen. *Leptosome und dysplastische Typen überwiegen* demgegenüber, auch athletische Züge kommen vor. Darin zeigt sich eine gewisse Ähnlichkeit mit den Katatonien, da SCHWAB dort viele kräftig-leptosome und athletische Typen fand. Aber auch bei den paranoiden Schizophrenien überwiegen im Gesamten teils die Asthenischen, teils die Athletischen, während die Pyknischen zahlenmäßig zurücktreten und die Dysplastischen eine ganz untergeordnete

Rolle spielen, mit Ausnahme der progressiven Beziehungspsychose, die verhältnismäßig viele Dysplastische darbot. Das Hervortreten der dysplastischen Körperformen bei den Hebephrenien ist bereits von MAUZ<sup>12</sup> festgestellt worden. Bei den verworrenen Schizophrenien war keine Wuchsform bevorzugt.

Die Beschreibung der *präpsychotischen Persönlichkeit* macht immer gewisse Schwierigkeiten, da es nicht leicht ist, genaue Angaben zu erhalten. Wenn wir die von SCHWAB gebrauchte Einteilung übernehmen, um gerade den Vergleich zu den Katatonien zu ermöglichen, so ergibt sich folgendes: In 6 Fällen handelt es sich präpsychotisch um ungesellige Menschen, in 6 Fällen um erregbare, in 1 Fall um eine stumpfe, charakter-schwache Puella. In 3 weiteren Fällen wird eine syntone Wesensart angegeben. Bei den restlichen 8 Fällen waren keine verwertbaren Angaben verzeichnet. Es hieß außerdem 2 mal, die Kranken seien früher ruhig gewesen. Es ist möglich, daß sich dahinter eine gewisse affektive Stumpfheit verbirgt, was bei der affektiven Verödung jedenfalls naheläge. Im ganzen sind die Zahlen so klein, daß sich nichts Sicheres daraus entnehmen läßt. Die Gemütskalt-Herrischen, die SCHWAB unter seinen Katatonien fand, fehlen bei den Hebephrenien ganz. Das ist sehr verständlich, da diese Wesensart einer affektiven Stumpfheit völlig entgegengesetzt wäre. Auch sonst sind die Zahlenverhältnisse etwas anders. Die bei den Katatonikern häufigeren Erregbaren halten hier den Ungeselligen die Waage, während die Stumpfen wie bei den Katatonikern selten sind. Bei den paranoiden Schizophrenien handelt es sich präpsychotisch überwiegend um schizoide Persönlichkeiten, teils empfindsam-ungeselliger, teils erregbarer Art, während bei den verworrenen Schizophrenien sämtliche Wesensarten vertreten sind.

Auch die *Schulleistungen* der Hebephrenien seien verglichen mit den Zahlen, die SCHWAB bei den Katatonien fand; 9 werden als gute Schüler bezeichnet, in 7 Fällen sollen die Schulleistungen mittelmäßig gewesen sein, in 7 Fällen dagegen schlecht, in 1 Fall fehlen Angaben. In Prozente umgerechnet ergeben sich 37,5 gute, 29,1 mittelmäßige und 29,1 schlechte Schüler. Die schlechten Schüler sind also etwas häufiger als bei den Katatonikern, unter denen SCHWAB 27,1% fand, die guten deutlich seltener, denn SCHWAB fand bei den Katatonien 47,1%. *Das Intelligenzniveau der Hebephrenien ist demnach tief.* Im Gegensatz dazu stehen die paranoiden Schizophrenien, bei denen überwiegend gute und sehr gute und nur vereinzelt mittelmäßige und schlechte Verstandesgaben verzeichnet sind, während bei den verworrenen Schizophrenien neben einzelnen sehr guten und sehr schlechten Leistungen überwiegend eine mittelmäßige Begabung vorlag.

Zu den *Berufen* sei das Schema, das CL. FAUST<sup>1</sup> bei der progressiven Halluzinose verwendete, übernommen. Es ergibt sich dann folgendes:

9 gehören dem Berufsstande der Arbeiter und Dienstboten, 3 dem Stande der Handwerker, 2 dem niedrigen Angestelltenstande an, mittlerer oder höherer Beamter ist keiner, 3 rechnen zum Stande der Kaufleute und freien Berufe, 1 ist Akademiker, bei den restlichen 6 (Frauen) ist kein Beruf verzeichnet. Wie es SCHWAB<sup>15</sup> bei den Katatonien fand, sind am stärksten die Arbeiter und Dienstboten vertreten. Die von uns verzeichneten 9 Arbeiter und Dienstboten machen ein Prozentverhältnis von 37,5 aus. Da SCHWAB 32,9 % Arbeiter und Dienstboten fand, *stehen die Hebephrenien beruflich also noch tiefer als die Katatonien*. Allerdings fand CL. FAUST bei der progressiven Halluzinose noch mehr Arbeiter und Dienstboten, nämlich 41,4 %. Grundsätzlich andere Verhältnisse stellten dagegen NEELE u. KLEIST<sup>14</sup> bei den progressiven Beziehungspsychosen entsprechend den guten und sehr guten Begabungen derselben fest, denn sie zählten nur 5 % Arbeiter und Angestellte, dagegen 20 % Akademiker. Der eine Akademiker unter den Hebephrenen würde ein Prozentverhältnis von 4,1 ausmachen. Bei den verworrenen Schizophrenien kommen die Kranken fast durchweg aus niederen bis mittleren sozialen Schichten.

Greifbare *auslösende Ursachen* fanden sich bei den Hebephrenien nicht; einmal werden die Kriegserlebnisse beschuldigt, einmal eheliche Unstimmigkeiten und ein anderes Mal die durch die Eltern erzwungene Lösung eines Liebesverhältnisses; sonst werden keine auslösenden Ursachen angegeben. Der schleichende Beginn macht äußere Ursachen von vornherein unwahrscheinlich.

Hinsichtlich der *Erblichkeit* können wir weitgehend die Ergebnisse LEONHARDS<sup>10</sup> bestätigen. Es fällt auch bei unseren Fällen auf, wie wenig *schizophrenie* Erkrankungen sowohl bei den Eltern als auch bei den Geschwistern vorkommen. Doch haben wir bei den Fällen, die nicht schon von LEONHARD beforscht wurden, keine eigenen erbbiologischen Erhebungen mehr angestellt; es soll daher im wesentlichen das *Sippenbild* betrachtet werden.

Unter den *Eltern* fand sich lediglich 1 Fall, was einer Schizophreniehäufigkeit unter den Eltern von 2 % entspricht, ein Prozentsatz, der noch niedriger ist, als der von LEONHARD<sup>10</sup> errechnete von 2,7. Es handelt sich dabei um den Vater des Kranken *Opp*, der nicht als Schizophrener bekannt war und nie anstaltsbedürftig wurde. Er galt als Sonderling; seitdem er einen Sanitätskursus mitgemacht hatte, redete er jeden Arzt mit „Herr Kollege“ an. Dieses abwegige Verhalten fassen wir als Ausdruck einer latenten Schizophrenie auf. Zählen wir diesen Fall wegen der mangelnden Sicherheit der Diagnose nur halb, so sinkt die Schizophreniehäufigkeit unter den Eltern sogar auf 1,04 %.

Auch unter den *Geschwistern* trat lediglich ein ähnlicher Fall auf.

Der Bruder des Kranken *Zeit* hielt sich im freien Leben, fiel aber bei der Klinikaufnahme seines Bruders deutlich auf. Er gab dessen Vorgeschichte mit lachender Miene, als ob er einen Witz erzählte, und grimassierte dabei. Der mit ihm ver-

handelnde Arzt vermerkte: „Macht heboiden Eindruck.“ Auch hier erscheint die Diagnose latente Schizophrenie berechtigt; aber bei einer Berechnung darf wohl dieser Fall ebenfalls nur halb gezählt werden.

Die Belastung der 24 Sippen mit schizophrenen Erkrankungen in der *engeren Verwandtschaft* (bei Eltern und Geschwistern je  $\frac{1}{2}$  Fall) beträgt also 4,16%.

Während unter den Eltern und Geschwistern nur je 1 fragliche schizophrene Erkrankung vorkam, fanden wir unter den *weiteren Verwandten* insgesamt 2 einwandfreie schizophrene Psychosen. Die Belastung der Sippen mit Schizophrenie in der weiteren Verwandtschaft errechnet sich somit auf 8,3%. Bei Eltern, Geschwistern und weiteren Verwandten zusammen beträgt sie 12,5%.

*Nichtschizophrene Psychosen* traten bei den Eltern 2 mal auf: eine Altersdepression und eine fragliche progressive Paralyse. Bei den Geschwistern war keine festzustellen. In der weiteren Verwandtschaft sind ebenfalls 2 nichtschizophrene Erkrankungen vertreten: 1 Puerperalpsychose und 1 progressive Paralyse. Von diesen 4 Psychosen kann aber höchstens 1, die Altersdepression, als nichtschizophrene endogene Erkrankung gewertet werden. Somit ergibt sich eine weit geringere Belastung von 4,16% mit nichtschizophrenen endogenen Psychosen bei Eltern, Geschwistern und weiteren Verwandten.

Etwas anders gestaltet sich das Bild, wenn man zu den *nichtschizophrenen Psychosen* solche *unklarer Art* hinzunimmt. Derartige Fälle, bei denen es heißt: „Irrsinnig . . . in Anstalt . . . zeitweilig verwirrt, nicht ganz bei sich . . . nach Überarbeitung nervenkrank . . . vom Gericht für unzurechnungsfähig erklärt“, werden 5 mal gezählt. Es wäre jedoch unrichtig, sie ohne weiteres einzubeziehen, da auch schizophrene Erkrankungen unter ihnen zu vermuten sind. Die zuverlässigste Berechnung ergibt sich vielleicht, wenn man die Hälfte dieser Fälle zu den nichtschizophrenen Psychosen und die andere Hälfte zu den schizophrenen Erkrankungen nimmt. Damit erhöht sich die Belastung mit Schizophrenien in der engeren und weiteren Verwandtschaft von 12,5 auf 22,9%, die mit nichtschizophrenen endogenen Psychosen von 4,16 auf höchstens 14,6%, wahrscheinlich aber weniger, da nicht alle in Frage kommenden Psychosen endogen sein dürften.

*Neurologische* Erkrankungen treten in Form einer *Tabes dorsalis* und einer „Zitterkrankheit“ (Zittern des Kopfes und der Arme) in den Sippen unserer Hebephrenen 2 mal auf.

Die 3 mal gezählte Belastung mit *Suicid* entspricht einer Häufigkeit von 12,5%. Dabei ist zu bemerken, daß auf die Sippe des einen Kombinationsfalles apathisch-läppischer Hebephrenie (*Hie*) 2 Suicide treffen. Auf die besondere Belastung der kombinierten Fälle ist später noch näher einzugehen.

Häufig ist die Belastung mit *Trunksucht*, die in 6 Sippen genannt wird. Daraus errechnet sich eine Prozentzahl von 25.

*Minderbegabung* kommt nur in 2 Sippen, dort allerdings mehrfach vor. Dies entspricht einer Belastung von 8,3%.

*Epilepsie* und *Krampfanfälle* fanden sich in 3 Sippen, wodurch sich eine Belastung von 12,5% ergibt. Faßt man die Belastung mit den Wesenszügen, die man am ehesten als *epileptoid* auffassen würde — überreligiöses Wesen bei gleichzeitig gegebener Linkshändigkeit, anfallsweise Kopfschmerzen, Weglaufen, Jähzorn — zusammen, so findet man bei 5 Kranken (20,8%) in den Sippen ein oder mehrere der genannten Merkmale. Gehäuft kommen diese, besonders bei Eltern und Geschwistern, bei den 3 oben erwähnten apathischen Hebephrenien mit schweren triebhaften Erregungen vor. Vermutlich sind aber zumindest unter den „Jähzornigen“ auch Erregbare im schizoiden Sinne, so daß wahrscheinlich bei ihrer Zuordnung zu den epileptoiden Psychopathen ein falsches Bild entsteht. Eine genauere Beforschung der Art der Psychopathien in den Sippen Hebephrener ist daher bei späteren Bearbeitungen der Hebephrenien notwendig.

Unter den *schizoiden Psychopathen* in den vorliegenden Sippen überwiegen die Erregbaren mit 10 unter 24 Sippen, d. h. in 41,7%; die Ungezelligen (Belastung von 20,8%) halten sich mit den Charakterschwachen (Belastung von 20,8%) die Waage. Die Gesamtbelastung mit schizoider Psychopathie von 83,3% ist sehr hoch im Gegensatz zu der auffallend geringen Belastung von 22,9% mit schizophrenen Erkrankungen. Die Häufigkeit der Schizoiden unter den Eltern errechnet sich für unsere 22 typischen Hebephrenien auf 34%, ein Prozentsatz, der den von SCHWAB<sup>15</sup> für 20 typische Katatonien festgestellten von 31,2 nur wenig übersteigt. Die hohe Belastung der Hebephrenien mit schizoiden Psychopathien weist in Verbindung mit der auffallend geringen Belastung mit schizophrenen Psychosen darauf hin, daß sich unter den Schizoiden in den Sippen möglicherweise nicht erkannte latente Schizophrene befinden, wie in einer von E. FAUST<sup>2</sup> beschriebenen Sippe.

Vergleicht man die einzelnen *Unterformen* der Hebephrenie hinsichtlich der Belastung mit *Psychosen* und *psychopathischen Persönlichkeiten*, so ist die apathische Hebephrenie am stärksten und die autistische Hebephrenie am wenigsten belastet. In den Sippen unserer 7 apathischen Hebephrenien kommen allein 5 Psychosen vor, während in der engeren und weiteren Verwandtschaft der 6 autistischen Hebephrenien nur 1 Psychose unklarer Art auftritt; bei der Belastung mit Psychopathien zeigen sich die gleichen Verhältnisse.

Für einen Vergleich der Belastung von einfachen und *kombinierten* Formen stehen nur 2 kombinierte Fälle zur Verfügung. Trotz ihrer geringen Zahl und ihrer zufälligen Zugehörigkeit zu den an sich stark

belasteten apathischen Hebephrenien springen die kombinierten Fälle als *schwerer belastet* in die Augen.

In der Sippe der apathisch-läppischen Hebephrenen *Hie* begingen 1 Muttersbruder und 1 Vatersbruder Suicid, 1 anderer Vatersbruder erkrankte an einer, dem Krankheitsbild H. sehr ähnlichen Schizophrenie, 1 weiterer Vatersbruder war zeitweilig verwirrt und dann nicht ganz bei sich, der Vater machte einen verschrobenen Eindruck, er galt als ein nervöser, sehr jähzorniger Mann, der „zu viel schaffe“, 1 Bruder war früher leicht nervös, 1 anderer Bruder etwas faul, 1 Schwester lernte in der Schule mäßig und ist einmal sitzengelieben, 1 Bruder war etwas beschränkt und galt als sonderbarer, offenbar ungeselliger Mensch, der sehr selten das Haus verließ.

Die Mutter der apathisch-läppischen Hebephrenen *Bach* war vom 40. Lebensjahr an wegen Altersdepression 3 Jahre lang in verschiedenen Anstalten. 1 Schwester litt an „furchtbaren Kopfschmerzen“. In der Verwandtschaft des Vaters kamen mehrere uneheliche Kinder vor; diese Familie wurde als Sorgenkind des Pfarramtes bezeichnet.

LEONHARD<sup>10</sup> kam bei der Betrachtung der *Sippenbilder* zu dem Ergebnis, daß im Sippenbild die gleichen Formen immer wiederkehren, sei es einfach, sei es in Kombination mit einer anderen typischen Form, und schloß daraus, daß den typischen Hebephrenien selbständige, von einander unabhängige Erbanlagen entsprächen. Auch die wenigen hier gegebenen Fälle weisen darauf hin, daß das klinische Bild in der Sippe gewahrt bleibt.

So hat der läppische Hebephrene *Zeit* einen Bruder, bei dem wir auf Grund seiner unmotivierten Heiterkeit und seiner Grimassen eine latente Schizophrenie annehmen. Die Krankengeschichte der schizophränen Vatersschwester, die im Anschluß an eine Entlobung in 40jähriger Anstaltsbehandlung war, ist leider nicht vorhanden. Der Vater des apathisch-hebephrenen *Opp* gilt als Sonderling; er wird von uns als latente Schizophrenie aufgefaßt (siehe oben); seit Absolvierung eines Sanitätskurses redete er jeden Arzt mit „Herr Kollege“ an. Auch sein Sohn behauptete zeitweilig in konfabulatorischer Weise, Arzt zu sein, eine Spezialausbildung zu besitzen, alle möglichen Prüfungen abgelegt und mit bedeutenden Ärzten zusammengearbeitet zu haben.

Von den 2 *kombinierten* Hebephrenien hat nur die apathisch-läppische *Hie* eine schizophrene Erkrankung in der Sippe.

Ein Vatersbruder wird wegen Erkrankung an Schizophrenie dreimal in die Anstalt gebracht, wo er nach der 3. Aufnahme bis zu seinem Tode verbleibt. Die Krankengeschichteneinträge sind zwar etwas dürftig, lassen aber eindeutig läppische Heiterkeit, zunehmende affektive Verödung und zeitweilige halluzinatorische Erregungszustände erkennen. Es sind die gleichen Krankheitserscheinungen, die auch das Bild der apathisch-läppischen Hebephrenen *Hie* kennzeichnen. Vielleicht ist auch das Krankheitsbild eines anderen Vatersbruders heranzuziehen, der als zeitweilig verwirrt geschildert wird. Diese sogenannten Verwirrheitszustände könnten in Wirklichkeit Verstimmungszustände sein, die ja eine Eigenart der apathischen Hebephrenie darstellen.

#### *Andere Formen von Schizophrenie.*

Anfängliche Verkennungen von paranoiden oder verworrenen Formen als hebephrene kamen nach Ausweis der Katamnesen nicht vor. Dagegen

stellten sich 7 anfangs als Hebephrene diagnostizierte Kranke später als *Katatone* heraus (21,8%).

1 Kranker (*Stras*) bot bei der Nachuntersuchung durch LEONHARD das Krankheitsbild einer *parakinetischen Katatonie*.

Die Parakinesen sind hier schon während des Klinikaufenthaltes vermerkt. Die Fehldiagnose kam sicher dadurch zustande, daß die faxenhafte Art damals noch nicht eigentlich kataton, sondern mehr läppisch-hebephren wirkte; so täuschte ein häufiges Verziehen der Gesichtsmuskeln eine lächelnde Miene vor. Außerdem stand eine ausgeprägte affektive Verstumpfung im Vordergrund des Krankheitsbildes.

Ein weiterer Kranker (*Roh*) erwies sich bei der Nachuntersuchung durch LEONHARD als *manieriert kataton*.

Er war im Beginn teils läppisch heiter, teils mürrisch und verstumpfte im Laufe der weiteren Entwicklung. Dazu kam eine schwere Antriebsarmut mit katatonstereotypen Haltungen.

Eine weitere Kranke (*Kauf*) konnte auch durch die Nachuntersuchung nicht sicher beurteilt werden, sie war wieder im eigenen Haushalt tätig und fiel nicht grob auf. Auf Grund der gesamten Krankengeschichte war an eine *abortive Katatonie* zu denken, zumal ein Neffe an einer parakinetischen Katatonie litt. Eine reaktive Depression bei Klimakterium praecox konnte aber nicht völlig ausgeschlossen werden.

In 2 Fällen (*Kraus, Och*), die nicht nachuntersucht werden konnten, hat sich nach den Krankengeschichten wahrscheinlich eine *akinetische (starre) Katatonie* ausgebildet.

*Kraus* bot im Beginn einen uncharakteristischen stumpfen Zustand, der als hebephren gedeutet wurde, tatsächlich aber wohl der Beginn seiner späteren katatonen Akinese war. *Och* war im Beginn hypochondrisch und affektlabil, man dachte noch an eine Psychopathie. Bereits nach 10 Monaten, bei einer gelegentlichen Nachuntersuchung in der Heilanstalt lautete die Diagnose auf Grund des Mutismus des Kranken und der stereotyp ausgestoßenen grunzenden Laute auf Katatonie. Bei der zweiten Klinikaufnahme nach weiteren 4 Jahren stand die Diagnose Katatonie einwandfrei fest, nur war eine genaue Bestimmung der Unterform noch nicht möglich. Die weitere Krankheitsentwicklung mit zunehmender Herausbildung einer starren Haltung und starrer Ausdrucksbewegungen mit Gegenhalten weist auf das Vorliegen einer starren Katatonie hin.

Von den verstorbenen, nach Krankengeschichten beurteilten Fällen scheint sich einer (*Järg*) zu einer *negativistischen Katatonie*, ein zweiter (*War*) zu einer *prosektischen Katatonie* entwickelt zu haben.

#### *Nicht-schizophrene Erkrankungen.*

8 als Hebephrene aufgefaßte Kranke waren nach dem Ergebnis der Katamnesen weder Hebephrene, noch andere Arten von Schizophrenie. Der Hundertsatz von 25 solcher eigentlicher Fehldiagnosen ist demnach ziemlich hoch und geht noch ein wenig über die 23,9% gleicher diagnostischer Irrtümer bei den Katatonien hinaus. Als paranoide Schizophrenien wurden andere Erkrankungen wesentlich seltener verkannt (15,2%) und als verworrene Schizophrenien überhaupt keine (0%).



Die sich hier kundgebende Schwierigkeit in der Erkennung und Abgrenzung der Hebephrenien liegt, wie die einzelnen Fehler lehren, besonders in der Beurteilung von *Verstimmungszuständen* und anderen *Veränderungen des Gemütslebens*, in dessen Bereich ja auch die für die Hebephrenie kennzeichnende affektive Verödung fällt.

Überwiegend (5 mal) handelt es sich um mißmutige, stumpfe oder menschenscheue Verstimmungen bei epileptoiden, zum Teil auch debilen Psychopathen, 1 mal bei einem als solcher noch nicht erkannten Epileptiker.

Bei der grundsätzlichen Bedeutung dieser Differentialdiagnosen bringen wir einige Beispiele.

*Schmit*, ein *epileptoider Psychopath* mit Migräne, Weglaufen, Dämmerzuständen und „Anfällen“, hatte im Alter von 24 Jahren eine unstete Lebensführung hinter sich und erschien in der Klinik affektiv abgestumpft. Tatsächlich handelte es sich aber um Verstimmungszustände, in denen er sich von der Umgebung zurückhielt. Bereits 4 Jahre später, bei der dritten Klinikaufnahme wurde im Gegensatz zu den beiden ersten Aufnahmen die Verdachtsdiagnose Hebephrenie nicht mehr erwogen, sondern lediglich von epileptoider Psychopathie gesprochen. Der Kranke wurde von der Klinik aus in eine Arbeitsstelle entlassen. Er hat sich in der Folgezeit, wie sich bei einer 16 Jahre später erfolgten Nachuntersuchung zeigte, sozial eingeordnet und war an der Post tätig. Außer einem Mangel an Geselligkeit und dem fehlenden Trieb zum anderen Geschlecht war er unauffällig. Diesem Krankheitsbilde verwandt ist das des *Inder*, der aus äußerem Anlaß reaktiv von Hause weggelaufen war. Bei ihm spielten außerdem Debilität und große Jugend (17 Jahre) eine Rolle. *Bickel*, ebenfalls ein *epileptoider Psychopath*, wurde anfangs als läppisch-heiter geschildert, bei der späteren Aufnahme in die Klinik war er reizbar mit Neigung zu Gewalttätigkeiten. Vielleicht stellten seine läppisch-heiteren Zustände, neben denen schon bei der ersten Aufnahme gereizte Erregungen vorkamen, nur ein uncharakteristisches Verhalten zwischen den Verstimmungen dar.

Ein weiterer Kranker (*Kehr*) entpuppte sich bei der Nachuntersuchung als *genuiner Epileptiker* mit Verstimmungszuständen und Anfällen. Auch er erschien in der Klinik affektiv wenig ansprechbar. Seine Anfälle deutete man als hysterisch. Wahrscheinlich beruhte schon damals das etwas stumpfe Verhalten auf einer epileptischen Wesensveränderung oder auf Verstimmungszuständen.

*Psychopathien anderer Art* stellen *Pist* und *Weid* dar. *Pist* war von sensitiv-reizbarer Konstitution mit hysterischen Zügen. In der Klinik trat besonders seine Affektlabilität hervor. Da er in reaktiven depressiv-apathischen Zuständen gemütsarm erschien, dachte man an Hebephrenie. *Weid* war in der Klinik verschlossen und affektiv wenig ansprechbar. Das gab Anlaß zur Diagnose Hebephrenie. Doch handelte es sich bei ihm nur um eine Abwendung von der Umgebung, da er ganz verbohrt war in seinen Kampf um ein von ihm begehrtes, ihn aber abweisendes Mädchen. Es handelte sich bei ihm um eine paranoisch geartete Persönlichkeit mit einer überwertigen Idee.

*Ergebnisse.*

1. Von 1920—1925 wurden in der Frankfurter Nervenklinik 54 Kranke als Hebephrenie diagnostiziert, von denen nach Ausscheiden derjenigen, die nicht mindestens 5 Jahre beobachtet oder verfolgt werden konnten, 32 verwertbare Fälle übrig blieben.

2. 17 (53,1 %) der verwertbaren Kranken wurden katamnestisch als Hebephrenien bestätigt. 7 Fälle (21,9 %) erwiesen sich als andere schizophrene Erkrankungen; diese Verkennungen betrafen aber nur Katatonien, die den Hebephrenien erscheinungsmäßig nahestehen. 8 Kranke (25 %) litten an nicht-schizophrenen Psychosen; solche Verkennungen bezogen sich nur auf Krankheitszustände, die wie die hebephrenen Krankheitsbilder vorwiegend das affektive Gebiet betreffen, nämlich Verstimmungen bei Psychopathen, besonders bei Epileptoiden und bei einem erst später als solcher erkannten Epileptiker.

3. Zu den 17 erwiesenen Hebephrenien kamen aus unseren katamnestischen Untersuchungen an anderen schizophrenen Erkrankungen 4 als Katatonien und 3 als paranoide Schizophrenien verkannte Hebephrenien des gleichen Zeitraumes. Damit ergab sich eine Gesamtzahl von 24 verwertbaren Hebephrenien.

4. Die 24 Hebephrenien setzten sich aus 5 läppischen, 6 depressiven, 5 apathischen und 6 autistischen Hebephrenien zusammen; diese typischen (einfachen) Formen waren also annähernd gleich häufig. Dazu kamen 2 Fälle einer apathisch-läppischen Kombinationsform. Atypische Formen im engeren Sinne — mit extensiver Symptomengestaltung — wurden nicht beobachtet.

5. Bei der läppischen Hebephrenie stellte das läppische Gebaren (unmotiviertes Lachen und Neigung zu albernen Scherzen) das Hauptmerkmal dar. Das Lachen verlor im Krankheitsverlauf an Lebhaftigkeit, es wurde seltener, scheu, verlegen und fade; die Neigung zu kindhaften Streichen büßte an Vielgestaltigkeit ein. Die bereits anfänglich zu beobachtende affektive und ethische Verflachung nahm zu, desgleichen Antriebsverarmung, Wortkargheit und alogische Denkstörung.

6. Die depressive Hebephrenie war ausgezeichnet durch einen anfänglichen Depressionszustand mit geringer Affekttiefe, durch eine zunehmende Unzufriedenheit mit einförmigen hypochondrischen Klagen, durch verschrobene Gewohnheiten und Dünkelhaftigkeit. Affektive Abstumpfung und Antriebsverarmung gingen nicht so weit wie bei der läppischen Hebephrenie. Alogische Denkmängel und geistige Unproduktivität zeigten sich auch hier. Halluzinationen spielten eine untergeordnete, paranoide Gedankengänge eine größere Rolle.

7. Die apathische Hebephrenie war durch einfache affektive Verödung und charakterlichen Rückgang bestimmt. Kurze Verstimmungs- und

Erregungszustände ängstlicher oder gereizter Art unterbrachen die ruhigen Zeiten. Sie gingen fast immer mit Sinnestäuschungen (vorwiegend Stimmen und Sensationen) und Wahnbildungen einher; später sprachen die Kranken affektlos von ihnen. Bei 3 zugleich mit epileptischen oder epileptoiden Merkmalen behafteten bzw. belasteten Kranken traten in den Erregungszuständen impulsive Triebhandlungen auf, die 2 mal durch Selbstverletzungen zum Tode führten.

8. Die autistische Hebephrenie wurde anfangs öfter als eine paranoide Schizophrenie erkannt, denn Wahnbildungen — hauptsächlich Vergiftungswahn — traten in jedem Falle auf, und Halluzinationen kamen auf allen Sinnesgebieten vor. Verstimmungs- und Erregungszustände sind auch der autistischen Hebephrenie eigen und gingen mit Gereiztheit, Mißtrauen oder Sinnestäuschungen einher. Im Abklingen der Erregungen und in ruhigen Zeiten wurden Sinnestäuschungen und Wahnideen hartnäckig geleugnet. Die Krankheitsform erhält ihre Eigenart durch den sich immer stärker ausbildenden Autismus. Ihm entsprach die undurchdringliche Miene der Kranken. Hochmütige, überlegen lächelnde und scheue, schüchterne Kranke waren zu unterscheiden. Eine affektive Abstumpfung und ein Verlust an Antrieb entwickelten sich daneben.

9. Das durchschnittliche Erkrankungsalter lag bei 22,9 Jahren, also noch etwas niedriger als bei den Katatonien (25,3). Zwischen der läppischen, depressiven und apathischen Form bestand darin kein wesentlicher Unterschied (20,6 : 22,0 : 20,7), die autistische Form dagegen nahm mit einem Erkrankungsalter von 28,3 Jahren eine Sonderstellung ein.

10. Der Krankheitsbeginn war oft wenig deutlich, bei 22 Fällen (91,7 %) schleichend und nur bei 2 Fällen (8,3 %) stürmisch.

11. Die Hebephrenien hatten mit 3 (12,5 %) remittierenden Fällen unter allen Schizophrenien die wenigsten Remissionen.

12. In der Geschlechtsverteilung bestand zwischen läppischen und apathischen Hebephrenien kein wesentlicher Unterschied; unter den depressiven Hebephrenen waren mehr Frauen, unter den autistischen Hebephrenen mehr Männer.

13. Körperbaulich überwogen leptosome und dysplastische Typen, auch athletische Körperformen kamen vor.

14. Unter den präpsychotischen Persönlichkeiten hielten die Erregbaren den Ungeselligen die Waage, während die Stumpfen — wie bei den Katatonikern — selten waren.

15. Die Schulleistungen zeigten ein ziemlich niedriges Intelligenzniveau. Auch beruflich standen die Hebephrenen verhältnismäßig tief.

16. Zur Erblichkeit ergab sich: Bei Eltern und Geschwistern kamen auffallend wenig schizophrene Erkrankungen vor. Die Belastung der 24 Sippen mit schizophrenen Erkrankungen in der engeren und weiteren Verwandtschaft errechnete sich auf 22,9 %, die mit nicht-schizophrenen

endogenen Psychosen auf 14,6%, 8,3% der Sippen waren mit Minderbegabung, 12,5% mit Suicid und 25% mit Trunksucht belastet. Die Belastung der Sippen mit Epilepsie und Krampfanfällen betrug 12,5%, mit epileptoiden Merkmalen 20,8%. Die hohe Belastung der Hebephrenien mit schizoiden Psychopathien (83,3%) bei auffallend geringer Belastung mit schizophrenen Psychosen (22,9%) läßt daran denken, daß sich unter den Schizoiden latente Schizophrenie befinden. Die apathische Hebephrenie ist mit Psychosen und psychopathischen Persönlichkeiten am stärksten, die autistische Hebephrenie am wenigsten belastet. Eine schwerere Belastung der kombinierten Formen war trotz ihrer geringen Zahl zu erkennen. In den Sippenbildern blieben die Unterformen gewahrt.

#### Literatur.

- <sup>1</sup> FAUST, CL.: Z. Neur. 172 (1941). — <sup>2</sup> FAUST, E.: Allg. Z. Psychiatr. (im Druck). — <sup>3</sup> KLEIST, K.: Allg. Z. Psychiatr. 75 (1919). — <sup>4</sup> KLEIST, K.: Nervenarzt 16 (1943). — <sup>5</sup> KLEIST, K.: Nervenarzt 18 (1947). — <sup>6</sup> KLEIST, K., u. W. DRIEST: Z. Neur. 157 (1937). — <sup>7</sup> KLEIST, K., K. LEONHARD u. H. SCHWAB: Z. Neur. 168 (1940). — <sup>8</sup> KLEIST, K., u. H. SCHWAB: Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 184 (1950). — <sup>9</sup> LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. 122 (1943). — <sup>10</sup> LEONHARD, K.: Psychiatr.-neur. Wschr. 47 (1945). — <sup>11</sup> LEONHARD, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig 1936. — <sup>12</sup> MAUZ, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930. — <sup>13</sup> MEYER, G., K. LEONHARD u. K. KLEIST: Z. Neur. 177 (1944). — <sup>14</sup> NEELE, E., u. K. KLEIST: Z. Neur. 175 (1942). — <sup>15</sup> SCHWAB, H.: Z. Neur. 163 (1938). — <sup>16</sup> SCHWAB, H.: Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 182 (1949). — <sup>17</sup> KNAUF, H. W.: Z. menschl. Vererb.- u. Konstit.-Lehre. 29 (1950).