

# HANDBUCH DER GEISTESKRANKHEITEN

BEARBEITET VON

K. BERINGER · K. BIRNBAUM · A. BOSTROEM · E. BRAUN · A. v. BRAUNMÜHL  
O. BUMKE · H. BÜRGER-PRINZ · J. L. ENTRES · G. EWALD · E. GAMPER  
F. GEORGI · HANS W. GRUHLE · E. GRÜNTAL · J. HALLERVORDEN  
A. HAUPTMANN · A. HOMBURGER † · F. JAHNEL · W. JAHRREISS · A. JAKOB  
H. JOSEPHY · V. KAFKA · E. KAHN · F. KEHRER · B. KIHN · H. KORBSCHE  
E. KRETSCHMER · E. KÜPPERS · J. LANGE · W. MAYER-GROSS · F. MEGGEN-  
DORFER · K. NEUBÜRGER · P. NITSCHKE · B. PFEIFER · F. PLAUT · M. ROSEN-  
FELD · W. RUNGE · H. SCHARFETTER · K. SCHNEIDER · F. SCHOB · W. SCHOLZ  
J. H. SCHULTZ · H. SPATZ · W. SPIELMEYER · J. STEIN · G. STEINER · F. STERN  
G. STERTZ · A. STRAUSS · W. STROHMAYER · R. THIELE · W. VORKASTNER †  
W. WEIMANN · A. WETZEL · K. WILMANN · O. WUTH

HERAUSGEGEBEN VON

**OSWALD BUMKE**

MÜNCHEN

NEUNTER BAND  
SPEZIELLER TEIL V



BERLIN  
VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1932

# SPEZIELLER TEIL

FÜNFTER TEIL

## DIE SCHIZOPHRENIE

BEARBEITET VON

K. BERINGER-HEIDELBERG · H. BÜRGER-PRINZ-LEIPZIG  
HANS W. GRUHLE-HEIDELBERG · A. HOMBURGER†-HEIDELBERG  
W. MAYER-GROSS-HEIDELBERG · G. STEINER-HEIDELBERG  
A. STRAUSS-HEIDELBERG · A. WETZEL-STUTTGART

REDIGIERT UND MIT EINEM VORWORT VERSEHEN VON

**K. WILMANN**  
HEIDELBERG

MIT 99 ABBILDUNGEN



**BERLIN**  
VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1932



ISBN-13: 978-3-540-01162-0 e-ISBN-13: 978-3-642-92501-6  
DOI: 10.1007/978-3-642-92501-6

**ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG  
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.**

**COPYRIGHT 1932 BY JULIUS SPRINGER IN BERLIN.**  
Softcover reprint of hardcover 1st edition

**KARL JASPERS**  
**GEWIDMET**

## Vorwort.

Das vorliegende Werk ist das Erzeugnis enger Zusammenarbeit früherer und gegenwärtiger Ärzte der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik. Daß trotzdem in den Beiträgen hie und da widersprechende Ansichten geäußert werden, ist bei den vielen Fragen, die das Thema stellt, verständlich. In allem Wesentlichen jedoch vertreten wir die gleiche Ansicht: Für uns sind die als Schizophrenie geschilderten Symptomkomplexe nicht die Äußerung *einer* Krankheitseinheit. Die Tatsache, daß wir nicht nur bei organischen Hirnerkrankungen, z. B. der Paralyse und der Encephalitis lethargica, sondern auch bei Intoxikationen durch die verschiedensten Gifte, z. B. Meskalin und Haschisch, gelegentlich Zustandsbilder beobachten, die eine überraschende Ähnlichkeit mit schizophrenen Störungen zeigen, hat uns in unserer Überzeugung bestärkt. Der Stand unseres Wissens um die Schizophrenie läßt sich mit unserem Wissen um die Paralyse in jener Zeit vergleichen, als uns die Kenntnis gewisser körperlicher Zeichen noch abging. Wir haben damals wohl erkannt, daß wir unter dem Begriff der Paralyse verschiedenartige Erkrankungen zusammenfaßten, wir haben aber nicht daran gezweifelt, daß ihr *Kern* eine Krankheitseinheit sei. So glauben wir, daß auch der große Kern dessen, was wir heute als Schizophrenie zusammenfassen, trotz der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, des Verlaufs und Ausgangs als eine im wesentlichen *einheitliche* Erkrankung aufgefaßt werden darf und zwar als eine endogene, organisch bzw. toxisch bedingte Geisteskrankheit unbekanntem Ursprungs. Wir haben es nicht an Versuchen fehlen lassen, die schizophrenen Zustandsbilder auf diesen Kern einzulegen. Schon KRAEPELIN hat sich darum bemüht und glaubte etwa den präsenilen Beeinträchtigungswahn, den halluzinatorischen Schwachsinn des Trinkers und gewisse Fälle von Paranoia als besondere Krankheitsbilder abgrenzen zu können. Seine Schüler haben diese Bemühungen fortgesetzt und versucht, etwa die ohne Vorboten stürmisch ausbrechenden und in Heilung übergehenden Schizophrenien des jugendlichen Alters, die im Anschluß an körperliche Erkrankungen entstanden und andere Störungen von dem Kern zu lösen. Alle diese Versuche sind gescheitert. Je länger die Lebensläufe der Kranken verfolgt und je gründlicher ihre Untersuchung durchgeführt werden konnte, um so mehr kamen wir zu der Erkenntnis, daß eine Auflösung des Schizophreniebegriffes mit unseren heutigen wissenschaftlichen Hilfsmitteln unmöglich sei. Daß wir die Bemühungen anderer Schulen, vermittels erbbiologischer, anatomischer, neurologischer und sonstiger Betrachtungsweisen die Schizophrenie in Krankheitsbilder aufzulösen, mit Interesse verfolgen und ihre Ergebnisse vorurteilsfrei nachzuprüfen suchen, geht aus den Beiträgen hervor. Wir konnten uns aber bisher nicht überzeugen, daß diese Bestrebungen unsere Erkenntnisse wesentlich gefördert haben. Auf dem Gebiete der endogenen Psychosen vermögen vorläufig nur sorgfältige psychologische Untersuchungen unser Wissen zu vertiefen. Wenn auch diese Forschungsmethode zu einer Erweiterung des Schizophreniebegriffes führte, so scheint uns dieses Ergebnis wertvoller zu sein, als eine auf Grund ungesicherter

hirnphysiologischer Theorien versuchte Auflösung der Schizophrenie in Krankheiten, die der empirischen Erfahrung nicht standzuhalten vermögen. Den neuerdings wiederholt erhobenen Vorwurf, daß die zunehmende Erweiterung des Schizophreniebegriffes uns allmählich den Lehren ZELLERS und NEUMANNs von der Einheitspsychose nähere, nehmen wir daher gelassen hin. Eine Auflösung der schizophrenen Zustandsbilder in Krankheiten wird voraussichtlich nur durch Auffindung und Anwendung neuer somatischer Untersuchungsmittel möglich sein.

Jeder der Verfasser zeichnet verantwortlich für seinen Beitrag.

Heidelberg, im März 1932.

**KARL WILMANNs.**

## Inhaltsverzeichnis.

	Seite
<b>I. Geschichtliches.</b> Von Professor Dr. HANS W. GRUHLE, Heidelberg. (Mit 4 Abbildungen) . . . . .	1
<b>II. Ätiologische Probleme.</b>	
1. <b>Häufigkeit, Geschlecht, Rasse, Klima, Jahreszeit.</b> Von Professor Dr. W. MAYER-GROSS, Heidelberg. (Mit 2 Abbildungen) . . . . .	31
2. <b>Die Erblichkeit.</b> Von Privatdozent Dr. K. BERINGER, Heidelberg . . . . .	34
3. <b>Die körperliche Konstitution.</b> Von Privatdozent Dr. H. BÜRGER-PRINZ, Leipzig . . . . .	69
4. <b>Das Schizoid.</b> Von Privatdozent Dr. K. BERINGER, Heidelberg . . . . .	86
5. <b>Die Auslösung durch seelische und körperliche Schädigungen.</b> Von Professor Dr. W. MAYER-GROSS, Heidelberg . . . . .	112
a) Psychische Auslösung . . . . .	112
Psychoreaktive Schizophrenien, verständliche Zusammenhänge; schizophrener Reaktionstypus; Schreck, Konflikte, Krieg, Strafhaft . . . . .	112
b) Körperliche Auslösung. . . . .	123
Puerperium, Infektionskrankheiten, Trauma, „symptomatische Schizophrenie“ . . . . .	123
<b>III. Allgemeine Symptomatologie.</b>	
1. <b>Die Psychopathologie.</b> Von Professor Dr. HANS W. GRUHLE, Heidelberg. (Mit 6 Abbildungen) . . . . .	135
Einleitung . . . . .	135
Das Wahrnehmen . . . . .	137
Sinnestäuschungen . . . . .	137
Das Vorstellen . . . . .	150
Das Denken . . . . .	151
Das Sprechen . . . . .	159
Zusammenfassung . . . . .	169
Der Wahn . . . . .	170
Die Aufmerksamkeit . . . . .	184
Das Bewußtsein . . . . .	185
Schizophrene Störungen der Gefühle . . . . .	191
Die Willenssphäre . . . . .	196
Störungen der Gesamtpersönlichkeit . . . . .	202
Der Verlauf der Schizophrenie . . . . .	210
2. <b>Motorik.</b> Von Professor Dr. A. HOMBURGER†, Heidelberg. (Mit 25 Abbildungen)	211
Allgemeines . . . . .	211
Die motorischen Grundsymptome . . . . .	214
Hyperkinesen . . . . .	228
Motorische Bilder . . . . .	231
Endzustände . . . . .	237
Männliche Schizophrenie . . . . .	239
Weibliche Schizophrenie . . . . .	252
Theorien der Motorik . . . . .	261
3. <b>Die körperlichen Erscheinungen.</b> Von Professor Dr. G. STEINER und Dr. A. STRAUSS, Heidelberg. (Mit 2 Abbildungen) . . . . .	264
1. Allgemeines . . . . .	264
2. Pulsfrequenz, Blutdruck, Gefäßinnervation und Blutverteilung bei Schizophrenie . . . . .	266

	Seite
3. Neurologische Veränderungen . . . . .	267
a) Hirnnervenstörungen . . . . .	267
b) Reflexe und Veränderungen des Muskeltonus und der Muskelregbarkeit . . . . .	272
c) Sensible und sensorische Störungen . . . . .	276
d) Anfälle . . . . .	278
4. Sonstige körperliche Veränderungen bei Schizophrenie . . . . .	282
5. Experimentelle körperliche Untersuchungen . . . . .	288
6. Schizophrenie in Verbindung mit anderen körperlichen Erkrankungen, vor allem des Nervensystems . . . . .	291
<b>IV. Die Klinik.</b> Von Professor Dr. W. MAYER-GROSS, Heidelberg.	
(Mit 50 Abbildungen) . . . . .	293
Vorbemerkung . . . . .	293
A. Der Erkrankungsbeginn und seine Symptomatik . . . . .	295
a) Der schleichende Beginn . . . . .	295
a) Kennzeichnende Symptome . . . . .	295
1. Die Denkstörung . . . . .	296
2. Die Impulse . . . . .	299
3. Störungen der Sympathiegefühle . . . . .	303
4. Der Beziehungswahn . . . . .	306
5. Andere Störungen der Affektivität . . . . .	309
β) Prodrome . . . . .	310
b) Der akute Beginn . . . . .	317
1. Die Sinnesanomalien . . . . .	318
2. Die psychomotorischen Störungen und die „Automatismen“ . . . . .	334
3. Primäre Wahnerlebnisse . . . . .	357
4. Uncharakteristische Formen des akuten Beginns . . . . .	368
B. Die typischen Syndrome der ausgebildeten Erkrankung . . . . .	376
1. Hebephrene Bilder . . . . .	377
2. Katatone Bilder . . . . .	391
3. Paranoide und paraphrene Bilder . . . . .	418
C. Atypische Gestaltungen . . . . .	456
1. Pathoplastische verschleierte Bilder . . . . .	456
a) Neuroseähnliche Bilder . . . . .	456
β) Kindheit und Jugendalter . . . . .	461
γ) Pfropfschizophrenie . . . . .	464
δ) Klimakterium, Involution . . . . .	469
ε) Alkoholismus . . . . .	478
2. Mischpsychosen . . . . .	482
a) Mischungen mit dem zirkulären Formenkreis . . . . .	482
β) Mischungen mit dem epileptischen Formenkreis . . . . .	510
3. Degenerationspsychosen . . . . .	517
4. Schizophrenien mit Bewußtseinsstörung: Dämmerzustände, Amentia, oneiroide Erlebnisform . . . . .	526
D. Verlauf und Ausgang . . . . .	532
1. Allgemeines . . . . .	532
2. Persönlichkeit und Verlauf . . . . .	536
3. Alter und Verlauf . . . . .	538
4. Symptome und Verlauf . . . . .	541
5. Die Stellungnahme zur Erkrankung . . . . .	554
6. Restsymptome und Remissionen . . . . .	558
7. Äußere Einwirkungen und Verlauf . . . . .	562
8. Endzustände . . . . .	566
9. Der Tod . . . . .	578
<b>V. Erkennung und Differentialdiagnose.</b> Von Professor Dr. W. MAYER-GROSS, Heidelberg . . . . .	579
1. Allgemeines . . . . .	579
2. Diagnostische Wertung der einzelnen Symptome . . . . .	582
3. Differentialdiagnose . . . . .	586

Inhaltsverzeichnis.

XI

	Seite
<b>VI. Therapie.</b> Von Professor Dr. W. MAYER-GROSS, Heidelberg . . . . .	595
1. Körperliche Behandlung . . . . .	595
2. Psychische Behandlung . . . . .	598
3. Prophylaxe . . . . .	604
<b>VII. Anatomisches.</b> Von Professor Dr. G. STEINER, Heidelberg . . . . .	606
<b>VIII. Die soziale Bedeutung.</b> Von Professor Dr. A. WETZEL, Stuttgart . . . . .	612
<b>IX. Über die künstlerischen Arbeiten Schizophrener.</b> Von Privatdozent Dr. H. BÜRGER-PRINZ, Leipzig. (Mit 10 Abbildungen) . . . . .	668
<b>X. Theorien.</b> Von Professor Dr. HANS W. GRUHLE, Heidelberg . . . . .	705
<b>Literatur</b> . . . . .	714
<b>Namenverzeichnis</b> . . . . .	765
<b>Sachverzeichnis</b> . . . . .	777

# I. Geschichtliches.

Von

HANS W. GRUHLE

Heidelberg.

Mit 4 Abbildungen.

Die *Geschichte* der Schizophrenie ist eigentlich die Geschichte der Psychosen überhaupt, denn aus dem Ganzen, was im Beginn der psychiatrischen Wissenschaft als Geisteskrankheit, Seelenkrankheit, Wahnsinn, psychische Krankheiten, Irresein, Seelenstörung, — insanity, mental derangement, madness, derangement of mind, alienation, — maladie mentale, folie, alienation mentale, phréno-pathie, vésanie, — pazzia benannt wurde, sonderten sich die exogenen Psychosen immer mehr ab, und als eigentlicher Kern des Irreseins blieb die Schizophrenie übrig. Sie ist diejenige Geistesstörung, auf die viele, ursprünglich allgemein gemeinte Gedanken der älteren Psychiater auch heute noch sehr wohl zutreffen. Jene allgemeinen Gedanken paßten deshalb oft nicht auf die einzelnen Fälle von Irresein, weil diese exogen waren. Deshalb wurden die alten Autoren an ihren eigenen Meinungen zuweilen irre, oder sie befehdeten sich, indem der eine seine Hypothesen mit psychogenen Psychosen, der zweite mit exogenen Geistesstörungen (Paralyse), der dritte mit schizophrenen Fällen stützte, während alle glaubten, die gleiche Erkrankung im Auge zu haben. Ähnlich wie später über das Wesen des Verbrechers solange irrige Ansichten herrschen mußten (LOMBROSO), solange man an „den“ Verbrecher glaubte und nicht zahlreiche Untergruppen der antisozialen Persönlichkeiten betrachtete — ähnlich wie ganz verworrene und widersprechende Theorien über die Epilepsie solange im Umlauf waren, bis man die Epilepsie in Gruppen aufzulösen begann, so waren auch die Meinungen über „das Irresein“ so verworren, daß es sich kaum lohnen würde, ihrer rückschauend zu gedenken, wenn nicht im einzelnen sehr kluge und auch heute noch gültige Hypothesen darin verborgen wären. Vor allem wenn man jene älteren Autoren um den Ausgang des Rationalismus bis zum Ende der Romantik liest<sup>1</sup> und sie so liest, als ob sie nicht die Gesamtheit der Psychosen sondern ihren Kern, die endogenen Psychosen gemeint hätten, gewinnt man auch für die heutige Erkenntnis wertvolle Gesichtspunkte.

1791 gab es (nach DAQUIN 1791, la philosophie de la folie) als brauchbares allgemeines Lehrbuch nur PINEL'S *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, doch bezieht sich PINEL selbst noch auf einen *surveillant des aliénés de Bicêtre* PUSSIN, von dem ein Werk zu finden mir leider nicht gelang. Auch LAEHR führt den Namen nicht an.

Die erste Diagnostik der psychischen Störungen stammt wohl von FRIEDREICH (Skizze 1829), der ja auch durch sorgsame Zusammenstellung der Literatur für eine historische Bearbeitung wertvolle Vorarbeit schuf.

<sup>1</sup> Von sehr geringen Ausnahmen abgesehen, las ich die Autoren im Original.



Im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts war man stolz darauf, die Errungenschaften der Aufklärung auch auf die Psychiatrie anwenden zu können. In der Psychologie suchte man nach Erfahrung (MORITZs Magazin für Erfahrungsseelenkunde seit 1792); in den Geisteskranken begann man wirkliche Kranke zu sehen. Ja man freute sich seiner aufgeklärten Gesinnung derart, daß man alte Besessenheitsfälle herausgriff, sie neu bearbeitete und sie für echte Psychosen erklärte. So findet sich in REICHARDS Beiträgen III. von 1781 ein hübscher Fall von 1679 referiert (S. 301), der sehr wohl eine schizophrene Erregung sein konnte, über den sich damals die Gelehrten nicht einig waren (ob Besessenheit oder Krankheit), der aber 1780 für eine Melancholie erklärt wurde, bei der „das Gehirn und das ganze Nervensystem erschüttert und empfindlich angegriffen war“. Vor allem interessierte man sich für die *Ursachen* der geistigen Störung. Aber es ist erstaunlich zu lesen, wie diese „aufgeklärten“ Leute auf förmliche Schauer geschichten allenthalben hereinfließen und die unwahrscheinlichsten Umstände kausal bewerteten. Zahlreiche Anekdoten werden immer wieder erzählt, ohne daß sich ein Forscher einmal die Mühe macht, den Quellen nachzuspüren. Aus alten Reiseberichten, aus den Erzählungen „Fremder von Distinktion“ u. dgl. werden kritiklos Angaben übernommen. Die „Erfahrung“, auf die jene älteren Forscher so stolz sind, mutet nach unseren heutigen Forderungen ungemein naiv an.

Die heutigen Kontroversen: organisch oder psychogen, autochthone Gehirnkrankheit oder Körperkrankheit mit Rückwirkung auf das Gehirn, Primat des Körperlichen oder Seelischen, werden schon damals erörtert, und selbst die Flucht in die Psychose taucht schon, wenn auch mit anderer Bezeichnung, damals auf (IDELER).

Die Meinungen teilen sich (ab 1780) in zwei Gruppen. Die einen Autoren sind durchaus körperlich naturwissenschaftlich eingestellt. Für sie ist Geisteskrankheit identisch mit Körperkrankheit. Sie betonen *Ärzte* zu sein und sich daher nur um den Körper (einschließlich seiner seelischen Symptome) kümmern zu wollen. Hierher gehören:

ZACHARIAS PLATNER 1740, NICOLAI 1758, LORRY 1765, FODERÉ 1792 (Ursache im Blut), SPAZIER 1792 (gewisse Körperdisposition, eigenes Gemisch der Säfte), LAVATER 1793, PINEL 1800 (Magen und Därme), MÜNCH 1801, RULAND 1801, PROST 1806 (Galle), VERING 1817, NEUMANN 1822, WILLIS 1823, STARK 1824, BUZORINI 1824, KNIGHT 1827, BROUSSAIS 1828 (Magen), FRIEDREICH 1829, BIRD 1830, JACOBI 1830 (das Gehirn spielt gar keine besondere Rolle), GROHMANN 1831, BIERMANN 1833, NASSE 1838, CARUS 1843.

Dieses allgemein somatisch bedingte Irresein wird sympathisch oder deutero-pathisch oder sekundär genannt. Von ihm werden aber meist die Fieberpsychosen nochmals geschieden. Bei der Zuweisung des Irreseins entweder zum Gesamtkörper oder zum Gehirn muß man bedenken, daß sogar noch NASSE (1778 bis 1851) (ganz ähnlich BUZORINI 1824) an die Möglichkeit glaubte, daß das *Gefühlsvermögen* in den Organen und Nervengeflechten der Brust säße, und daß das *Begehren* von den Organen und Ganglien des Unterleibes abhängt (Platonische Gedanken, neuerdings wieder von der Anthroposophie aufgenommen), während FLOURENS schon 1822 ziemlich richtig lokalisierte (C. F. FLEMMING).

NASSE suchte sogar nach den körperlichen Entsprechungen des Schlafwandels, des Hellsehens, der Charakterfehler. FRIEDREICH (1833) brachte die interessante Theorie, *jedes* Körperorgan habe seine psychische Bedeutung, also könne auch jedes Körperorgan Ursache psychischer Krankheit werden (freilich bei konsensuell mitleidendem Gehirn) und GROHMANN (1831) drückt Ähnliches burschikoser aus (S. 75): „Kann nicht schon ein einziger Schnupfen oder Wurmreiz Wahnsinn, wenigstens eine Annäherung, einen Übergang zu

demselben hervorbringen?“ Die wahre Psychologie müsse sich der Physiologie anschließen.

Eine zweite Gruppe glaubt an eine idiopathische *Gehirnerkrankung* als Ursache des Irreseins: HALLER 1768, ARNOLD 1782, PERFECT 1787, PINEL 1791, TEMPLE 1792, SANDTMANN 1803, REIL 1803, ESQUIROL 1803, MASON COX 1806, WINKELMANN 1806, AMARD 1807, HASLAM 1809, RUSH 1818, der Gallenschüler SPURZHEIM 1818, WEISS 1819, GEORGET 1820, FALRET 1821, FRANCKE 1824, VOISIN 1826, FEUERSTEIN 1828, OEGG 1829, FANTONETTI 1830, COMBE 1831, BIUNDE 1831, AMELUNG 1832 (vor allem durch die Alteration der Blutversorgung), HARTMANN 1832, BIRD 1836 (Blutversorgungsstörung des Gehirns).

C. A. DIEZ weist 1828 bestimmt darauf hin, daß es also auf alle Fälle und allein das Gehirn sei, das primär oder sekundär der Sitz der Seelenstörung sei.

Es ist also keineswegs erst der große Aufschwung der exakten Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert, der in seiner Zuneigung zur materialistischen Gesamtheorie die These prägte: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, sondern schon *vor* aller mikroskopischen Untersuchung des Gehirns war die Überzeugung von seiner Erkrankung lebendig.

Die Überzeugung von der *körperlichen* Grundlage des Irreseins läßt nicht nur nach Hirnbefunden fahnden (schon BONNET, MORGAGNI, MECKEL, DACQUIN 1791, und besonders FRIEDREICH 1836, BURROWS 1820, BURDACH 1826), sondern manche Autoren notierten auch in völlig kritikloser Weise alle möglichen Körperbefunde, die sich bei der Sektion ergaben. und die dann kausal auf die Psychose bezogen wurden. Selbst FRIEDREICH glaubt noch an solche Märchen, daß sich bei einem Kranken, der in seinem Leibe die Köpfe dreier Frösche spürte, bei der Sektion drei verhärtete Drüsen des Netzes fanden (1836, S. 146). Ferner bezog man Entartungen des Darmkanals, pergamentartige Trockenheit der Haut, Abnormitäten der Eierstöcke, Verwachsung der Placenta, verschobenes Colon transversum, ja Gehirngeruch (GREDING 1790) kausal auf die Psychose. Selbst FRIEDREICH entwickelt für halbseitige Gehirnerkrankungen ganz ernsthaft die Theorie eines halbseitigen Irreseins, und sogleich bieten sich ihm auch entsprechende klinische Fälle dar (S. 174). Er empfiehlt sogar im 4. Hefte seines Magazins ein Werk von HATTINGEN über die Abnormitäten der Brusthöhle bei Irren (1828). Freilich warnen JACOBI (1838), FRIEDREICH und andere auch davor, beliebige Sektionsbefunde ohne weiteres auf ein Irresein zu beziehen (ebenso BAYLE, gegen BAYLES Arachnitis wiederum NASSE). Endlich äußerte J. B. FRIEDREICH 1836, wenn man nichts finde, liege die Ursache im Untersuchenden selbst (S. 127) oder in solchen — nicht beachteten Feinheiten — wie der Proportion der Masse der Organe zueinander. Eine genauere Hirnlokalisierung der einzelnen Geistesstörungen versucht BARTELS (1829, S. 185). Dagegen heißt es in WAGNERS Beiträgen: An den Gehirnen vieler Narren finde sich nichts. Gespannte Reizbarkeit, zu harte oder zu weiche Fasern, Unordnung der Nerven geister, Verstimmung des Tonus der Nerven des Gehirns usw. seien nichtssagende Phrasen.

Da bei solchen Forschungen natürlich nichts Verwertbares herauskam, wundert man sich nicht, wenn NASSE 1838 sich beklagte (S. 21): wir könnten „nicht in Abrede stellen, daß noch von keinem einzigen Irreseinszustande eine in der Praxis ausreichende Diagnose bekannt ist.“

Freilich blieb manchem Forscher jener Zeit nicht verborgen, daß gewisse geistige Störungen doch in unmittelbarem Zusammenhang mit äußeren (seelischen) Erlebnissen ständen, und so ergab sich das Kompromiß, diesen Gemütserschütterungen einen direkten Einfluß auf den *Körper* (Blutverteilung u. dgl.) zuzuschreiben und so indirekt auf das *Gehirn* zu wirken. Diese Theorie, der man heute z. B. weitgehend für den epileptischen Anfall zustimmt: Gemüts-

bewegungen bewirken Kreislaufstörungen im an sich epileptischen Gehirn und erzeugen so indirekt einen organischen Anfall — hatte damals also einen viel umfassenderen Bereich ihrer Anwendung. Der Heidelberger Psychiater FRIEDRICH GROOS, Schüler von NASSE, HEINROTH, GROHMANN, ein Gelehrter von Rang, von umfassender Bildung und feiner ärztlicher Lebenseinstellung, lehrt (ab 1818), daß alle Geisteskrankheiten auf doppelter Voraussetzung beruhen: Auf einem Negativum, dem Mangel an zeitgemäßer Entbindung des Triebes zum Guten, und einem Positivum, dem Vorhandensein organischer Hindernisse. Dort, wo der angeborene Trieb zum Guten auf allen Seiten vollkommen frei entwickelt ist, kann das somatische Positivum auch keine Geisteskrankheiten veranlassen. Insofern deckt sich also GROOS mit HEINROTHS These: Die Unschuld wird nie wahnsinnig, nur die Schuld wird es. Aber diese „Schuld“ sieht bei GROOS doch schon wesentlich anders aus. Er versteht unter dem Negativum das vom Ideal noch weit abstehende Gemütsleben; in diesem wurzeln die Irrtümer; diese führen zur Leidenschaftlichkeit und damit zur Anlage von Geisteskrankheit. Leidenschaftlichkeit ist die Mutter aller Geisteskrankheiten. Sie ist also kein Positivum, sondern ein Negativum. Der störende Körper durchbricht die Kette der Motive. Der Mensch handelt also aus einem Gemisch von körperlichen und geistigen Motiven. — Wir könnten heute dieses Wort von GROOS direkt übernehmen mit der Modifikation, daß der Mensch aus seelischen Motiven und körperlichen Ursachen heraus handelt. Dieser Gedanke, der noch heute dem Kulturwissenschaftler gar nicht einleuchtet, wenn er z. B. vor das Problem einer Biographie gestellt wird — dieser Gedanke, der sich heute z. B. gar nicht mit Ideen EDUARD SPANGERS zusammenreimen will, wurde also von GROOS schon klar erfaßt. Er gilt insbesondere für die Schizophrenie: Der Schizophrene handelt aus körperlichen Ursachen und seelischen Motiven; die Analyse hat es freilich oft schwer, beides zu sondern. —

GROOS Gedanken erscheinen auch in mancher anderen Hinsicht, trotz der Zeitgebundenheit (FICHTE, GARVE) überraschend frisch. Noch heute sind mit ihm viele kulturwissenschaftliche und medizinische Gelehrte davon überzeugt, daß das Wesen der Psychose in einem *Minus* besteht. Heute beruht in den Köpfen selbst jener Ärzte, die ganz materialistisch eingestellt zu sein glauben, das Ideal eines psychisch gesunden Menschen in der Erfüllung bestimmter kultureller Forderungen. Wenn ein Verbrecher *besonders* grausam zu Werke geht, wenn sich ein Vater *besonders* hemmungslos an seinem Kinde vergreift, wenn ein Mensch *besonders* roh ein Heiligtum schändet, taucht auch heute sofort die Vermutung auf, er sei abnorm. Dies ist das Minus der GROOSSchen Ideen. Die einzige, freilich wichtige Modifikation der GROOSSchen Gedankengänge für unsere Zeit ist die Wendung, daß jenem psychischen Minus heute nicht eine kausale, sondern eine symptomatische Bedeutung zugesprochen wird. Hierüber wird später unter Theorie noch manches gesagt werden. Sittliche Vollkommenheit und geistige Gesundheit ist eins — so sagt GROOS. Mancher naturwissenschaftlich eingestellte Forscher würde heute gegen *diese* Formulierung protestieren, wird dies aber unterlassen, wenn man den Satz so wendet: Kein Geisteskranker kann sittlich vollkommen sein. Das gedanklich Neue, was *heute* hinzuzufügen ist, besagt: ob ein Geisteskranker sittlich vollkommen ist oder nicht, hat weder mit der Ursache noch mit dem Wesen seiner Geisteskrankheit logisch etwas zu tun.

GROOS blieb es natürlich nicht verborgen, daß bei manchen Seelenstörungen die Körperbefunde zu fehlen scheinen; er hilft sich mit der Unvollkommenheit menschlicher Forschung. Den psychogenen Störungen wird er dadurch gerecht, daß er die These beifügt: Die Seele könne auf dem Umwege über die Ausdrucksbewegungen das somatisch Positive erzeugen (*Symptoma Symptomatis*). Er

ist folgerichtig genug, selbst für ein Fieberdelir das Vorhandensein eines psychischen Negativums aufrecht zu erhalten.

SPURZHEIM (vor 1818) glaubt z. B. an ein übertriebenes Studium als Ursache einer Psychose, insofern dadurch die *Körperorgane* überanstrengt worden seien. KLOEKHOF (1789) meint von Hunderten von körperlichen und seelischen Momenten, daß sie den „Ton der Fäserchen des Gehirnmarks schwächen“ und so Psychosen herbeiführen. ERHARD (1796) sieht in allem Körperlichen nur eine „vorbereitende Ursache“; aus Veränderungen des Gehirns lasse sich *nie* eine bestimmte Art des Wahnsinns erklären, die nächste Ursache seien einzig die fixierten Vorstellungen.

Dem GROOSSchen Standpunkte steht JESSEN (1838) nahe, wenn er lehrt: Psychische Krankheiten seien weder rein geistige noch rein körperliche Krankheiten, sondern beides zugleich. Sie können nicht ohne Krankheiten des Gehirns bestehen. Doch können krankhafte Affektionen des leiblichen Lebens nur durch Reflexion auf das innerliche Seelenleben und krankhafte Affektionen von diesem nur durch Reflexion auf jenes zu psychischen Krankheiten werden. [Ähnlich OEGG (1829), SCHINDLER (1826)]. Auf der Naturforscherversammlung von 1846 formuliert er: Nur wer über ein tiefes Gemüt verfügt, kann der Gemütskrankheit verfallen.

BUZORINI (1824) glaubt mit NASSE noch an eine Erkrankung von Gehirn oder Brustgangliensystem oder Unterleibsnervensystem oder allen drei, fügt aber hinzu, daß aus diesen körperlichen Erkrankungen erst dann psychische Leiden werden, wenn die Seele selbst irgendwie alteriert oder geschwächt wird.

JACOBI'S (1830) Gedankengänge erscheinen logisch besonders klar: Es gebe keine Irrenheilkunde, sondern nur Körperkrankheiten mit Seelenstörungen. Deshalb gehöre die Psychologie nicht in den Bereich des Arztes. (JACOBI meint, wie die meisten seiner Zeit, die inhaltlich, die „moralisch“ orientierte Psychologie.) In keinem anderen als dem somatischen Sinne werden die Seelenstörungen jemals einen Typus haben können. — JACOBI ist besonders stolz auf die „Sauberkeit“ seines Denkens, aber dieses ist eigentümlich kurzschlüssig; er kommt gar nicht auf den Gedanken, daß gerade bei der Annahme einer cerebralen Erkrankung diese — sofern sie einheitlich ist — natürlich auch einheitliche seelische Parallelerscheinungen haben, also zu einem seelischen „Typus“ führen kann. Aber in anderer Hinsicht ist seine Lehre wieder methodologisch gut aufgebaut: So wenig das gesunde oder kranke Hirn psychologisch, so wenig kann das richtige oder falsche Denken physiologisch ergriffen werden. [Eine Kritik über JACOBI findet sich bei LEUPOLDT 1833 und FRIEDREICH 1836; der erstere sagt von JACOBI'S Lehre, sie gehe auf einen Kindermord der durch HEINROTH neugeborenen Psychiatrie aus (S. 29)].

Nach ESQUIROL (zitiert nach KNIGHT 1827) sollen 409 von 1578 Männern des BICÊTRE, 580 von 1940 Frauen der Salpêtrière durch psychische Ursachen den Verstand verloren haben. KNIGHT dagegen schätzte die kausale Bedeutung der Religion und sonstigen seelischen Momente für die Entstehung der Psychosen so gering ein, daß er nur einen Fall auf 700 gelten läßt (S. 26). Insbesondere seien die Leidenschaften kausal unwichtig. Keineswegs käme ein religiöser Wahn von religiösen Einflüssen. — Solche modern anmutenden Ansichten finden sich in der älteren Literatur nicht selten, doch ziehen die Autoren daraus meist gar keine logischen Folgerungen.

Im Kapitel „Theorie“ dieses Bandes wird erörtert werden, daß ein großer Teil der heutigen Forscher die Schizophrenie für ein organisches Leiden hält, das unabhängig von allen seelischen und kulturellen Momenten abläuft. Nur die *Inhalte* der Psychose sind kulturbedingt. Eine andere Gruppe von Forschern steht indessen noch heute auf jenem Standpunkt, für den hier FRIEDRICH GROOS als Vertreter

zitiert wurde. Man muß nur den Wandel der Ausdrucksweise berücksichtigen, der sich in 100 Jahren vollzog. Alle jene Autoren von JUNG, OTTO GROSS, BLEULER an bis zu GAUPP und KRETSCHMER und den jüngsten dieses Kreises nehmen für die Schizophrenie eine biologische Komponente an, mögen sie diese nun unter hereditären oder konstitutionellen Gesichtspunkten — was nicht das Gleiche ist — betrachten oder unbestimmt endokrin fassen oder auf ein cerebrales Grundleiden beziehen. Daneben aber besteht für diese FREUD zugewandten Forscher ein seelisches Moment, das in Gestalt eines Lebenskonfliktes oder sog. Komplexe oder bestimmter Wünsche den dispositionell Kranken in die eigentliche schizophrene Störung erst hineintreibt. Das sind GROOSSsche Gedanken in modischer Fassung. Die These, die von KNIGHT 1827 und manchem älteren Autor formuliert wurde: *Inhalte der Wahnideen sind nicht ihre Ursachen*, ist von dieser neueren Gruppe wieder verlassen. So ergibt sich ein vielfaches Wellenspiel. Die *organische* Natur der seelischen Erkrankungen wird gelehrt im Ausgang des Rationalismus, zur Zeit der aufblühenden Gehirnanatomie und -pathologie gegen die Mitte des 19. Jahrhunderts und heute von einer bestimmten Gruppe vorwiegend phänomenologisch orientierter Forscher (Heidelberg). Die Lehre von der Verständlichkeit der Psychose aus Motiven wird von den Romantikern zuerst gelehrt und taucht dann erst wieder langsam seit den ersten Studien FREUDs in dem letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts auf. Heute stehen außer den eigentlichen Freudianern BLEULER, GAUPP und KRETSCHMER nebst ihren Schülern zu dieser Neuromantik.

Deren Ursprung und Urbild war die *romantische Gruppe*, die das Irresein lediglich psychologisch in dem Sinne verstand, daß sowohl seine Entstehung als seine Behandlung von seelischen Gesichtspunkten betrachtet werden müsse. Diese Psychologie war aber nicht mehr jene, die KARL PHILIPP MORITZ und seine Freunde erstrebten, als sie 1792 das Magazin für *Erfahrungsseelenkunde* gründeten. Die romantische Psychologie war vielmehr völlig durchsetzt mit ethischen und ästhetischen Wertungen und Forderungen, und war erfüllt von religiösen Ideen.

HEINROTH (1773—1843) ist der markanteste Vertreter dieser Richtung<sup>1</sup>; IDELER interessiert an zweiter Stelle.

HEINROTH überragt seine Fachgenossen in vielfacher Hinsicht durch seine umfassende Bildung, persönliche Einstellung und deklamatorische Kraft. Er wendet sich gegen die Psychologie seiner Zeit: „Seele! großes, bedeutungsvolles Wort! einziger Schatz des Menschen, Wesenheit seiner Selbst! Wie würdigt man Dich herab, indem man Dich zur Sklavin des Leibes. . . macht! Ja wie würdigt man Dich schon herab, indem man Dich als einen Leichnam betrachtet, den man mit dem Messer zerlegen kann; oder als ein chemisches Produkt, das sich in seine Elemente auflösen läßt; oder als ein mechanisches Kunstwerk, dessen Tätigkeiten sich mathematisch berechnen lassen“. (Psychologie 1827, S. 13). Zu einer echten Psychologie gelangen wir auf dem Wege freier Selbstbeobachtung, nachdem wir uns die Weihe *moralischer* Kraft gegeben haben. Diese moralische Kraft, die uns frei macht, lehrt uns auch unsere Seele vom *religiösen* Standpunkt aus betrachten. Psychologie ist also religiöse Selbsterkenntnis, moralische Selbsterkenntnis. „Der Mensch soll leben, heißt also, er soll selig sein“ (S. 20). — So widmet HEINROTH 143 Seiten seines psychologischen Lehrbuches dem Verhältnis der Seele zu Gott. — HEINROTH ist für den heutigen Leser niemals klar. Seine Begriffe schillern nach allen Seiten. Das

<sup>1</sup> Wer sich näher mit HEINROTH befassen will, übersehe nicht FRIEDREICHs Kritik in seinem Magazin 9, 1833 S. 106 ff. und in seiner historisch-kritischen Darstellung 1836. — Die rein kirchlichen Autoren wie WINDISCHMANN bleiben hier fort.

gleiche Wort wird bald so, bald anders gebraucht. Eine unglückliche Verquickung des Krankheitsbegriffes, Schuldbegriffes, Unfreiheitsbegriffes, eine schwierige Unterscheidung von Seelenstörung und Seelenkrankheit erschweren das Verständnis. HEINROTHS Kampf für das reine Herz, die Vernunft, den Geist, das Gewissen gerät oft ganz ins Dichterisch-Verschwommene.

„Alle psychisch unfreien Zustände entstehen aus der Sünde“ (Bemerkungen zur Übersetzung GEORGETS 1821, S. 375). Seelenstörungen sind Krankheiten der Person, des seiner Selbst bewußten Ich. Z. B. die Melancholie entsteht aus Kummer, Gram und Sorge (System S. 191). Man versinkt in sein Ich und verliert darüber die Welt. Wer, wenn ihn die Welt verläßt, Gott festhalten kann, ist vor der Melancholie geborgen (System S. 191). Die „Verrücktheit“ hat nur psychische Quellen und Elemente. Die „Person“ wird verrückt durch leidenschaftlich verfolgte Pläne und Bestrebungen die den Verstand fesseln: Stolz, Ehrgeiz, Ruhm, Gewinnsucht, Eitelkeit, Dünkel usw. Der Verstand wird gleichsam aus seinen Grenzen herausgerückt.

HEINROTHS kluge Gedanken gelten auch heute noch für einen gewissen Ausschnitt der Psychosen, etwa für die psychogenen Erkrankungen, aber man ist völlig erstaunt zu sehen, daß er sie auch auf exogene Psychosen bezieht. Sein streng festgehaltener philosophischer Standpunkt über Wert und Wesen der Person, über das Wesen der Freiheit usw. genügt ihm, alle Empirie zu verewaltigen. FRIEDRICH GROOS hat in seiner schönen Kritik in den Heidelberger Jahrbüchern von 1827 die Hypothesen HEINROTHS dem Erfahrungsschatz ESQUIROLS gegenüber gestellt. —

„Was hilft es, die einzelnen ursächlichen Bedingungen zusammenzustellen, welche erweislich dem Ausbruch der Geisteskrankheit häufig vorhergegangen sind, und allenfalls die Bemerkung hinzufügen, daß sie um so gewisser dieselbe zur Erscheinung bringen werden, in je größerer Zahl sie zusammentreffen, wenn die Erfahrung lehrt, daß die meisten Menschen ganz unter denselben Bedingungen bei vollem Verstande bleiben?“ (IDELER in den Jahrb. f. wissenschaftl. Kritik 1846, S. 919.)

BENEKE (1824) hält die körperliche (cerebrale) Ursache höchstens für eine entfernte und an sich unwichtige Bedingung seelischen Leidens; nur die „abnormen Bildungen des Seelenseyns“ selbst seien kausal entscheidend. Von HEINROTHS religiösen Gedanken hält BENEKE sich frei. (Man vgl. GROOS: Kritik über BENEKE 1827). BENEKES Lehren, besonders die von der Symbolbeziehung seelischen und körperlichen Geschehens, sind auch heute noch von großem Interesse. —

Wie nahe übrigens selbst ein Gegner wie FRIEDREICH den HEINROTHSchen Gedankengängen methodologisch noch stand, geht daraus hervor, daß er sie als „falsch, unmoralisch und ungerecht“ bezeichnet (Histor.-krit. Darst. S. 22). In ähnlicher Weise wie HEINROTH sind HARPER 1789, HENKE 1808, MASIUS 1796 und JÄGER orientiert.

Ganz abstruse Autoren wie WALTHER 1808, STEFFENS 1812 bleiben hier weg. Sie setzen die Himmelsgegenden in Beziehung zu den Vermögen (Osten-Vernunft-Sauerstoff) u. dgl. mehr.

Schwer verständlich ist der führende katholische Gelehrte jener Zeit, JOH. NEPOMUK VON RINGSEIS (1841). Er leugnet die Körperursachen nicht und läßt sie doch allein nicht gelten, er sieht eine Hauptursache alles abnormen seelischen Geschehens in falschen und ungewöhnlichen Bildern aus der siderischen und elementaren Welt, ja aus der höllischen Geisterwelt (S. 238); aber mit der Theorie der Entstehung geistiger Störung aus der Sünde ist er auch nicht einverstanden. Vieles was man heute für das Ergebnis oder das Symptom des

Leidens hält, nämlich Sinnestäuschungen, Wahnideen usw. sind ihm Ursachen der Krankheit.

Selbst der Physiologe AUTENRIETH (1801) verquickt philosophische und psychiatrische Gesichtspunkte derart, daß er formuliert: „Geht die Freiheit verloren, so entsteht Blödsinn, geht die Freiheit durch Überwiegen eines Organs partiell verloren, entsteht Wahnsinn.“ — Ganz kurios muten uns heute die Meinungen ESCHENMAYERS an (1830). Gesundheit sei die Übereinstimmung aller Seelenvermögen zur Einheit. Jedes Seelenvermögen hätte einen „Wert“. Je höher dieser sei, um so allgemeiner sei die Seelenstörung bei dessen Erkrankung. Die höchsten Vermögen, nämlich Gewissen, Glaube, Vernunft, Phantasie und oberes Begehrungsvermögen könnten überhaupt nicht erkranken, wohl aber Verstand, Gefühl, Gemüt, niedere Begehrungsvermögen und niedere Einbildungskraft. Die Seelenstörung rühre also daher, daß die niederen und mittleren, erkrankt, die Herrschaft an sich reißen, so daß die höheren unwirksam, verdunkelt und „verdrungen“ werden. Man beachte, daß diese Ansichten nicht als Anhang einer philosophischen Psychologie, sondern 1830 als Grundriß einer Psychiatrie erschienen. — Man übertreibt nicht, wenn man ausspricht, daß sich NASSE, FRIEDREICH, JACOBI durch das Vorhandensein der Psyche als Ärzte geradezu geniert fühlten, während das gleiche HEINROTH durch das Soma geschah.

KARL WILH. IDELER (1795—1860) hält eine *psychologische* Theorie des Wahnsinns für möglich. Die Leidenschaften seien sein wichtigster Grund. Hypertrophieren sie, so finden sie in der realen Welt keine Befriedigung mehr, sie müssen sich in eine Welt der Phantasie flüchten, wo sie unbeschränkt herrschen können; das ist die Welt des Wahns. Besonders für den religiösen Wahn führt IDELER in seiner gleichbenannten Schrift diese Ableitung durch. Taucht der religiöse Wahn bei einem Menschen überraschend auf (Schizophrenie), so ist das ein Beweis, daß er lange doch unzerstört in ihm schlummerte; entwickelt er sich bei einem religiösen Menschen, so wandte sich eben das Übermaß der Leidenschaften diesem schon gewohnten Gebiete zu. Wahnsinn ist also „die Wirkung einer unbefriedigten überschwenglichen Sehnsucht“ (1847, S. 25). (Dennoch scheute sich IDELER nicht, solche in die Psychose geflüchteten Kranke dadurch zu behandeln, daß er die Brechweinsteinsalbe in ihre kahl geschorenen Scheitel einreiben ließ.) Das was den Menschen außerhalb der sonstigen lebenden Welt stellt, ist das Streben nach dem Unendlichen. Dadurch entfällt er der Gegenstandswelt der Naturwissenschaft. In einer besonderen Anthropologie muß man versuchen, seiner Einzigartigkeit inne zu werden. Eine besonders reiche Quelle der Erkenntnis in diesem Streben ist das Studium des Wahnsinns. Hier wird das Streben nach der Unendlichkeit besonders deutlich. Der Wahnsinnige spricht unverhohlen alles aus, was in ihm vorgeht (1848 S. 119). Diese Quelle ist also rein. Nicht nur der religiöse und der erotische Wahn bringen hochpoetische Gestalten hervor, sondern auch die Verirrungen einer philisterhaften Gesinnung schweifen ins Überschwengliche hinaus. Ja selbst der in den Irrenanstalten so häufig anzutreffende Verfolgungswahnsinnige konnte sich im wirklichen Leben wegen einer zügellosen Herrschsucht niemals zurecht finden. So sieht er in seiner Umgebung nur Auflehnung gegen diese seine Tendenz: Haß, Rache, Verfolgung. „Der Wahnsinn ist also der gewaltsame Durchbruch der Idee durch die wirklichen Lebensverhältnisse“ (S. 123). „die märchenhafte Poesie eines maßlosen Herzensbedürfnisses“ (S. 142).

Natürlich gibt es auch einige Autoren, die sich zu keinem der erwähnten Standpunkte klar entscheiden. REIL (1759—1813) z. B. glaubt zwar an die *seelische* Entstehung der Geisteskrankheiten, nimmt aber merkwürdigerweise gleichzeitig eine Störung des Verhältnisses der Kräfte in den einzelnen *Gehirn-*

teilen an. Dieses Mißverhältnis ist ein Hauptpunkt seiner Lehre: Disharmonie der Funktionen der Teile. Bald arbeiten die Sinne falsch und die Seele nimmt ihre Gaben richtig wahr, bald arbeiten sie richtig, und die Seele nimmt entweder gar nichts wahr (Meditation, Katalepsie) oder fälscht (Phantome der Phantasie). Man irrt aber, wenn man solche Bemerkungen REILS allzu cerebral auffaßt. An anderer Stelle spricht er wiederum nicht von der Dysproportion „der Kräfte einiger Gebilde des Gehirns“, sondern von der Disharmonie des Selbstbewußtseins, der Besonnenheit und Aufmerksamkeit. Es ist nicht ohne weiteres einzusehen, ob diese etwas verworren erscheinenden Theorien REILS heute nur uns verworren erscheinen oder auch seinen Zeitgenossen. Ich fand keine Kritik seiner Lehren. REIL ist folgerichtig ein Hauptvertreter der *seelischen* Therapie der Psychosen: Durch therapeutische Erregungen der Seele muß die Intemperatur der Vitalität des Gehirns wieder ausgeglichen werden. Man muß zuerst den Kranken „unterjochen“, er muß sich hilflos fühlen (Tollhaus), ja am besten wäre es, ihn unter Trommelschlag und Kanonendonner aufzunehmen. Der „Vorgesetzte“ muß in Haltung, Sprache und festem und durchdringendem Blick Ehrfurcht gebieten und selbst mit Strafen sich Gehorsam erzwingen. Bei Narren helfen die Stockschläge oft mehr als alle anderen Mittel, sagte LICHTENBERG. Sobald der Kranke gehorsam ist, muß jeder Zwang aufhören, er wird durch Gewohnheit an Regelmäßigkeit gewöhnt. Nun muß er durch allerlei sinnlich oder seelisch dargebotene Materialien aufmerksam lernen, bis er nicht nur passiv zuschaut, sondern aktiv handelt (scheinbare Gefahren) und schließlich sich beschäftigt und Gymnastik treibt (S. 245).

REIL erzählt aus eigener Erfahrung und aus der älteren Literatur allerlei Geschichten, die die Heilung von Seelenkranken auf seelischem Wege beweisen sollen. So z. B., daß ein Pariser Uhrmacher durch die Anstrengung um ein Perpetuum mobile verrückt und durch eine Beschäftigung als Uhrmacher und durch den Witz seines Gesellschafters geheilt wurde (PINEL). Er verspricht sich viel von der Wirkung des Grauens, das jemand erleiden müsse, der in einem hohen Gewölbe oder an einem ungeheuren Mastbaum mit Flaschenzügen in die Höhe gezogen wird (S. 211). — Ein glücklicher Einfall zur rechten Zeit ist imstande, den Kranken auf der Stelle zu heilen (S. 214).

Das Mißverhältnis, in das die „elektrischen Lebensströme mit der beharrlichen Materie“ geraten sind, läßt sich aber auch durch rein *körperliche* Kuren wieder beseitigen (S. 137), so z. B. durch Magnetismus (im somatischen Sinne) (S. 140) und durch viele körperliche Quälereien. Er glaubt z. B. an die Beseitigung eines Stupors durch Einimpfung der Krätze (S. 129)<sup>1</sup>.

Auch LANGERMANN (1797), HOFFBAUER (1810), HOHNBAUM (1819), WENZEL (1801) nehmen sowohl cerebrale als psychische Ursachen der Psychose an ohne genau zu differenzieren. K. P. FISCHER hilft sich noch 1850 mit der Redensart, die seelische Disharmonie werde erst durch Verleiblichung zur Seelenkrankheit. Eine wohl auch für die damaligen Zeitgenossen abwegig erscheinende Theorie wird von KIESER und seinem Schüler J. H. FEUERSTEIN (1828) vertreten: Das beherrschende Prinzip alles Lebens sei Polarität und Oscillation; in deren Störungen und in einem veränderten ideellen Lebensprozeß, nicht in materiellen Störungen liege der Grund der Psychosen. ESCHENMAYER (1830) behilft sich bei der ihm unbequemen Tatsache, daß doch auch aus körperlichen Erkrankungen Psychosen entstehen können, mit der These: die somatische Ursache erzeuge das Irresein durch eine wirkliche Verrückung der Ichheit aus dem Sitz ihrer intelligiblen Herrschaft.

<sup>1</sup> Eine (rationale) Wunderheilung eines Irren findet sich schon bei GASSENDI, *essai sur les moeurs* VI, 285.



Über die Beziehungen der *Konstitution* zur Art der später entstehenden seelischen Störung finden sich in der älteren Literatur nur vereinzelte Bemerkungen. Freilich sind diese aus der Theorie ziemlich banal abgeleitet. Nach DIEZ (1831) disponiert das choleriche Temperament zur Manie, das melancholische zur Melancholie, das phlegmatische zur Manie, Verrücktheit und erworbenem Blödsinn, das sanguinische zu Manie, Melancholie und Narrheit. Nach BARTELS (1829) hat das letztere überhaupt wenig Neigung zu Psychose, höchstens zu Narrheit und Blödsinn. Noch direktere Beziehungen der Psychosen zu den Temperamenten sind schon bei G. E. STAHL (1660—1734) zu finden.

In *Italien* stand man im Ausgang des 18. Jahrhunderts zur Frage der Verursachung des Irreseins nicht wesentlich anders. CORNACHINI 1758 sah in der Verhärtung des Gehirns die Ursache der seelischen Störungen. Der Florentiner Professor CHIARUGI spricht 1795 von einer „idiopathischen Verletzung des allgemeinen Sensoriums“ (S. 34); die Ursache ist also cerebral; seelische Momente, insbesondere Gemütsbewegungen wirken über den *Körper*. Das, was wir heute symptomatische Psychosen nennen, wird davon gesondert. — Der Turiner Arzt DACQUIN (1791) nimmt sowohl physische wie moralische Ursachen des Irreseins (Folie) an; unter den ersteren sind die verschiedensten Gehirnaffektionen, unter den letzteren die Leidenschaften (*passions*) wichtig; die hereditäre Disposition sei nicht zu vernachlässigen. — Wir haben heute sicher keinen Anlaß zu der Meinung, wir seien in der Erforschung der prinzipiellen Zusammenhänge zwischen cerebralen Vorgängen und seelischen Funktionen weitergekommen. Ja es gibt heute sogar eine Gruppe von Forschern, die sich zum DU BOIS-REYMONDSchen Ignorabimus bekennt und das ganze Problem als prinzipiell unlösbar auf sich beruhen läßt. Wenn man aber liest, was etwa der italienische geistliche Psychologe MURATORI 1745 über dieses Problem schreibt, so ist man doch über die beständige Vermengung von körperlichen und seelischen Gesichtspunkten erstaunt. Er wendet sich gegen LOCKE und unterscheidet die Ideen, die Seele, die Einbildungskraft und das Gehirn. Der Nervensaft, der in den Zellen des Gehirns zirkuliert, macht die in dessen Falten liegenden Ideenbilder rege (S. 217); — die Seele entdeckt die im Gehirn verwahrten Ideen (S. 191); — beim Wahnsinn werden die dem Gehirn eingedrückten Ideen aus ihrer bisherigen Stelle verrückt (II., 3). Das Wort verrückt ist also, wie ja auch in der deutschen Sprache die Metapher es meint, topisch und cerebral gefaßt. Nach MURATORI geraten die im Magazin der Einbildungskraft deponierten Bilder in Unordnung; so kann die Seele mit ihnen nichts anfangen. Verdorbene Säfte oder verdorbene Lebensgeister treten vom Körper ins Gehirn über und bringen es in Unordnung. Die Seele kann diesen Fehler nicht entdecken und ihm nicht abhelfen. — Obwohl MURATORI also eine im wesentlichen somatische Theorie vorträgt, sieht er darin keinen Widerspruch, daß die reale Erfüllung paranoischer Behauptungen angeblich die Psychose heilt. So sagt er von einem Pater, der sich einbildete, Kardinal zu sein (II. 9): „Sicherlich wäre er genesen, wenn ein Papst die Barmherzigkeit gehabt hätte, ihn wirklich zum Kardinal zu machen“. Nach FANTONETTI (1830) ist l'anima impassibile, nur das Nervensystem kann erkranken.

In *England*<sup>1</sup> stellt ARNOLD (1782) körperliche und moralische Ursachen nebeneinander und führt unter letzteren fast alles auf, was es an seelischen Erlebnissen überhaupt gibt. Schon früher rechnete WHYTT (1765) wenigstens die Melancholie geradezu zu den Nervenkrankheiten und FAWCETT (1785) sucht die Ursache zur Melancholie in einer „besonderen Anlage“ (körperlich), zu der

<sup>1</sup> Nach einer Bemerkung FRIEDREICHS (in seinem Magazin 8, 154, 1832) sei von England „eigentlich“ der erste Impuls zur somatischen Theorie der psychischen Krankheiten ausgegangen.

dann noch Gelegenheitsursachen hinzutreten, die dann auf unbekannte Weise auf das Gehirn wirken. Andere englische Autoren mit ungefähr gleichen Ansichten sind: CULLEN (1775), TEMPLE (1792), PARGETER (1792), HASLAM (1798), CRICHTON (1798) (im Blut), COX (1806) (Blutumlauf im Gehirn), MARSHAL (1815) (ebenso), MAYO (1817), RUSH (1818), WILLIS (1823), KNIGHT (Blutumlauf) (1827), COMBE (1831), SEYMOUR (1832), ARMSTRONG (1834). Auch der Däne HORWITZ schließt sich 1824 an. ARMSTRONG formulierte seine somatische Theorie scharf: „Die einzige Regel, die ich für die Behandlung des Irreseins aufstellen kann ist, daß Sie die körperlichen Symptome erforschen... ohne auf die Seele im mindesten Rücksicht zu nehmen.“ Und COMBE (1831) hält alle psychotischen Erscheinungen nur für Symptome, selbständige Psychosen gebe es nicht. Zu den englischen Psychikern gehört HARPER (1789), auf den sich HEINROTH gern beruft. HALLARAN (1810) läßt beide Ursachen gelten; für die aus psychischen oder moralischen Ursachen entstandenen Geistesstörungen will er den Ausdruck „mental insanity“ in engerem Sinne vorbehalten.

In *Frankreich* war wohl PINEL der erste, der die Folie in die Reihe der übrigen somatischen organischen Erkrankungen stellte; freilich nimmt er in der Frage ihrer Ätiologie einen recht vorsichtigen Standpunkt ein und glaubt nur dem Magen und Darm eine besondere kausale Bedeutung zusprechen zu müssen. FODERÉ (1817) sucht den Sitz des Irreseins in einer schlechten Zusammensetzung des Blutes, PROST (1806) vorwiegend im Leber- und Gallensystem. M. GEORGET (1820) wirft PINEL vor, er habe nur Erfahrungen gesammelt, habe zu wenig gewagt. Jetzt habe man genügend Beobachtungen, und so sei es an der Zeit, „den Sitz und die Natur der Verrücktheit aufzusuchen“. PINEL und ESQUIROL hätten noch zu sehr an Magen, Darm, Leber usw. als Sitz des Übels gedacht. Nach GEORGETS Meinung sei die Folie eine idiopathische Affektion mit dem Sitz im *Gehirn*. Man müsse sich davon lösen, das Symptom für die Krankheit zu halten. Das Gehirnleiden habe naturgemäß Symptome und zu diesen Cerebralsymptomen gehören neben dem Irresein ebenso Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Abnormitäten der Sensibilität, der Muskeln und der Physiognomie. Daneben müsse man noch die allgemeinen oder sympathischen Symptome unterscheiden. So sondert GEORGET von der Folie auch aus gleichem Grunde das Delirium acutum, das „hitze Irresein“, ungefähr unseren symptomatischen Psychosen entsprechend. Seiner kausalen Theorie folgend unterscheidet GEORGET auch bei der Therapie eine 1. direkte oder moralische und intellektuelle *Gehirn*behandlung von einer 2. indirekten oder rationell ärztlichen *Gehirn*behandlung (Diät, Arzneien u. dgl.). — Ähnliche Ansichten über die körperliche Ursache der Psychosen bringt BAYLE (1822): Verrücktheit sei Entzündung der Hirnhäute, besonders der Arachnoidea; — aber in seltenen Fällen liege kein organisches Grundleiden, sondern eine „Verletzung moralischer Affektionen“ vor. Ähnliche Cerebralthorien haben BELHOMME (1834), CALMEIL (1826), DUBUISSON (1816) mitgeteilt. BROUSSAIS (1828) entwickelt eine etwas komplizierte, allein auf „Irritation“ gegründete Krankheits- und speziell Psychosenlehre. Die primären Psychosen seien Hirnreizungen, die sekundären Körperorganreizungen mit folgender Hirnreizung. BOTTEX (1833) spricht es ebenfalls klar aus: „La folie est une affection organique“ (S. 12). VOISIN (1826) will nur im Gehirn den Sitz der Seelenstörungen sehen.

Aber auch *Frankreich* hat seine Gruppe von „Psychikern“. GUISLAIN (1833) lehrt, daß Seelenstörungen ein eigenes Krankheitsgeschlecht seien, auf psychologischem Wege zu begründen, in letzter Instanz häufig unabhängig vom Körperorgan. Bei 150 männlichen Geisteskranken sei die Ursache des Leidens gewesen: Bei 25 Mangel an Arbeit, bei 2 gestohlene Gegenstände, bei 14 häuslicher Kummer, bei 13 politische Schrecken, bei 16 vorgerücktes Alter usw. (1838, S. 40).

Die Frage nach dem *Wesen* der Geistesstörung deckt sich natürlich meist mit derjenigen nach ihrer *Einteilung*. In *Italien* unterscheidet man sich wenig von Deutschland. CHIARUGI faßt das Wesen der Melancholie nicht wie wir heute von der Gemütsseite an, sondern wie die meisten Autoren des ausgehenden 18. Jahrhunderts, als partiellen (d. h. auf wenig Gegenstände beschränkten) Wahnsinn. Manie sei ein allgemeiner Wahnsinn, verbunden mit Kühnheit und Wut in den Verrichtungen des Willens. Blödsinn sei ein allgemeiner oder fast allgemeiner Wahnsinn, verbunden mit Unregelmäßigkeit der Verrichtungen des Erkennungs- und Willensvermögens, eigentlich ohne Gemütsbewegungen. Alle 3 Formen mischen sich oft miteinander, folgen sich oder bringen sich gegenseitig hervor. Unsere Schizophrenie würde also in alle 3 Gruppen hineinfallen, je nach ihrer Symptomatik. Daß bei CHIARUGI das verbindende Moment aller 3 Formen, eben der Wahnsinn, in fehlerhaften Urteilen und Schlüssen besteht, verrät die Zugehörigkeit des Autors zum Rationalismus, aber auch — der Tendenz nach — zur empirischen, unromantischen Psychologie. Ebenso formuliert sein Zeitgenosse DACQUIN (1791, Turin): Bei der Folie sei l'exercice des opérations de l'âme ou de l'esprit contraire à la raison; la folie est la privation de la connaissance du vrai. Man vermag bei den einzelnen Autoren nie deutlich herauszuhören, ob sie die Fehlerhaftigkeit im formalen Ablauf des Denkens sehen oder in seinen gegenständlichen Irrtümern.

In *England* verfaßte TH. ARNOLD (1782) ein recht verworrenes Buch, in dem er (unter Ausschaltung der symptomatischen Psychosen) den Wahnsinn in zwei Arten trennt; bei dem einen ist die *Wahrnehmung* gestört, was sich in Halluzinationen und existentiellen Wahnideen zeigt, und bei der zweiten ist die Wahrnehmung normal, aber der *Verstand* verarbeitet die richtig einlaufenden Wahrnehmungsinhalte zu irrigen Begriffen. Man erkennt hier recht deutlich die damals als selbstverständlich geltende Grundanschauung vom Wahrnehmen und Begriffebilden als zweier grundsätzlich verschiedener *Vermögen*.

In *Frankreich* waren manche Autoren einer Einteilung überhaupt abgeneigt. Es heißt bei FODERÉ (1817), S. 333). „Quand on a vu beaucoup d'Aliénés l'on a pu reconnaître, qu'il y a autant de différence parmi eux, qu'il y a de caractères parmi les individus qui ont l'esprit sain, et qu'ainsi toute distinction un peu minutieuse est inutile en application.“ — und ebendasselbst: „L'on est donc réellement en peine de faire des classes qui ne soient pas fictives“. Und GEORGET S. 99: „On recontera une foule d'espèces intermédiaires, qui établiront un passage insensible d'un genre à un autre; souvent même il se présentera des cas, qu'il sera assez difficile de classer positivement usw. (Vgl. die später zu besprechende Einheitspsychose NEUMANNs.) Es unterscheiden innerhalb der Folie:

PINEL . . .	Manie	Melancholie	Demenz	Idiotisme
ESQUIROL . . .	Manie	Monomanie	Demenz	Idiotie
GEORGET . . .	Manie	Monomanie	Stumpfsinn (etwa gleich unserem Stupor)	primärer, sekundärer Blödsinn

Schon nach PINEL waren Manie und Melancholie nur gradweise verschieden, nach GEORGET konnte Manie in Monomanie übergehen, und in letzterer gab es zwei Arten, die an die Manie grenzende und die zweite (sonst Melancholie überschrieben), die er Lypomanie nannte. Bei der Analyse der Folie wurde der Verfälschung oder Schwächung der *Intelligenz* die größte Wichtigkeit zugeschrieben, ein im Hinblick auf die damalige französische Situation und Denkweise nicht verwunderlicher Tatbestand. ESQUIROL meinte, daß alle intellektuellen Störungen auf den Mangel der *Aufmerksamkeit* zurückzuführen seien. Auch alles Wahnhaftige wurde damals unter der Intelligenzverfälschung

subsummiert. Im Kapitel der Psychologie der Schizophrenie wird hiervon noch die Rede sein.

In *Deutschland* hängt die Meinung vom Wesen und der Einteilung der Psychosen natürlich eng mit den Anschauungen zusammen, die man sich von der normalen Psyche gebildet hatte. Je nach den Kräften und Vermögen, die man der Seele zuschrieb, glaubte man auch an deren Störungen. Um nur einen Versuch als Beispiel für etliche ähnliche herauszugreifen, so nahm J. B. ERHARD (1794) an, daß 1. die Lebenskraft der Empfänglichkeit für Empfindungen gehemmt sein könnte, 2. Krankheiten der Sinnlichkeit, 3. Schwäche des Verstandes, 4. des Gedächtnisses, 5. der Einbildungskraft vorkommen, und daß endlich 6. eine besondere Verrückung bekannt sei, die in sehr komplizierter Weise eingeteilt wird in „Verrückung in Wahrnehmungen“, „Verstimmung der Triebe“, „Verstimmung der Handlungsweise“. Und erst in dieser letzten Kategorie findet man die wohlbekannten Ausdrücke Deliria, Amentia, Melancholia, Moria, Mania. Es lohnt sich kaum, auf diese Schematismen näher einzugehen. Sie unterscheiden sich bei den verschiedenen Autoren meist unwesentlich und machen einen recht lebensfremden, theoretisch ersonnenen Eindruck. Der gleiche ERHARD bringt in einer weiteren Studie über die Melancholie dann rein formale Bestimmungen („eine durch die Phantasie unwillkürliche dauernde Bestimmung des Begehrungsvermögens“) und beginnt mit jener Übung, die sich dann noch bis in die Zeiten KRAFFT-EBINGS und SCHÜLES fortsetzt: gemäß den *inhaltlichen* Bestimmtheiten der Psychose ungezählte Krankheitsbilder zu beschreiben. So liest man von einer *Melancholia* furens, misanthropica, erotica, attonita, errabunda, simplex, religiosa, catacriseophobia, oneirodynia; einer *Mania* chimeroerotica, saeviens, ecstatica, per metaschematismum, acuta epileptica ex iracundia, einer *Anoia* catholica, melancholica; einer *Paranoia* anomala. Versuche eines Psychosenschemas, im Aufbau wenig interessant, finden sich bei FRÖHLICH (1828). Trotz aller Vielgestaltigkeit der Namen und Einteilungen gibt es aber auch damals Köpfe, die alle diese Bilder nur als Erscheinungen einer *Einheitspsychose* ansehen: KNIGHT (1827) erklärt delir, mental derangement, insanity, manie, monomania für nur verschiedene Formen einer und derselben (cerebralen) Krankheit und ZELLER nimmt 1840 den Gedanken der Einheitspsychose ausdrücklich wieder auf.

Auch in Deutschland sieht man das *Wesen* des Irreseins am Ende des 18. Jahrhunderts noch ganz rationalistisch in Störungen des Verstandes oder der Vernunft. Man hat eine — uns heute etwas naiv anmutende — Meinung, der normale Mensch müsse denken und tun, was wahr, richtig, gut und schön sei. Tue er dies nicht, so sei er mangelhaft veranlagt, oder durch Leidenschaften irre geleitet oder am Vernunftgebrauch direkt gehindert. Und im letzteren Falle sei man eben „irre“.

REIL (1803) unterscheidet Gattungen und Arten der Verrücktheit. Über die ersteren spricht er sich nicht näher aus, als letztere stellt er eine Reihe von Bezeichnungen auf, bei denen es nicht gelingt, den Oberbegriff zu finden.

1. *Fixer Wahn* ist eine gefühlsbetonte Einzelidee, die der Wirklichkeit widerspricht; in der Ausdrucksweise jener Zeit: eine *partielle* Verkehrtheit des Vorstellungsvermögens. Als Beispiele führt REIL an: Zwangsideen, hypochondrische Einstellungen, Kleinheitsideen, Versündigungsideen und viele Wahnideen, die man heute der Schizophrenie zurechnen würde (identisch mit partiellem Wahn und Melancholie).

2. *Wut*. Hier erscheinen etwaige abnorme „Vorstellungen“ nur sekundär; das Primäre ist ein blinder körperlichen Drang. Unsere heutigen paralytischen, schizophrenen, manischen, melancholischen Erregungszustände werden hier eingeordnet (identisch mit Tobsucht).

3. *Narrheit*. Im Gegensatz zu 1. handelt es sich um eine *allgemeine* Schwäche der Seelenkräfte ohne Tobsucht und ohne Blödsinn, doch dem letzten am nächsten verwandt. Täuschende Vorstellungen ohne Gefühlsbetonung. Hier würde also eine große Zahl unserer Schizophrenien Platz finden.

4. *Blödsinn*. Entweder eine primäre Ohnmacht (abnorme Asthenie) des Verstandes oder eine solche als Ergebnis der Ohnmächte anderer Seelenkräfte, z. B. des Gefühlsvermögens. Oft ist der Blödsinn Folge von 1 oder 2 oder 3 (z. B. unsere schizophrenen Endzustände).

Man beachte, daß REIL also nicht von einer vorgefaßten Meinung, etwa von einer philosophierzeugten Idee, an die Einteilung der Psychosen herangeht. Er verfährt schon empirisch, nur rückt er dabei heterogene Gesichtspunkte in den Vordergrund. Man versteht ihn wohl am richtigsten, wenn man ihm den Glauben an den Primat des *Verstandes* unterschiebt. 1. ist der einzelne Fehltritt des Verstandes, 3. der vielfache Fehltritt, 4. die chronische Schwäche und 2. kommt wohl gerade dadurch zustande, daß hier *keine* Abnormalität des Verstandes angenommen wird. Es ist sehr interessant, an einem Einzelfall zu untersuchen, wie sich REIL mit dem *Inhalt* einer Wahnidee auseinandersetzt. Es ist für jene Zeit eine Meinung fast selbstverständlich, die fast das ganze 19. Jahrhundert beherrscht und noch heute manchen Anhänger hat, daß nämlich im *Inhalt* schon der Hinweis auf die Entstehung liege. Der Freudianismus hat diese Meinung ja wiederum zu einem Angelpunkt seiner Lehre gemacht. So meint also REIL bei dem Sachverhalt: Schlangen im Leib, daß irgendeine Ursache offenbar im Leib sitzen müsse, also glaubt er an eine idiopathische Erkrankung der Nerven im Leib. Durch diese wird nun das Gemeingefühl falsch erregt. Dies täuscht die Seele über den Zustand des Körpers, und so ergibt sich eine idiopathische Verstandesverrückung (REILs kleine Schriften, Halle 1817).

Die *romantische Schule*, der Körperursache der Psychose abgeneigt, sieht in seelischen Momenten das *Wesen* der einzelnen Geistesstörungen. HEINROTH lehrt (Bemerkungen zur Übersetzung GEORGETS), es sei das Grundsymptom der Manie: Zerstörungstrieb, der Melancholie Insichselbstversunkenheit, der Verrücktheit Begriffsverkehrtheit, des Blödsinns Begriffslosigkeit, des Wahnsinns Traumwachen.

Im „System“ setzt HEINROTH ganz schematisch auseinander, wie die einzelnen Störungen entstehen.

	Gemüt	Geist	Wille
Exaltation Depression	Wahnsinn Melancholie	Verrücktheit Blödsinn	Tollheit Willenlosigkeit

Der sonst so interessante und lesenswerte GOTTHILF HEINRICH VON SCHUBERT (1845) schreibt ein mattes Büchlein über die Krankheiten der menschlichen Seele. Er unterscheidet von der Seele selbst die Werkzeuge und Hilfsmittel, die die Seele zur Verfügung hat. Diese „unteren dienenden Regionen des Organismus“ können erkranken, und dann kann sich die Seele ihrer natürlich nicht richtig bedienen. So ähnlich ist es auch mit den Trieben, deren Zugehörigkeit etwas unklar bleibt. Auch sie können selbständig erregt oder gehemmt werden, das ergibt dann *Seelenstörungen*. Dann gibt es *Seelenhemmungen*, bei denen die Mechanismen des Gehirns, als des der Seele hauptsächlich dienenden Organs, gehemmt sind. Bei beiden, Störungen wie Hemmungen, handelt es sich um eine Schädigung der reagierenden Kraft der Seele gegen die *Außenwelt*, bei den *Geisteskrankheiten* im engeren Sinne aber besteht deren Wesen „teils in dem Mangel, teils in dem abnormen Übergewicht der Reaktion des Geistes gegen die Ein-

wirkungen einer *Innenwelt* der psychischen Produktionen auf die Sphäre des Erkenntnisvermögens“ (S. 258). „Der Wahnsinnige hat das Erkennen und das Bewußtsein des eigenen, wahren Selbst verloren, weil ihm der Spiegel genommen ist, darin er die eigene Gestalt beschaute und erkannte“ (S. 365).

So ist also in dieser romantischen Schule, deren Köpfe die der somatischen Schule an geistiger Disziplin fast überragen, also bei HEINROTH, IDELER, SCHUBERT alles aufs beste geordnet: ein System, ein Schema ist entworfen, in das sich alles einfügen muß, wobei dann freilich vieles nicht Hineinpassende unbeachtet bleibt. Nicht das einzelne Krankheitsbild ergibt die Gesichtspunkte, sondern in das vorhandene Schema der seelischen Vermögen und Kräfte und ihrer Störungen wird das Einzelbild irgendwo einregistriert. Starke Verbundenheit mit Philosophie und Religion zeichnet diese Forscher aus, eine große Feinheit der Einzelbemerkungen, eine gepflegte Geistigkeit ist ihr Vorzug. Vollkommener Mangel an Erfahrung im modernen Sinne, fehlender Respekt vor der reinen Naturgegebenheit, stärkste Beschwerung mit Wertungen belastet die andere Wagschale schwer. Von ihrer mehr geisteswissenschaftlichen Stellung aus erweisen sie aus großer Distanz den Körperbefunden und -funktionen ihre Reverenz und erklären gleichzeitig mit Recht, daß genaueste Körperkenntnisse zur Erfassung der rein seelischen Vorgänge nichts nützen. Demgegenüber zeigen damals wie heute die Somatiker eine fröhliche Unbekümmertheit; ihnen kommt alles sehr viel einfacher vor, sie versuchen sich bei jeder Gelegenheit aus dem Seelischen in das Cerebrale zu retten. Sie sind die viel besseren, unmittelbareren Naturbeobachter. Sie erweisen dem rein Psychologischen selten einige Achtung, zuweilen machen sie sich darüber lustig. Das Psychische sei Schein, das Cerebrale sei das Wahre. Unter den Bedeutenderen ist JACOBI geistig am engsten, so gut er auch beobachtet. FRIEDREICH steht höher, so stark die Entgleisungen auch noch sind, zu denen ihn seine Gesamteinstellung verleitet (man denke an das halbseitige Irresein). Am feinsten erscheint in seiner geistigen Haltung aus dieser Gruppe der vermittelnde GROOS.

Besonders umstritten war die *Mania sine delirio*. Wie auch heute noch im französischen Sprachbereich das *délire* keineswegs eindeutig verwendet wird, so ist auch im Beginn des 19. Jahrhunderts der Begriff des Deliriums vieldeutig. Die heute in der deutschen Psychiatrie geltende Einschränkung auf die verwirrte Desorientiertheit gilt damals noch keineswegs. Aber auch die für etwa 1810 vielfach übliche Auffassung des Delirs als Wahn trifft den Inhalt nicht ganz. Schon PLATTNERS *excandescencia furibunda sine delirio* war wohl ähnlich wie die *Mania sine delirio* gemeint; man wollte ein Zustandsbild von Erregung ohne wesentliche Mitbeteiligung des Verstandes treffen. Für seine Existenz setzten sich PINEL, J. G. H. CONRADI, REIL, HOFFBAUER, MITERMAIER, GROOS ein, gegen sein Bestehen sprach sich HENKE aus, ESQUIROL zweifelte.

Ähnlich wie mit der *Mania sine delirio* ging es mit der *Monomanie*. Das gleiche von *μαίνεσθαι* stammende, eigentlich Raserei bedeutende Wort Manie deckte recht Verschiedenartiges. Das Gemeinsame blieb eigentlich nur der Exzeß: Bei der Manie ohne Zusatz der Exzeß in der Motilität und Initiative überhaupt, bei der Monomanie der Exzeß einer einzelnen Idee (damals Vorstellung); die heutige Anfüllung des Begriffes als eines heiteren Erregungszustandes mit Überproduktion an körperlichen und seelischen Impulsen ist wiederum eine — an sich willkürliche — prägnante Fassung des Ausdrucks.

Sofern man sich damals von dem Interesse an den einzelnen Inhalten der Psychose überhaupt befreit und mehr auf den allgemeinen Umfang der Inhalte oder auf die fehlende oder vorhandene Erregung und dergleichen abhebt, steht dann eben *dieser* jeweilige Gesichtspunkt im Vordergrund von Beschreibung

und Einteilung. So glauben manche Autoren (z. B. HOFFBAUER, 1810) in den *Sinnestäuschungen* nicht ein Symptom unter anderen, sondern das Grundsymptom zu sehen, von dem sich die anderen ableiten<sup>1</sup>. HOFFBAUER definiert z. B. die Verrückung als die irrtümliche Auffassung von Einbildungen als Anschauungen, von Anschauungen als Einbildungen. Den Halluzinationen wurde früher große Bedeutung beigemessen; REIL (1803) glaubte noch ernstlich, daß die „Sinnesorgane“ selbst krank seien und dadurch die *Ursache* von Geistes-zerrüttung werden können: BIRD (1831) hielt dies theoretisch noch für durchaus möglich, meinte freilich, daß eine solche Realbeziehung „selten oder nie“ gefunden werde. Der Grund, warum man den *Sinnestäuschungen* solche entscheidende Bedeutung zumaß, lag natürlich in der Wichtigkeit, die die Assoziationspsychologie den *Sinneserregungen* zuschrieb. Wenn alle Seelenvorgänge letztlich Vorstellungen sind und alle Vorstellungen nichts als reproduzierte Sinnesempfindungen, wenn Gefühle von den Empfindungen noch nicht genau gesondert werden, so ist es kein Wunder, wenn eben diese Sinnesempfindungen und ihre Täuschungen der Angelpunkt des ganzen Systems werden.

Interessant ist, daß der Begriff des *Bewußtseins* die Autoren bis 1850 gar nicht beschäftigt. Er ist wohl zu wenig inhaltlich gefüllt, zu formal, als daß sich das Interesse jener Zeit ihm hätte zuwenden können. Auch galt er wohl zu sehr als ein Begriff der Philosophie, als daß sich die langsam aufkommende Psychologie seiner hätte bemächtigen können.

Es sei gestattet, dem *Wahn* noch einige Betrachtungen zu widmen. Die Autoren rechnen ihn unter die Erkrankungen des Verstandes, mit Recht, insofern der *Wahn* eine Idee ist. Doch erkannten schon damals manche Forscher, daß außerhalb dieser Idee der Verstand ungestört ist. Schon MAUCHART macht hierauf im 2. Bande seines Repertoriums (1792) aufmerksam. So bleibt ihm nichts übrig, als die Einbildungskraft und das Gedächtnis als den Sitz des Wahnes anzusehen. Freilich entgeht anderen Gelehrten nicht der Umstand, daß doch das Gedächtnis beim *Wahn* im übrigen ganz in Ordnung sei. So bleibt die Annahme der „partiellen Verkehrtheit des Vorstellungsvermögens“, die bald in einer geistigen Überanstrengung auf diesem Gebiete, bald in einem äußeren Erlebnis, bald in einer partiellen Körpererkrankung (bei den hypochondrischen Wahndecken), bald in einem übermäßigen Einfluß der Religion u. dgl. ihren Ursprung haben soll. Dabei spielen (bei der überwiegenden Anerkennung der organischen Gehirnerkrankung als Grundlage) unbestimmte lokalisatorische Gedanken herein. Alle diese Schwierigkeiten der logischen Bearbeitung des *Wahnphänomens* beruhen 1. auf der Beachtung des *Wahninhaltes* und nicht der *Wahnfunktion*, 2. auf der vorgefaßten Meinung, der *Wahn* komme wirklich isoliert bei sonst normaler Seelenstruktur vor, oder 3. auf der These, am *Wahn* sei das Wesentliche, daß der Inhalt nicht mit der Wirklichkeit übereinstimme. Es ist interessant, daß diese 3 Momente den älteren Autoren so selbstverständlich erschienen, daß sie sie nicht als Vorurteile erkannten. Wichtig ist auch, daß diese Forscher *Wahn* und überwertige Idee nicht auseinander hielten, ja zuweilen sogar die *Zwangsidee* der gleichen Kategorie einfügten, die

bei BOERHAVE, PINEL, LORRY . . . . .	Melancholie,
„ ESQUIROL . . . . .	Verrücktheit,
„ SAUVAGES . . . . .	Moria
„ REIL, HOFFBAUER . . . . .	fixer Wahnsinn,
„ RUSH . . . . .	Amenomania

heißt.

Interessiert man sich für die Frage, wo unsere heutigen Schizophrenien von den älteren Autoren eingeordnet worden wären, so muß die Antwort auf den Umstand

<sup>1</sup> Siehe meine Ausführungen zu primär und sekundär in *Psychologische Analyse* (1930) und *Psychologie der Schizophrenie* (1930).

verweisen, daß die *Inhalte* der Psychose damals die Zuordnung des Einzelfalles bestimmten. Mochte man sich der cerebralen oder der psychischen Theorie zuneigen: in der Beurteilung des Einzelfalles selbst war man immer „Psychiker“. An eine Psychologie und Psychiatrie der Funktionen war damals noch nicht zu denken. Man stand am Anfang jener Auffassung, die FREUD abschließt, daß es auf die Inhalte (auf die sog. Assoziationen) ankomme. So ist es kein Wunder, wenn ein Schizophrener, der sich Hoden und Penis abschneidet und dazu verwirrte religiöse Gedanken vorbringt, als „religiöse Schwärmerei“ gedeutet wird (SPAZIER 1792). Andere Schizophrenien werden einfach als Folie aiguë oder Folie chronique eingeordnet (DACQUIN, 1791). Eine typische paranoide Schizophrenie wird von D. SCOTT als Monomanie beschrieben. Leicht erregte, zerfahrene Schizophrene gehen bei PINEL-ESQUIROL unter *démence*, bei SAUVAGES als *Amentia*, bei REIL-HOFFBAUER als *Moria*, auch bei HEINROTH zuweilen unter *Moria* (WINDBÜCHLER).

Von etwa 1840 an wird die weitere Entwicklung der Psychiatrie für längere Zeit uninteressant. Die leitenden Ideen sind ausgesprochen. Die Epigonen bauen sie noch ein wenig aus oder verzerren sie zur Karikatur. Die somatische, anatomische Richtung verzichtet nicht nur ganz auf jede psychologische Besinnung, sondern scheut sich allmählich beinahe, psychologische Ausdrücke zu gebrauchen. Anstatt Psychologie sagt man „Hirnleben“ (LEIDESDORF), anstatt Seele Gehirn. Die dürftigen Reste psychologischer Lehren kleiden sich in das Gewand der Assoziationspsychologie oder der Vulgärpsychologie. Die wenigen Versuche historischer Überschau interessieren sich weit mehr für das Irrenwesen als für die Psychiatrie als Wissenschaft. Es ist kennzeichnend, daß das erste Kapitel des LEIDESDORFSchen Lehrbuches (2. Aufl. 1865) nach einer oberflächlichen historischen Einleitung lautet: „Anatomie der Hirnrinde als Träger des Vorstellungslebens“ usw. Der in der älteren Psychiatrie selten mißachtete Satz der Somatiker: Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten, doch könne man aus der Physiologie des Gehirns wenig oder nichts für die Erkenntnis der seelischen Vorgänge lernen, wird nicht mehr anerkannt. Es beginnen die Anfänge der Gehirnmythologie. Diese Forscher, die stolz auf ihre empirische Methode sind, merken gar nicht, daß sie selbst die vagsten Theorien formen. Wenige Proben mögen folgen:

Die das Vorstellungsleben vermittelnden Organe sind unabhängig von dem weiteren Fortbestand jener Zentralteile, aus deren Tätigkeit die Empfindungs- und Bewegungsvorstellungen genetisch hervorgingen (LEIDESDORF, S. 45). Wird allein die Intelligenz aus dem Register der Lebenstätigkeiten gestrichen, so ist der Hirnstamm in seinem anatomischen Bestande gewahrt (ebenda). — Das Ammonshorn ist der Sitz des Gedächtnisses (GRIESINGER).

In England war MAUDSLEY (1867) der krasseste Vertreter des Materialismus. Er lehnte die Möglichkeit der Erkenntnis psychiatrischer Zusammenhänge aus der Psychologie ganz ab und glaubte aus anatomischen Kenntnissen Rückschlüsse auf Psychologisches wagen zu dürfen. Sein Gedankengang ist ungemein primitiv (S. 41): „Man kann in der Tat sagen, daß jede Ganglienzelle im Gehirn eine ständige Vorstellung repräsentiert, während die Vorstellung eine Kraftäußerung, eine Leistung der Ganglienzelle darstellt“. MAUDSLEY ist einer der ersten Autoren, auf die der Gebrauch zurückreicht, statt Seele Gehirn und statt Vorstellung Ganglienzelle zu sagen.

GRIESINGER (1845) sieht das Wesen der psychischen Krankheiten in den anatomischen Veränderungen des Gehirns. Da diese noch nicht aufzeigbar seien, müsse man sich an die psychischen „Grundzustände“ halten. Diese seien in zwei Gruppen zu sondern, die Anomalien der Affekte und die des Vorstellens



und Wollens. Vielleicht seien diese auch nur Stadien eines und desselben Krankheitsprozesses. Schwermut, Tollheit und Wahnsinn, die erste Gruppe, hätten eine relativ günstige Prognose; Verrücktheit und Blödsinn verliefen ungünstig. Zu einer Aufstellung von einzelnen Psychosen kommt GRIESINGER nicht. Er kennt weder psychisch noch somatisch scharfe Unterscheidungen. Subjektives und Objektives, Psychologisches und Anatomisches, Phänomenales und Theoretisches läuft wirr durcheinander. Man begreift heute schwer, daß das GRIESINGERSCHE Lehrbuch so viele Auflagen erlebte. Schon NEUMANN kritisierte es 1859 mit schärfsten Worten. Diese Kritik hätte auch zum größten Teil auf TH. MEYNERT (1833—1892) gepaßt. Wenn er nicht im Bereich des rein Anatomischen blieb, trieb er eine verworrene Hirnmythologie.

Soweit man sich in dieser Zeit überhaupt *psychologischen* Erwägungen hingibt, herrscht die reine Assoziationspsychologie: Vorstellen und Empfinden bilden im Bewußtsein die Elemente *aller* psychischen Vorgänge. Die Vorstellungen bilden den Inhalt des Bewußtseins. Das Ich ist ein Produkt der Erfahrung. Wille und Aufmerksamkeit sind keine eigene Tätigkeiten der Seele. Die Empfindung wird als Stellungsveränderung der Molekel des leitenden Nervenrohrs aufgefaßt. Das Gemüt ist das summarische Gefühl der Vorstellungen und Bestrebungen (LEIDESDORF).

Wesentlich klüger und besonnener urteilt WACHSMUTH (1859). Er ist einer der ersten, dem Geisteskrankheit Gehirnkrankheit ist, der aber einsieht, daß man aus der Gehirnforschung weder auf psychologische noch auf psychopathologische Zusammenhänge schließen könne. Ja er gibt offen zu, weder alle Geisteskrankheiten seien *nachweisliche* Gehirnkrankheiten, noch alle Gehirnkrankungen seien Seelenkrankheiten. Noch heute nach 70 Jahren müssen wir diesen Satz unterschreiben. WACHSMUTH beläßt die Psychologie durchaus in ihrer wissenschaftlichen Position als Grundlage der Psychiatrie (S. 17), wenn er auch ihre mangelhafte Ausbildung beklagt. Er steht keineswegs mehr allein im Banne der Assoziationspsychologie. Was er vom Gemüt und seinen Erkrankungen schreibt, gilt auch heute noch weithin. WACHSMUTHS *Buch stellt den ersten Versuch einer allgemeinen Psychopathologie dar* (1859), es ist ein Fortschritt.

In ähnlich verständiger Weise urteilt der kluge FRIEDRICH WILHELM HAGEN in seiner Antrittsvorlesung 1860. Ebenso wie wir aus eigenen seelischen Vorgängen nicht einmal auf die Existenz eines Gehirns schließen können, so vermögen wir aus anatomischen, chemischen, physikalischen Untersuchungen des Gehirns nicht den mindesten Aufschluß über psychische Geschehnisse zu gewinnen. In der Psychiatrie ist beides gleich wichtig, aber jedes ist eine Sache für sich. Die Ergebnisse beider in sich eigenartiger Forschungsmethoden können dann in einer Beziehungslehre zusammengestellt werden. — Wir wären heute, 1932, weiter, wenn diese methodologisch klare Einsicht HAGENS die Psychiatrie immer geleitet hätte.

In *klinischer* Hinsicht ist die Ausbeute der psychiatrischen Forschung von 1840—1870 dürftig. SPIELMANN (1855) unterscheidet „Klassen der Geisteskranken“; sieht man aber genau zu, so stecken darin wieder die alten Einteilungen von Tobsucht, Melancholie, Wahnsinn, Verrücktheit, Blödsinn. SCHÜLE (1878) bringt zwar als guter Beobachter zahlreiche interessante Einzelzüge, fesselt auch durch seinen scharfen Verstand und seine treffliche Bildung den Leser dauernd. Die Abkehr von der Hirnphysiologie nicht als Hirnphysiologie, sondern von ihr als Psychiatrieersatz wird deutlicher. In einer Wiederanknüpfung an HEINROTH formuliert SCHÜLE (S. 192): „Wir haben nicht allein nur kranke Gehirne... vor uns, sondern *kranke Personen*“. KAHLBAUMS Mahnungen (siehe später) wirken sich schon bei SCHÜLE aus, wenn er

unterscheidet: Symptomqualität, -umfang und Verlauf. Die Unterscheidung von psychogenen und organischen Störungen wird angebahnt (S. 364), konstitutionelle, erworben-symptomatische und erworben-idiopathische werden — wenn nicht *expressis verbis*, so doch gedanklich — unterschieden. Am wenigsten befriedigt SCHÜLES Einteilung der endogenen Psychosen; unter den Psycho-*neurosen* tauchen Melancholie, Tobsucht, Wahnsinn und Blödsinn wieder auf, finden sich aber auch unter den anders aufgebauten Cerebropsychosen zum Teil wieder. Hier fehlt der feste Zugriff; unnütze Kompliziertheiten erschweren die Übersicht.

Das umfangreiche Lehrbuch von RUDOLF ARNDT (1883) bringt keinen neuen Gesichtspunkt, ist ganz neurologisch-anatomisch eingestellt und schwelgt nur in höchst komplizierten wissenschaftlichen Wortneubildungen für seelische Symptome.

Nur wenige Köpfe ragen in dieser Zeit aus der Mittelmäßigkeit empor. HEINRICH NEUMANN (1814—1884) ist eine der erfreulichsten Erscheinungen. Klar und scharf sagt er unbekümmert seine Meinungen, er beklagt den wissenschaftlichen Verfall der Zeiten und die kümmerliche Kleinarbeit der meisten Forscher. Er verhöhnt die Ursachstatistik der Psychosen, er unterscheidet nähere und weitere Ursachen, psychische und körperliche Bedingungen, spezielle individuelle und allgemeine Form der Psychose. Was heute mit modischen Worten als Psychostruktur, Pathoplastik, Pathogenese usw. unterschieden wird, war ihm durchaus bekannt (Blödsinnigkeitserklärung 1860, S. 87). „Es ist klar, daß die Elemente eines psychischen Vorganges für die Darstellung biegsamer und bildsamer sind, als die eines physischen; sie leisten offenbar der bildenden Phantasie des Berichterstatters einen minder zähen Widerstand als die dünnen medizinischen Fakta. Leichter als diese, lassen sie sich unter dem Einflusse einer poetisierenden Psychologie zu einem interessanten, oft pikanten Bilde formen; ach! und interessant zu schreiben ist doch gar zu schön . . . . Die Phantasie verschmilzt, sich selbst fast unbewußt, Wahrheit und Dichtung und statt der wissenschaftlichen Darstellung erscheint — ein historischer Roman“ (S. 88).

NEUMANN arbeitet (Lehrbuch S. 165) den Begriff des Krankheitsprozesses schon deutlich heraus. Aber die Gegenwirkung seines kritischen Verstandes gegen die alte verfeinerte Diagnostik (HEINROTH hatte 48 Diagnosen und unterschied z. B. sorgfältig eine Ekstasis manica von einer Mania ekstatica) ist so stark, daß er nur noch an *eine* Psychose glaubt: „daß wir nicht eher an einen wirklichen Fortschritt in der Psychiatrie glauben werden, als bis man sich allgemein entschlossen haben wird, die ganze Klassifikation über Bord zu werfen“. „*Es gibt nur eine Art der Seelenstörung. Wir nennen sie das Irresein.*“ (Lehrbuch S. 167.) Aber diese Einheitspsychose hat Stadien: Wahnsinn, Verwirrtheit und Blödsinn. (Kretinismus und Idiotie gehören nicht dazu; es hätte nur noch eines kleinen weiteren Denkschrittes bedurft, um auch die Psychopathie davon zu sondern.) Das Kennzeichen des Wahnsinns ist die Produktivität, das der Verwirrtheit „Lockerung des Zusammenhanges“, das des Blödsinns gänzlicher Zerfall des Bewußtseinslebens. — Wendet man NEUMANN'S Aufstellungen nicht auf alle Psychosen insgesamt, sondern auf unsere heutige Schizophrenie an, so gewinnt mancher seiner Gedanken neues Interesse. Bei der „Lockerung des Zusammenhanges“ gedenkt man STRANSKY'S intrapsychischer Ataxie und BLEULERS gelockerter Assoziationen. Auch der heute vielfach verwendete Ausdruck „Heilung mit Defekt“ stammt von NEUMANN.

Ein neuer Zeitabschnitt in der Auffassung und Gliederung der Psychosen setzt in Deutschland mit KAHLBAUM (1863) ein. Zwar hält er sich auch an die alte oben erwähnte Einteilung, daß die primär-cerebral entstandenen (idiopathischen)

von den extracerebral bedingten (sympathischen) — heute meist als symptomatisch bezeichneten — Psychosen zu trennen seien. Und er sucht diese Unterscheidung etwas schematisch-anatomisch zu unterbauen, insofern er den primären Psychosen eine Erkrankung des Hirnparenchyms, den sekundären eine Alteration des Stütz- und Gefäßsystems zuspricht. Aber KAHLBAUM löst sich bewußt vom symptomatischen Augenblicksbild, er richtet sein Augenmerk auf den gesamten *Verlauf* und neigt schon ein wenig zur Lösung von den Inhalten und zur Betrachtung der psychologischen Funktion, wiewohl er diesen Ausdruck noch nicht gebraucht. Als Krankheitsbilder läßt er anfangs noch gelten: Melancholie, Manie, Verrücktheit und Demenz, freilich mit der Möglichkeit der Umwandlung der einen Form in die andere. — Auf dem Gebiet der körperlichen Medizin hatte wohl SCHÖNLEIN zuerst deutlich die Beachtung des gesamten Krankheitsverlaufes gefordert und REIL und HENLE hatten schon den abnormen Zustand sorgsam geschieden von Krankheitsprozeß. Von den Psychiatern war wohl Morel (1860) der erste, der Ursache, Verlauf und Ausgang eines Leidens ausdrücklich aufeinander bezog. Aber zuvor hatten schon BAYLE 1822 und Calmeil 1826 eine klinische Darstellung der Paralyse als nosologischer Einheit gegeben. Dann folgten die Franzosen mit der weniger klaren „Folie circulaire.“ — KAHLBAUM orientierte sich an dieser Herauslösung der progressiven Paralyse aus der Einheitspsychose durch die französischen Autoren. Er preist die Verdienste der klinischen Methode und meint mit diesem Wort das Verfahren, die Gesamtsymptomatik des Augenblickes zu vergleichen mit dem Ablauf dieser Augenblicksbilder. HECKER (Begründung) spricht es deutlich aus, daß die bisherigen Namen Melancholie, Verrücktheit usw. keine *Krankheitsformen*, sondern nur temporäre *Zustandsformen* bezeichnen; er schließt sich hierin also NEUMANN an, geht aber weit über ihn hinaus, indem er sich vom Gedanken der Einheitspsychose löst. Dies hatte NEUMANN, sein eigenes System lockernd, schon bei der progressiven Paralyse getan. KAHLBAUM-HECKER berufen sich auf die inneren Kliniker und Pathologen, berufen sich insbesondere auf VIRCHOW, wenn sie, noch unfähig zu ätiologischer und anatomischer Sonderung, dazu auffordern, klinische Erfahrungseinheiten als vorläufige Krankheitsbilder aufzustellen. HECKER führt sehr geschickt zwei melancholische Zustände vor („Begründung“), deren einer der Paralyse, der andere der Dysthymie (= einfacher primärer Melancholie nach BROSIUS, heutiger Rückbildungsmelancholie) angehört. Er stellt neben diesen beiden Krankheitsbildern noch auf: *Vesania typica* (KAHLBAUM) (das Gros unserer heutigen schweren symptomreichen Schizophrenien), die gleich noch zu besprechende KAHLBAUMSche Katatonie, KAHLBAUMS Dysphrenien (unsere heutigen symptomatischen, epileptischen, alkoholistischen Psychosen), Idiotie (= Neophrenie Kahlbaum), *Paraphrenia senilis*, *Paraphrenia hypnotica* (abnorme Schlafzustände), KAHLBAUMS Paranoia (= SANDERS originäre Verschrobenheit) und HECKERS eigene *Hebephrenie* (1871). Diese wurde von ihm (der Gedanke entstammt KAHLBAUM) vorzüglich als verschrobene alberne leichte Erregung nach depressivem Vorstadium mit schnellem seelischen Verfall (Zerfahrenheit) geschildert. Der heutige Gebrauch des Wortes Hebephrenie, besonders für die symptomarmen, *still* verlaufenden schizophrenen Zerfallsprozesse verschiebt das Wesen der Hebephrenie ein wenig aus den HECKERSchen Umgrenzungen heraus.

Ob jene Fälle, die ESQUIROL 1803 als accidentelle oder erworbene Idiotie bezeichnet hatte, nur Hebephrenien oder verschiedenartige Psychosen waren, läßt sich aus der Beschreibung nicht sicher ersehen. Jedenfalls hielten die französischen Autoren, z. B. ROUSSEAU (1857) und MOREAU (1859) das Leiden für eine besondere Pubertätserkrankung. Auch LANGDON DOWN (1887) meint wohl die gleichen Fälle, die er Pubertätsidiotie oder -imbezillität nennt (nach PICK),

freilich fügte er eine abwegige Theorie von Schädelnahtanomalien bei. Dem klugen, vielbelesenen A. PRICK (1891) entging es nicht, daß die Musterfälle HECKER'S (pubisches Irresein, Hebephrenie) zu jenen Fällen „den Übergang bildeten“, die er selbst als „primäre Demenz“ beschrieben hatte, und daß beide der *Dementia praecox* angehörten (s. u.).

1874 veröffentlichte KAHLBAUM seine *Katatonie*. Erst 6 Jahre war es her, daß GRIESINGER bei der Gründung des Archivs für Psychiatrie die Worte schrieb: „Nicht etwa zwei eng verbundene Gebiete sind die Psychiatrie und die Neuro-pathologie, sondern es ist ein Gebiet, wo alles eine Sprache spricht und von denselben Gesetzen regiert wird.“ Und schon war sich KAHLBAUM des methodischen Irrtums GRIESINGERS klar: Anatomie und Psychologie haben *methodisch* nichts miteinander zu tun, wenngleich sie beide gleich wichtig sind. Freilich verwandte er diese seine Einsicht nur auf die rein psychischen Symptome. Bei den Körpersymptomen, die die Psychose begleiten, insbesondere bei der Motorik, neigte er dazu, die seelische Entstehung zugunsten der körperlichen zu vernachlässigen (S. 86):

„Die Katatonie ist eine Gehirnkrankheit mit cyclisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen.“

Die bei der progressiven Paralyse gefundenen und sie geradezu konstituierenden Körpersymptome sind ihm als so unabhängig von den Inhalten der paralytischen Seelenstörung wohl bekannt, daß er bei den katatonischen motorischen Symptomen das Gleiche voraussetzt. Analogisch hält er diese für gleichwertig mit Hinterstrangssymptomen bei der Paralyse. Bei der Beschreibung der katatonen Bewegungssymptome bedient er sich direkt neurologischer Ausdrücke. Er spricht bei den verschrobenen Drehungen und Wendungen der Katatoniker von halbtonischen Spannungen, unvollständigen Kontrakturen, epileptiformen und choreaartigen, tonischen, klonischen und funktionellen Krämpfen. Ein stereotypes Zusammendrehen von Gewandzipfeln zu „Würstchen“ erscheint ihm fast „als eine kombinierte Krampfform“ (S. 15), Redesucht und Verbigeration (das Wort stammt von KAHLBAUM) sei dem klonischen, Schweigsamkeit dem tonischen Krampfe zu vergleichen (S. 44). Bei den katatonischen Sprachstörungen überhaupt sei es kaum zweifelhaft, daß es sich um eine Art koordinierten Krampfes innerhalb der zentralen Sprachnervenbahnen handele (S. 39), „die Krampfform der *flexibilitas cerea*“ werde „als cerebrospinal aufgefaßt werden müssen“ (S. 50—51). — In den Kapiteln Psychologie, Motorik, Theorie dieses unseres Bandes wird von dieser Auffassung schizophrener Symptome als „neurologisch“ noch die Rede sein. Dort wird auch ausgeführt werden, wie KAHLBAUM'S Standpunkt heute noch weitgehend von KLEIST geteilt wird. Wie folgerichtig KAHLBAUM verfuhr, ergibt sich daraus, daß er auch die Krämpfe der *Convulsionnaires* unter den Jansenisten und anderen Sekten für katatonisch erklärte.

Es ist interessant, sich daran zu erinnern, daß wir die Aufstellung der ersten nosologischen Einheiten, die zur Schizophrenie führten, also gleichsam der progressiven Paralyse verdanken, und daß die Erkenntnis, daß der Großteil der Symptome unverständlich, also nicht inhaltlich abzuleiten sei, zur klinischen Aufstellung einer organischen Psychose führte. Nur engte KAHLBAUM seine somatische Theorie noch dahin ein, daß z. B. die Motorik einfach neurologisch zu erklären und damit unabhängig von der Seele sei; — der Gedanke lag ihm

noch fern, daß ebensogut der Charakter einer organischen Psychose gewahrt bleibe, wenn die *seelischen* Symptome schlechtweg hinzunehmen, unableitbar, organisch (somatisch) gegeben seien, und die motorischen Symptome wenigstens zum Teil erst aus diesen primären Symptomen „verständlich“ hervorgehen.

Selbstsam altmodisch mutet heute KAHLBAUMS Meinung an, daß die Katatonie eine „direkt tötende Psychose“ sei (S. 97); er teilt hier noch mit vielen seiner Vorgänger die Tendenz, beliebige intercurrente Körpermomente kausal auf die katatone Psychose zu beziehen. Dieser Mangel an Kritik kommt auch bei seiner Lehre von der Ätiologie der Katatonie heraus, wenn er Anämie, Onanie, intellektuelle Anstrengung, religiöse Erregung als prädisponierende und Kummer, Furcht, Trunksucht, Gefängnis, Puerperium als okkasionelle Momente der Katatoniegenese bezeichnet.

Um 1875 herum waren also einige Forscher soweit, unsere heutige Schizophrenie in drei Gruppen einzuordnen. Hebephrenie, Katatonie und Vesania typica. Doch hatte sich diese Auffassung noch keineswegs allgemein verbreitet. NEISSER setzte sich 1888 in seiner Dissertation eifrig für die Katatonie ein, ergriff im Archiv (32) dazu wiederum das Wort und warnte schon 1909 vor einer allzu großen Ausdehnung des Schizophreniekreises. WERNICKES (1880) Gedanken von einer allopsychischen, somatopsychischen und autopsychischen Bewußtseinsqualität ließen sich für die Versuche, nunmehr eine Dementia praecox herauszuarbeiten, nicht verwerten. Sein Sejunktionsbegriff (Lockerung des Associationsgefüges) tauchte dann bei BLEULER in anderer Form wieder auf.

1890 hatte sich zwar das Prinzip, nach Ursache, Symptomen, Verlauf und Hirnbefund die Psychosen zu gruppieren, theoretisch weitgehend durchgesetzt. Doch waren manche Autoren nur insofern weiter gekommen, als sie z. B. gewisse „organische“ Geisteskrankheiten (akutes Delirium, Senium, Paralyse, Hirnlues, Hirntrauma, Psychosen bei Hirnherderkrankungen) von den Psychoneurosen sonderten, und zu letzteren rechneten: Primären Blödsinn, akute hallucinatorische Verworrenheit, Melancholie, Manie, Tobsucht, sekundäre Schwäche, Paranoia, periodisches Irresein; dann nahmen manche noch eine Gruppe der mit zentralen Neurosen verbundenen Geisteskrankheiten (Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie, Chorea) und die Vergiftungspsychosen an (SCHOLZ 1890). Gegenüber den Einteilungen vom Beginn des Jahrhunderts war es also mit Hilfe der Neurologie und sonstigen Körpermedizin gelungen, eine ätiologisch bekannte Gruppe als „organisch“ herauszusondern und nosologisch zu befestigen. Für den Rest der ätiologisch unklaren Psychosen bestand aber fast die gleiche Verwirrung wie vor 100 Jahren. Dies wurde erst anders, als KRAEPELIN die KAHLBAUM-HECKERSchen Gedanken aufgriff.

KRAEPELIN unterschied noch in seiner zweiten gänzlich umgearbeiteten Auflage (die erste 1883) seines Lehrbuches (1887) eine Anzahl spezieller Psychosen, bei deren Aufreihung er sich „von empirisch naheliegenden, nichts weniger als einheitlichen Prinzipien leiten lassen mußte“ (S. 209). Er brachte unter die Gruppe der heilbaren, an äußere Ursachen sich anschließenden, vorübergehenden funktionellen Störungen unter: Melancholie, Manie, Delirien, akute Erschöpfungszustände, Wahnsinn. Die zweite Gruppe der meist unheilbaren oder doch sehr chronisch verlaufenden, in der Konstitution begründeten Psychosen umfaßte das periodische und zirkuläre Irresein, Verrücktheit und die allgemeinen Neurosen. Die dritte Gruppe enthielt fast immer unheilbare exogene Krankheiten: Intoxikationen, Dementia paralytica, erworbene Schwächezustände. — Gegenüber der Vergangenheit war hiermit freilich noch nicht viel gewonnen; ätiologische, prognostische, anatomische Gesichtspunkte liefen durcheinander. Gegenüber der alten Psychiatrie war alles theoretisch noch unklarer, dabei praktisch stärker erfahrungsgeformt. Mit der KAHLBAUM-HECKERSchen

Hebephrenie und Katatonie befreundete sich KRAEPELIN erst in Heidelberg (ab 1892, vierte Auflage 1893).

Der Name *Dementia praecox* taucht wohl zuerst bei MOREL (1860) auf. Er führt die *Démence précoce* als eine Unterform der Folie héréditaire auf und versteht darunter etwa das, was dann HECKER als Hebephrenie beschrieb. Der schnelle Verfall in Verblödung bei Kranken, die oft recht begabt, ja frühreif erschienen, wird hervorgehoben. Es klingt wie ein schlechter Scherz, wenn später FALRET (1876) äußert, die zuweilen hervorragende geistige Entwicklung dieser Menschen sei nur die Maske des in der Tiefe lauernden Blödsinns. MAGNANS' Schüler SAURY und LEGRAIN (zit. nach PICK) wiederholen dann die gleiche Schilderung des Symptombildes. GAUTHIER widmet 1883 seine These der *Démence précoce* (als *dégénérescence héréditaire*), CHARPENTIER trägt 1890 auf dem ersten französischen Psychiaterkongreß in Rouen über *Démence précoce simple des enfants normaux* vor. Die Italiener bevorzugen den Ausdruck *Demenza primitiva*, RIEGER den Namen *Dementia simplex*.

Bei KRAEPELIN standen anfangs neben der *Dementia praecox* mit ihren drei Unterformen noch die Verrücktheit und der Wahnsinn. Diese verschwanden langsam, und zwar zugunsten dieser *Dementia praecox*, die anfangs als psychischer Entartungsprozeß, später als Stoffwechselerkrankung (5. Auflage 1896) geführt wurde. Infolge reicher katamnestischer Erfahrung wuchs der Umfang der Schizophrenie. Mancher anfangs eigenartige Fall, der im klinischen Hausgebrauch als eine „Psychose, die wir noch nicht kennen“ (NISSL) u. dgl. aufgefaßt wurde, zerfiel doch später zu einem Endzustand, der von anderen schizophrenen Endzuständen nicht zu unterscheiden war. Niemals aber erlosch der innere Widerstand der Heidelberger Forscher gegen ihr eigenes Bestreben, so Verschiedenartiges in einem Begriff zusammenzufassen. Dies war wohl für KRAEPELIN das Motiv, von einer *Gruppe der* endogenen Verblödungen von 1913 ab zu sprechen. BLEULER hat das Wort Schizophrenie dann in den Titel seiner Monographie 1911 aufgenommen. Man kann nicht behaupten, daß sich KRAEPELINS *Dementia praecox* und BLEULERS Schizophrenie vollständig deckten. Und dennoch meinten beide Autoren das gleiche Erfahrungsmaterial. KRAEPELIN versuchte nicht, obwohl auch er von der Assoziationspsychologie WILHELM WUNDTs herkam, aus der Begriffsapparatur dieser Lehre für die *Dementia praecox* Gewinn zu ziehen; er begnügte sich mehr mit allgemeinen Schilderungen. BLEULER verfuhr gleichsam rigoroser und bemühte sich, den Assoziations-schematismus auf die Erfahrungstatsachen der Schizophrenie anzuwenden. Die dabei gefundene Assoziationslockerung (siehe das Kapitel Psychopathologie) wurde ihm *conditio sine qua non* der Schizophrenie, und umgekehrt nahm er eine Schizophrenie als sicher bestehend an, sobald er jene Lockerung entdeckte. Es lag wohl an der nahen Verbundenheit BLEULERS mit dem Kreise um FREUD (JUNGS Psychologie der *Dementia praecox* entstammte dem Jahr 1907), daß er sich der dort herrschenden Assoziationslehre so stark anschloß. Die spezifisch schizophrene Assoziationsstörung charakterisiert nach der Meinung BLEULERS eine bestimmte reale Krankheitseinheit. Freilich ist noch nicht klar, was für eine Art Einheit der Begriff der *Dementia praecox* repräsentiert (S. 227). Er enthält wahrscheinlich eine oder einzelne wenige Krankheiten im engeren Sinne, außerdem wohl „noch gewisse leichte organische Störungen“ (S. 228) und die Zustandsbilder gewisser Intoxikationen. Er ist also nicht einer Spezies, sondern einem Genus gleichzusetzen. Der „eigentliche Krankheitsprozeß“ ist noch unbekannt. Ganz ähnlich äußerte sich KRAEPELIN in seiner 8. Auflage (1913): Unser Bild der *Dementia praecox* gibt in der Hauptsache natürliche Gesetzmäßigkeiten wieder. „Dennoch ist es gewiß möglich, daß sein Rahmen zur Zeit noch nach mancher Richtung hin zu eng, nach anderer

vielleicht zu weit gezogen ist“ (3. Bd., S. 939). Im Hinblick auf die allen Schizophrenen gemeinsame „Grundstörung“ ist KRAEPELIN viel vorsichtiger und unbestimmter als BLEULER: „Vielmehr kann jeder einzelne Zug des Krankheitsbildes in gleicher oder doch sehr ähnlicher Form auch einmal den Ausdruck eines wesentlich anderen Krankheitsvorganges bilden“ (S. 945). Man müsse sich „grundsätzlich hüten, einer einzelnen Krankheitserscheinung kennzeichnende Bedeutung zuzumessen“ (S. 949) (GRUHLE 1913, KRONFELD 1929).

Es besteht also der methodologisch eigenartige Sachverhalt, daß KRAEPELIN die Krankheitseinheit der Dementia praecox schuf, aber kein einzelnes einheitliches Kennzeichen zu nennen vermochte, und daß dann BLEULER dieses in der Assoziationslockerung zu finden glaubte, ohne sich aber zur Annahme einer Krankheitspecies entschließen zu können. Die Bedeutung der großen BLEULERSchen Monographie lag in der Fülle des klar geschilderten Erfahrungsmaterials und in zahllosen vorzüglichen Einzelbeobachtungen. Freilich entstammten diese im wesentlichen einer Anstaltserfahrung. Auch das war den beiden grundlegenden Forschern gemein: Sie trieben im wesentlichen Anstaltspsychiatrie, sie bauten auf ihrer gründlichen Kenntnis schwerer Psychosen auf. In den Werken beider fehlten leider ganz die individuellen Verläufe (siehe MAYER-GROSSs klinisches Kapitel). Gegenüber KRAEPELIN bedeutete die BLEULERSche Arbeit insofern einen Fortschritt, als BLEULER — seine Assoziationspsychologie überschreitend — primäre und sekundäre Symptome unterschied (zavor schon NEISSER). KRAEPELIN hielt diesen Versuch für „rein künstlich“. Und in der Tat ist der Einzelnachweis kaum zu erbringen, ob ein noch ungeschädigter Persönlichkeitsrest des Schizophrenen auf ein Einzelsymptom in bestimmter Weise reagiert, oder ob auch diese Reaktion der schizophrenen Gesamtschädigung entspringt. Die Gefahr ist immer groß — und sie lag der Assoziationspsychologie besonders nahe — die Psyche aus einzelnen Elementen zusammengesetzt zu denken und ebenso eine Psychose auf die Störung dieser angeblichen Elemente zurückzuführen. Schon GUISLAIN und dann HAGEN haben nach psychischen „Radikalen“ gesucht. Dem gegenüber sind auch die BERZESchen Ausführungen höchst beachtenswert, daß doch die Persönlichkeit als Ganzes immer wieder der Einzelstörungen Herr zu werden strebt und sich schließlich — sofern nur der Krankheitsprozeß endlich stillsteht — in eine neue Persönlichkeitsstruktur und Lebensform rettet. Man muß also in der Tat bei der Analyse eines einzelnen Schizophrenen — so sehr man das Leiden als ein Ganzes betrachtet — nie außer acht lassen, inwiefern sich die — an sich auch veränderte, aber doch eben nur veränderte, nicht ins Chaotische aufgelöste — Persönlichkeit mit den Symptomen abfindet. Insofern ist jedenfalls der BLEULERSche Versuch einer Unterscheidung in primäre und sekundäre Symptome notwendig. BLEULER versuchte viele Schizophreniesymptome nicht nur aus der primären Assoziationslockerung, sondern auch durch Komplexlösung und Komplexbindung zu verstehen. Die schizophrene Persönlichkeit sei der Spielball ihrer Komplexe. Insofern BLEULER hier nicht nur jene intrapsychische Ataxie STRANSKYs aufgriff, von der unten noch die Rede sein wird, sondern sich spezielleren FREUDSchen Ansichten näherte, wird seine Hypothese heute vielleicht nur noch im FREUDSchen Kreise gebilligt.

KRAEPELIN war zweifellos jene Zusammenschweißung, die auch die meisten heutigen Forscher noch als einen Fortschritt betrachten, zuerst gelungen. Aber erst das BLEULERSche Buch gab über den freilich großen Kreis der KRAEPELINSchen Schüler hinaus jenen Gedanken die Wirkung ins Weite. Erst von 1911 ab setzte sich die Anerkennung der Dementia praecox-Schizophrenie allgemein durch. Nur die *Franzosen* hielten sich fern. Vielleicht war es ihre Vorliebe für Feinheiten, für feinsinnige Sonderung von Einzelbildern, die sie vor jener

etwas gewaltsamen Zusammenfassung symptomatisch so verschiedener Zustände zurückscheuen ließ. Auch heute fehlen ihnen, wie mir scheint, die großen Gesichtspunkte: sie verharren bei Subtilitäten (KRONFELD).

Als KRAEPELIN die *Dementia praecox* aus MOREL-KAHLBAUM-HECKERSchen Gedankengängen zusammenschmiedete, gab er schon im Namen aber auch sonst ausdrücklich die Ansicht von der *Verblödung* der Kranken kund. 1893 spricht er von „der ungemein schnellen Entwicklung eines dauernden Schwächezustandes“, 1904 gibt er zu, daß in einer kleinen Zahl der Fälle eine vollständige Heilung eintreten könne, daneben bestehe eine Heilung mit Defekt und der Ausgang in die verschiedensten Arten und Grade der Demenzzustände. Was es mit dieser Demenz für eine Bewandnis hat, wird im Kapitel „Psychopathologie“ ausführlich auseinandergesetzt werden. Heute sind jene Forscher natürlich der Annahme einer häufigen Heilung oder sehr weitgehenden Besserung geneigter, die den Umkreis des Leidens ungemein weit spannen. Wer jede verschrobene Persönlichkeit, jeden einsamen Menschen als eine verkappte Schizophrenie ansieht, wird natürlich quoad Stillstand oder praktische Heilung des Prozesses andere Meinungen haben als derjenige, der eine nachweisbare akute Phase psychotischen Gebarens zur Vorbedingung der Diagnose macht. Daß der Prozeß vielfach stillstehen kann, ist kein Zweifel. BERZE hat ja diesem Problem des „wieder mit sich selbst Zurechtkommens“ (auf veränderter Basis) kluge Ausführungen gewidmet. Besonders wenn man außerhalb der Anstalten nach jenen Fällen sucht, die vor vielen Jahren ein Weltuntergangserlebnis oder dergleichen durchmachten, wird man Persönlichkeiten begegnen, bei denen der Krankheitsprozeß zweifellos seit Jahren stillsteht, und die praktisch geheilt sind (über die Konsequenzen dieser Heilung in rechtlicher Hinsicht siehe das Kapitel A. WETZELS). Kennt man diese Persönlichkeiten näher, so wird man freilich ihre seelischen Umstellungen leicht aufzeigen können. (Siehe MAYER-GROSS' klinisches Kapitel.)

STRANSKY (1930) macht auf einen Aufsatz E. LUGAROS von 1903 aufmerksam, dem ein wichtiger Platz in der Entwicklungsgeschichte der Schizophrenie gebühre. STRANSKY teilt leider Näheres nicht mit (der Originalaufsatz LUGAROS war mir unzugänglich). STRANSKY selbst hat im gleichen Jahre zuerst und dann noch mehrfach darauf hingewiesen, daß das von KRAEPELIN früher gebrauchte Wort von der *Dementia praecox*, von der Verblödung, wenig glücklich sei, da es sich oft nur um eine „dissoziative Lösung alteingeschliffener seelischer Funktionsenergien und Funktionsbindungen“ handle. STRANSKY hat dann für diese „Funktionsdisharmonie zwischen Noo- und Thymopsyche“ den Ausdruck „intrapyschische Ataxie“ oder Inkoordination gewählt und einzelne Symptome, wie die Sprachverwirrtheit, Pseudoapraxie, Parergasie gesondert untersucht und beschrieben. Da STRANSKY selbst auf Prioritätsfragen den größten Wert legt, sei hier in dieser historischen Übersicht festgestellt, daß er schon 1903 den Gedanken des Schismas aussprach, den BLEULER dann 1911 als Schizophrenie formulierte.

1892 war KRAEPELIN an die Heidelberger psychiatrische Klinik übersiedelt und bearbeitete mit seinen Assistenten die Aufnahmen des wohl abgegrenzten, in sich sehr verschiedenartigen Aufnahmebezirkes nach seinen Gesichtspunkten und Methoden. Ein katholisches fränkisches, Ackerbau pflegendes Hügelland, das Schiffahrt und Handel treibende enge Tal des Neckars, die weite Ebene des Rheintales zwischen Weinheim und Bruchsal mit kleinsten Landwirtschaften und viel Fabrikbevölkerung (kleine Zigarrenfabriken, auch Heimarbeit), mit etwa 10 Kleinstädten und einer Mittelstadt und die Großstadt Mannheim lieferten die Psychosen, die KRAEPELIN nun in sein diagnostisches Schema zu bringen versuchte. Dieser Versuch wird hier in zwei Kurven, in absoluten und in Prozentzahlen wiedergegeben.



Er ist doppelt bedeutsam, für KRAEPELINS Diagnostik und für die wirkliche Zusammensetzung der Psychosen. In der Kurve sind alle die kleinen Gruppen weggelassen, die bei verbesserter Diagnostik immer mehr dahinschwanden, die Amentia, Puerperalpsychosen, die Einzelmanie, die „echte“ Paranoia usw. Hier sind nur jene drei Diagnosen stehen geblieben, die, anfangs unter etwas anderen Bezeichnungen, sachlich aber das Gleiche meinent, heute als Schizophrenie, manisch-depressives

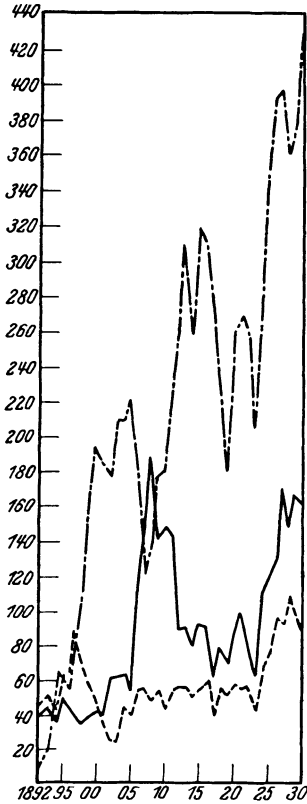


Abb. 1. Aufnahmen der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik 1892–1903. Absolute Zahlen.  
 ····· Schizophrenie.  
 ——— Manisch-depressives Irresein.  
 - - - - Paralyse.

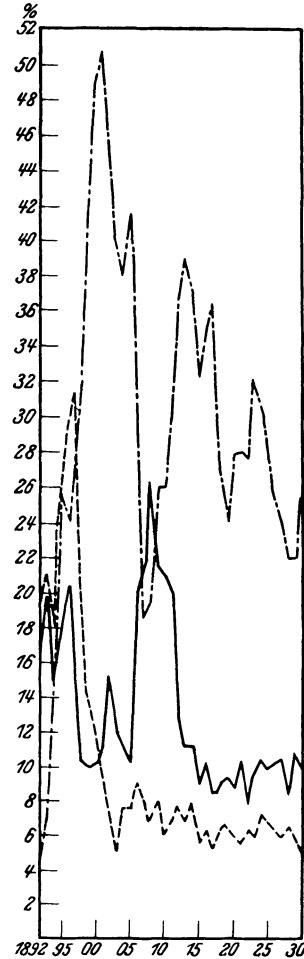


Abb. 2. Aufnahmen der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik 1892–1930 in %.  
 ····· Schizophrenie.  
 ——— Manisch-depressives Irresein.  
 - - - - Paralyse.

Irresein und Paralyse bezeichnet werden. Faßt man erst die absoluten Zahlen ins Auge, so muß man bedenken, daß im ersten Heidelberger Arbeitsjahr KRAEPELINS die Zahl der Jahresaufnahmen 245 betrug, während 1913 798, 1919 750, 1920 939, 1930 1707 aufwies. Die steigende Tendenz der Kurven an sich soll hier ebenso unbeachtet bleiben wie die Schwankungen während des Krieges. Zu beachten sind jene Stellen der Kurven, in denen sie nicht untereinander die gleiche allgemeine Zu- oder Abnahmetendenz zeigen, sondern sich einer Kreuzung nähern. In den ersten 5 Jahren von KRAEPELINS Forschern galt sein Interesse vorwiegend der Paralyse. Deren

Höhepunkt 1897 war sicher kein Höhepunkt der Realität, sondern der Diagnostik. Das sah KRAEPELIN allmählich ein, so daß zugleich mit dem scharfen Anstieg der Schizophreniekurve die Paralyselinie stark fiel. In anderen Worten: viele anfangs als Paralyse eingereichten Fälle wurden im Laufe der Jahre der Schizophrenie zugeteilt. Ungefähr mit KRAEPELINS Übersiedlung nach München (1904) zusammen fiel die Heidelberger Schizophreniekurve stark. NISSL beeinflusste die klinische Tätigkeit seiner Klinik nicht entscheidend. Vielmehr war

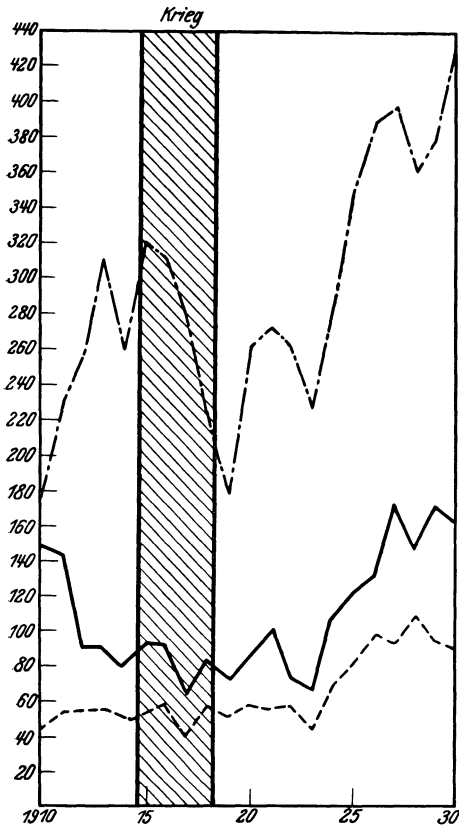


Abb. 3. Aufnahmen der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik 1910—1930. Absolute Zahlen.  
 ····· Schizophrenie.  
 ——— Manisch-depressives Irresein.  
 - - - - Paralyse.



Abb. 4. Aufnahmen der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik 1910—1930. Prozentzahlen.  
 ····· Schizophrenie.  
 ——— Manisch-depressives Irresein.  
 - - - - Paralyse.

es WILMANN'S, der seine Forschung damals intensiv auf das manisch-depressive Irresein richtete und so dessen Kurve stark in die Höhe trieb. Innerhalb von 3 Jahren kreuzen sich manisch-depressive und schizophrene Kurve doppelt, und der Sturz der cyclischen Psychose hält etwa bis zum Kriegsbeginn an. Nun tritt keine Divergenz der 3 Kurven mehr ein; seit dem Kriege haben sich in langjähriger klinischer Zusammenarbeit der Beteiligten die Gesichtspunkte und Maßstäbe der diagnostischen Beurteilung gefestigt; eine gewisse Stetigkeit ist eingetreten. Diese Stetigkeit braucht keineswegs ein Maßstab für die „Richtigkeit“ des Verfahrens zu sein, sie ist nur ein Maßstab für die Einheitlichkeit der angewandten Gesichtspunkte. Prüft man diese Deutung der 3 Kurven absoluter Zahlen noch einmal an der Prozentzahlkurve durch, so wird der

Paralyse- und Schizophreniegipfel KRAEPELINS noch deutlicher, fast grotesk. Die Paralyse-diagnose erreicht 1897 fast 32% aller Aufnahmen, die Schizophrenie-linie übersteigt 1901 50%.

Die Verläufe der Diagnosenstellung sind in den folgenden zwei Abbildungen noch deutlicher (in anderem Maßstab) von 1910 ab wiedergegeben.

Abb. 3 beginnt mit dem Sturze des künstlich in die Höhe getriebenen manisch-depressiven Irreseins und dem steilen Anstieg der Schizophrenie. Die Paralyse bleibt gleich, sie hat sich durch die Einführung der serologischen Reaktionen konsolidiert. Daß während des Krieges die Diagnosenlinie der Schizophrenie *besonders* stark fällt, ist wohl ein Kunstprodukt, durch die Abwesenheit der meisten älteren Ärzte bedingt. Im letzten Jahrzehnt verlaufen die 3 Kurven der absoluten Zahlen fast gleichsinnig. Wenn das bei den Prozentzahlen (Abb. 4) nicht der Fall ist, so beachte man, daß diese Prozente auf die *Gesamtaufnahmen* der Klinik bezogen sind. Die Zeitgewohnheiten haben sich seit KRAEPELINS Wirken stark verändert. Der Aufnahmebezirk ist erheblich verkleinert worden, da die Heil- und Pflegeanstalten nicht nur Übernahmenanstalten bleiben wollten; die Freiheit des Aufnahmeverfahrens in die Klinik hat sich erfreulich ausgestaltet, das Mißtrauen der Bevölkerung gegen das geschlossene Haus ist immer mehr geschwunden. So machen die großen Psychosen nur noch einen viel geringeren Anteil an der Gesamtaufnahme aus. Die Zahl der Psychopathen, der Gutachtenfälle, der rein neurologischen Erkrankungen hat stark zugenommen, ja selbst die leichtesten nervösen oder psychischen Alterationen werden jetzt schon der Klinik zugeführt. Deshalb bedeutet jetzt der Anteil der Schizophreniediagnosen an der Gesamtheit etwas ganz anderes als etwa 1904.

Es empfiehlt sich also die Schizophrenien auf die manisch-depressiven Aufnahmen zu beziehen.

	1927	1928	1929
Auf 100 Gesamtaufnahmen fallen Manisch-depressive . . . . .	10.7	8.6	10.1
Auf 100 Gesamtaufnahmen fallen Schizophrenie . . . . .	24.4	21.6	22.4
Auf 100 Psychosenaufnahmen <sup>1</sup> fallen Manisch-depressive . . . . .	14.9	13.2	15.4
Auf 100 Psychosenaufnahmen <sup>1</sup> fallen Schizophrenie . . . . .	34.2	33.0	34.2

In anderen Worten: Etwa  $\frac{1}{3}$  der in die Heidelberger psychiatrische Klinik aufgenommenen eigentlichen Psychosen sind schizophrene. Diese Heidelberger Zahlen verdienen vielleicht wegen der geschilderten Stetigkeit des Diagnostizierens und wegen der großen Übersichtlichkeit aller Verhältnisse eine gewisse Beachtung. Demgegenüber beruhen die Zahlen, die von anderen Kliniken oder Heilanstalten genannt werden, oft auf ganz anderer Basis. Teils mag das Diagnostizieren anders gehandhabt werden. So scheint es, als ob in Zürich noch unter der Führung BLEULERS der Schizophrenieumfang weiter (d. h. auf autistische Psychopathen u. dgl.) ausgedehnt wurde. Damit ist natürlich nicht gemeint, daß das Züricher Verfahren realiter Unrecht und Heidelberg Recht hätte, sondern nur die Verschiedenartigkeit des Verfahrens soll beleuchtet werden. Sachliche Differenzen werden sich in den einzelnen Anstalten auch daraus ergeben, daß solche mit eigenem Aufnahmebezirk absolut mehr, prozentual weniger Schizophrenieaufnahmen haben dürften als reine Übernahmenanstalten. MAYER-GROSS' folgendes Kapitel über Häufigkeit, Geschlecht, Rasse, Klima, Jahreszeit erklärt sich hierüber ausführlicher.

EWALD (1930) befürchtet von der Ausdehnung des Schizophreniebegriffes ein Abgleiten in die alte Einheitspsychose; er vermutet, „Schizophrenie“ könne zur

<sup>1</sup> Das heißt: Gesamtaufnahmen minus (Psychopathen + neurologische Fälle).

„psychologischen Reaktionsweise“ herabsinken, wie er selbst von einem manisch-depressiven Symptomenkomplex spricht. Diese Befürchtungen EWALDS sind berechtigt. Demgegenüber sei festgehalten, daß in diesem Bande an der Schizophrenie als einem Destruktionsprozeß ebensowenig gezweifelt wird, wie am manisch-depressiven Irresein nicht als einem Symptomenkomplex, sondern als einer Krankheitseinheit. Daß sich das Interesse der Forschung vorläufig bei der Schizophrenie vorwiegend den psychologischen Dysfunktionen zuwendet, birgt keine Theorie, sondern entspringt lediglich dem Umstande, daß die Suche nach körperlichen spezifischen Symptomen bisher so dürftig ausfiel. Die zwei Hauptautoren der Schizophrenieforschung, KRAEPELIN und BLEULER, wirken bis heute in zwei getrennten Richtungen weiter. Nicht als ob ihre theoretische Auffassung des Leidens selbst solche Spaltung bedinge — siehe das Schlusskapitel — sondern die Art ihres Forschens erzwingt Konsequenzen. BLEULER, der FREUDSchen Richtung zugeneigt, bleibt mit seinen Schülern dem Interesse an den *Inhalten* der Psychose treu. Diese Richtung bemüht sich um die Frage, warum das schizophrene Symptom gerade bei diesem Kranken so und nicht anders aussieht. Die verständliche Ableitung der Symptome aus erwiesenen oder erdeuteten Anlage- oder Schicksalsfaktoren ist das Ziel dieser Forschungsrichtung. Die entgegengesetzte Gruppe ist FREUD abgeneigt, sie interessiert sich erst in zweiter Linie für die Inhalte der Psychose und wendet ihre Aufmerksamkeit — die KRAEPELINSche Tradition der reinen Beobachtung pflegend — vorzüglich den *reinen (leeren) Funktionen* des Seelenlebens zu. Nicht warum X gerade vom Nachbar Y verfolgt wird, nicht warum er sich überhaupt verfolgt wähnt, sondern warum er *irgendetwas* wähnt, ist die neue Fragestellung. Diese rein funktionale Betrachtung des Seelenlebens, die natürlich nicht nur der Schizophrenieforschung zugute kommt, sondern die Psychopathologie überhaupt neu begründet, hat in der Geschichte der Psychiatrie keine Präcedenz.

Zahlreich waren die Versuche, kaum daß die Schizophrenie einigermaßen anerkannt war, sie wieder aufzulösen. Jeder pflegte sich über „den großen Topf“ zu beklagen, in den wahllos alles hineingeworfen werde, was nicht in andere klar umschriebene Krankheiten hinein passe. KRAEPELIN selbst zauderte am längsten, die paranoide Demenz in der Dementia praecox aufgehen zu lassen (endgültig 1899). Denn die auf lange Zeit gut bewahrte äußere Haltung, in der diese paranoiden Schizophrenen verharrten, verlockte immer wieder dazu, sie als etwas Besonderes anzusehen. 1912 machte KRAEPELIN selbst den Versuch, die *Paraphrenie* in ihren vier Formen, der Paraphrenia systematica, expansiva, confabulans, phantastica herauszuheben. (Siehe MAYER-GROSS' klinisches Kapitel). Aber es war immer wieder das eigene KRAEPELINSche Verfahren, Katamnesen zu erheben, die diesen Versuch und andere ähnliche Bestrebungen zum Scheitern brachten. Schon infolge der katamnesticen Durchprüfung von 78 Paraphrenien durch WILHELM MAYER (1921) erschien die Selbständigkeit des Paraphreniebildes erschüttert. Seitdem haben weitere Erfahrungen den Versuch KRAEPELINS, mit der Paraphrenie eine selbständige Krankheit aufzustellen, als gescheitert erwiesen. L. BOUMAN befürwortet dennoch die Beibehaltung des Begriffes (1931).

Nichts ist leichter, als nach gewissen gemeinsamen Symptomen eine Gruppe herauszuschälen. Das war ja gerade das Verdienst, aber auch der methodische Fehler der Psychiater vor KAHLBAUM, daß nach Gesichtspunkten, die oft recht klug erdacht waren, immer wieder neue Psychosen als angebliche Einheiten herausgearbeitet wurden. Es verlohnt nicht, in den alten Fehler zurückzufallen. Bleibt man den KAHLBAUMSchen Forderungen treu, Anfang, Symptome, Verlauf, Ausgang insgesamt zu überblicken, so wird man durch die katamnestiche Erfahrung immer wieder gezwungen, die ursprünglich ausgedeuteten Fälle doch wieder der Krankheit Schizophrenie einzugliedern. Zu diesem Ergebnis führte

eine ganze Anzahl nicht veröffentlichter Heidelberger Forschungen (WILMANN'S). Auch der Versuch BERZES u. a., eine Art echte Schizophrenie oder Schizophrenie im engeren Sinne herauszunehmen, scheint mir nur eine vorübergehende orientierende Bedeutung zu haben. Am meisten umstritten war stets der *Wahn*. Hält man sich an die Kennzeichen, die für den echten Wahn im Psychologiekapitel dieses Handbuches aufgezeichnet sind, so wird die Erfahrung nur ganz selten einmal einen Fall bescheren, den man als echte, von der Schizophrenie gesonderte, also psychopathische Paranoia ansprechen mag. So glaube ich, daß der größte Teil der von E. KRETSCHMER als sensitiver Beziehungswahn beschriebenen Fälle besser zur Schizophrenie zu rechnen wäre. KOLLES neue Studie über die Verrücktheit greift die alte Frage ja abermals auf. Seiner Arbeit wird im Wahnkapitel noch besonders gedacht. KRAEPELIN selbst hatte den präsenilen Beeinträchtigungswahn und den halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker herauszusondern versucht. WILMANN'S konnte den ersteren als ein Gemisch von Spätformen der Schizophrenie und Frühformen der senilen Wahnbildung analysieren. KLEIST bearbeitete 1912 dann ebenfalls diese Wahnpsychosen und schlug den Namen der Involutionssparanoia vor (1913). Heute stimmen wohl die meisten Autoren SEELERT zu, der diese Wahnverläufe als Ausdruck eines langsamen cerebralen Prozesses ansieht. Während also der Involutionssparanoia in diesem Sinne eine gewisse Selbständigkeit verblieb, hielt sich „der halluzinatorische Schwachsinn der Trinker“ (KRAEPELIN) nicht (= chronische alkoholische Psychose). Ja BLEULER und seine Schüler neigten sogar dazu, auch noch die *akute* Trinkerhalluzinose in der Schizophrenie aufgehen zu lassen (GRAETER 1909). (Siehe MAYER-GROSS' klinisches Kapitel.)

Fast der einzige Autor unserer Zeit, der dem Bestreben der Auflösung des Schizophreniebegriffes treu bleibt, ist KLEIST. Teils wohl geleitet von WERNICKESchen Gedanken der Hirnlokalisation, sucht er zwischen einzelnen Heredodegenerationen Unterschiede herauszufinden. Methodisch gleicht seine Forschung früheren Versuchen, inhaltliche, symptomatische Psychosen zu formen. Freilich waren jene früheren, oben geschilderten Versuche klinisch-psychiatrisch orientiert, während KLEIST im wesentlichen cerebrale Gesichtspunkte voranstellt. Aber auch Graviditäts-, Laktations- und Puerperalpsychosen, Involutionsspsychosen, Halluzinosen, Beziehungspsychosen, Angstpsychosen, Verwirrtheitspsychosen, Motilitätspsychosen, Ichpsychosen stehen bei KLEIST neben der Schizophrenie, so daß der wesentliche Gesichtspunkt der KRAEPELIN-BLEULERSchen Einstellung zum Diagnosenproblem hier wieder aufgegeben zu sein scheint. In wiefern sich im übrigen der allgemeine Stand der Schizophrenieforschung heute präsentiert, soll gerade durch diesen Band des Handbuches ausführlich dargelegt werden.

## II. Ätiologische Probleme.

### 1. Häufigkeit, Geschlecht, Rasse, Klima, Jahreszeit.

Von

W. MAYER-GROSS

Heidelberg.

Mit 2 Abbildungen.

War es vor nicht langer Zeit wegen der diagnostischen Uneinheitlichkeit noch schwierig, die Zahl der Schizophrenen in den verschiedenen Kliniken miteinander zu vergleichen, so schien es erst recht völlig aussichtslos, die Verbreitung der Erkrankung in der Gesamtbevölkerung feststellen zu wollen. Inzwischen ist, wie der folgende Vergleich der Zahlen aus einigen Jahresberichten zeigt, eine recht weitgehende Übereinstimmung erzielt worden. Der prozentuale Anteil der Schizophrenen an den *Aufnahmen* in den *Anstalten* liegt etwa um die Zahl 40, derjenige am *Krankenbestand* der Anstalten ist meist zwischen 60 und 70 gelegen.

Von den Gesamtaufnahmen waren Schizophrenen (in Klammer ist die Prozentzahl der Schizophrenen im Bestand beigefügt):

in Klingenmünster . . . . .	1929: 45,9% (61,3%),
in Ansbach . . . . .	1929: 41,7% (73%),
in Haar . . . . .	1929: 46,0% (60,6%),
in Eglfing . . . . .	1929: 55,35% (58,47%),
in Wil (St. Gallen) . . . . .	1929: 36,0% der Erstaufnahmen, 51,3% der Mehraufnahmen.

Einige ältere Zahlen zum Vergleich:

Préflagier (Neufchatel) . . . . .	1910: 45,0% ;
	1911: 40,0% ;
	1912: 49,5% ;
Münsterlingen . . . . .	1913: 41,5% ;
Rufach (Elsaß) . . . . .	1913: 44,3% ;
Hall (Tirol) . . . . .	1912: 46,2% ;
Ansbach . . . . .	1918: — (69%) ;
Owinsk . . . . .	1913: 44,8% .

In Gesamt-Württemberg haben die Landesanstalten nach einer Mitteilung von A. WETZEL 72% schizophrene Insassen, diese zusammen mit der Tübinger Klinik und dem Stuttgarter Bürgerspital 69%. (Weitere Zahlen s. WETZEL, S. 620 ff.)

Der durch Gutachtenfälle, psychopathische Reaktionen u. dgl. erheblich kleinerer Anteil der Schizophrenieaufnahmen in den *Kliniken*, die zugleich Stadtasyle sind, kommt zahlenmäßig, soweit wir über Material verfügen (Leipzig, München, Zürich, Lausanne-Cery), der folgenden Berechnung für die Heidelberger Klinik nahe:

1927: 24,4%	} durchschnittlich 22,8% Schizophrene.
1928: 21,6%	
1929: 22,4%	

Die mitgeteilten Stichproben, die sich allerdings ganz überwiegend auf Süddeutschland und seine Grenzgebiete beziehen, zeigen, daß deutliche Unterschiede zwischen den alemannischen, fränkischen und bayrisch-tirolerischen Bezirken nicht bestehen.

Die Schüler RÜDINS unter Führung von LUXEMBURGER haben nun neuerdings auch die Frage der *Häufigkeit der Schizophrenie in der Durchschnittsbevölkerung* zu beantworten versucht, indem sie von den Ehegatten von Kranken ausgingen, die an nicht erblichen Psychosen (Paralyse, Arteriosklerose usw.) erkrankt waren, und deren Geschwister, Neffen, Nichten usw. auf das Vorkommen von schizophrenen Erkrankungen durchforschten. Dabei fanden sich beträchtliche Unterschiede zwischen dem Material der beiden Städte München und Basel. Während Epilepsie und Oligophrenie in den beiden Populationen ungefähr gleich häufig vorkamen, war die Dementia praecox in Basel fast doppelt so häufig (BRUGGER). Weitere Untersuchungen, die von Reichsbahnangestellten ausgingen (GOEPPEL), Erweiterung des Untersuchungskreises auf bayerische Schwaben, Franken und Oberpfälzer (WOLF, MAGG) erlaubte eine Berechnung der Erkrankungsziffer aus einer Durchschnittsbevölkerung von 5310 Köpfen. Sie beträgt 0,64%, wird sich aber gewiß noch manche Korrekturen gefallen lassen müssen, wenn norddeutsche Bevölkerungsteile und solche aus proletarischen Schichten (bisher überwiegend Mittelstand) miteinbezogen werden.

Eigentümlich kontrovers ist der Anteil der beiden *Geschlechter* an den schizophrenen Erkrankungen. *Bleuler* gibt ein Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Aufnahmen von 100 : 113 an. Während BRAUN aus den Aufnahmen der Münchener Klinik der Jahre 1921 bis 1927 ein starkes Überwiegen der Frauen (um ein Drittel bis ein Viertel) angibt, GRUHLE ähnliche Ergebnisse aus den Heidelberger Zahlen von 1927 bis 1929<sup>1</sup> errechnet hat, fand RÜDIN in dem Münchener Krankenmaterial der Jahre 1905 bis 1909 einen Männerüberschuß von ein Fünftel. Eine große amerikanische Statistik (POLLOCK) ergibt ebenfalls ein deutliches Überwiegen der Männer: Erstaufnahmen in New York civil state hospitals vom 1. Oktober 1915 bis zum 30. Juni 1925: 113,7 Männer auf 100 Frauen (Anteil an der Gesamtbevölkerung Männer zu Frauen: 1915 100,5 : 100; 1920 99,8 : 100). Erstaufnahmen in sämtlichen Anstalten der Vereinigten Staaten im Jahre 1922: 136,1 Männer auf 100 Frauen. Ähnliches ergab eine Volkszählung im Jahre 1923, welche die vorhandenen Kranken erfaßte (113,2 : 100). Die Berechnungen POLLOCKS stützen sich auf unverhältnismäßig viel größere Zahlen als die der deutschen Autoren; wieweit ihnen eine einheitliche diagnostische Beurteilung zugrunde liegt, ist schwer zu sagen. Zur Erklärung des Widerspruchs zwischen den Zahlen BLEULERS, BRAUNS, GRUHLES auf der einen Seite und denjenigen RÜDINS und POLLOCKS andererseits lassen sich nur Vermutungen äußern.

Eindrucksmäßig bestehen auch gewisse Unterschiede des Anteils der Geschlechter an den Symptombildern der Schizophrenie. Die klassischen katatonen Erscheinungsformen, insbesondere die hyperkinetischen Bilder, finden sich bei

<sup>1</sup> Jahresaufnahmen 1927: 1628; 1928: 1671; 1929: 1690.

	1927	1928	1929
Auf 100 schizophrene Männer kommen schizophrene Frauen . . . . .	124,9	140,7	142,3
Auf 100 manisch-depressive Männer kommen manisch-depressive Frauen . . . . .	117,5	144,1	146,3
In anderen Worten: Bei den beiden großen endogenen Psychosen ist das Überwiegen der Frauen über die Männer relativ ziemlich gleich.			
	1927	1928	1929
Auf 100 schizophrene Frauen kommen manisch-depressive Frauen . . . . .	42,5	40,3	45,5
Auf 100 schizophrene Männer kommen manisch-depressive Männer . . . . .	45,2	39,3	44,2

In anderen Worten: Das Verhältnis von Manisch-Depressiven zu Schizophrenen ist bei den Frauen nicht sehr unterschieden von dem bei den Männern und schwankt zwischen rund 40 und 45%.

dem Heidelberger Material ganz überwiegend auf der Frauenseite. Paranoide mit Wahnsystemen von einiger Geschlossenheit sind bei den Männern häufiger, besonders solche, die inhaltlich „objektive“, außerpersönliche Bezüge aufweisen. Ob sich aber in diesen Differenzen mehr als die allgemeinen psychischen Geschlechtsunterschiede äußern, scheint fraglich. Systematische Untersuchungen des Problems existieren bisher nicht.

Auch zwischen den einzelnen *Volksstämmen* und *Rassen* gibt es eindrucksmäßig gewisse Unterschiede in der Häufigkeit der schizophrenen Syndrome

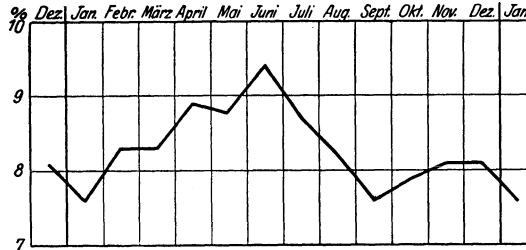


Abb. 1. Jahreskurve von 13 478 Aufnahmen der Heidelberger Klinik (1891 bis 1918).  
(Nach KOLLIBAY-UTER.)

(Häufigkeit autistischer und stuporöser Bilder in Freiburg, erlebnisreiche, religiös gefärbte Schübe in Tübingen und Stuttgart, wenig differenzierte, inhaltlich dürftige Psychosen in Dresden; nach persönlichen Beobachtungen und mündlichen Mitteilungen), die sich wahrscheinlich aus der Eigenart der betreffenden Bevölkerung herleiten. Weitergehende Unterschiede, welche KRAEPELIN an

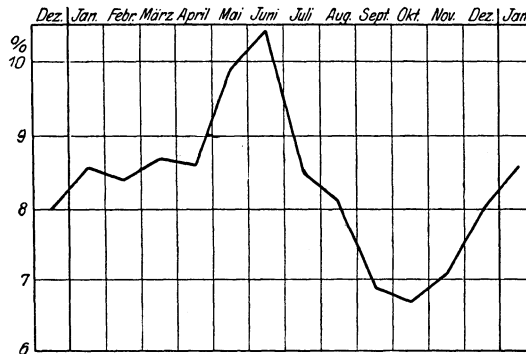


Abb. 2. Jahreskurve der Frauen vom Lande aus dem Material der Abb. 1. (Nach KOLLIBAY-UTER.)

den Dementia praecox-kranken Eingeborenen auf Java festzustellen glaubte, konnten von GANS nur zum kleinen Teil bestätigt werden.

Im übrigen scheint die Schizophrenie unabhängig von Rasse und *Klima* über die ganze Erde verbreitet zu sein und überall stellt sie den Hauptteil der geistigen Erkrankungen. Interessant ist die große Anfälligkeit der in Amerika lebenden Chinesen nach der Statistik POLLOCKS: er berechnet fast das Dreifache an Anstaltsaufnahmen schizophrener Chinesen gegenüber den weißen Amerikanern. Auch für die amerikanischen Neger nimmt POLLOCK eine größere Schizophreniemorbidität an als für den weißen Bevölkerungsanteil. Für die eingewanderten Europäer differiert die Schizophreniezahl erheblich, je nach ihrer Herkunft; doch beweisen diese vielfach sehr kleinen absoluten Zahlen wenig.



Ob der Anteil der Juden (SICHEL, PILCZ, URSTEIN, SIEBERT) an der Schizophrenie den zu erwartenden Durchschnitt übersteigt, ist zweifelhaft. Sicher finden wir bei ihnen oft schwerer diagnostizierbare Zustandsbilder atypischen Charakters (unter 12 Fällen meines Materials der oneroiden Erlebnisform waren 5 rein jüdischer Abkunft), welche vielleicht auf die häufigen Verwandtschafts- heiraten zurückzuführen sind.

In diesem Zusammenhang sind schließlich noch die *jahreszeitlichen Schwankungen* des Ausbruchs der akuten Schizophrenie zu erwähnen, welche durch die Untersuchungen von KOLLIBAY-UTER sichergestellt sind (vgl. WETZEL S. 612). Der Gipfel der Aufnahmekurve im Frühsommer, der sich aus dem Durchschnitt vieler Jahre ergab (s. Abb. 1), fand sich am deutlichsten bei gesonderter Betrachtung weiblicher Patienten vom Lande (s. Abb. 2), womit eine Entstehung durch wirtschaftliche oder soziale Nebenfaktoren sehr unwahrscheinlich geworden ist. WILMANNs hat auf die Übereinstimmung mit den Kurven der ehelichen und unehelichen Zeugungen, Selbstmorde und der Sexualverbrechen hingewiesen und an einen gemeinsamen Faktor vitaler Schwankungen gedacht, der Brunstzeit des Tieres vergleichbar („Störungen des Gleichgewichts des endokrinen Systems“).

## 2. Die Erbllichkeit.

Von

**K. BERINGER**

Heidelberg.

Durchschaute man die Arbeiten über Vererbung in der psychiatrischen Literatur der letzten 30 Jahre, also etwa vom Beginn des Zeitpunktes an, als sich die KRAEPELINSche Konzeption der Krankheitseinheit *Dementia praecox* durchzusetzen begann, so ergibt sich, daß keine andere Psychose so eingehend untersucht wurde hinsichtlich der Rolle, welche der Vererbung an ihrem Entstehen ukommt. Die Gründe sind naheliegend. Es fehlen bis heute auch nur einigermaßen gesicherte Ergebnisse über eine Verursachung dieser Krankheit durch nichterbliche Momente. Um so gewichtiger mußte die Frage der Vererbung werden. Ferner ist die Schizophrenie die verbreitetste und damit praktisch wichtigste Geisteskrankheit. Beides fachte das Interesse für die Vererbung bei dieser Krankheit immer von neuem an. Abgesehen aber hiervon sind die zahlreichen Untersuchungen auch noch in anderer Hinsicht bemerkenswert. Sie spiegeln die mannigfachen Wandlungen und zeitweise vorherrschenden Richtungen in der psychiatrischen Erbllichkeitslehre wider. Es lassen sich im Längsschnitt deutlich bestimmte Perioden unterscheiden. Die erste, etwa bis zum Jahre 1910 dauernd, nahm noch von der mit der Wiederentdeckung der MENDELSchen Lehren zu Beginn dieses Jahrhunderts einsetzenden und mächtig vorwärtsdrängenden modernen experimentellen Vererbungsforschung kaum Notiz. Sie ist gekennzeichnet durch das Vorherrschen unsystematischer, nach den heutigen Anschauungen methodisch unzureichender Untersuchungen, sowie durch das Bestreben aus der Kasuistik stark belasteter „interessanter“ Einzelfamilien allgemeine Schlüsse über die Art und Bedeutung der Vererbung zu ziehen. Eine vortreffliche kritische Zusammenstellung der Arbeiten aus diesem Zeitraume findet sich in HOFFMANNs Sammelreferat 1919.

Die 2. Periode ist mit dem Namen RÜDIN verknüpft. Seinem Bemühen ist es zu verdanken, daß die psychiatrische Vererbungsforschung Anschluß

an die moderne Vererbungslehre gewann. Damit erhielt die ganze Arbeitsweise in vielerlei Beziehung ein anderes Gesicht, insbesondere erfolgte eine grundsätzliche Umstellung der Methodik. Den Drehpunkt für diese Betrachtungs- und Forschungswandlung stellt seine 1916 erschienene Monographie „zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox“ dar, in der er über 700 Geschwisterschaften schizophrener Probanden bearbeitete und ein methodisches Musterbeispiel gab, wie ein solches Material den Anforderungen der Vererbungsstatistik entsprechend aufzuarbeiten ist und welche Schlüsse sich aus den gewonnenen nach der mendelistisch orientierten Erbtheorie im Sinne des Erbgangs ziehen lassen. Aber gerade dieser brennende Wunsch, einen klaren Erbgang zu finden, erfüllte sich nicht. Es ergab sich zwar, daß keine dominante Vererbung vorliegt, jedoch lassen die gefundenen Zahlen die spezielle Art des Erbgangs im Dunkel. Es beginnt nun ein, wenn man so will, theoretisierendes Herumprobieren. Man versuchte unter eingehender Bezugnahme auf die erbtheoretische Forschung mit mehr oder minder spekulativen, oft sehr komplizierten Erklärungsversuchen die Bedeutung der in den Untersuchungen festgestellten Zahlen im Sinne des Mendelismus zu klären. Man kam bei diesem Hin- und Herwälzen der Probleme wohl zu mancherlei vertieften Fragestellungen, Fragestellungen, die ihrerseits auch wieder auf die klinische Analyse anregend wirkten, aber es blieb doch mehr oder minder alles im Rahmen des Unverbindlichen; man kam nicht recht weiter und wußte auch nicht recht weiter. Hier setzte dann etwa seit 1925 eine neue Änderung in der Forschungsrichtung ein, wiederum unter Führung RÜDINS und seiner Schüler. LUXENBURGER charakterisiert sie als die deutlich und mit seltener Einmütigkeit verfolgte Tendenz „den Nachweis von Mendelproportionen vorläufig hinter die voraussetzungslose Empirie zurücktreten zu lassen und zugleich die praktischen Fragestellungen auf Kosten der erbtheoretischen stärker zu betonen und zu bearbeiten“. Man begab sich wieder daran, in größeren Reihenuntersuchungen festzustellen, welche Belastung mit Schizophrenie *in den verschiedenen Verwandtschaftsgraden* schizophrener Probanden vorliegt und errechnete so für die verschiedenen Erbpositionen bestimmte Prozentzahlen. So gelangte man zu der empirischen Feststellung der Krankheitserwartung für die Geschwister, Kinder, Enkel, Vettern und Basen, Neffen und Nichten, Großneffen und Großnichten schizophrener Probanden, also zu einer „Erbprognose“ für die verschiedenen Sippschaftsgrade.

Zugleich wurde aber auch die allgemein wichtige Aufgabe in Angriff genommen, die Erkrankungsansichten hinsichtlich der verschiedenen Psychosen und damit also auch für die Schizophrenie innerhalb der *Durchschnittsbevölkerung* festzustellen, um so den nötigen Vergleichshintergrund zu bekommen, der bisher fehlte. Die alten Belastungsstatistiken für die Durchschnittsbevölkerung von KOLLER und DIEHM waren hierzu nicht verwertbar (RÜDIN, KEHRER, C. SCHNEIDER).

Bevor wir nach dieser Orientierung in großen Zügen über die bisherige Entwicklung zu Einzelheiten übergehen, muß daran erinnert werden, daß schon im allgemeinen Teil dieses Handbuchs ENTRES eine, wie sie LUXENBURGER mit Recht nennt, vorzügliche, zusammenfassende und das Schrifttum detailliert berücksichtigende Interpretation der Ergebnisse der bisherigen psychiatrischen Erblichkeitsforschung gegeben hat und zwar auch speziell hinsichtlich der einzelnen Psychosekreise. Sie ist eine minutiöse Darstellung für den Fachmann auf dem Gebiete der psychiatrischen Erbforschung. Der folgenden Darstellung lag die Absicht zugrunde, einen mehr allgemeinen Überblick zu geben, vor allem die verschiedenen Betrachtungs- und Untersuchungsrichtungen herauszuheben, um so auch dem nicht speziell mit der Vererbungslehre Vertrauten ein Bild sowohl von der geleisteten Arbeit wie aber auch von den *im Wesen der Materie selbst begründeten Schwierigkeiten* zu vermitteln, mit denen der Erbforscher zu

rechnen und mit welchen er sich auseinanderzusetzen hat. Bei der Stoffgliederung wurde unhistorisch vorgegangen, indem zunächst die Ergebnisse der großen Reihenuntersuchungen innerhalb verschiedener Sippschaftsgrade schizophrener Probanden zusammengestellt wurden. Daran anschließend folgen die Bemühungen um die Erforschung eines speziellen Mendelerbgangs, die dann zu den zahlreichen allgemeinen erbtheoretischen Erwägungen überleiten, die angestellt wurden, nachdem sich kein einfacher, klar durchsichtiger Erbgang finden ließ. Die Frage der Bedeutung von den exogenen Faktoren und der erblichen Beziehungen der Schizophrenie zu anderen Psychosen wird mit Rücksicht auf die Ausführungen im klinischen Teil nur cursorisch gestreift.

Die Ergebnisse der großen Reihenuntersuchungen sind deshalb an die Spitze gestellt worden, weil sie — wenigstens nach heutiger Auffassung — methodisch einwandfrei unter weitgehender Beachtung aller möglicher Fehlerquellen, wie Auslese, Verschiedenartigkeit des Altersaufbaus usw., gewonnen wurden. Sie werden deshalb unabhängig von jeder theoretischen Deutung ihren Wert behalten. Daß daneben die Einzelkasuistik bei vertiefter klinisch-genealogischer Strukturanalyse keineswegs bedeutungslos ist, ja daß sie oft gerade auf Grund prägnanter Sachverhalte zu neuen fruchtbaren Fragestellungen führt, sei ausdrücklich erwähnt. Hierfür sprechen ja ohne weiteres die eingehenden klinisch-genealogischen Strukturanalysen einzelner Familien (aus früherer Zeit z. B. JÖRGER, STROHMAYER, aus neuerer Zeit LANGE, KEHRER, MAYER-GROSS, HOFFMANN u. a.). Zur Feststellung aber von über den Einzelfall hinausreichenden Regelmäßigkeiten bedarf es doch stets der Überprüfung am großen repräsentativen Material.

Wir beginnen mit dem Fall schwerster direkter Belastung und fragen uns: Welches Schicksal haben die Kinder, deren beide Eltern schizopren sind? Wie verhalten sich deren Kinder? KAHN brachte 8 derartiger Familien zusammen mit einem Nachwuchs von 26 Kindern, von denen 9 klein gestorben waren. Von den 17 lebenden waren 9, also rund 50% wiederum schizopren, 5 zeigten psychopathische Züge im Sinne des Schizoids, 3 waren psychisch unauffällig. Bei dem einen Gesunden war allerdings noch mit der Möglichkeit der Erkrankung zu rechnen, da er sich noch innerhalb der Gefährdungzone befand, wohingegen die beiden anderen (Brüder) schon 44 resp. 52 Jahre alt waren. Es ist also festzustellen, daß auch dann, wenn beide Eltern an Schizophrenie leiden, nicht alle Kinder schizopren werden.

Sehr viel geringer ist die Zahl der schizoprenen Nachkommen dann, wenn nur *ein Elter* erkrankt ist, sie sinkt unter 10%. RÜDIN weist darauf hin, daß die Vererbung vom kranken Elter auf das Kind überhaupt verhältnismäßig selten ist. ZOLLER fand unter 356 Probandengeschwisterschaften überhaupt keinen Fall mit einem sicheren schizoprenen Elter. RÜDIN konnte in über 1000 Probandenfamilien nur 52 Fälle feststellen, wobei noch 18 unter dem speziellen Gesichtspunkt direkter gleichartiger Belastung ausgelesen waren, also nicht als repräsentatives Material gelten können. Nach deren Abzug bleiben noch 34 übrig, aus diesen 34 Sippschaften mit 166 Geschwistern waren 37 an Schizophrenie erkrankt. Hieraus errechnete RÜDIN mittels der Probandenmethode eine Dementia praecox-Häufigkeit von 6,18% unter den Geschwistern. (Nachträglich stellten sich auch noch unter den schizopreniefreien Eltern von 701 unausgelesenen Probandengeschwisterschaften 31 sichere, 8 wahrscheinliche und 14 schizoprenieverdächtige Fälle heraus. Zählt man die Gesamtgeschwisterschaften mit und ohne Schizophrenie der Eltern zusammen, so ergeben sich aus 735 Geschwisterserien 59 sichere, wahrscheinliche oder mögliche Elternschizophrenen und damit die Wahrscheinlichkeit, daß (735 zu 59) in  $\frac{1}{12}$  bis  $\frac{1}{13}$  der Fälle ein Elter an derselben Krankheit leidet, wie das Probandenkind.)

HOFFMANN machte die Frage der Nachkommenschaft endogener Psychosen zum Gegenstand einer speziellen Studie. Die Ausgangsprobanden mußten 2 Bedingungen erfüllen: 1. unbedingte Sicherheit der Diagnose, 2. mußte das jüngste Kind das 30. Lebensjahr überschritten haben. Genauer untersucht werden konnten die Nachkommenschaften von 51 Schizophrenen. Die Zahl der erwachsenen Kinder über 30 Jahre betrug 100. Von diesen waren 7 wieder an Schizophrenie erkrankt. HOFFMANN hielt jedoch diese Zahl in Anbetracht der Möglichkeit, daß noch das eine oder andere Kind erkranken könnte, für zu niedrig und nimmt 9% als Durchschnitt an. In einer späteren Untersuchung (Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis) fand HOFFMANN für den Fall, daß ein Elter der Probandengeschwisterserie schizophren oder irgendwie psychotisch war, unter den Kindern 8,2% Schizophrenen. B. SCHULZ, der ein Material von 33 Probanden mit Kindern untersuchte, fand unter komplizierter Berechnung zur Ausschaltung von Fehlerquellen unter den Kindern in 5,6% Schizophrenie (2 Fälle). Nimmt er jedoch noch einen fraglichen Fall von Dementia praecocissima hinzu, so ergäben sich 8,4%. Dieses Beispiel zeigt besonders instruktiv, welche große Schwankungen die Prozentzahlen bei verhältnismäßig kleinem Material schon durch das Weglassen oder Hinzukommen eines einzigen Krankheitsfalles unterworfen sind. LUXENBURGER endlich errechnete aus den verschiedenen vorliegenden Untersuchungen für die Kinder Schizophrener eine Erkrankungs-wahrscheinlichkeit von 0,087.

Sehr viel zahlreicher sind die Untersuchungen über *schizophrene Geschwisterschaften* bei nichtschizophrenen Eltern. RÜDINS Hauptwerk beruht in der Untersuchung von 701 Geschwisterschaften mit schizophreniefreien Eltern (daß nachträglich doch noch ein Teil der Eltern als Schizophrene erkannt wurden, wurde schon erwähnt). Die Auswahl der Probanden war nur nach der Sicherheit der Diagnose getroffen. Dabei war der Schizophreniebegriff eng gefaßt, unklare und nicht ganz sichere Fälle wurden weggelassen. Dieses repräsentative Material wurde dann nach der WEINBERGSchen Probandenmethode aufgearbeitet. Es ergab sich ein Dementia praecox-Satz von 4,48% (nach dem abgekürzten Verfahren 5,35%). ZOLLER errechnete nach der WEINBERGSchen Probandenmethode aus 356 Geschwisterschaften schizophrener Probanden 6,16% Schizophrenen unter den Geschwistern. Ein weiteres großes Material von 372 Probandengeschwisterschaften bearbeitete ELMIGER, jedoch nicht mit zureichender Methodik, so daß seine Ergebnisse nicht als exakte Vergleichszahlen zu den Untersuchungen RÜDINS und ZOLLERS dienen können. Aus Dänemark stammt eine Untersuchung von WIMMER, der schizophrene Geschwisterschaften untersuchte, er errechnete eine Belastung von  $\frac{1}{16}$ , also etwa soviel wie ZOLLER.

In der schon erwähnten Untersuchung von SCHULZ waren die Eltern von 73 Probandenserien schizophreniefrei. Nach dem abgekürzten Verfahren (siehe Monographie von RÜDIN) errechnete SCHULZ einen Prozentsatz von 2,44%, also weniger. Da jedoch der Altersaufbau beider Untersuchungsreihen wesentliche Unterschiede zeigt, hält SCHULZ einen Vergleich beider Ergebnisse für unzulässig. Zum Problem der Geschwisterschaften gibt ferner die Untersuchung von J. WEINBERG einen Beitrag. Bei einer Bearbeitung der Erkrankungsaussichten von Vettern und Basen Schizophrener ging sie von 54 Probandengeschwisterschaften aus. Die Häufigkeit der Schizophrenie unter den Geschwistern der Probanden betrug bei Außerachtlassung der Erkrankungswahrscheinlichkeit für jedes Lebensalter 4,65% (die entsprechende Vergleichszahl von RÜDINS Fällen ist 3,46%). Während die bisherigen Zahlen im wesentlichen nahe beieinanderliegen, verhält es sich anders bei denjenigen, welche BRUGGER bei den Geschwistern von Pfropfschizophrenen aus der Basler Klinik erhielt. Die nach dem

abgekürzten Verfahren WEINBERGS errechnete Erkrankungs Wahrscheinlichkeit der Geschwister für Schizophrenie ist doppelt so groß wie die von LUXENBURGER aus einem gleich großen *Münchner* Material errechnete Zahl, nämlich 0,1070 gegen 0,0510. (BRUGGER lehnt im übrigen eine Korrelation zwischen Schwachsinn und Dementia praecox ab und hält das Zusammentreffen nur für ein „Summationsprodukt rein äußerlicher Natur“.) Da sich aber, wie noch zu zeigen ist, gegenüber dem Münchner Material auch bei der Untersuchung von Neffen und Nichten, sowie von Enkeln Schizophrener an dem aus Basel stammenden Material höhere Belastungsziffern ergaben, wurde daran gedacht, daß im Bereich des Basler Gebietes vielleicht auch in der *Durchschnittsbevölkerung* eine größere Belastung mit Schizophrenie als in anderen Gegenden bestände und daß hieraus diese Unterschiede zu erklären seien. In der Tat fand BRUGGER eine fast doppelt so hohe Krankheitserwartung für Schizophrenie bei der Durchschnittsbevölkerung des Basler Gebietes, nämlich 0,0153 als LUXENBURGER in Bayern, der 0,0085 errechnete. Da also, wie M. BLEULER ausführte, erhebliche örtliche Unterschiede gefunden werden, obwohl die grundlegenden Zahlen, die RÜDIN und seine Schule über die hereditäre Belastung Schizophrener errechnet haben aus nahe zusammenliegenden Gegenden stammen und von einem Material ausgehen, das sich aus verwandten Rassen zusammensetzt, schien es ihm angesichts der großen praktischen und theoretischen Bedeutung, die diesen Zahlen zukommt, wenn sie als Kanon gewertet werden sollen, recht wünschenswert „statistische Untersuchungen vergleichsweise an einem Material anzustellen, das gesellschaftlich und rassenmäßig vom Ausgangsmaterial früherer Untersucher abwich“. Zu diesem Zweck untersuchte M. BLEULER die Vererbungslage bei 100 schizophrenen Probanden des Bloomingdale Hospital in New York, in welchem Kranke gehobener Stände *verschiedener Rasseherkunft* zur Aufnahme kamen. Unter Aufarbeitung des Materials nach der Probandenmethode, unter Berücksichtigung des Altersaufbaus ergab sich eine Krankheitserwartung von 4,8%, unter Einbeziehung der Schizophrenieverdächtigen von 6,8%. M. BLEULER faßt das bedeutsame Ergebnis zusammen in die Worte: „Die Krankheitserwartung für Geschwister von Schizophrenen für Schizophrenie ist ungefähr dieselbe für Münchner Fälle und unsere Fälle, die rassenmäßig und sozial vollkommen verschieden zusammengesetzt sind.“ Leider fehlt der Vergleichshintergrund der Krankheitserwartung in der amerikanischen Durchschnittsbevölkerung resp. einzelner Regionen.

Aus ähnlichen Erwägungen wie die Arbeit BLEULERS entstand auf Anregung RÜDINS die Arbeit von CONSTANTINU über die Erkrankung der Neffen und Nichten, Großneffen und Großnichten von Schizophrenen Thüringens. Es wurden 60 Sippschaften untersucht; als Probanden dienten nur solche Fälle, die vor 1870 geboren waren. Hier interessiert uns die Erkrankungshäufigkeit unter den Probandengeschwistern (379), sie betrug 4,5%, also ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung.

Steigt man in der Nachkommenschaft schizophrener Probanden weiter abwärts im Verwandtschaftsgrad, so erhebt sich die Frage nach der Krankheitserwartung der *Enkel Schizophrener*. Es ist naheliegend, daß es hier schon schwerer fällt, ein entsprechendes diagnostisch zureichendes Material zu erhalten, denn bei einigermaßen beträchtlichem Alter der Enkel zur Zeit der Untersuchung werden die erkrankten Großeltern meist schon gestorben sein. Man ist dann im wesentlichen auf Krankengeschichten angewiesen und zwar zum Teil aus einer Zeit, als nach anderen Gesichtspunkten diagnostiziert und auch die Krankheitssymptome anders gesehen und beschrieben wurden als heute. A. JUDA verfolgte das Schicksal der Enkel solcher Kranker aus der Basler und Münchner Klinik, bei welchen nach der Krankengeschichte die Diagnose Schizophrenie gesichert erschien.

Die Zahl der Ausgangsprobanden betrug 72 mit 359 Kindern und 547 Enkeln. Es handelt sich um 42 Basler und 30 Münchner Fälle. Unter den 300 Basler Enkeln fanden sich 5 Schizophrene, hingegen nur 2 unter 247 Enkeln aus dem Münchner Material. Für die Enkel der Münchner Probanden wird als Krankheitserwartung (Aufarbeitung des Materials nach dem abgekürzten Verfahren unter Verwendung der Morbiditätsrechnung) 0,018 errechnet. Für das Basler Material hingegen findet sich die Zahl von 0,04.

Weiterhin wurde die Erkrankungsaussicht von *Neffen und Nichten* Schizophrener untersucht. B. SCHULZ errechnete aus seinem Münchner Material von 722 Neffen und Nichten von 218 Probandengeschwistern nach dem abgekürzten Verfahren 0,014. CONSTANTINU fand bei 786 Neffen und Nichten von 60 Probandengeschwisterschaften in Thüringen 0,016. Hingegen ist wiederum die Krankheitserwartung, welche WALKER für die Neffen und Nichten Basler Schizophrener findet (47 Probanden, 233 Geschwister, 401 Neffen und Nichten), höher, nämlich 0,022, ebenso die Zahl BRUGGERS, die dieser für die Neffen und Nichten von Pfropfschizophrenen aus der Basler Klinik vorfand mit 0,035.

Etwa in gleicher Höhe mit den Zahlen von SCHULZ und CONSTANTINU bewegt sich die an Münchner Material gefundene Erkrankungsaussicht bei *Vettern und Basen Schizophrener* von J. WEINBERG. Sie fand, nach dem abgekürzten Verfahren berechnet, eine Krankheitserwartung von 0,014 unter 977 Vettern und Basen verteilt auf 251 Vettern- und Basenreihen.

Noch niedriger blieben die Zahlen für die *Großneffen und Großnichten*. CONSTANTINU errechnete für sein Thüringer Material (835) 0,0078 als Erkrankungs- aussicht, also etwa der von LUXENBURGER festgestellten Zahl für die Durchschnittsbevölkerung entsprechend. WALKER findet in seinem Basler Material eine empirische Erwartungsziffer von 0,84% (die empirische Erwartungsziffer von Neffen und Nichten desselben Materials beträgt 1,75%), eine Krankheitserwartung mit Hilfe einer Morbiditätsberechnung konnte wegen der Jugend des Materials nicht festgestellt werden. Er faßt das Ergebnis dahin zusammen, daß die Erkrankungsziffern für Großneffen und Großnichten kleiner sind, als die für Neffen und Nichten und nicht größer als die der Durchschnittsbevölkerung aus dem gleichen Zählbezirk. Es zeigt sich gerade aus diesen Vergleichen zwischen Basler und anderem Material, wie wichtig es ist, die innerhalb eines bestimmten Gebietes gefundenen Erb- ziffern jeweils auch mit denen der *entsprechenden* Durchschnittsbevölkerung vergleichen zu können, die offensichtlich gewisse Schwankungen aufweisen. Faßt man allerdings die bisher errechneten Erwartungsziffern der Durchschnittsbevölkerung in verschiedenen Gebieten (LUXENBURGER, SCHULZ, KATTENTIED, MAGG, WOLF, BRUGGER) zusammen, so findet sich, vorerst vorliegend für ein Gebiet von München—Oberbayern—Allgäu—Nordwestschweiz — nach BRUGGER insgesamt doch wieder für die Schizophrenie eine Durchschnittserwartung von 0,008%. LUXENBURGER spricht diese Zahl als „Standardziffer“ an, die auch für Forschungen in anderen geographischen Gebieten Verwendung finden kann. Wie weit dies stimmt, müssen erst weitere Untersuchungen lehren. Welches Maß an Kritik und an Kenntnissen methodisch zureichender statistischer Berechnungsmethoden derartige Untersuchungen erfordern, geht am besten aus LUXENBURGERS Arbeit „demographische und psychiatrische Untersuchungen in der engeren biologischen Familie von Paralytiker-Ehegatten, Versuch einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung“ hervor.

Überblickt man die bisher mitgeteilten wichtigsten mit — wenigstens nach gegenwärtiger Ansicht — zureichender statistischer Methodik gewonnenen Untersuchungsergebnisse, so zeigt sich bei aller Reserve, zumal wenn man die unterschiedliche Größe der einzelnen Gruppen bedenkt, doch unverkennbar

eine gewisse Gesetzmäßigkeit. Im ganzen ist immer wieder ein Sinken der Prozentzahlen zu konstatieren, zunehmend mit der Entfernung der untersuchten Sippschaftsgrade vom Ausgangsprobanden, um schließlich bei Großneffen und Großnichten die Erwartungszahl für die Durchschnittsbevölkerung zu erreichen. Hierin ist unseres Erachtens zur Zeit das Hauptergebnis der Erbforschung für die Schizophrenie zu erblicken und solange wir nicht eine andere plausible Erklärung dieses Sachverhalts haben, ist die Annahme, daß wir es hier mit der Auswirkung eines Erbmomentes zu tun haben, naheliegend.

Ob allerdings die Vererbung bei *allen* Formen der Schizophrenie dieselbe Rolle spielt oder ob es sich um biologisch und ätiologisch ganz verschiedene Gruppen von Schizophrenien handelt trotz psychologischer und symptomatologischer Zusammengehörigkeit, darüber vermögen die aufgefundenen Zahlen naturgemäß keinen Aufschluß zu geben. Gesetzt den Fall, „daß es Formen geben mag, bei denen die Heredität keine und andere, bei denen sie eine besonders starke Rolle spielt, hört die Gültigkeit solcher Zahlen, *auf den einzelnen Fall bezogen*, auf. Es ist deshalb, gerade auch im Hinblick auf die Erbprognosebestimmung von der größten praktischen Bedeutung zu untersuchen, ob sich der Einfluß der Heredität gleichmäßig auf alle Formen verhält. Derartige Untersuchungen müssen zur Ergänzung der bisherigen Befunde zur Frage der Erbprognosebestimmung mit herangezogen werden“. M. BLEULER, von dem dieser Hinweis stammt, lenkt in diesem Zusammenhang die Aufmerksamkeit besonders auf die Untersuchung der Fälle von Schizophrenie *ohne* Belastung, bei welchen er in auffälliger Weise die Häufung einer Gruppe von Kranken vorfand, „die sich klinisch von der Mehrzahl der belasteten Schizophrenen unterscheiden läßt: Es handelt sich um schwer verblödete Patienten, mit denen man aber einen gewissen affektiven Rapport wie mit Idioten hat, und deren Haltung und Mimik schlaff ist; ihre Krankheit begann juvenil, verlief rasch-progressiv und zeigte keine wesentlichen Remissionen; körperlich sind sie fettdysplastisch; vorpsychotisch waren sie nicht deutlich schizoid, sondern gutmütig-träge“.

Er hält es für wahrscheinlich, wenn sich diese Befunde weiterhin bestätigen sollten, insbesondere wenn derartige Fälle in den belasteten Familien fehlen sollten, „im Krankheitsfalle der Schizophrenie eine Gruppe isoliert zu haben, die sich biologisch durch das Fehlen der Heredität vom Reste der schizophrenen Fälle unterscheiden würde“.

Es kommt aber bei der Bewertung der Erbziffern noch ein anderes Moment dazu.

Die mitgeteilten Erbziffern sind um einen Ausdruck von RÜDIN zu gebrauchen, *Pauschalziffern*. In ihnen kommt nicht zum Ausdruck, wie sie sich dann verhalten, wenn zwar die Eltern nichtschizophren, aber sonst irgendwie seelisch auffällig sind, entweder indem sie an einer anderen Psychose leiden, oder ausgesprochene psychopathische Eigenschaften zeigen. Man muß sich also auch fragen, wie sich die Erbziffer verhält, wenn sich irgendwelche nichtschizophrene seelische Regelwidrigkeiten bei den Eltern vorfinden. Diese Frage kann nur durch psychiatrisch-psychologische Erfassung jedes einzelnen Elters geklärt werden. Zu diesem Zweck wurde in den großen Serienuntersuchungen auch jeweils der Versuch unternommen, die spezielle psychiatrische Qualität jeder einzelnen in die Untersuchung einbezogenen Person soweit wie möglich festzustellen.

Gehen wir zunächst von der Belastung speziell mit *Psychosen* nichtschizophrener Art aus, so zeigte RÜDINs Material, daß die Zahl der schizophrenen, wie auch der anderen Psychosen bei den Kindern *auch dann* ansteigt, wenn bei den Eltern andersartige geistige Störungen vorliegen. Einen eindrucksvollen Beleg bildet seine „Übersichtstabelle der prozentualen Häufigkeit der *Dementia praecox* bei den Kindern je nach der verschiedenen Beschaffenheit der Eltern“.

	Prozent-Zusammenstellung	Summarische Berechnung (abgekürztes Verfahren)			Zahl der Ge- schwister- serien	Gesamt- Ge- schwister- zahl
		De- mentia praecox	Andere Psy- chosen	Alle Psy- chosen zusammen		
I.	Beide Eltern Dementia praecox-frei, DR × DR-Kreuzung	5,35			701	4823
II.	1 Elter Dementia praecox-krank, RR × DR-Kreuzung	6,18	10,30	16,49	34	166
III.	Stiefgeschwister	0,56	1,70	2,27	134	498
IV.	1 Elter irgendwie geisteskrank (De- mentia praecox ausgeschlossen) mit und ohne Trunksucht des einen oder anderen Elters	8,21	8,21	16,43	133	881
V.	1 Elter oder beide Eltern irgendwie geisteskrank, dabei gleichzeitig bei 1 oder 2 Eltern Trunksucht vorhanden	14,81	7,40	22,22	36	244
VI.	1 Elter trunksüchtig, kein Elter geisteskrank	7,80	5,20	13,01	109	784
VII.	Beide Eltern geisteskrank (einschließlich eventuelle Trunksucht)	22,72	—	22,72	10	59
VIII.	Mit Dementia praecox belastete Pro- banden, wobei die Eltern weder De- mentia praecox-krank, noch anders- wie geisteskrank, noch trunksüchtig sind	8,07	6,83	14,90	62	421
IX.	1 Elter irgendwie geisteskrank, dabei gleichzeitig bei 1 oder 2 Eltern Trunk- sucht vorhanden	15,78	7,89	23,68	33	223

Er faßt den Sachverhalt dahin zusammen: „Es ist somit die Häufigkeit, mit der die Dementia praecox in einer Geschwisterschaft auftritt, nicht allein abhängig von der Häufigkeit, in der diese spezielle Krankheit bei den Eltern dieser Geschwisterschaft auftritt, sondern auch von der Häufigkeit, mit der andere Geisteskrankheiten, die sich klinisch von der Dementia praecox unterscheiden, bei den Eltern auftreten.“

Eine ähnliche Abhängigkeit stellt auch ZOLLER bei seinen 356 Geschwisterschaften (1945 Individuen) fest. Wie schon erwähnt, fand er bei Berechnung des Gesamtmaterials 6,16% Schizophrenien. Stellt man die mit dem abgekürzten Verfahren errechneten Ergebnisse seiner verschiedenen Tabellen nun zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

Elternbeschaffenheit	Geschwister- schaften	Gesamtzahl der Geschwister	Dementia praecox %	Andere Psychosen %
Familien ohne erblichen Einfluß	158	892	2,13	3,55
Dementia praecox bei Geschwistern der Eltern	31	190	6,06	3,03
Ein Elter trunksüchtig, keiner geisteskrank	44	238	13,02	7,44
Ein Elter geisteskrank, ohne Rück- sicht auf die bestehende Trunksucht	88	463	8,24	12,36
Ein Elter geisteskrank, ein Elter trunksüchtig	10	57	28,20	12,82
Beide Eltern geisteskrank	11	50	15,0	5,0



Man wird sich allerdings hüten müssen, weitgehende Schlüsse aus den zum Teil nur kleinen Gruppen zu folgern. Man darf auch nicht die Unterschiede übersehen. So z. B. daß bei dem Material ZOLLERS der Prozentsatz an Schizophrenie in der Gruppe: „Ein Elter trunksüchtig, keiner geisteskrank“ doppelt so groß ist wie im Material RÜDINS. Immerhin läßt sich auch bei ZOLLERS Befunden RÜDINS Wort anwenden: „Es scheint so, daß das Auftreten anderer Psychosenarten bei den Eltern und Geschwistern Dementia praecox-Kranker nicht etwa eine nebensächliche Begleiterscheinung der Erbestehung der Dementia praecox selbst oder ihrer Anlage darstellt, sondern daß es mit ihr im Wesen in irgendeiner Weise innig zusammenhängt“. Auch HOFFMANN fand ähnliche Verhältnisse in seiner Untersuchung über „Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis (Psychosen bei den Eltern von Dementia praecox-Kranken)“, 1926, die ihn zur Aufstellung folgender Belastungsregel veranlaßten: „Die Häufung schizophrener Erkrankungen in einer Geschwisterschaft scheint mit der Häufung der psychotischen Belastung durch die Eltern parallel zu gehen (keine Belastung — einseitige Belastung — doppelte Belastung). Dabei besitzen die schizophrenen Psychosen bei den Eltern eine größere erbbiologische Kraft als die nichtschizophrenen, die aber keineswegs ohne Bedeutung sind für die erbbiologische Belastung der Kinderschizophrenien.“

Einen genaueren Einblick in die Ursache dieses Tatbestandes erhofft RÜDIN durch viele klinische Einzeluntersuchungen und statistische Gruppierungen, um so schließlich herauszubekommen, „welche psychopathischen und psychotischen Zustände gewissermaßen als erbäquivalent zu betrachten sind und welche nicht“. Von einer Einsicht aber in die Art dieser Zusammenhänge, von einer Klärung dieser ganzen Frage ist man zur Zeit noch weit entfernt.

Diese Untersuchungen über die noch unklare Beeinflussung der Nachkommenschaft durch nichtschizophrene Psychosen wurde nun ergänzt resp. differenziert durch eine weitere psychologische Unterteilung der Eltern nach Zahl und Art der bei ihnen vorkommenden *psychopathischen Persönlichkeiten*. Daß sich Psychopathen unter der engeren Verwandtschaft Schizophrener nicht selten vorfinden, speziell bei den Eltern Psychotischer, ist eine alte Erfahrung, auf die 1910 besonders BERZE eindringlich hinwies, weiter KRAEPELIN, BLEULER, MEDOW und RÜDIN. KRETSCHMER hat dann durch seine Konzeption des Schizoids und Zykloids diese Psychopathenformen in enge konstitutionelle Beziehungen zu den entsprechenden Psychosen gebracht. Auf die theoretischen und praktischen Schwierigkeiten der Begriffsbestimmung und Abgrenzung speziell des Schizoids und auf den dadurch bedingten großen Spielraum subjektiver Deutung des Materials wird im Kapitel über die Psychologie des Schizoids eingegangen. Hier sei nur von den Befunden die Rede, die in größeren Serienuntersuchungen gewonnen wurden. In diesen werden als Schizoide, resp. Sonderlinge eine nach dem Vorgehen von A. SCHNEIDER im Gegensatz zu KRETSCHMERS Schizoid enger gefaßte, wenn auch psychologisch nicht scharf umgrenzbare Gruppe Auffälliger den „anders Abnormen“ gegenübergestellt. Es sei zunächst eine Tabelle von SCHULZ wiedergegeben aus seiner Untersuchung der Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Schizophrenen.

SCHULZ beantwortet die Frage „des Einflusses der psychischen Beschaffenheit der nichtpsychotischen Neffen- und Nichteneltern bei ihren Kindern“ dahin, daß abnorme Persönlichkeiten und Psychosen dann seltener sind, wenn beide Eltern psychisch normal erscheinen, häufiger, wenn ein Elter psychopathische Züge trägt und am häufigsten, wenn beide Eltern abnorme Züge tragen. Für die Schizophrenien im speziellen faßt er das Ergebnis dahin zusammen „die Wahrscheinlichkeit zu erkranken wird, wenn beide Eltern

psychisch unauffällig sind, geringer sein, als wenn einer oder beide psychisch abnorm erscheinen, besonders wenn einer oder beide Sonderlinge sind“.

Eltern der Neffen und Nichten		Neffen und Nichten				
Probandengeschwister	Angeheiratete Eltern	„Nor- male“	„Sonder- linge“	„Andere Ab- norme“	De- mentia praecox	Sa.
„Normal“	„Normal“	221	9	20	—	250
„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	„Normal“	77	7	17	2	103
„Normal“	„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	47	4	14	—	65
„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	18	6	13	2	39
„Normal“	„Normal“	88,4%	3,6%	8,0%	—	—
„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	„Normal“	74,7%	6,8%	16,5%	2,0%	—
„Normal“	„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	72,3%	6,1%	21,5%	—	—
„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	„Anderer Abnormer“ oder „Sonderling“	46,2%	15,4%	33,3%	5,1%	—

JUDA konstatiert bei der Untersuchung der Enkel Schizophrener das Abfallen der Ziffern der Normalen und das Ansteigen der Ziffern der anders Abnormen, Sonderlinge und Schizophrenen bei Steigerung der Ausprägung krankhafter Veranlagung im Phänotypus der Eltern auf Grund folgender tabellarischen Ordnung ihres Materials.

	Un- auffällige %	Anders Abnorme %	Sonder- linge %	Schizo- phrenien %	Andere Psychosen %
Beide Eltern unauffällig	90,3	5,6	2,1	0,7	0,7
Beide Eltern anders abnorm	36,8	47,4	10,5	—	—
Ein Elter unauffällig, ein Elter anders abnorm	70,2	21,1	3,5	3,5	1,8
Ein Elter anders abnorm, ein Elter Sonderling	30,8	38,4	23,1	7,7	—
Ein Elter psychotisch, ein Elter Sonderling	23,3	33,3	33,3	—	—
Ein Elter psychotisch, ein Elter unauffällig	—	100,0	—	—	—

Schließlich seien noch die hierher gehörigen Feststellungen von WEINBERG mitgeteilt. Auch sie stellt ihre Ergebnisse über den etwaigen Einfluß des Schizoids bei den Eltern auf die Beschaffenheit der Nachkommenschaft in ähnlicher Gruppierung wie SCHULZ und JUDA zusammen. Sie findet *dann* häufiger schizoide Verhaltensweisen unter den Kindern, wenn ein Elter irgendwie schizoid (Sonderling) ist, als wenn einer sonst abnorm ist und weiterhin ebenfalls häufiger, wenn beide Eltern schizoid sind, als wenn beide sonst irgendwie psychopathisch sind.

Auf Grund des gesamten zur Zeit vorliegenden Materials faßt RÜDIN (1930) die Quintessenz der Untersuchungen dahin zusammen, daß sich die Erbziffern

erhöhen „je nach der Beschaffenheit der beteiligten Eltern, so daß bei gleichem Verwandtschaftsverhältnis zum psychotischen Probanden in allen Gruppen diejenigen Kinder die besten Gesundheitsaussichten haben, deren beide Eltern psychisch vollkommen gesund sind, ungünstigere, von deren Eltern eines psychisch irgendwie auffällig ist und die ungünstigsten diejenigen, deren beide Eltern psychopathisch oder sonst irgendwie abnorm sind“. Er sieht in diesen nichtpsychotischen, aber doch deutlich auffälligen Sonderlingen und sonstigen Psychopathen die Träger und Weiterverbreiter krankhafter Erbanlagen.

Es darf bei der Bewertung dieser Befunde aber nicht vergessen werden, daß hier speziell die Klassifizierung, ob schizoid, resp. Sonderling, oder anders abnorm oder normal sowohl der Qualität wie dem Grad nach von Untersucher zu Untersucher wechselt und daß wir es hier nicht mit so deutlichen diagnostisch faßbaren Krankheitserscheinungen zu tun haben wie dann, wenn wir uns nur auf die vorkommenden Psychosen beschränken, so daß man weittragenden Schlüssen aus diesen Zahlen, zumal zureichende Vergleichszahlen für die Durchschnittsbevölkerung fehlen, noch skeptisch gegenüberstehen wird. Dies wird übrigens auch von den psychiatrischen Erbforschern als prinzipielle Schwierigkeit anerkannt. So betont z. B. JUDA, die im Gegensatz zu SCHULZ an ihrem Material interessanterweise hinsichtlich des Auftretens von Schizophrenie keinen ungünstigeren Einfluß der schizoiden Eltern auf die Nachkommenschaft feststellen konnte, als bei anderen auffälligen Charakteren beider Eltern resigniert, „es ist ja auch eine Erfassung des Schizoids recht schwierig, wenn wir nur auf die Schilderungen Angehöriger angewiesen sind. Der schizoide Charakter kann sich unter ganz verschiedenen Formen verstecken, z. B. moralischer Minderwertigkeit, Leichtsinn, Trunksucht usw. und ihn aus Schilderung Angehöriger immer zu erkennen, ist ganz unmöglich“. Damit ist die ganze *methodische Schwierigkeit*, unter der alle derartigen Untersuchungen zu leiden haben, schlagartig beleuchtet. Ein anderer Vererbungsforscher, BRUGGER, schreibt „ob jemand als Sonderling oder als anders abnorm bezeichnet werden kann, hängt zum großen Teil von der mehr oder weniger eindrucksvollen Schilderung des Referenten ab und von seiner persönlichen Einstellung dem zu Schildernden gegenüber. Dazu kommt noch die eigene Auffassung des Untersuchers, wo er die Grenze vom Angepaßten zum Unangepaßten ziehen will. Aus all diesen Gründen sind wir der Ansicht, daß die Ziffern für nichtasylierte Psychopathen keinen großen Vergleichswert besitzen, wenn sie von verschiedenen Autoren stammen, die unabhängig voneinander gearbeitet haben“. Eine eindrucksvolle Bestätigung hierzu gibt M. BLEULER, der unter den Eltern seiner 100 schizophrenen Probanden 23% Psychopathen insgesamt fand, wobei der Begriff Psychopathie nach sozialen Gesichtspunkten umgrenzt wurde. Er gibt dabei offenherzig zu, „wenn wir den Begriff der Auffälligkeit nur wenig weiter gefaßt hätten, so hätten wir sozusagen alle unsere Eltern aufzählen müssen“. Stellt man demgegenüber etwa HOFFMANNs Befunde aus seiner großen Untersuchung über Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis, wobei er in 52% seines Gesamtmaterials beide Eltern als schizoid diagnostizierte, in 46% ein Elternteil und nur in 2% beide Eltern als nichtschizoid bezeichnet, so wird man wohl annehmen dürfen, daß hier neben der durchaus möglichen Unterschiedlichkeit des Materials die *subjektive Deutung des Untersuchers*, so wie dies BRUGGER ausführte, für das Ergebnis wesentlich mitbestimmend war. Ob es gelingt, diese prinzipielle Schwierigkeit zu beseitigen, ob es möglich ist „zu einem vermutlich engergefaßten und biologisch sicher fundierten „Schizoid“ zu gelangen, wie LUXENBURGER erhofft, muß die Zukunft lehren. Dazu kommt noch eine praktisch schwer vermeidbare mögliche Fehlerquelle, nämlich daß bei großen Serienuntersuchungen die einzelnen Familienmitglieder wohl nur in den seltensten Fällen alle einer zureichenden psychiatrischen

Beurteilung hinsichtlich ihrer charakterlichen Artung unterzogen werden können. Man wird zum allergrößten Teil auf mündliche Berichte Dritter oder briefliche Auskünfte von Behörden oder Verwandten angewiesen sein. Daß hierdurch die Gefahr der Falschdiagnose noch sehr viel größer wird, bedarf keiner Ausführung. LUXENBURGER verzichtete aus diesen Gründen bei seinen demographischen Untersuchungen über die Belastung der Durchschnittsbevölkerung bewußt auf eine besondere Unterteilung nach Sonderlingen und anderen Abnormen mit der Begründung, daß man prinzipiell darnach trachten müsse, „jede zu beurteilende Person selbst zu sehen, resp. durch eine zuverlässige und spezialistisch durchgebildete Hilfskraft untersuchen zu lassen. Einer Forderung, die vorerst an den Kosten, die derartige massenstatistische Untersuchungen erfordern, scheidet“.

Bedenkt man all diese Momente, so wird man vorerst den zunächst eindrucksvollen Befunden, wie sie uns in den Tabellen entgegentreten, zweckdienlich mit einer gewissen Reserve gegenüberstehen, was die Ausdeutung und die Wertigkeit der Zahlen anbelangt. Mir wenigstens scheint es, daß die erbprognostisch-eugenischen Folgerungen, die daraus gezogen worden sind, so wenn z. B. RÜDIN postuliert, daß man auch diesen nichtpsychotischen, aber doch deutlich auffälligen Sonderlingen und sonstigen Psychopathen keine Kinder wünschen dürfe, die Tragfähigkeit des vorliegenden Materials überschätzen und daß zu weitgehende praktische Schlüsse gezogen werden.

Eine in mancher Hinsicht wertvolle und interessante Ergänzung erhielt die psychiatrische Erbforschung schließlich noch in den letzten Jahren durch die im Münchner Forschungsinstitut tatkräftig aufgenommenen Zwillinguntersuchungen, über deren theoretische, wie praktische Bedeutung eingehend die Arbeiten von LANGE und speziell LUXENBURGER orientieren. Grob skizziert liegt der Sachverhalt so, daß zweieiige Zwillinge an sich ja nichts anderes darstellen als Geschwister sonst, nur daß sie gleichzeitig gezeugt wurden, daß die embryonale Entwicklung unter dem gleichen biologischen Zustand der Mutter stattfindet und daß sie gleichzeitig geboren werden. Die eineiigen Zwillinge hingegen entwickeln sich aus demselben befruchteten Ei. Ihre Erbmasse dürfte also im wesentlichen identisch sein. Somit bieten sie einen annähernd vollwertigen Ersatz für die Beobachtungen verschiedenartigster Merkmale in reinen Linien (LUXENBURGER). LUXENBURGER warnt aber später selbst vor einer Überschätzung „bei dem polymeren Bastard „Mensch“, dessen Erbeigenschaften einer Fülle von Manifestationsschwankungen unterliegen, von „reinen Linien“ zu sprechen“. Immerhin liegt aber der Gedanke nahe, zu schließen: Gesetz der Fall, daß bei Erkrankung eines eineiigen Zwillinges an Schizophrenie jeweils auch der andere erkrankt, also Konkordanz besteht, so ist die erbliche Bedingtheit des Leidens eindeutig erwiesen. Es wird aber dabei vergessen, daß eben auch, wie LUXENBURGER ausführt, eine exogene Genese im Sinne einer Keim- oder Fruchtschädigung im Spiele sein könnte. Weiter ist zu denken an „die mittelbare Erbllichkeit durch Vererbung einer morphologischen oder physiologischen Eigenschaft der Mutter, durch welche die Schädigung durch mehrere Generationen hindurch immer wieder mit dem gleichen Endeffekt hervorgerufen wird“. Die Zwillingbefunde *allein* sind also kein *stringenter* Erweis der Vererbung der Schizophrenie. Hierzu muß man auf die Familienforschung zurückgreifen. Andererseits wird man bei der Annahme einer vorzugsweise erblichen und zugleich manifestationsstarken Bedingtheit einer Psychose eine Konkordanz hinsichtlich der Erkrankung der Eineiigen erwarten müssen. LUXENBURGER hat das von der genealogischen Forschungsanstalt in München aufgebrachte Material — es handelt sich um 65 schizophrene Zwillingspananden mit erwachsenen Partnern daraufhin bearbeitet. Von diesen sind 33 nicht-

identisch, 20 davon waren Pärchen. Bei weiteren 15 Gleichgeschlechtlichen konnte keine ausreichende Sicherheit der überhaupt äußerst schwierigen Diagnose, ob eineiig oder zweieiig, erzielt werden. 17 hingegen sind aller Wahrscheinlichkeit nach eineiig. Die Ergebnisse der mühevollen Untersuchung gehen aus folgender Tabelle LUXENBURGERS hervor.

		Zahl	Partner unauffällig	Irgend abnorm	Davon						
					Sonderling	andere abnorme	andere Psychosen	Dementia praeox			
								wahrscheinlich	sicher	zusammen	
Im ganzen . . . . .		65	41	24	6	3	1	4	10	14	
Verschiedengeschlechtlich	innerhalb der Gefährdungsperiode . . . . .	10	9	1	1	—	—	—	—	—	
	schon jenseits der Gefährdungsperiode . . . . .	10	8	2	—	2	—	—	—	—	
	Zusammen	20	17	3	1	2	—	—	—	—	
Gleichgeschlechtlich	nicht identisch	noch innerhalb der Gefährungsperiode . . . . .	5	5	—	—	—	—	—	—	
		schon jenseits der Gefährdungsperiode . . . . .	8	4	4	2	1	1	—	—	—
	noch nicht bestimmt	noch innerhalb der Gefährdungsperiode . . . . .	6	6	—	—	—	—	—	—	
		schon jenseits der Gefährdungsperiode . . . . .	9	7	2	1	—	—	1	—	1
	identisch	noch innerhalb der Gefährdungsperiode . . . . .	7	1	6	2	—	—	—	4	4
		schon jenseits der Gefährdungsperiode . . . . .	10	1	9	—	—	—	3	6	9
		45	24	21	5	1	1	4	10	14	

Es zeigt sich also, daß kein Zwillingpartner der sicher nichteineiigen Probanden an Schizophrenie erkrankte, hingegen sind unter den 17 Partnern der sicher eineiigen Probanden nur zwei unauffällig, zwei sind Sonderlinge, 10 sichere Schizophrene. Zu diesen müssen nach LUXENBURGER noch 3 wahrscheinlich Schizophrene hinzugerechnet werden, „Personen die entweder auf Grund persönlicher Untersuchung (ein Fall) oder zuverlässiger Berichte als Schizophrene zu bezeichnen sind, nur ließ sich bei ihnen die Diagnose nicht durch Krankengeschichten psychiatrischer Anstalten belegen“. Unterscheidet man noch weiter und betrachtet nur die 10 Fälle *jenseits* der Gefährdungsperiode, so finden sich unter den Partnern der eineiigen Probanden 9 Schizophrene, also 90%. Bei dem einen Gesunden, der im Alter von 43 Jahren starb, denkt LUXENBURGER noch an die Möglichkeit einer Späterkrankung. In neuester Zeit hat aber BURKHARDT aus der Würzburger Klinik einen Fall mitgeteilt, wo bei einem aller Wahrscheinlichkeit nach eineiigen Zwillingspaar eine Partnerin an einer Schizophrenie erkrankte, die 74jährige Schwester hingegen, die also die Gefährdungszone längst durchschritten hat, zeigt „das Bild einer gut erhaltenen nicht aus dem Rahmen der Norm fallenden Persönlichkeit und gleicht ihrer Schwester nur in allen normalpsychologischen Wesensäußerungen“. Man wird infolgedessen auch bei dem mit 43 Jahren verstorbenen nichtschizophrenen Probanden aus der LUXENBURGER-Statistik durchaus mit der Möglichkeit rechnen können, daß eben keine Konkordanz bestand und auf Grund von derartigen Fällen etwas skeptisch sein gegen eine Verallgemeinerung des Hauptergebnisses seiner

Studie nämlich, „daß die Zwillingpartner *aller* unserer sicheren Schizophrenen, für welche die Herkunft aus einer befruchteten Eizelle höchst wahrscheinlich gemacht werden konnte, nach vollkommener Absolvierung der Gefährdungzone ebenfalls an Dementia praecox erkrankt sind“. Daß aber die Konkordanz in ganz überwiegender Maße *vorherrsch*t, geht aus dem bisherigen allerdings nicht sehr großen Material einwandfrei hervor. LUXENBURGER hat für den Fall BURKHARDTS, zu dem sich auch J. H. SCHULZ äußerte, zwei Deutungen, entweder daß „die Manifestationswahrscheinlichkeit, auch der Erbpsychosen, keine Manifestationssicherheit ist, da Außenfaktoren irgendwelcher Natur sicherlich eine, wenn auch untergeordnete Rolle für das Zustandekommen und den Verlauf der Erkrankung spielen“ oder daß „in den klinischen Gebilden unserer endogenen Psychosen doch noch eine Reihe exogener Erkrankungen stecken, deren Abgrenzung nicht mit der nötigen Zuverlässigkeit gelingt“.

Wenn allerdings diese letztere auch sonst öfters erwogene Annahme zuträfe, so erhebt sich natürlich die prinzipielle Grundfrage, ob denn überhaupt das untersuchte Krankheitsmerkmal Schizophrenie auf dem Vorliegen einer biologisch einheitlichen Erbdisposition beruht, oder aber ob die das Fundament der zahlreichen Untersuchungen bildenden Schizophrenenprobanden zwar klinisch eine Einheit bilden, nicht aber genetisch. Wenn dem so wäre, wie zum Beispiel E. BLEULER annimmt, so darf es nicht Wunder nehmen, wenn die Errechnung eines bestimmten Erbgangs nicht gelingt. Beide Parteien, Kliniker und Erbforscher, erwarten in dieser grundlegenden Frage gegenseitig Hilfe voneinander. Der Kliniker hofft, daß es dem Vererbungsforscher gelinge, den Kern der Schizophrenie enger herauszuarbeiten, der Erbbiologe, daß es der klinischen Analyse gelinge, gerade unter Berücksichtigung der erbbiologischen Feststellungen schärfere Unterscheidungen zu treffen. Man kann aber nicht sagen, daß bisher gesicherte Ergebnisse vorlägen.

Die gegenwärtige Auffassung ist wohl noch die, wie sie RÜDIN 1926 in vorsichtiger Formulierung mit den Worten präzisierete: der Kern der Schizophrenie ist erblich, alles andere ist noch kontrovers.

Damit kommen wir zu der Frage des *speziellen Erbgangs*, die zeitweise das Interesse der psychiatrischen Erbforscher beinahe restlos absorbierte.

Natürlich machten sich auch die Vererbungsforscher den Einwand, daß ihr Ausgangsmaterial genotypisch Verschiedenes enthalten könnte, daß exogene Faktoren an der Manifestation eine mehr oder minder große Rolle spielen könnten, oder daß es auch klinische Schizophrenien rein exogener Bedingtheit geben könnte. Aber ebenso gut war ja auch möglich, daß die Untersuchungen schließlich doch das Vorliegen einer ganz bestimmten Mendelproportion aus den aufgefundenen Zahlen ergeben hätten, wie dies ja z. B. für die Chorea Huntington (KEHRER, ENTRES) der Fall ist. Es mußte eben untersucht werden, mit Theorie allein ließ sich die Frage sicher nicht lösen, und wenn trotz aller aufgewandter Mühe kein befriedigendes Resultat herauskam, so hatte dies ja auch seine Bedeutung. Insofern sind die Bemühungen nach dem speziellen Erbgang zu forschen, über welche zum Teil etwas spöttisch-skeptisch abgeurteilt wurde, keineswegs nutzlos gewesen. Über all die Schwierigkeiten und Deutungsmöglichkeiten, die im Verfolg dieser Frage auftauchten, orientieren am klarsten die zu verschiedenen Zeiten von RÜDIN erstatteten großen Übersichtsreferate nach dem Krieg über den jeweiligen Stand der psychiatrischen Erbllichkeitslehre.

Weitgehende, wenn auch nicht vollkommene (LENZ) Übereinstimmung herrscht heute nur darüber, daß die Anlage zur Schizophrenie nicht dominant vererbt wird. Dagegen spricht schon, daß schizophrene Erkrankungen verhältnismäßig selten in Eltern- und Kindergenerationen aufeinander folgen, ferner das Auftreten der Schizophrenie in anscheinend schizophreniefreien Familien, sowie die häufige

gleichartige Belastung in den Seitenlinien. Die nächstliegende Annahme war also ein recessiver Erbgang. RÜDIN errechnete, wie erwähnt, aus seinen 701 Geschwisterschaften 4,48%. Bei der Annahme monhybrider Recessivität wäre aber theoretisch in 25% Schizophrenie zu erwarten ( $Aa \times Aa = AA Aa, Aa, aa$ ), also sehr viel mehr. Allerdings besteht die Möglichkeit, daß durch andere Momente die theoretisch zu erwartende Zahl herabgedrückt werden kann. Man hat vor allem an zwei Dinge gedacht: Es war denkbar, in Analogie zu Erfahrungen aus der experimentellen Erbbiologie, daß die Träger der Anlage zur Schizophrenie einer starken Letalauslese vor Erreichung des Erkrankungsalters unterworfen sind; man könnte also dann nur einen Teil der Anlageträger erfassen. Fernerhin fragte man sich, ob die geringe Zahl nicht dadurch zustande kam, daß der die Anlage zur Schizophrenie bedingende Genotypus aus irgendwelchen Gründen nicht zur Krankheitsrealisierung im Phänotypus führte. Es mußte dann also eine irgendwie bedingte niedere Manifestationswahrscheinlichkeit vorliegen. WEINBERG wies darauf hin, daß zur Lösung dieser Frage die Zwillingsforschung geeignet ist. LUXENBURGER kommt auf Grund eingehender Überlegung unter Bezugnahme auf seine Feststellungen an Zwillingen zu dem Ergebnis, daß weder eine starke Letalauslese noch eine geringe Manifestationswahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Ins Positive gewandt präzisiert er seine Auffassung dahin: „Das Fehlen einer starken Letalauslese bei einer so hohen Manifestationswahrscheinlichkeit verbietet aber strikte die RÜDINSchen Proportionen mit Monohybridismus erklären zu wollen. Es ist nach unseren Befunden ausgeschlossen, daß die Dementia praecox dem einfach-recessiven Erbgang folgt“.

Mehr Annäherung von Empirie und theoretischer Erwartung bot der nächstliegende Fall einer dihybriden Recessivität ( $AaBb \times AaBb$ ). Nach dem MENDEL-Schema wären aus dieser Kreuzung, bei der beide Eltern denselben Genotypus haben, folgende Kombination zu erwarten:

	AB	Ab	aB	ab
AB	AB AB	Ab AB	aB AB	a b AB
Ab	AB Ab	Ab Ab	aB Ab	a b Ab
aB	AB aB	Ab aB	aB aB	a b aB
ab	AB ab	Ab ab	aB ab	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a b</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a b</span>

Es käme also nur in  $\frac{1}{16}$  eine Schizophrenie zustande. Damit stimmt die RÜDINSche Zahl von 4,48% leidlich überein. Wenn jedoch die Genotypen der Eltern anders zusammengesetzt sind, so sind auch andere Erkrankungszahlen zu erwarten. Bei einer Kombination z. B. von Typus  $AaBb \times Aabb$   $\frac{1}{8}$  und bei einer Kombination von Typus  $Aabb \times aaBb$   $\frac{1}{4}$  Schizophrenie. Also je nach dem Genotypus der hypothetisch als recessiv-heterocytot gedachten Eltern schwankt die Krankheitserwartung für die Schizophrenie zwischen  $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{4}$ . Für den dihybrid-recessiven Erbgang bei Kreuzung  $aabb$  (krank) mit einem der heterocytoten, äußerlich gesunden Partner von den Typen  $AaBb$  oder  $Aabb$  besteht

sogar eine Erwartung zwischen  $\frac{1}{4}$  und  $\frac{1}{2}$ , dem die empirisch gefundenen Zahlen erst recht nicht entsprechen.

Aus der Kreuzung zweier Schizophrener ( $aabb \times aabb$ ) müßte endlich die die Zahl der erkrankten Nachkommen, wenn es glatt nach der Formel ginge, 100% betragen. Dem aber widersprechen die Befunde KAHNS. Man sieht also, daß die empirisch aufgefundenen Zahlen hinter den theoretisch zu erwartenden Proportionen „gesund und krank“ erheblich zurückbleiben.

Die nächstfolgende Möglichkeit nämlich, daß 3 Anlagepaare am Zustandekommen der Schizophrenie mitwirken, also daß ein trihybrider recessiver Erbgang vorliege, ist nach den Ausführungen RÜDINS und H. HOFFMANNs noch unwahrscheinlicher.

Da nun schon bei der Annahme eines dihybriden recessiven Erbgangs eine Reihe von verschiedenen Genotypen denkbar sind vom Typus  $AABb$  über  $AaBb$  zu  $Aabb$ , war zu fragen, ob sie sich nicht *phänotypisch* unterscheiden lassen. WEINBERG führte aus: „Eine Differentialdiagnose, was im einzelnen Fall vorliegt, kann nur durch den Nachweis von unterscheidenden Kennzeichen der einzelnen Heterocygoten (Typen) erreicht werden. Diese Betrachtungen lassen es uns verständlich erscheinen, warum wir nicht hoffen dürfen, den Erbgang komplizierter Erscheinungen, wie den psychischer Erkrankungen, während des Lebens durch den Nachweis bestimmter Zahlenverhältnisse zu erfassen“.

Man hat sich bei der Wichtigkeit der ganzen Frage nun außerordentlich bemüht, im Phänotypus unterschiedliche Kennzeichen für die gemutmaßten Heterocygoten aufzufinden. Da der Genotypus ja nur ein abstrahierend gewonnener Begriff ist, mußte vom Phänotypus, dem realen Erscheinungsbild ausgegangen werden, mit anderen Worten: Es konnte nur auf klinischem Wege des Vergleichs die Frage gelöst werden. Es war also zu untersuchen, ob etwa die gesunden Eltern schizophrener Kinder, welche erstere ja bei der Annahme eines recessiven Erbgangs schizophrene Teilanlagen im Sinne der Heterocygotie haben müssen, besondere, seelische Eigenschaften zeigen; oder umgekehrt, ob unter den Kindern schizophrener Eltern besondere Eigentümlichkeiten auftreten. Nun war allerdings zunächst gar nichts darüber ausgemacht, worin diese besonderen Merkmale bestehen. Die gesuchten Besonderheiten als Ausdruck schizophrener Teilanlagen könnten ja theoretisch sowohl rein körperlicher wie rein psychischer Art sein, sich sowohl im Soma wie in der Psyche ausdrücken. Es ist aber auch denkbar, daß sie sich überhaupt nicht phänotypisch ausdrücken. Man kommt also hier aus theoretischen erbbiologischen Erwägungen heraus zu denselben Fragestellungen, welche KRETSCHMER vom Klinischen ausgehend in seinem Buche über Körperbau und Charakter anschnitt und weiterführte. (Über die Frage der gesetzmäßigen Zuordnung von Körperbau und Psychose resp. Schizoid berichtet BÜRGER in diesem Band.)

Von welcher Bedeutung es für die Aufklärung des Erbgangs und somit auch der Erbprognostik wäre, wenn es gelänge, mit zureichender Sicherheit im Phänotypus die Auswirkung von Anlagen oder Teilanlagen zu Schizophrenie zu erkennen — sei es in der körperlichen oder psychischen Artung — bedarf keiner Ausführung. Welche Schwierigkeiten dem entgegenstehen, wurde bereits angedeutet. Den Beginn mit speziell auf das Heterocygotenproblem gerichteten empirischen Untersuchungen machte H. HOFFMANN. Er untersuchte die Nachkommen von 51 Schizophrenen hinsichtlich ihrer Charakterartung. Allerdings konnte er nur einen Bruchteil dieser persönlich untersuchen, bei den anderen war er auf die Auskunft Dritter angewiesen. Unter Übernahme und weitherziger Ausdehnung des Schizoidbegriffes von KRETSCHMER fand er unter 100 Kindern über 30 Jahre rund 50% Schizoidie. In diesen vermutet er die Heterocygoten von der Form vom Genotypus



Aabb oder aaBb, ja, er stellt zur Erwägung, den einen Typus der hyperästhetischen Empfindsamkeit, den anderen der Gefühlsanästhesie zuzuordnen. Er verkennt allerdings nicht die Schwierigkeiten der Abgrenzung des Schizoids sowohl von der Schizophrenie wie von den nichtschizoiden Persönlichkeiten. Ferner suchte er aus seinem Material auch Rückschlüsse über die Verbreitung schizophrener Teilanlagen in der Gesamtbevölkerung zu ziehen. (Kritik hinsichtlich der Arbeitsmethode und vor allem der Ausdehnung des Schizoidbegriffes s. WILMANN'S und SEELERT.) HOFFMANN glaubt seine Befunde am ehesten mit einem dihybrid-recessiven Erbgang in Übereinstimmung bringen zu können, durchdenkt aber noch eine Reihe von anderen Möglichkeiten. Das Vorliegen einer Dominanz in Form der Homomerie (wobei eine Reihe von Erbfaktoren in gleichem Sinne wirkend gedacht sind und jeder weitere hinzutretende Faktor anlageverstärkend wirkt) wird abgelehnt. Einmal aus mendelistischen Überlegungen ferner aus klinischen, da HOFFMANN, wie viele andere, hier im Gegensatz zu KRETSCHMER, in der Schizophrenie nicht nur eine Intensitätssteigerung der schizoiden Persönlichkeit, sondern etwas qualitativ anderes sieht.

Neben der Annahme des dihybrid-recessiven Vererbungsganges, wie ihn RÜDIN schon als das zunächst Wahrscheinlichste aufstellte, erörterte er noch eine andere recht interessante Denkmöglichkeit. Er geht von der Annahme aus, daß die Anlage zur Schizophrenie allgemein vorhanden sei; realisiert wird sie durch Auslöpfungsfaktoren, gehindert durch Hemmungsfaktoren. Die letzteren sind also den Auslöpfungsfaktoren gegenüber im Sinne der Epistase wirksam gedacht. Es wäre also (HOFFMANN):

S = Faktor der zur Schizophrenie disponiert,  
 L = Auslöpfungsfaktor,    l = Fehlen desselben,  
 H = Hemmungsfaktor,    h = Fehlen desselben,  
 Hh und HH prävalieren über Ll und LL.

Es wären dann folgende Genotypen möglich:

Dementia praecox 1. ShhLL  
 2. ShhLl

Dementia praecox-frei wären:

1. SHHll  
 2. SHHlL  
 3. SHHLL  
 4. SHhll  
 5. SHhLl  
 6. SHhLL  
 7. Shhll.

Damit wären verschiedene Genotypen für die Schizophrenie gegeben (leichtere und schwere Form?); ferner eine theoretische Erklärung für den Fall, daß 2 schizophrene Eltern nichtschizophrene Kinder zeugen, was bei dem einfachen dihybriden = recessiven Vererbungsmodus nicht der Fall sein dürfte (ShhLl  $\times$  ShhLl = ShhLL + ShhLl + ShhLl + Shhll = Dementia praecox-frei). Als Genotypen für schizoide Charaktere kämen diejenigen in Betracht, die neben den Hemmungsfaktoren auch noch Auslöpfungsfaktoren besitzen.

HOFFMANN suchte aber — soweit zugänglich — nicht nur die Artung der Kinder, sondern auch die der gesunden Eltern zu klären. Damit war das Problem, wie weit sich im Familienverband der Schizophrenie bestimmte psychopathische Formen gesetzmäßig zuordnen, auf erweiterter Basis angegriffen. Es fanden sich wohl Häufigkeitsbeziehungen, aber keine Gesetzmäßigkeit; schizoide Eigenschaften unter den Kindern konnten auch dann auftreten, wenn der gesunde Elter nichts Schizoides erkennen ließ. Derartige Beobachtungen wurden auch

von anderen Autoren gemacht, zuletzt fand M. BLEULER wieder bei seinen Untersuchungen der Nachkommenschaft Schizophrener, daß Schizoide und Schizophrene unter den Kindern von nichtschizoiden Eltern vorkommen. Ebenso braucht auch nicht in den Fällen, wo ein Kind an schizophrener Psychose erkrankt war, der gesunde Elter etwas Schizoides zu zeigen, obwohl er ja theoretisch bei der Annahme der Recessivität schizophrene Teilanlagen haben muß. Aber auch bei der Kreuzung schizophren  $\times$  Schizoid können nichtschizoide Kinder auftreten, was sich wiederum mit streng mendelistischer Annahme nicht vereinbaren läßt, es sei denn, daß man zu irgendeiner Hilfserklärung greift.

Späterhin hat H. HOFFMANN in seinem Buch über Vererbung und Seelenleben sich in genauerem mit dem Erbgang des schizothymen Temperaments befaßt und konnte nicht selten eine direkte Weitergabe schizothymen Wesensart feststellen, ohne jedoch sich auf eine bestimmte Theorie festzulegen.

Gerade diese besondere Frage des *Erbgangs des Schizoids* führte KAHN in seiner großen Studie über Schizoid und Schizophrenie im Erbgang weiter. Sein klinischer Schizoidbegriff war damals ebenfalls nach den von KRETSCHMER aufgestellten Kriterien orientiert; in späteren Arbeiten hat er das Schizoid erheblich enger gefaßt und es im wesentlichen auf die autistischen Psychopathen beschränkt. In 9 Familien, die mit Schizophrenie belastet waren, bestimmte er die schizoiden Persönlichkeiten psychopathologisch genauer; zugleich wurden die erhaltenen Befunde an einer größeren Anzahl anderer Familien nachgeprüft. An charakteristischen klinischen Typen, eingespannt zwischen die Pole Stumpf und Reizbar fand er: 1. Gemütsstumpfe, 2. Gemütskalte, Gemütslose, ethisch Defekte, 3. Menschenscheue, Zurückgezogene, Verschlussene, 4. eigenartig Verschrobene, 5. hypochondrisch Nervöse, 6. Sensitive, 7. Paranoide, 8. Reizbare. Trotz aller phänotypischen Verschiedenheiten vermutete KAHN in ihnen dennoch ein gemeinsames phänotypisches „Radikal“, gekennzeichnet durch Autismus und die der psychästhetischen Proportion zukommenden Erlebnisweisen. Im übrigen hielt auch er an einer qualitativen Verschiedenheit des Schizoids von der Schizophrenie fest, ähnlich wie HOFFMANN. Erst mit dem Hinzukommen eines neuen Faktors, der sich dann phänotypisch im Sinne der Persönlichkeitszertrümmerung äußere, komme es zur Psychose. Gleich allen anderen Forschern wird aber auch von ihm die praktische Unmöglichkeit anerkannt, in mancherlei klinischen Grenzfällen das Schizoid sicher zu diagnostizieren. Bei der speziellen Untersuchung des Erbgangs des Schizoids für sich fand nun KAHN häufig eine konstituierliche Weitergabe in den aufeinander folgenden Generationen. Er nahm daher an, daß das Schizoid sich dominant vererbt. Ob sich das Schizoid phänotypisch bei Fällen mit einfacher Belastung von solchen unterscheidet, wo doppelseitige schizoide Belastung besteht, also beide Eltern ausgesprochen schizoid sind, wird offen gelassen. Da nun aber das als Merkmal im erbbiologischen Sinn aufgefaßte Schizoid sich nicht nur bei den sog. schizoiden Psychopathen findet, sondern auch (KRETSCHMER) sehr häufig die präpsychotische Persönlichkeit der Schizophrenen charakterisiert, folgert KAHN weiter, daß die Erbanlage zum Schizoid auch in dem schizophrenen Kranken stecken muß, ja, sie ist sogar für ihn eine Voraussetzung zum Zustandekommen der Schizophrenie. Es wird also mit 2 Anlagefaktoren gerechnet, einerseits dem dominant gehenden Schizoid, andererseits mit einem Prozeßfaktor, für den aber ein recessiver Erbgang wahrscheinlich sei. Die Quintessenz dieser Theorie beruht demnach in der Annahme von 2 genischen Komponenten mit verschiedenem Erbgang. Erst beim Zusammentreffen beider kommt es zur manifesten Psychose. Die Anwesenheit der Schizoidanlage wirkt beim Vorhandensein der Prozeßanlage als Auslösfaktor, umgekehrt das Fehlen der Schizoidanlage als Hemmungsfaktor, so daß also jemand zwar die Prozeßanlage haben kann; fehlt aber die Anlage zum Schizoid,

so bleibt die erstere stumm. Diese Theorie kommt der oben von HOFFMANN erwähnten, die ebenfalls mit Hemmungs- und Auslösungsfaktoren arbeitet, sehr nahe, worauf LENZ hingewiesen hat. Mit ihr ist ebenso wie mit der Theorie HOFMANN'S der Fall erklärbar, daß 2 schizophrene Eltern gesunde Kinder haben können. Es wäre dann eben anzunehmen, daß beide erkrankten Eltern den Schizoidfaktor heterocygot hatten, so daß bei der Kreuzung bezüglich des Schizoidgens  $DR \times DR$   $DD$   $DR$   $DR$   $RR$  die möglichen Kombinationen bilden. Nimmt man nun an, daß sich unter den Kindern gerade der letzte Fall  $RR$  verwirklicht, so hätte man ein Freibleiben von Schizoidie und entsprechend der Theorie KAHN'S wäre damit ein Hemmungsfaktor für die Auslösung der schizophrenen Prozeßanlage gegeben. Dieser Fall wäre dann z. B. in der Familie Löle KAHN'S verifiziert, wo die Nachkommen zweier schizophrener Eltern die Gefährdungszone wohl mit Sicherheit überstanden haben und auch keine schizoiden Merkmale zeigen, die man sonst noch etwa als ein Wetterleuchten einer spätausbrechenden Psychose hätte auffassen können.

Zu diesen Versuchen, den Erbgang der Schizophrenie klarzustellen, hat von nichtpsychiatrischer Seite aus mehrmals der Vererbungsforscher LENZ das Wort ergriffen. Seine Ausführungen gehen allerdings von der unbewiesenen Annahme aus, daß Schizoid und Schizophrenie nicht qualitativ, sondern nur dem Grad und Stärke nach unterschieden seien. Betrachte man die Schizophrenie allein, dann allerdings schein ein recessiver Erbgang vorzuliegen. „Wenn man dagegen vom Unterschied zwischen Schizophrenie und schizoider Psychopathie absieht und nur den zwischen krankhaft und gesund ins Auge faßt, so stellen dieselben Anlagen sich als dominante Anlagen zu krankhafter Geistesverfassung dar“. Die Schizoiden wären dann heterocygot Dominante, die Schizophrenen homocygot Dominante. Wichtiger als diese Theorie, die von den klinischen Schwierigkeiten absieht und das für erwiesen hält, was gerade durch die Erbuntersuchungen zu beweisen wäre, ist aber vor allem sein energischer Hinweis auf *die Relativität der Begriffe Dominanz und Recessivität*. LENZ betont, daß die tatsächlichen Verhältnisse eben häufig eine solche strenge Scheidung gar nicht gerechtfertigt erscheinen lassen. Man habe „überhaupt Anlaß zu der Annahme, daß die allermeisten Anomalien, welche wir als dominant anzusehen geneigt sind, in Wirklichkeit unvollständig dominant (oder was dasselbe ist, unvollständig recessiv oder intermediär) sind.“ In diesem Zusammenhang modifiziert er dann auch seine Theorie vom dominanten Erbgang der Schizophrenie dahin, daß zweckmäßiger von intermediärer Vererbung gesprochen werde. Die Schizoiden wären dann Intermediärformen. BUMKE hat 1928 diese Frage wieder aufgegriffen und zur Erörterung gestellt, ob nicht manche „Erscheinungen der Psychopathologie durch die Annahme intermediärer Typen einfacher erklärt werden könnten, als durch andere zu diesem Zwecke aufgestellte Hypothesen und ob nicht im besonderen die Frage des Schizoids und der Cyklothymie einer solchen Lösung zugänglich wären“. In dieser Frage drückt sich sehr deutlich die gegenwärtige Strömung aus mit voraussetzungsloseren und weniger lehrbuchhaften, damit aber wohl der Realität angepaßteren theoretischen Vorstellungen zu arbeiten. LUXENBURGER formuliert diese Wandlung folgendermaßen: „Kein Erbbiologe glaubt heute noch daran, daß sich in den großen Erbkreisen nur dominante und recessive Homocygoten phänotypisch offenbaren, bzw. daß die dominanten Heterocygoten von den dominanten Homocygoten unterscheidbar sind, die Dominanz unter allen Umständen eine vollkommene sein muß“. Damit sinkt aber die Hoffnung, vorläufig aus den aufgefundenen empirischen Zahlen strenge MENDEL-Regeln zu errechnen, ganz erheblich. LENZ erhob auch wieder die schon 1917 von E. BLEULER in seinen heute noch grundlegenden Ausführungen zu RÜDIN'S Monographie und zur Problematik

der psychiatrischen Vererbungslehre überhaupt geäußerten Zweifel an der biologischen Einheitlichkeit der Anlage zur Schizophrenie. Er neigt zur Annahme, „daß die Schizophrenie eine Reihe biologisch nicht zusammengehöriger, ätiologisch ungleichmäßiger Anomalien darstellt. So ließe sich denn der Fall, daß 2 schizophrene Eltern gesunde Kinder zeugen können, auch anders herum erklären, indem nämlich die Krankheitsanlagen bei den Eltern nicht allelomorph (homolog) sind.“ RÜDIN stellte gerade für diesen Fall noch andere Denkmöglichkeiten auf, etwa daß eine oder beide Schizophrenien der Eltern paratypisch sind, oder daß ein fremder Vater mitspielt, oder daß irgend ein exogenes Moment im Sinne der Auslösung der Schizophrenie angenommen werden müsse, das hier gerade fehlt, oder ob nicht doch eine Homomerie an der Entstehung der Schizophrenie mitwirkt.

Damit sind die hauptsächlichsten Theorien über den speziellen Erbgang wiedergegeben. Übersieht man die theoretischen Ausdeutungen der empirischen Befunde, so zeigt sich, daß es zwar verschiedene Erklärungsmöglichkeiten gibt, daß aber *keine sich endgültige Anerkennung zu verschaffen wußte. An dieser Stelle halten wir auch heute noch.*

Im folgenden sei kurz auf die mehr oder minder spekulativen Erklärungsversuche eingegangen, die teils auf Grund mehr allgemeiner Erwägung, teils in Anlehnung an erbtheoretische Deutungsmöglichkeiten, welche bestimmte Sonderfälle der experimentellen Vererbungslehre boten, aufgestellt wurden, nachdem kein klarer Erbgang aufgefunden wurde. Eine vollständige Aufzählung aller erwogener Möglichkeiten würde hier zu weit führen, es sollen daher im folgenden nur einige Hauptrichtungen, in denen sich die verschiedenen Erklärungsversuche bewegten, angedeutet werden.

Im Mittelpunkt stand und steht ja auch heute noch die Frage nach der genotypischen Einheit der Schizophrenie: Ist das, was wir nach heutiger klinischer Anschauung als Schizophrenie diagnostizieren, auch jeweils genisch etwas Einheitliches, oder stecken z. B. in dem Material von RÜDIN ganz verschiedene Genotypen, die aber phänotypisch zunächst noch nicht unterscheidbar sind, jedoch ihrerseits unterschiedlichen Erbgängen folgen? BLEULER wandte dies vor allem den RÜDINSchen Untersuchungen gegenüber ein und wies energisch darauf hin, daß trotz Gleichheit der Sichtschizose unterschiedliche Erbschizosen vorhanden sein könnten. Diese Möglichkeiten des Bestehens mehrerer Schizophrenie-Genotypen wurde immer wieder erörtert, vor allem auch von BERZE, der auf Grund klinisch-genealogischer Beobachtungen ebenfalls auf das Bestehen mehrartiger Genotypen schließt. Angeführt sei ferner noch KAHN, der mit der Möglichkeit rechnete, „daß der idiotypische Aufbau der Schizoidien und der Schizophrenien sich in verschiedenen Sippen aus unterschiedlichen idiotypischen Einzelfaktoren oder Faktorenkomplexen zusammensetzen kann“. An anderer Stelle betont KAHN: „Wir haben den Erbgang der Schizophrenie bearbeitet, ohne uns speziell und eingehend mit der Frage zu beschäftigen, ob und wie weit etwa die Syndrome der Katatonie, der Hebephrenie, des Paranoids oder der Schizophrenia simplex eine eigene erbliche Grundlage besitzen. Da nun in den Schizophrenien, von denen unsere einschlägigen Untersuchungen ausgegangen sind, vielfach katatonische, paranoide oder hebephrenische Syndrome enthalten sind, haben wir entweder — und zwar in einigermaßen summarischer Weise — den Erbgang verschiedener klinischer Erscheinungsformen gleichzeitig und durcheinander untersucht, oder aber wir sind — was die Endgültigkeit der Ergebnisse anlangend wohl am günstigsten wäre — nur *einen* pathogenetischen Erbfaktor der Schizophrenie bzw. einer Gruppe der Schizophrenien, vielleicht demjenigen, der mit dem destruktiven Verlauf dieser Formen in irgendwelchen Beziehungen steht, nachgegangen.“

Daß genotypisch Verschiedenes im Erscheinungsbild gleich aussehen kann, gehört zu den gesichertsten Erkenntnissen der experimentellen Erbbiologie. Während dieser aber eine Analyse der jeweils speziell vorliegenden genotypischen Bedingtheit unter günstigen Umständen durch das Experiment der Kreuzung möglich ist, müssen wir auf dieses Beweismittel verzichten. Man hat sich fernerhin gefragt, ob überhaupt ein so kompliziertes psychisches Gebilde wie das einer Schizophrenie ein Merkmal genannt werden könne. Die Merkmals-eigenschaft im erbbiologischen Sinne liegt ja dann nahe, wenn sich ein immer wiederkehrender Erbgang vorfindet.

BERZE hat aber mit Recht darauf hingewiesen, daß der Erbgang überhaupt nur bei einer dominant gehenden Krankheit leicht zu übersehen und erweisen ist. Aber auch hier nur dann, „wenn es sich um eine Erbanlage von so hoher Potenz (Durchschlagskraft) handelt, daß sie sich ohne weitere Mithilfe von anderen Erbfaktoren oder von äußeren Faktoren in der Erscheinungsweise des Individuums, in seinem Phänotypus durchzusetzen vermag“.

SIEMENS äußert sich zur Frage der Feststellbarkeit der Erbllichkeit eines Merkmals aus dem Erbgang dahin, daß „ein Merkmal (und eine Krankheit), das nicht exakte MENDEL-Zahlen zeigt, dennoch in hohem Grade auf Erbllichkeit beruhen kann. Dort wenigstens, wo die Manifestation eines Merkmals von einer räumlich und zeitlich wechselnden, bald in dieser, bald in jener Richtung zielenden Umwelt (Paravariabilität) oder infolge komplexer Bedingtheit von anderen Erbeinheiten (Mixovariabilität) abhängig ist, werden wir deshalb auch bei sicher erblichen, auf ganz bestimmte Familien beschränkten Leiden klare MENDEL-Zahlen vergeblich suchen“.

Man hat daher aus dem Bestreben heraus, das vermutete Merkmal psychologisch exakt zu erfassen, versucht, die einzelnen Bestandstücke und Herkünfte, die das Gesamtbild der Psychose in inniger Verflechtung miteinander ergeben, analytisch herauszusondern. Man fragte sich vor allem im Anschluß an die methodischen Erwägungen BIRNBAUMS, was an dem voll ausgeprägten Bilde, etwa der Schizophrenie, pathoplastisches Beiwerk sei, was unmittelbar pathogenetischen Ursprungs. Nun läßt sich gedanklich schematisch wohl die vielseitige Verflechtung der Bestandteile unterschiedlicher Herkunft darlegen. Ähnliche Forderungen stellte KRETSCHMER in seiner Schichtendiagnose auf. Aber die praktische Durchführung stößt doch immer wieder auf die größten Schwierigkeiten. Keiner der bisherigen Versuche von KRAEPELIN, BLEULER, STRANSKY, BERZE und in neuester Zeit von CARL SCHNEIDER vom lebendigen Bild abstrahierend *das* Primärsymptom zu gewinnen, aus dem dann gleichsam als dem Kerngebilde ein Großteil schizophrener Symptomatik ableitbar wäre, hat sich allgemeine Anerkennung erwerben können. So behilft man sich schließlich immer wieder mit so weitgehenden Begriffen, wie Einbruch des Prozeßgeschehens, Zertrümmerung der Persönlichkeit usw., ohne daß damit über die Tatsache einer psychopathologischen Veränderung hinaus etwas im Sinne eindeutiger Kennzeichnung und Zuordnung zu *einem* biologischen Krankheitsgeschehen gesagt wäre.

Wie sollte man also weiterkommen? KAHN stellte die Forderung, zunächst diejenigen Phänotypen festzustellen, die nachweislich im Erbgang nach den Regeln gehen als unmittelbare Manifestation bestimmter genotypischer Kombinationen. Er bezeichnete sie als feste Phänotypen, die ihrerseits wiederum von zweierlei Art sein können, 1. „primitive feste Phänotypen mit primitiven Genotypen“, 2. feste Phänotypen, die sich aus primitiven Genotypen zusammensetzen auf der Grundlage von Kuppelungen. So entstehen dann „komplexe Phänotypen mit komplexen Genotypen“. Außerdem sprach man dann noch von „ungefestigten Phänotypen“, „die sich durch Milieueinflüsse über das Maß genotypischer Struktur hinaus entwickelt haben“ (HOFFMANN). Aber so gerecht-

fertigt derartige Forderungen sein mögen und so sehr sie die Klinik befruchteten, indem sie eine tiefergehende psychologisch-analytische Erfassung des Gesamtbildes forderten, so schwierig ist doch ihre Erfüllung für die Schizophrenie. KAHN glaubte eine Zeitlang im Schizoid einen solchen festen Phänotypus gefunden zu haben, er hat sich aber dann späterhin sehr viel reservierter und vorsichtiger bezüglich der Merkmalswertigkeit des Schizoids ausgedrückt und dieses stark eingeengt.

Eine große Schwierigkeit liegt ja auch darin, daß der äußeren Einfachheit und Umgrenztheit eines psychischen Gebildes noch keine genotypische Einheit oder Einfachheit zu entsprechen braucht. So kann schon eine psychologisch scharf umrissene Charaktereigenschaft wie Geiz, Mißtrauen, Menschenscheu a priori ebenso wohl Ausdruck *einer* Anlagekomponente als auch die Resultante verschiedener Anlagekomponenten sein, nicht weniger aber auch das Ergebnis sowohl von bestimmten Anlagen wie besonderen Außeneinflüssen. Aber auch die Möglichkeit ist gegeben, daß unter bestimmten Verhältnissen die Charaktereigenschaft fast nur etwas durch die Einflüsse des Milieus Erworbenes darstellt. Andererseits zeigt die Untersuchung von ENTRES und KEHRER, daß ein klinisch so relativ kompliziert zusammengesetzter und in seinem Erscheinungstypus außerordentlich wechselhafter Phänotypus, wie ihn die Chorea Huntington mit ihrer Mischung körperlicher und seelischer Symptome darstellt, einem einfachen Erbgang folgt.

Mit der Feststellung eines einfachen Erbgangs wiederum ist aber nicht gesagt, daß dieser nun auf einem Gen beruhe. Es können ja auch verschiedene Einzelanlagen untereinander in einer besonders festen Bindung stehen und so als Block im allgemeinen nach einfachen Spaltungsgesetzen weiter gegeben werden. Hierauf hat KAHN insbesondere hingewiesen. Man hätte sich dann eine solche Krankheit als eine „komplex-konstituierte“ vorzustellen. *Je nach der Festigkeit der Faktorenkuppelung* wäre dann wiederum die Möglichkeit gegeben, daß sich diese komplexen Anlagen wieder aufspalten und daß es unter bestimmten Umständen zu einem „Zerstieben der Anlagen“ (BERZE) kommt, in der sich die Selbständigkeit der Teilmomente wieder durchsetzt.

Aber ganz außer acht gelassen wurde bei all diesen Erwägungen, daß der hypothetische, dem Phänotypus Schizophrenie zugrunde liegende Anlagefaktor ja doch nicht allein für sich existiert, sondern nur immer im Zusammenhang mit der gesamten genischen Struktur des Individuums. KAHN hat diese prinzipiell wichtige Seite im ganzen Erbproblem scharf charakterisiert mit den Worten: „Er ist eingeschlossen in eine ganze Anzahl von anderen Genotypen oder genotypischen Komplexen, mit denen er zusammen den Gesamtgenotypus des Individuums bildet und von deren, wiederum durch ihre Beziehung zur Umwelt modifizierten, Auswirkungen eine Fülle von Einflüssen auf ihn zu wirken scheint“. Bei derartiger Auffassung stellt sich die Schizophrenie nicht als eine isolierte Genmanifestation dar, sondern als die sichtbare Resultante einer Fülle innerer und äußerer Faktoren, vergleichbar mit aufeinander wirkenden Kraftfeldern.

Im Verfolg solcher Erwägungen wird man daher selbst bei gleicher erblicher Grundlage nicht immer gleiche Krankheitssymptome erwarten dürfen, vielmehr eine gewisse Symptomstreuung nach Stärke und Art, also differente Krankheitsbilder und wohl auch — Verläufe. Die vermutete einheitliche erbliche Krankheitsanlage könnte sich also heterophän auswirken. Mit der Heterophänie wäre allerdings auch nur ein Wort für die an sich in ihren eigentlichen Ursachen ungeklärte Tatsache der klinischen Vielgestaltigkeit der Schizophrenie gegeben. SIEMENS sieht die Ursache heterophäner Vererbung nicht in der Wandlung der Erbanlagen, sondern in einer Wandlung der *Entfaltungsbedingungen* einer bestimmten Erbinheit, „wir müssen uns also eine Erbanlage vorstellen, die

in außerordentlich hohem Grade und in eigenartiger Weise paravariabel oder mixovariabel ist. Wir fassen daher unter der Bezeichnung „heterophäne Veranlagung“ vorläufig alle jene meist noch unklaren Fälle zusammen, in denen bei verschiedenen Individuen mit einer vermutlich gleichen Krankheitsanlage die phänotypische Manifestation dieser Anlage qualitativ verschiedene Resultate gibt“. Besonders verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen von C. STERN, F. KEHRER, A. SIEDLER und E. KAHN (Nervenarzt 2, 1929) die von verschiedenem Standpunkte aus sich mit den Beziehungen der heutigen experimentellen Erforschung und der Genese der Erbkrankheiten auseinandersetzen, sowie speziell mit der Frage, welche Möglichkeiten die Ergebnisse der experimentellen Vererbungslehre bieten zur Erklärung des Auftretens verschiedener Symptome bei Geisteskrankheiten, die auf gleicher erblicher Grundlage beruhen. Auch an die Annahme sei erinnert, daß die Realisierung oder Nichtrealisierung einer vorhandenen Schizophrenieanlage von anderen Anlagen im Sinne einer *Hypostase* oder *Epistase* abhängig ist. Hiermit lassen sich alle möglichen Übergänge konstruieren, etwa, daß die Überdeckung der hypostatistischen Schizophrenieanlage durch einen epistatischen Hemmungsfaktor bald nur teilweise auftritt und dadurch jeweils verschiedene Krankheitsbilder erzeugt. Daß jedenfalls die genotypische Gesamtstruktur von Bedeutung ist und daß diese während des Lebens innere Wandlungen irgendwelcher Art durchmacht, die nicht ohne Einfluß auf die gegenseitige Abhängigkeit der einzelnen Erbfaktoren sind, läßt die Tatsache vermuten, daß die Schizophrenie fast nie vor der Pubertät auftritt. Aus was für inneren Gründen sie sich aber in einem Falle mit 40 Jahren entfaltet, im anderen schon mit 18 Jahren, welche Bedingungen für das Zustandekommen der Entfaltung der Schizophrenie erfüllt sein müssen, ist vollkommen ungeklärt. Im Verfolg derartiger Gedankengänge ist die Annahme möglich, daß beim einen Individuum dieselbe Anlage infolge besonderer intragenischer Bedingungen überhaupt nicht zur phänotypischen Realisierung kommt, die beim anderen progredient in einen Prozeßdefekt übergeht, beim dritten stationär bleibt oder sich zurückbildet. Auf der anderen Seite spricht der oft erhebliche Unterschied des Psychosebeginns trotz der genischen Identität bei eineiigen Zwillingen für das Mitwirken exogener Momente.

Hier drängt sich auch der Gedanke an eine unterschiedliche *Potenz* der einzelnen Erbfaktoren auf und so käme zu den vielen unbekanntenen Größen als neue noch ein quantitatives Moment hinzu.

Zunächst war ja der Begriff der Erbanlage rein qualitativ gemeint. Ein quantitatives Moment steckt allerdings schon in der Feststellung der experimentellen Erbbiologie, daß an manchen Merkmalen mehrere aber gleichmäßig wirkende Erbeinheiten im Sinne der homologen Polymerie beteiligt sein können. Je nach dem Zufall der Mixovariation kann so dieselbe Erbanlage auf mehr oder weniger zahlreichen gleichmäßigen Erbeinheiten beruhen und es liegt dann nahe, Intensitätsunterschiede des Merkmals auf Zahlenunterschiede der gleichsinnigen Gene zu beziehen. Es handelt sich aber hierbei immerhin noch um Spaltungsvorgänge, die streng nach den MENDELSchen Regeln gedacht, wenn auch schwer nachgewiesen werden können. HOFFMANN, RÜDIN und andere haben sich mit einer solchen Möglichkeit homologer Polymerie für die Schizophrenie befaßt. Eine andere Frage aber ist die, ob nicht dem einzelnen Gen selbst eine unterschiedliche Stärke, eine unterschiedliche Potenz, zukommt, daß also neben der Qualität des Erbfaktors auch noch dessen Potenz eine Rolle spielt. Sofort erheben sich weiterhin eine Reihe von Fragen, etwa, ob die Anlagestärke im Laufe des Lebens immer gleich bleibt oder aber, ob sie auch innerhalb des individuellen physiologischen Lebenslängschnittes wechselnde Grade haben kann.

R. GOLDSCHMIDT hat in seiner Arbeit über die quantitative Grundlage von Vererbung und Artbildung die Möglichkeit des Mitspielens quantitativer Momente durch experimentelle Untersuchungen an der Kreuzung verschiedener Schwammspinnerrassen hinsichtlich der Geschlechtscharaktere wahrscheinlich zu machen versucht — nicht ohne Widerspruch zu finden. HOFFMANN hat diese Quantitätstheorie aufgegriffen und versucht, sie auf menschliche Verhältnisse zu übertragen, insbesondere auf die Psychosen. Dabei ging er von der Annahme aus, daß die Manifestation der Schizophrenie abhängig sein könnte einmal von der Potenz der Anlage zur Schizophrenie, ferner von der Potenz epistatischer Hemmungsfaktoren. Bei letzteren dachte er insbesondere an die Anlage zum manisch-depressiven Irresein. So könnte dann die Anlage zur Schizophrenie im einen Fall „sich bis zur schizophrener Psychose voll entfalten“, im anderen Falle bliebe sie vielleicht infolge starker Gegenteilstendenzen in dem schizoiden Stadium stecken. Ferner machte er noch die weitere Annahme, daß die „Energiepotenz“ einer Anlage erschöpfbar, also nicht konstant ist, so daß „eine bestimmte Entwicklungsreihe (A), die zunächst eine andere (B) zudecken kann oder diese in ihrer Entwicklung zu hemmen imstande ist, bei all zu früher Erschöpfung der ihr innewohnenden Energiepotenz in ihrer hemmenden Wirkung nachläßt und so die Bedingung für die Entfaltung der Entwicklungsreihe B schafft“. Diese Theorie würde es etwa erklären, wenn ein zunächst depressives Zustandsbild allmählich in ein schizophrener übergeht, resp. von einem solchen abgelöst wird. Er benennt diesen Epistasewechsel Dominanzwechsel, später weniger präjudizierend Erscheinungswechsel, da unter Dominanzwechsel in streng erbbiologischem Sinne ja nur zu verstehen ist, daß eine Erbanlage, die bisher in Bezug auf ihren zum gleichen Anlagepaar gehörenden Paarling dominant war, nun diesem gegenüber recessiv wird, also eine Kräfteverschiebung innerhalb eines allelomorphen Anlagepaares.

Der Gewinn derartiger Überlegungen besteht im wesentlichen darin, daß die schizophrene Erbanlage nicht mehr starr isoliert, sondern im größeren Rahmen der Beziehung zu anderen Erbfaktoren, zur Gesamtheit der genotypischen Reaktionsnorm gesehen wurde. Was aber nun als Hemmungsfaktor zu gelten hat, als antagonistisch wirkende Erbanlage, ob hier das manisch-depressive Irresein überhaupt eine Rolle spielt, all dies ist noch durchaus ungeklärt. Die große Gefahr, welche die Übertragung derartiger Theorien auf die Hereditätsforschung der Psychosen mit sich bringt, beruht zweifellos darin, daß mit dem Hinzutreten all der variablen Größen der Anlagepotenz im beschriebenen Sinne, der unbekanntem Hemmungsanlage und schließlich der Möglichkeit eines Intensitätswechsels der Potenz im Verlauf des Lebens ein so ungeheuer weitmaschiges Netz als Erklärungsprinzip verwandt wird, daß damit *schlechterdings alles deutbar wird*, die Möglichkeit des strengen Erweises aber auch ebensowenig in die Ferne rückt.

Endlich besteht auch immer noch die Möglichkeit, daß die Dementia praecox gelegentlich als Mutation neu entsteht, wie sie ja ursprünglich wohl auch einmal so entstanden sein wird. Ob aber eine derartige Mutation nur ein sehr seltenes Ergebnis darstellt oder sehr viel häufiger auftritt, als im allgemeinen angenommen wird, ist völlig unklar. Man hat vor allem in solchen Familien an die Möglichkeit der mutativen Entstehung gedacht, wo sich weit und breit keine Schizophrenie in der Verwandtschaft findet. Die Mutation ist als Erklärungsversuch für solche besondere Fälle theoretisch nicht zu widerlegen, ebensowenig allerdings auch die Annahme eines recessiven Erbgangs, der alle sporadischen Fälle ebensogut erklärt.

Denn hierbei „kann die Kombination der Erbanlage lange Zeit so günstig sein, daß die Krankheit in der Familie nicht manifest wird, und auch nachdem



sie in einem Individuum einmal manifest geworden ist, braucht dies späterhin längere Zeit nicht mehr der Fall zu sein“ (RÜDIN).

Die Hoffnungslosigkeit, aus diesem Netz von Denkmöglichkeiten, von denen hier nur einige angedeutet wurden und die sich noch weiterhin vermehren ließen, zu einem gesicherten Ergebnis zu kommen, führte zwangsläufig zum entgegengesetzten Extrem, nämlich zum Zweifel an der erblichen Bedingtheit der Schizophrenie überhaupt. Am ausgesprochensten ist dieser Frontwechsel als Arbeitshypothese von BUMKE durchgeführt worden in seinem weithin bekannt gewordenen Vortrag über die Auflösung der Dementia praecox. Zwar bezweifelt er nicht, daß es „mindestens eine Gruppe von Dementia praecox-Kranken gibt, die sich vererbt“, neigt aber dazu, im allgemeinen an Stelle einer Erbkrankheit Schizophrenie schizophrene Reaktionsformen anzunehmen. Die Anlage hierzu wäre entweder ubiquitär, oder aber, wenn auch nicht bei allen, so doch bei einem großen Teil der Menschen als konstitutionelle Eigenschaft zur Beantwortung auf unterschiedliche Reize zu denken. Hierbei kann sich dann wiederum der Effekt dieser Reize je nach der Stärke der Schädlichkeit einerseits, oder aber der Widerstandsfähigkeit des Gehirns andererseits bald in Gestalt einer schwer verlaufenden unheilbaren, bald in Gestalt einer heilbaren Psychose äußern. So lassen sich eine große Anzahl von Denkmöglichkeiten aufstellen von rein endogenem Ursprung bis zur rein exogenen Verursachung. Gehen wir von letzterer Annahme aus: Das normale Gehirn beantwortet irgendwelche exogenen Reize mit der Symptomatik, die wir als schizophrene Erkrankung bezeichnen, es fehlt dann also ein besonderes Anlagemoment. Auch KAHN läßt eine solche Möglichkeit der Entstehung schizophrener Psychosen gelten, wenn er damit rechnet, „daß auch ohne Anwesenheit schizoider und schizophrener Anlagen im Idiotypus schizophren aussehende Krankheitszustände zur Ausbildung kommen, die sich — wenigstens vorläufig, klinisch und psychologisch von den konstitutionell unterlegten Fällen nicht unterscheiden lassen“. Er bezeichnet derartige rein exogene Psychosen als schizoform und betont ihre Verwandtschaft mit der schizophrenen Reaktionsform BUMKES. Als kasuistische Beiträge hierfür hätten wohl in Annäherung die in den Beobachtungen von BÜRGER und MAYER-GROSS, LEYSER, WILDERMUTH und NEUSTADT, sowie anderen mitgeteilten Befunde über nicht nur transitorische, sondern zum Teil auch stationäre, ja progrediente schizophrene Zustands- und Zerfallsbilder bei der Encephalitis epidemica zu gelten, schizophrenieartige Psychosen, wie BÜRGER und MAYER-GROSS sich ausdrücken, mit bekannter Ätiologie, „deren Ursache schon so greifbar ist, daß bei ihnen Heredität und Konstitution zu Funktionen minderen Ranges werden“.

Zwischen rein exogenen und rein endogenen schizophrenen Psychosen wäre dann eine Gruppe aufzustellen, bei der das exogene Moment *allein* nicht mehr ausreicht für die Entstehung der Psychose, sondern noch eine bestimmte nicht überall vorhandene Gehirnanlage mitbenötigt wird. Weder käme es hierbei also ohne exogenes Moment noch ohne die bestimmte Anlage zur Psychoseentstehung. BERZE betont besonders: „Wir wissen vor allem nicht, ob wir es mit einer erblichen Krankheitsanlage oder bloß mit einer erblichen Disposition zur Krankheit zu tun haben, d. h. wir wissen nicht, ob wir eine erbliche Schizophrenieanlage anzunehmen haben, die in dem Sinne als komplett anzusehen ist, daß sie für sich allein, ohne Mitwirkung anderer Faktoren, auch den Ausbruch der Krankheit zu bedingen vermag, oder nur eine erbliche Disposition, bei deren Gegebensein erst andere nichterbliche Faktoren die Schizophrenie herbeizuführen vermögen“.

Wenn also die von LUXENBURGER auf Grund der Ergebnisse der Zwillingsuntersuchungen abgeleitete hohe Manifestationswahrscheinlichkeit der Schizo-

phrenie allgemein zu Recht besteht und eine irgendwie bedingte Keimschädigung oder Fruchtschädigung nicht in Frage kommt, so wäre die Frage im Sinne der ersteren Annahme BERZES zu entscheiden. An die zweite Möglichkeit hat man vor allem dann gedacht, wenn ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Entstehung der Schizophrenie und einer sonstigen Erkrankung gegeben ist. In diesem Sinne interpretiert z. B. BOSTROEM diejenigen Infektions- und Wochenbettpsychosen, welche schließlich in eine Schizophrenie ausmünden, die nun ihren gesetzmäßigen Verlauf nimmt. Er hält es für wahrscheinlich, daß dann, wenn eine Gehirnschädigung auf „eine etwas stärker ausgesprochene Krankheitsbereitschaft“ trifft, unter Umständen nicht nur eine symptomatische Psychose entstehe, sondern zugleich auch die endogene Psychose ausgelöst werde, die dann, nach Abklingen des exogenen Psychoseanteils erst rein zutage trete. Den speziellen Fall einer nur *vorübergehenden* Anlagemanifestation würde das gleichfalls von BOSTROEM angeführte Beispiel darstellen, wo sich im allerersten Stadium eines paralytischen Gehirnprozesses *zuerst* ein schizophrenes Krankheitsbild entwickelt, das „zunächst jedenfalls kein paralytisches Gepräge hat“. Der organische Gehirnprozeß wäre also als Reiz im Sinne der Auslösung der Anlage zu denken, „die Anlage ist die pathogenetische Determinante, die Paralyse in diesem Stadium provozierender Faktor“. In weiterer, und wie mir scheint, nicht unbedenklicher Ausdehnung und Verwendung des Anlagebegriffes hat man auf diesen nicht nur das Auftreten ausgesprochener schizophrener Bilder bezogen, sondern auch schizophren gefärbte Teilsymptomatik. So etwa wenn bei einer Paralyse atypische Beimengungen in Gestalt katatoner paranoider oder halluzinatorischer Züge im Vordergrund stehen. BLEULER z. B. vermutete, daß bei Schizophathen, wie er stark ausgeprägte Schizoide nennt, eine organische Gehirnkrankheit schizophrene Symptome auszulösen imstande sei, „ohne daß man einen schizophrenen Prozeß anzunehmen braucht“. KEHRER nimmt an, daß bei bestimmten Paralysekandidaten deren Konstitution nach der Richtung des manisch-depressiven Irreseins oder der Schizophrenie weist, diese Anlagen als pathoplastisches Moment neben dem durch den eigentlichen Krankheitsprozeß erzeugten Achsensyndrom (HOCHÉ) in das Gesamtbild der Psychose eingehe.

Endlich sei noch RÜDIN angeführt, der es theoretisch für wohl möglich hält, „daß eine bestimmte Psychose ihr sonst fremde Symptombeimengungen zeigt, die man als phänotypische Auswirkungen von irgendwelcher anderer Erbanlage betrachten kann“, so daß etwa durch einen manisch-depressiven Prozeß schizophrene Teilanlagen mobilisiert werden, die der Psychose eine vom klinischen Bild abweichende Färbung verleihen, oder aber auch einer exogenen Psychose, wie der in diesem Zusammenhang immer wieder genannten Paralyse (KOLB, PERNETH, WILDERMUTH). Solchen Annahmen, zumal wenn es sich nicht um voll ausgesprochene schizophrene Krankheitsbilder handelt, sondern nur um schizophren gefärbte Teilsymptomatik, lassen sich reichlich Einwände gegenüberstellen. Vor allem rein empirisch der Einwand, daß eben keineswegs immer dann, wenn ein exogenes Gehirnleiden, also etwa eine Paralyse bei einer ausgesprochen schizopathischen Persönlichkeit besteht, nun auch jeweils schizophren anmutende Beimischungen auftreten. Umgekehrt aber beobachtet man solche atypischen Symptomeinschläge bei organischen Gehirnkrankheiten, welche weder eine schizophrene Belastung, noch eine schizoide Wesensartung, oder eine entsprechende Körperbauform haben, wo sich also gar nichts von dem vorfindet, was bei weitherziger Ausdehnung als Hinweis auf eine entsprechende Krankheitsdisposition aufgefaßt werden könnte. Schließt man in solchen Fällen aber aus der Symptomatik allein auf das Vorliegen einer entsprechenden spezifischen Anlage, so setzt man voraus, was erst zu beweisen ist und es darf doch nicht vergessen werden, daß die psychologische und symptomatologische Ähnlichkeit

weder für noch gegen eine biologisch-ätiologische Einheitlichkeit spricht. Es läßt sich ja auch denken, daß die für die schizophren anmutenden Symptome verantwortlich gemachte Anlage der Ausdruck einer besonderen inneren Hirnstruktur ist, etwa im Sinne der Anlageschwäche KLEISTS. Durch den der Schizophrenie zugrunde liegenden biologischen Vorgang könnte diese in erster Linie manifestiert werden, aber ebenso je nach Art, Stärke oder Lokalisation eines exogenen Krankheitsprozesses im klinischen Bild zum Ausdruck kommen. Damit ist natürlich nicht widerlegt, daß nicht auch endogene Psychosen organisch provoziert werden können. Man darf nur nicht vergessen, daß wir hier mit *Konstruktionen* arbeiten, die sich zwar in das klinische Bild hineindenken lassen und eine glatte Lösung ergeben, daß wir aber den bindenden Erweis für die Richtigkeit unserer Annahme nicht erbringen können.

Als 3. Hauptgruppe wären dann die rein endogen bedingten Schizophrenien zu erwähnen, bei denen es keiner äußeren Reize zur Manifestation bedarf. Hier tritt die Psychose vielmehr schicksalsmäßig und unabwendbar auf Grund der genischen Eigengesetzlichkeit auf, wobei exogene Momente höchstens beschleunigend oder verzögernd auf den Ausbruchstermin wirken können, keinesfalls aber imstande sind, die Psychose zu verhindern oder zu erzeugen. Auch der Begriff der Auslösung, der etwa für die 2. Gruppe angewendet werden kann, hätte hier im strengen Sinne des Wortes keine Geltung.

BUMKE äußerte sich denn auch in seinem Lehrbuch dahin: „Das, was wir heute Schizophrenie nennen, ist so häufig, daß auch der Zufall mehrere Fälle in einer Familie zu erklären vermöchte, und die Schizophrenien bei Geschwistern brauchen nicht auf Vererbung, sondern könnten wohl auch auf Keimschädigung beruhen. Aber auch das ist möglich, daß einzelne Psychosen dieses Formenkreises vererbbar sind und andere nicht, oder vielleicht treffen bei jedem Krankheitsfall vererbte und im Leben erworbene Ursachen zusammen“.

Die klinische Analyse aus Zustandsbild oder Verlauf gestattet uns jedenfalls keine einigermaßen zureichende Unterscheidung zwischen rein endogener, ausgelöster oder rein exogener Schizophrenie zu machen.

Die BERZESche Unterscheidung zwischen Schizoidpsychose, Schizophrenie und Dementia praecox hat sich kein Bürgerrecht erworben. Weder besagt die Tatsache einer guten Remission nach dem ersten Schub noch die jeweils vorliegende Symptomatologie etwas gegen die Möglichkeit des erneuten Erkrankens und des schließlichen Übergangs in einen chronischen Defektzustand, noch ist der Beweis erbracht, daß es sich bei den Fällen, die nur einen kurz dauernden Schub mit schizophrener Symptomatik durchgemacht haben, um einen wesensmäßig anderen Krankheitsvorgang handelt.

HERZ, der sich um eine Unterscheidung zwischen heredo-degenerativen (KLEIST) und symptomatischen Schizophrenien bemühte, kommt schließlich zu dem Resultat, daß es zur Zeit noch nicht begründet erscheint, „die symptomatischen Schizophrenen aus der Schizophreniegruppe herauszustellen, da das Gemeinsame — besonders Verlauf und Ausgang — eine derartige scharfe Trennung noch nicht zuläßt. Jedoch muß die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, ob *nicht völlig anders geartete Erkrankungen mit einem anderen anatomischen Substrat, mit anderer Ätiologie und anderer Genese klinische Erscheinungsformen hervorrufen können, die wir bis jetzt von der Schizophrenie abzugrenzen nicht in der Lage sind*“.

Ganz ungeklärt ist vorerst noch die *Symptomwahl* des schizophrenen Prozesses. Erfahrungsgemäß läßt sich nur sagen, daß gewisse Lebensalter zu bestimmten Krankheitsbildern prädisponieren. Während die jugendlichen Schizophrenen vor allem hebephrene und katatone Zustandsbilder zeigen, sind im höheren Alter besonnene, paranoid halluzinatorische Bilder häufiger, wohingegen der Spät-

schizophrenie eigenartig starr depressive Bilder mit paranoiden Gedankengängen und halluzinatorischen Erlebnissen zugeschrieben werden. Man hat die Unterschiede der klinischen Bilder bei mutmaßlich gleichem biologischem Krankheitsvorgang auf eine unterschiedliche Anlageschwäche zu beziehen versucht. Bedeutsam für diese Frage ist die Studie von LANGE „Klinisch-genealogisch anatomischer Beitrag zur Katatonie“. Er präzisiert seine Anschauungen dahin, daß der Schizophrenie wohl ein einheitlicher biologischer Vorgang zugrunde liegt, „der je nach der Art der wohl als wesentlich verschieden zu denkenden erblichen Anlageschwächen zu so verschiedenen Krankheitsbildern und -verläufen führt. Eine solche Annahme läßt sich am besten mit den bisher bekannten erb-biologischen Tatsachen vereinen, die vielfach sehr ähnliche Bilder bei nahen Verwandten (besondere Anlageschwäche) und doch auch Zusammenhänge mit im klinischen Bilde weit voneinander abweichenden klinischen Gestalten (einheitlicher biologischer Vorgang) aufzeigen lassen“.

LUXENBURGER konstatierte bei seinen schizophrenen eineiigen Zwillingen, daß die jugendlichen Kranken meist hebephrene oder einfach katatone Zustandsbilder boten. Er sieht in ihnen die von Außeneinflüssen am wenigsten beeinflußten Formen. Hingegen ergaben sich wesentliche Abweichungen sowie der Gesamtverlauf der Psychose über längere Zeit erblickt werden konnte. „Je später die Psychose zur Diagnose kam, umso mehr wichen Zeitpunkt der Erkrankung als auch der Gesamteindruck des klinischen Bildes voneinander ab“, auch bei den als ähnliche Hebephrenien einsetzenden Bildern.

Vielleicht führen hier Erbuntersuchungen weiter, die von bestimmten klinischen Untergruppen ausgehen und an großem Material nicht nur die Belastungsverhältnisse bei der Schizophrenie überhaupt, sondern auch bei bestimmten klinischen Erscheinungsweisen erforschen. LANGE erhofft von den Zwillingsuntersuchungen, daß sich die rein erblich bedingten Syndrome klarer herauschälen.

I. SCHWEIGHOFER vermutet, ebenfalls auf Grund genealogischer Untersuchungen, daß das katatone Syndrom auf dem Boden einer besonderen genotypischen Grundlage erwachse, die sich vor allem bei solchen Erkrankungen manifestiere, welche zu starken psychischen Defektzuständen führen, wie der Schizophrenie und der Paralyse. Also auch hier eine allgemeine Anlageschwäche, die durch verschiedene Noxen, seien sie endogener oder exogener Natur, zum Vorschein kommen kann. Die Beziehungen zu KLEISTschen Gedankengängen einerseits wie zu den von OSKAR VOGT im Sinne der generellen unspezifischen Pathoklise andererseits sind offensichtlich. Auf die viel diskutierte Frage der Verwandtschaft katatoner Erscheinungen mit solchen bei striären Erkrankungen sei hier nicht näher eingegangen. Dies wird im Abschnitt über Motorik von HOMBURGER erörtert.

Soviel nun aber auch von exogenen und auslösenden Momenten die Rede ist, *so wenig Sicheres wissen wir*. Wir haben keine Anhaltspunkte für das Mitwirken einer Keimschädigung irgendwelcher Art oder für das Mitwirken einer Schädigung, welches die werdende Frucht trifft.

Bei der Frage der Keimschädigung dachte man vor allem an Alkoholismus der Eltern. Bei RÜDINS Geschwisterschaften stieg die Zahl der Schizophrenie über den allgemeinen Prozentsatz von 4,48 bei Bestehen einer elterlichen Trunksucht auf 7,8%. Auf die Bedeutung der Trunksucht haben auch andere Autoren, z. B. ZOLLER, WITTERMANN, BERZE, hingewiesen. Indes wäre zunächst erst die Frage zu klären, wie weit nicht der Alkoholismus schon Ausdruck einer bestimmten abartigen Veranlagung der Eltern sein kann, so daß die trunksüchtigen Eltern gerade „eigenartige heterocygote Bausteine darstellen, welche mehr Dementia praecox-Determinanten oder Ergänzender mit sich führen könnten,

als die nichtalkoholischen Eltern der gleichen Kreuzungsgruppe“ (RÜDIN). K. BINSWANGER hat ja in seiner schönen Arbeit einen bestimmten Typus schizoider Alkoholiker plastisch geschildert, bei dem man zweifellos daran denken muß, wieweit es sich nicht um verkappte Schizophrenie handelt. Eine Klärung des Problems im behandelnden oder verneinenden Sinne ist bis heute noch nicht erfolgt, so daß man nicht mehr sagen kann als das, was RÜDIN 1922 schon vorsichtig formulierte, nämlich, daß das Ansteigen der Schizophrenien in Geschwisterschaften bei Trunksucht der Eltern „vielleicht den Ausgangspunkt für einen späteren Beweis einer idiokinetischen Alkoholwirkung“ ergibt, daß aber nirgends der Beweis zu ersehen ist, „daß der Alkoholismus der Eltern eine erbliche Entartung wirklich neu schafft“.

Für die letztere Ansicht sprechen auch die neuesten Untersuchungen von BOSS, sowie PANZE, welch letzterer das Ergebnis seiner Untersuchungen über Alkohol und Nachkommenschaft, vorgenommen an 721 Kindern von 200 schweren Wohnheimstrickern, dahin zusammenfaßt, daß sich hinsichtlich des Vorkommens von Epilepsie angeborener Schwachsinn, Psychopathie, endogene Psychose und körperlichen Mißbildungen kein sicherer Anhaltspunkt dafür ergeben habe, daß diese Anomalien auf Keimschädigung zurückzuführen wären.

Nicht anders steht es mit der Keimschädigung durch Lues. Diese Frage wurde früher viel ventiliert, vor allem nachdem PILCZ an seinem Großstadtmaterial fand, daß insbesondere die Hebephrenen häufig an Tabes oder Paralyse erkrankte Eltern hatten, indes kamen die Nachuntersucher zu weniger eindeutigen Ergebnissen; so ergab das — mehr ländlichen Bezirken entstammende — Material WITTERMANN'S keine Stütze der PILCZ'Schen Befunde für ein engeres Abhängigkeitsverhältnis Lues-Schizophrenie im Sinne ätiologischer Mitwirkung, sei es, daß man an eine reinidiokinetische Wirkung denkt oder in der Lues einen krankheitserzeugenden Teilfaktor sieht, der nur bei Vorhandensein gewisser Erbfaktoren zur Entstehung der Psychose führt. Auch MEGGENDORFER'S Untersuchungen über die Rolle der Erblichkeit bei der Paralyse sprechen gegen eine wesentliche Mitwirkung. Er fand unter 183 Kindern paralytischer Eltern, die nach der Infektion gezeugt wurden, 6 geistesranke, darunter aber keine Schizophrenie. BERZE hingegen, der schon in der vormendelistischen Zeit der psychiatrischen Erforschung auf die Bedeutung der Lues in seinem bekannten Buch über die hereditären Beziehungen der Dementia praecox, 1910, hingewiesen hatte, hält diese Frage noch nicht für erledigt. Noch 1927 betont er, daß seine Feststellungen mit denen von PILCZ übereinstimmen. KEHRER hingegen stellte unter Beziehung auf KALB'S Beiträge zur Belastungsfrage bei Paralyse fest, daß in *den* Familien, in welchen Paralyse und Schizophrenie angetroffen wurden, „fast dieselben hereditären Beziehungen vorliegen, welche auf Grund der Ermittlungen in den zahlreichen Stammbäumen von paralysefreien Schizophrenien für diese Erkrankung als typisch angesehen werden dürfen, nämlich der recessive Vererbungsmodus“.

Über sonstige Noxen, die auf dem Wege einer schweren akuten oder chronischen Vergiftung des Organismus möglicherweise auch eine Keimschädigung hervorrufen könnten, ist hinsichtlich eines gehäuften Auftretens von schizophrenen Nachkommen aus derart veränderter Keimmasse nichts bekannt. Es wäre etwa an die Nachkommenschaften von solchen Berufsständen zu denken, die mit Blei, Quecksilber, Arsen, Phosphor oder anderen allgemeinen Stoffwechselfgiften zu tun haben. BERZE'S Meinung nach kommt außer Lues und Alkohol „wahrscheinlich noch eine Unmasse anderer keimschädigender Faktoren, wenn auch wohl nicht in einem schwer in die Waagschale fallenden Maße in Betracht“.

An die Möglichkeiten einer blastophthorischen Wirkung durch Tuberkulose, welche auf das Entstehen der Schizophrenie Einfluß haben könnte, ließen die

Feststellungen ZOLLERS denken. In seinem Material war die Zahl der erkrankten Geschwister, die tuberkulöse Eltern hatten, fast doppelt so hoch wie im Gesamtdurchschnitt. Seitdem ist die Frage des Einflusses der Tuberkulose, sei es als keimschädigendes Moment, sei es als erworbene Krankheit auf das Entstehen der Schizophrenie nicht mehr zu Ruhe gekommen. Daß gerade unter den Schizophrenen eine große Zahl an Tuberkulose stirbt, ist seit langem bekannt und vielartig erklärt worden. In letzter Zeit wurde diese Frage erst wieder in gründlicher Weise von LUXENBURGER angegangen, der Vergleichsuntersuchungen über die Rolle der Tuberkulose als Todesursache an Geschwisterschaften Schizophrener, Manischdepressiver und solchen aus der Durchschnittsbevölkerung unternahm. Das Ergebnis spricht nicht für eine Keimschädigung, oder gar dafür, daß die Tuberkuloseinfektion *als solche* eine Mitwirkung am Entstehen der Schizophrenie hätte. Wohl aber für „eine positive Korrelation zwischen der Anlage zur Dementia praecox und der erblichen Schwäche der geweblichen Potenz, die zu der herabgesetzten Widerstandsfähigkeit gegen die tuberkulöse Infektion führt“. Für die Annahme einer Herabsetzung der Widerstandskraft spricht ein Vergleich der Häufigkeit der Todesfälle an Tuberkulose zwischen den gleichaltrigen Geschwisterschaften aus der Durchschnittsbevölkerung einerseits und den nichtpsychotischen Geschwistern Schizophrener andererseits, welche letztere weit häufiger, bis 4mal so häufig, an irgendeiner Form der Tuberkulose sterben. Hingegen entspricht die Zahl der Tuberkulose Todesfälle in manisch-depressiven Geschwisterschaften etwa der in solchen aus der Durchschnittsbevölkerung. Damit scheint LUXENBURGER ein erbkonstitutionelles Moment sichergestellt zu sein. Worin nun das biologische Substrat für die Korrelation zwischen der Anlage zur Dementia praecox und der Anfälligkeit für die Tuberkuloseinfektion liegt, wird offen gelassen.

Die naheliegende Annahme, daß etwa der leptosome Habitus die Ursache der größeren Anfälligkeit wäre, wird mit gewichtigen Gründen abgelehnt, im Gegensatz zu WESTPHAL und WELTI, die auf Grund vergleichender Körperbauuntersuchungen die Meinung vertreten, daß beide Krankheiten, Schizophrenie wie Tuberkulose, eine gleichsinnige Affinität zum leptosomen Habitus haben und so auf dem Wege über die Körperbauform in einer gewissen Korrelation stehen.

In einer letzten Arbeit erweitert LUXENBURGER seine Arbeitshypothese dahin: „Zwischen der Anlage zur schizophrenen Ganglienzellenerkrankung und der Reaktionsträgheit des ektodermalen Stützgewebes einerseits, der erblichen Schwäche des mesodermalen Stützgewebes andererseits bestehen enge genische Wechselbeziehungen, deren phänotypisches Resultat die größere Zahl letaler Tuberkuloseerkrankungen bei denjenigen Personen darstellt, die mit der schizophrenen Erbanlage, sei es als recessive Homocygoten, sei es als Heterocygoten, behaftet sind. Diese erbliche Schwäche der geweblichen Potenz des mesodermalen Stützgewebes, deren Erbgang sicherlich ein sehr komplizierter, durch eine Reihe von korrelativen Beziehungen gebundener ist, besitzt möglicherweise ein mendelistisch faßbares Radikal, das irgendeiner Form der Recessivität folgt und mit den Anlagen zur Dementia praecox in Faktorenkoppelung steht“.

An dieser Stelle sei noch der endotoxischen Theorie gedacht. Die zahlreichen Fälle, wo die Krankheit in oder kurz nach der Pubertät auftritt, ebenso auch die nicht seltenen Fälle, die während oder nach der Schwangerschaft oder in der Zeit des Klimakteriums ausbrechen, ließen daran denken, daß endokrine Störungen im Sinne einer irgendwie gearteten endotoxischen Wirkung auf das Gehirn die Psychose hervorrufen. Aber irgendein physiologischer Nachweis für die Richtigkeit dieser Ansicht konnte trotz aller zahlreicher jede neue Methodik heranziehenden Untersuchungen bisher nicht erbracht werden

(FAUSER, ÄBDERHALDEN, EWALD, JAKOBI-KOLLE usw.). Somit wurde nur eine neue Unbekannte eingeführt. Im übrigen spräche die endokrine Theorie, wenn sie sich bewahrheiten sollte, ja nicht gegen die Endogenese des Leidens, denn die als kausal wirkend gedachten endokrinen Störungen könnten ja ihrerseits sowohl erworben wie Ausdruck einer vererbten Anlage sein. Im letzterem Falle würde somit die Vererbungsfrage nur auf das endokrine System verschoben (RÜDIN). KAHN, der ja das Zusammenwirken zweier genischer Anteile am Entstehen der Schizophrenie vermutet, hat die Möglichkeit erörtert, wieweit einerseits eine endotoxische endokrine Grundstörung dem Leiden zugrunde liegt, andererseits eine schizoide Hirnanlage.

Hier wäre die auf Grund zahlreicher Funktionsprüfungen und eingehender Untersuchungen von REITER aufgestellte Theorie von der endotoxischen Vergiftung durch gastrointestinale Störungen zu erwähnen, die ja auch in der früheren Literatur schon eine Rolle spielte. Die Arbeit verdient umso größere Beachtung, als sie sich auf jahrelange sachliche, klinische wie anatomische Untersuchungen stützt. REITER kommt auf Grund seiner Forschungen zu der Theorie, daß die von ihm „nachgewiesenen Gastroenteritiden bei Schizophrenen im Verein mit erblicher Veranlagung (die möglicherweise auch abnorme Anlagefaktoren in Bezug auf den Darmtractus bedingt) die Ursache der Psychose sind, wahrscheinlich durch eine Läsion des Apparates, der normalerweise einen Schutz gegen enterogene Vergiftungen gewährt: der Leber, der inneren Sekretion, so daß die enterogene Intoxikation in letzter Instanz der eigentliche Prozeßfaktor der Psychose ist“. Was aber speziell die autoptischen Befunde anbelangt, auf die REITER großen Wert legt, so hat WITTE zwar in seinem Schizophrenenmaterial ebenfalls regelmäßig die gastrischen Entzündungsprozesse vorgefunden, über die REITER berichtet, er kam aber auch bei 22 Kontrollfällen, die er im gleichen Zeitraum nacheinander sowie sie gestorben waren, unausgesucht obduzierte, 20 mal zu demselben Ergebnis!

GRUHLE hat verschiedene Denkmöglichkeiten herausgestellt, die sich bei der Annahme ergeben, daß der Schizophrenie eine Störung des Körperhaushaltes im besonderen der Drüsen mit innerer Sekretion zugrunde liege.

1. „Die Schizophrenie ist eine exogene Reaktionspsychose, d. h. die seelisch abnormen Symptome sind die Antwort eines an sich intakten Gehirns auf eine nichtcerebrale Schädigung, z. B. auf eine bestimmte Stoffwechselstörung oder eine Gruppe solcher. Woher *diese* stammt, steht dahin“. (Hierher gehört wohl, wenigstens teilweise, die Theorie HOFFMANNs, die er 1926 zur Diskussion stellte, nämlich, daß unter der Annahme, daß jeder Mensch einen Anlagefaktor besitzt, der zur Erkrankung an Schizophrenie disponiert, die Aktualisierung der Krankheit die Folge einer „endotoxischen Überwältigung“ sei. Diese könnte hervorgerufen sein durch eine qualitative oder quantitative Dysregulation.)

2. „Die Schizophrenie ist eine exogene Reaktionspsychose. Aber nicht jedes Gehirn reagiert auf die angenommene bestimmte endokrine Störung, sondern nur solche, die eine gewisse, irgendwie geartete Anlageschwäche haben, sei es in ihrer Totalität, sei es in gewissen organischen Teilsystemen“ (KLEIST).

3. „Die Schizophrenie ist eine Reaktionspsychose eines anlagemäßig abnormen Gehirns auf *verschiedene* Sekretionsstörungen, oder eine bestimmte *Gruppe* solcher Störungen. Dabei kann man sich vorstellen, daß es entweder auf diese ankommt, die bei verschiedenartig abnorm gebauten Gehirnen stets die gleichen schizophrenen Symptome hervorbringen (Symptomkoppelungen HOCHES) oder daß es auf die Eigenart der cerebralen Dyskonstruktion ankommt, die bei verschiedenen endokrinen Reizen stets die gleichen Symptomkoppelungen liefert.“

4. „Die Schizophrenie ist eine endogene Psychose sui generis oder eine Gruppe solcher. Eine äußere Reizung des also anlagemäßig abnormen Gehirns ist zum Ausbruch der Erkrankung überhaupt unnötig oder dient nur als Auslösung (konditioneller Faktor). [Heredodegeneration einzelner Systeme (KLEIST) oder der Gesamtheit.]“

Dieses Schema läßt sich *mutatis mutandis* auch für die theoretischen Erörterungen der denkbaren Einwirkung von seiten irgendwelcher anderer äußeren Einflüsse verwenden. Aber so lange wir *de facto* über die Bedeutung der gelegentlich angeschuldigten exogenen Momente so wenig wie zur Zeit wissen, sind alle solche Theorien, die sich noch vermehren ließen, rein akademischer Natur. Man hat sowohl physische wie psychische Alterationen irgendwelcher Art angeführt. WILMANN'S hat diese in seinem Schizophreniereferat eingehend erörtert. Man hat daran gedacht, daß die Schwangerschaft mit ihrer endokrinen Umstellung eine Rolle spielen könnte. BLEULER und KRAEPELIN weisen diesen Zusammenhang nicht von der Hand. WILMANN'S kann dies nicht bestätigen. Es läßt sich seiner Meinung nach eher bei den ungleich häufigeren Wochenbett-psychose an ein Mitspielen exogener Momente denken. Mehr Anerkennung fand die Annahme, daß gelegentlich fieberhafte Infektionskrankheiten als exogenes Moment bei der Entstehung einer Schizophrenie, vor allem im Sinn der Auslösung (BOSTROEM), wirksam sind. Aber BLEULER, der früher auch geneigt war, Infektionskrankheiten als Ursache von Schizophrenien anzunehmen, ist seit den Erfahrungen mit der Grippeepidemie erheblich skeptischer geworden. „Jetzt muß ich die Grippe wenigstens ausschließen, nachdem in Europa einige 100 Millionen Grippefälle die Schizophrenie nicht vermehrt haben.“ Von anderen exogenen Schädigungen wurde vor allem noch das Gehirntrauma in Betracht gezogen. Speziell zu dieser Frage wie auch der nach der Bedeutung schwerer psychischer Traumen für die Entstehung der Schizophrenie sei auf den klinischen Teil dieses Bandes verwiesen.

Ebenso hinsichtlich der sich hier weiter anknüpfenden Fragen nach der Bedeutung und der Begriffsbestimmung der schizothymen Reaktion (BORNSTEIN), der schizophrenen Reaktion (POPPERS), dem schizoiden Reaktionstyp (KAHN).

Zusammenfassend kann nur soviel gesagt werden, daß unsere Kenntnis, was gesichertes Wissen über die Art und die Bedeutung der verschiedenartigsten exogenen Momente, an die man oft mit zu viel Phantasie und zu wenig Kritik gedacht hat, und von deren vollzähliger Aufzählung wir hier absehen können, am Zustandekommen der Schizophrenie anbetrifft, betrübend gering ist. Dies um so mehr, als mit dieser problematischen Größe in den verschiedenen Theorien oft recht unbekümmert gearbeitet wird. Vorerst fehlt es hier noch am zwingenden Beweismaterial, mag auch der Einzelfall noch so evident erscheinen.

Zum Schluß ist die Frage zu streifen, ob und welche engeren erblichen Beziehungen zwischen der schizophrenen und anderen nichtschizophrenen Krankheitsformen bestehen. Der statistische Nachweis wäre dann geglückt, wenn „die Häufigkeit, mit der das Merkmal a in der Population B (Erbkreis des Merkmals b) und das Merkmal b in der Population A (Erbkreis des Merkmals a) auftritt, von der Häufigkeit abweicht, mit welcher die Merkmale a und b in der Standardpopulation D (der Durchschnittsbevölkerung) gefunden werden“ (LUXENBURGER). Für die Schizophrenie, das manisch-depressive Irresein, die genuine Epilepsie, sowie die Paralyse hat LUXENBURGER diese Untersuchung durchgeführt. Er entnahm „ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit der Eltern aus dem Probandenmaterial der genealogischen Abteilung



der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie wahllos je 100 Probanden der Dementia praecox, des manisch-depressiven Irreseins, der genuinen Epilepsie und der progressiven Paralyse, in deren Geschwisterschaften das Durchschnittsalter des jüngsten Geschwisters wie bei unserer Durchschnittsbevölkerung etwa 40 Jahre betrug, in der Annahme, daß sich der Altersaufbau der Sippen dann automatisch dem unserer Durchschnittsbevölkerung angleichen werde<sup>14</sup>. Die mit allen methodischen Kautelen errechnete Erkrankungs-wahrscheinlichkeit ergibt sich aus folgender Tabelle:

In den Geschwisterschaften von	Errechnet sich als Erkrankungserwartung an			
	Dementia praecox	Man.-depr. Irresein	Epilepsie	Paralyse
Dementia praecox . . . . .	0,0510	—	0,0079	0,0040
Manisch-depressives Irresein . . . . .	0,0060	0,1007	0,0154	0,0112
Epilepsie . . . . .	0,0113	0,0047	0,0262	0,0220
Paralyse . . . . .	0,0141	0,0136	0,0089	0,0406
Durchschnittsbevölkerung . . . . .	0,0085	0,0041	0,0029	0,0173

Weiterhin errechnete er den jeweiligen speziellen Koinzidenzindex, der für die 4 großen Psychosen in folgender Koinzidenztabelle dargelegt ist:

	Dementia praecox	Man.-depr. Irresein	Epilepsie	Paralyse
Dementia praecox . . . . .	6,0	0,84	1,87	1,288
Manisch-depressives Irresein . . . . .	0,84	24,561	2,425	1,465
Epilepsie . . . . .	1,87	2,425	9,034	1,943
Paralyse . . . . .	1,288	1,465	1,943	2,347

Diese Zahlen sind recht wichtig; sie zeigen einmal — was ja zu erwarten war — das ausgesprochene Vorherrschen der gleichartigen Belastung, ferner — was uns hier speziell interessiert — keine ausgesprochene Affinität zwischen den genischen Grundlagen, soweit es sich um die Beziehung der Schizophrenie zu den 3 anderen Psychosen handelt. Im ganzen besteht eine weitgehende Angleichung an den Belastungsindex 1 der Durchschnittsbevölkerung, mit anderen Worten: innerhalb der hier untersuchten Psychosekreise fehlt eine sinnfällige Korrelation.

In diesem Zusammenhang ist auch die Untersuchung von B. SCHULZ über die hereditären Beziehungen der Hirnarteriosklerose anzuführen, der unter den Geschwistern von 100 verheirateten Gehirnarteriosklerotikern nur 0,31 % Schizophrenien fand, eine Zahl, die noch erheblich unter der zur Zeit geltenden Durchschnittsbelastungsziffer von 0,8% liegt. Nur wenig darüber liegend fand SCHULZ die Belastung mit Schizophrenie innerhalb der paranoid gefärbten Alterspsychosen. Hingegen besteht eine deutliche positive Korrelation zur Schizophrenie nach den Untersuchungen KOLLES für die originäre Paranoia, deren Zugehörigkeit zur Schizophrenie rein aus klinisch-psychopathologischen Erwägungen heraus schon zuvor von manchen Forschern angenommen wurde. Seine Ergebnisse sind umso beachtlicher, als er über ein Material von 54 Probandenfällen verfügt mit außerordentlich eingehender Untersuchung der näheren und fernerer Verwandtschaft. Die Einzelheiten gehen aus der tabellarischen Zusammenstellung KOLLES hervor. Bemerkenswerterweise fand sich kein einziger Fall sicheren manisch-depressiven Irreseins in der Verwandtschaft der Probanden.

## Empirische Häufigkeit der Schizophrenie bei (korrigierten) Prozentzahlen.

	Reine „Paranoia“	Erweiterte „Paranoia“	Schizo- phrenie	Durchschn.- Bevölkerung
Kinder . . . . .	5,41	5,41	9,0	
Geschwister . . . . .	2,87	4,24	5,0	
Neffen, Nichten . . . . .	0	1,27	1,4	
Eltern . . . . .	0,89	1,68	?	0,85%
Onkel und Tanten (väterlicher- und mütterlicherseits) . . . . .	1,12	2,97	?	
Vettern und Basen (väterlicher- und mütterlicherseits) . . . . .	0	0	1,4	

Über die erblichen Beziehungen zwischen Schizophrenie und Schwachsinn, ein schon immer diskutiertes Problem, suchte, wie schon früher erwähnt, BRUGGER durch Erforschung der Verwandtschaft von Pfropfschizophrenie-Probanden aus der Baseler Klinik Aufschluß zu erhalten. Er kommt zu einer Verneinung innerer genischer Beziehungen zwischen beiden Krankheiten, es handele sich um ein zufälliges Zusammentreffen. Diese Ansicht wird unterstützt durch das Ergebnis seiner genealogischen Untersuchung (Material aus der thüringischen Landesheilanstalt Stadtroda), wonach die Häufigkeit der im Familienverband der Schwachsinnigen vorkommenden Psychosen (außer Schwachsinn) mit den Befunden der Durchschnittsbevölkerung übereinstimmt. Speziell zwischen Schizophrenie und Schwachsinn ließ sich weder eine positive noch eine negative Korrelation feststellen. Auf die grundsätzliche Schwierigkeit der Beurteilung, wieweit man es mit exogen oder anders bedingten Schwachsinnformen zu tun hat, wieweit also das Probandenmaterial einigermaßen einheitlicher Natur ist, sei wenigstens hingewiesen. Es ist dies ja eine Frage, die so ziemlich bei jeder Psychose auftaucht, speziell auch bei den Untersuchungen über die hereditären Beziehungen innerhalb der Epilepsie. Man denke nur an die von SCHWARZ vertretene Ansicht von der gewaltigen Rolle, die dem Entstehen von Schwachsinn und Epilepsie durch das Geburtstrauma zukommen kann.

Auf Grund teilweiser psychopathologischer Ähnlichkeit mit schizophrener Symptomatik hat man weiterhin beim Querulantenwahn (ECONOMO, HOFFMANN), bei bestimmten Angstmelancholien (THALBITZER, HOFFMANN), bei Involutionsmelancholien (ALBRECHT, KEHRER, HOFFMANN, KAHN) an das Auswirken resp. die Mobilisation schizophrener Keimanlage gedacht und diese Vermutung durch Erforschung der hereditären und konstitutionsbiologischen Verhältnisse zu klären versucht. Da diese Krankheitsformen zwar mit einem einheitlichen Namen belegt sind, zweifelsohne aber Verschiedenes umfassen, so daß die Hereditätsbefunde ohne Darstellung des jeweiligen klinisch-ätiologischen Sachverhaltes nur wenig zu besagen vermögen, muß im einzelnen dieserhalb auf die monographische Bearbeitung der entsprechenden Krankheitsform in diesem Handbuch verwiesen werden.

Die grundsätzliche Schwierigkeit bei der Deutung von Krankheitsbildern, die eine „zusammengesetzte Symptomatik“ zeigen, sei es im Zustand, sei es im Verlauf, hat LANGE scharf in seiner Arbeit über periodische, zirkuläre und reaktive Erscheinungen bei der Schizophrenie hervorgehoben. Besonders wichtig scheint mir sein Hinweis, daß auch aus der eindrucksvollen Färbung der Psychose etwa durch periodischen Verlauf oder durch depressive oder manische Phasen der Schluß auf das Mitwirken zirkulärer Erbkomponenten nicht zwingend ist, man werde wohl damit rechnen dürfen, daß auch der schizophrene Prozeß als solcher Krankheitserscheinungen auslösen könne, „die vorübergehend oder länger sich zirkulären annähern, genau so wie der Alkohol, das Cocain nahezu

gesetzmäßig heitere Verstimmung, Erregung und vielfach auch Denkstörungen hervorrufen, die in das gleiche Gebiet gehören. Wir haben es in solchen Fällen wohl mit der emotionellen Äußerungsform des Irreseins zu tun, deren Bedingungen wir mit KRAEPELIN als bei jedem Menschen bereitliegend betrachten müssen. Dabei scheint die Dementia praecox in weit ausgesprochenerem Maße die Neigung zu haben, sich in ein affektives Gewand zu kleiden, als alle möglichen anderen Krankheitsvorgänge“. Die Versuche mit Haschisch (JOEL und FRAENKEL, KANT und KRAPP) und Meskalin (BERINGER) zur Erzeugung künstlicher Psychosen unterstreichen das Gewicht dieser Erwägungen noch weiterhin und erweitern unser Wissen über die ubiquitär vorhandenen Reaktionsfähigkeiten des Gehirns zu ganz verschiedenartigen psychotischen Bildern.

Aber mit derartigen Erwägungen ist auf der anderen Seite die Annahme des Mitwirkens verschiedener Krankheitsanlagen bei sogenannten unklaren oder atypischen oder Mischpsychosen auch nicht widerlegt. Man hat hierbei speziell der Mischung von schizophrenen und manisch-depressiven Symptomen im Krankheitsbild große Beachtung geschenkt. Erbtheoretisch lassen sich, wie immer, unterschiedliche Möglichkeiten ausdenken. Etwa daß sich die eine Psychoseanlage epistatisch gegenüber der anderen erweist. Hieran läßt die auffallende Tatsache denken, daß unter den Kindern Schizophrener manisch-depressive Psychosen zu den allergrößten Seltenheiten zählen, im Gegensatz zu dem nicht seltenen Auftreten schizophrener Kinder bei manisch-depressiven Eltern. Es wäre aber auch möglich, daß beide Anlagen nebeneinander bestehen, sich aber nicht gleichzeitig manifestieren, sondern daß die eine auf die andere folgt, oder aber, daß eine Anlage führend im Krankheitsbild ist, die andere nebenher läuft und im Auftreten von entsprechenden psychopathologischen Einschlägen im Bild der Psychose oder durch Atypien des Verlaufs zur Auswirkung kommt. Derartige Möglichkeiten lassen sich noch weiter anfügen und auch für jede passende klinische Fälle finden. Die Schwierigkeit liegt natürlich immer wieder in dem Nachweis, daß eben in der Tat die aus dem klinischen Sachverhalt vermutete Erbanlage überhaupt vorliegt, und wenn eine solche etwa aus hereditären Verhältnissen wahrscheinlich zu machen ist, ob sie sich nun überhaupt in Art und Verlauf der Psychose auswirkt oder ob hier nicht ganz andere Momente die Krankheitsgestaltung beeinflussen.

Veranlaßt durch KRETSCHMERS Lehre, wonach neben der Heredität auch der Körperbau sowie die Persönlichkeitsartung mehr oder minder äquivalente Hinweise für die Disposition zu einem der beiden großen endogenen Psychosereise abgibt, haben dann HOFFMANN, EYRICH, MAUZ, LANGE und andere atypische Schizophrenien, vor allem solche, die in periodischen Schüben mit jeweils relativ guter Remission und nur langsam fortschreitendem Persönlichkeitszerfall verlaufen, auf das Vorhandensein derartiger Konstitutionsindikatoren (Körperbau, Charakter) untersucht. Am bemerkenswertesten scheint mir die letzte Arbeit von MAUZ über „Die Prognostik der endogenen Psychosen“, weil sie nicht von einem klinisch ausgelesenen Material ausgeht, sondern empirisch bei 1050 über 5 Jahre lang katamnestic verfolgten, genau untersuchten Schizophrenen feststellt, welchen Verlauf sie genommen haben, und ob und welche Korrelationen zwischen den einzelnen Verlaufstypen einerseits und der Körperbauform sowie der präorbiden Persönlichkeit andererseits besteht. Bei den schubweisen Verlaufsformen verschiedener Art besteht insofern keine besondere Relation zur Körperform, als insbesondere der Satz der pyknischen Körperformen etwa dem der Durchschnittsbevölkerung entspricht. Hier treten auch verschiedene Charaktergestaltungen hervor. Sehr viel einheitlicher hingegen ist das Material der 180 Fälle, bei welchen innerhalb von 3 Jahren schwerer und endgültiger

Verfall eintritt. Sie zeichnen sich erstens durch frühes Erkrankungsalter aus (höchstens bis zum 25. Lebensjahr). Darauf hat übrigens schon KAHLBAUM hingewiesen. Ferner durch das vollständige Fehlen von rein pyknischen und pyknischen Mischformen (81,5% Leptosome und Athletische, 18,7% Dysplastische). Weiterhin herrschen die schweren schizoiden Persönlichkeiten fast ganz vor. Im speziellen fand bei den schubweise verlaufenden Schizophrenien MAUZ aber insofern einen Gegensatz zwischen der „pyknischen Konstitution“ und der „Dementia praecox-Konstitution“, als erstere eine erhebliche höhere Rückbildungsfähigkeit des einzelnen Schubes zeigte. Er faßt seine Feststellungen dahin zusammen: „Die pyknische Körperbauform schließt einen katastrophalen und endgültigen Zerfall in den ersten 2—3 Jahren nach Ausbruch der Krankheit aus und schwächt die Zerfallsmöglichkeit überhaupt. Die asthenische, athletische oder dysplastische Körperbauform dagegen verstärkt die Zerfallsmöglichkeit“. Eine weitere Milderung und Abschwächung der Verblödungsziffer bildet die starke Ausprägung bestimmter cyclothymen Persönlichkeitsfaktoren, eine Erhöhung derselben hingegen die der autistischen, asthenisch-sensitiven.

Im übrigen überschneiden sich gerade bei der Auslegung der Psychosegestaltung und ihres Verlaufs hereditäre, konstitutionsbiologische und insbesondere klinische Gesichtspunkte aufs stärkste. Es sei daher im speziellen auf den klinischen Teil von MAYER-GROSS verwiesen.

### 3. Die körperliche Konstitution.

Von

H. BÜRGER-PRINZ

Leipzig.

Die Probleme der Konstitution, des Körperbaus finden in ihrer Bedeutung speziell für die Schizophrenie erst die richtige Beleuchtung, wenn man von ganz allgemeinen Gesichtspunkten ausgeht, und das Blickfeld immer mehr einengend allmählich den ganzen Komplex auf die speziellen für die Schizophrenie bedeutsameren Fragestellungen zuspitzt<sup>1</sup>. Erst nach Einsicht in die ganze allgemeine Problemlage läßt sich ein fundiertes Urteil für die Frage: Körperbau und Schizophrenie gewinnen. Es kann sich aus dieser Sachlage heraus demnach nur darum handeln, die allgemeinen Problemstellungen herauszuarbeiten und kurz darzustellen, was an Erkenntnis und Tatsächlichem sicher festgestellt ist und was Aufgabe der zukünftigen Forschung bleiben muß. Die Verlebendigung dieses ganzen, große Perspektiven eröffnenden Problemgebietes und die Tat ihn hineinzuziehen in moderne Wissenschaftlichkeit ist immer als das Verdienst KRETSCHMERS anerkannt worden.

Man steht sofort mitten im Streit der Meinungen, wenn man etwa die letzten bedeutsameren Auseinandersetzungen und Stellungnahmen einiger Forscher nebeneinander hält. KRETSCHMER stellt in der Einleitung zur letzten Auflage (7.—8.) seines Buches fest, die Erkenntnis habe sich allgemein durchgesetzt, daß die körperlich-seelischen Zusammenhänge in der Richtung lägen, wie er sie geschildert habe. Die Grundfrage sei endgültig im positiven Sinne gelöst. Dem gegenüber meint LANGE (in LANGE-KRAEPELIN-Lehrbuch) zu einem

<sup>1</sup> In der Literatur und der Vergleichung der einzelnen Berechnungen, Maße beziehen wir uns auf den Beitrag von GEORGI in diesem Handbuch Bd. I. Eine nochmalige Ausführung erschien unnötig, da unser Beitrag nur ein Teilgebiet des von GEORGI bearbeiteten Problemkreises darstellt.

abschließenden Urteil sei die Sachlage noch nicht geklärt, und GEORGI kommt in seinen gründlichen, positiv-kritischen Ausführungen (dieses Handbuch Band I) zu dem Schlusse, daß die Körperbaulehre bis jetzt weder einen spezifisch diagnostischen, noch einen sicheren prognostischen Wegweiser darstelle. In vielfachen Richtungen gehen abgesehen von diesen letzten abschließenden Stellungnahmen die Meinungen über viele Teilfragen auch heute noch weit auseinander. KRETSCHMER selbst stellt mit Genugtuung fest, daß der Meinungsstreit allmählich ruhigere Bahnen eingeschlagen habe. Wenn er aber weiter ausführt, daß die Forschung sich jetzt Teilfragen zugewendet habe, da die Grundfragen als gelöst zu betrachten seien, so steht dem die Meinung anderer Autoren, wie schon gesagt, gegenüber.

Den Meinungsstreit über den Begriff der Konstitution wird man als nicht allzu schwerwiegend zu erachten haben. LANGE z. B. definiert ihn als Gesamterfassung des Individuums, nimmt also außer Erbgrundlagen die Abwandlungen, Entwicklungen, Veränderungen unter den Einflüssen des Lebens mit in die Definition hinein (mit VAN DE VELDE, KRAUS, KREHL, MARTIUS usw.). KAHN heißt Konstitution die Gesamtheit der vererbaren Eigenschaften. KRETSCHMER (im Einklang mit unter anderem MATHES, BAUER, LIFSCHÜTZ) definiert den Begriff nur durch die vererbten Eigenschaften, wobei er aber ausdrücklich die Schwierigkeiten feststellt, die sich aus der Trennung geno- und paratypischer Einflüsse ergeben. Daß es trotz dieser Trennungsschwierigkeiten durchaus möglich ist Körperbaulehre im Sinne einer konstitutionellen zu treiben, haben seine eigenen Forschungen und die seiner Nachfolger eindringlichst gezeigt. Wesentlich ist nur wissenschaftstheoretisch das eine: hier greift schon Theorie in die Praxis, in die Anschauung hinein; zum mindesten stellt die Trennung von Para- und Genotypus im Erscheinungsbild selbst wieder ein Problem dar, das nur durch Erfahrung im weitesten Umfang klargestellt werden kann und eines erheblichen Unterbaus durch Erfahrungsmaterial zu seiner Lösung bedarf. Daß diese Fragen nicht primär schon lähmend zu wirken brauchen, zeigt der Elan, mit dem KRETSCHMER eine ganze Forschungsrichtung in seine Bahnen riß.

Mit der erbbiologischen Definition tritt der Konstitutionsbegriff in der Körperbaulehre sofort in Konkurrenz mit dem Rassenbegriff. Sehr klärend hat hier WEIDENREICH mit seinen Untersuchungen gewirkt, weiter sei auf Ausführungen FISCHERS und LEBZELTERS zurückgegriffen. Es ist die Art der Merkmalkomplexe nach Quantität und Qualität, die Rasse und Konstitution trennen lassen. Schwierig wird die Sachlage aber in der weiteren Differenzierung, da z. B. LEBZELTER feststellt, daß Nordisch-Alpin — die im Zusammenhang mit KRETSCHMERS Konstitutionstypen pyknisch bzw. leptosom am meisten interessierenden Rasseformen — lediglich Sammelbegriffe darstellten, also keineswegs in ihrer Struktur geklärte und festliegende Erscheinungsformen seien. WEISS (in seinem ausgezeichneten Sammelreferat über die Körperbaufrage) hält sogar eine rassische Betrachtung der Bevölkerung Mitteleuropas für unmöglich und nur die konstitutionelle für opportun. Ebenso stellt SCHMIDT fest, daß die Voraussetzungen für eine Rassenbetrachtung „außerordentlich mangelhaft“ seien. Andererseits legt WEIDENREICH in seinen Untersuchungen als konstitutionell „überraschende“ Typen fest (eury- und leptosom, die KRETSCHMERS pyknischen bzw. leptosomen in sich aufnehmen), die der Menschheit als solcher eignen und die er als extreme Wachstumsformen ganz allgemeiner Natur anspricht. KRETSCHMER erhebt hinwiederum mit der Reihe seiner Typen den Anspruch, Körperbauformen getroffen zu haben, die mit Rasse nichts zu tun haben, die aber auch nicht Typen im Sinne WEIDENREICHS sind. Er lehnt die Vereinfachung des Konstitutionsproblems durch WEIDENREICH aufs Nachdrücklichste ab und würde hierin lediglich einen schweren Rückschritt sehen. Von seinem Standpunkt

aus mit Recht. Denn die Festlegung überrassicher Wachstumsformen, von Rassentypen und von Konstitutionstypen, die gewissermaßen zwischen diesen beiden stehen, stellen ja durchaus keine Widersprüche dar. Aber schwierig ist ihre Überschneidung und die gegenseitige Abgrenzung. Neuerdings hat SCHMIDT sich WEIDENREICH angeschlossen. Auf seine an über 400 Patienten, darunter 200 Schizophrenen, gemachten Untersuchungen wird noch des öfteren zurückzukommen sein. Er läßt den muskulären (athletischen) Typ ganz in dem leptosomen, bzw. pyknischen aufgehen und folgt WEIDENREICH schließlich darin, daß es eigentlich nur die 2 Typen eury- und leptosom gebe. Gegen die einfache Identifizierung von KRETSCHMERS Typen und den Rasseformen, Alpin-Nordisch, wie es z. B. PFUHL, STERN-PIPER wollten, hat sich energischer Widerspruch erhoben (HENCKEL, VON ROHDEN, GRÜNDLER). Neuerdings hat VON VERSCHUER den Zusammenhang von leptosom-nordisch-schizothym und pyknisch-alpin-cyclothym wieder behauptet. Gegen diese Resultate, die an süddeutschem Studentenmaterial gewonnen sind, hat LUXENBURGER in einem Referat der Arbeit von VERSCHUERs den schwerwiegenden Einwand gemacht, daß die Schweiz, obwohl sie mit Vorzug als alpin anzusehen sei, doch so bedeutend viel mehr Schizophrene als manisch-depressive Kranke beherberge<sup>1</sup>. Wenn schon prinzipiell nach LEBZELTER die Gleichheit von Konstitutions- und Rassentypen Behauptungen darstellen, „die nicht einmal im allgemeinen richtig sind“ und ihr Zusammenwerfen „unbegründet“ ist, wird man zum mindesten mit LUXENBURGER sagen müssen, daß das Problem „Zusammenhang von Konstitution und Rasse“ noch ungeklärt ist. Auch GEORGI zählt es zu den „im Flusse befindlichen Fragen“. Schwerwiegend für KRETSCHMER sprechen die Feststellungen seiner Typen in anderen Ländern, z. B. Italien, Frankreich, Amerika usw., was er selbst nachdrücklichst heraushebt. Hier sei aber schon darauf aufmerksam gemacht, daß diese Feststellungen erst nach Gegenüberstellungen mit der gesunden Population bindend werden. Es hat doch den Anschein, als seien KRETSCHMERS Typen klarer und fester umrissen, als es die Rassenformen sind, womit natürlich die Frage nach ihrer evtl. Überschneidung oder Trennung nicht verschwindet, sondern um so nachdrücklicher gestellt werden muß. LEBZELTER betont, daß dies nur bei reichhaltigem statistischem Material möglich sei, welches besonders erforderlich wird bei der sehr interessanten Vertauschung und Überführung eines Rassenmerkmals in ein konstitutionelles oder umgekehrt (FISCHEB, WEIDENREICH). Akut wird die Frage der Überschneidung von Konstitution und Rassentypus, wenn z. B. MATECKI und SSPIDBAUM einen höheren Prozentsatz von Leptosomen bei schizophrenen Juden finden, als bei den sonst geltenden Zahlen zu erwarten war. Wohl berechtigt fragen hier die Autoren nach einem evtl. wirksamen Rassenfaktor. Erwähnt sei auch in diesem Zusammenhang die Bemerkung GRUHLES, daß er Pykniker unter Jugendlichen am eindrucksvollsten bei Juden fand. ZERBE bestätigt in einer unveröffentlicht gebliebenen Arbeit an Heidelberger Studentenmaterial diese Beobachtung. Jeder Streit über diese Fragen hat aber keinen Sinn, solange noch nicht einmal für unsere mitteleuropäischen Verhältnisse wenigstens die Rassentypen geklärt sind (LEBZELTER), womit Vergleiche mit anderen Typen, z. B. denen KRETSCHMERS von vornherein äußerst problematisch werden. Erwähnt sei noch, daß PERELMANN und BLINKOW bei den Russen starke Verbreitung des pyknischen, bei persischen Türken des

<sup>1</sup> Wobei zu bedenken ist, daß in der Schweiz die Diagnose Schizophrenie auch häufiger gestellt wird, als an den Kliniken Deutschlands und weiterhin, daß Behauptung und Einwand insofern auf verschiedenen Ebenen liegen, als natürlich bei der Vergleichung des Körperbaues Gesunder mit dem von Schizophrenen die Überschneidung mit der Psychose einsetzt — eine Komplizierung, die wir uns in dieser Darstellung soweit wie möglich vorerst zu vermeiden bemühen.

leptosomen und athletischen, bei Armeniern hauptsächlich des leptosomen Typs fanden.

Der ganze Problembereich hängt, wie WEIDENREICH eindringlich herausstellt, an der Umgrenzung und Differenzierung der Merkmalskomplexe und Merkmalsverbreitung, die zur Typeneinteilung verwendet werden, da bei seiner allgemeinen Fassung des Konstitutionsbegriffes prinzipiell kein Unterschied zwischen Konstitution und Rasse sei. Auch er hebt aber hervor, daß das Charakteristische der Konstitution nicht durch die Rasse bedingt sei.

Was ist rassemäßig? Was ist konstitutionell? Was ist geno-? Was ist paratypisch? Wie decken, überschneiden, trennen sich die Merkmale — dies sind hier die oben schon berührten Grundfragen. LUBOSCH macht darauf aufmerksam, daß nicht Zahlenanhäufungen, sondern leitende Gesichtspunkte das Wesentliche seien. Um so mehr ist es zu bedauern, wenn immer wieder „jeder Forscher andere Einteilungen“ (LEBZELTER) vornimmt und, anstatt sich an KRETSCHMERS Direktiven zu halten, immer neue Typeneinteilungen gebracht werden (z. B. GALANT, ROJAS und SANZ). Bei GALANT z. B. fehlt das empirische Material, bei ROJAS gibt es solche unmöglichen Einteilungsprinzipien, wie „halbe Geisteskrankheiten“ (siehe das Referat von KRAPP). Auch von rassenbiologischer Seite her wird viel gesündigt. Hier ist KRETSCHMERS mehrfach erhobener Forderung durchaus Recht zu geben: Festhalten an dem von ihm gegebenen Schema, weil sonst ja jede Vergleichung der Forschungsergebnisse hinfällig wird. Etwas anderes ist es, wenn im Ausbau der Forschung KRETSCHMERS Typen in der begrifflichen Zusammenfassung umgeordnet werden, wie z. B. KRETSCHMER selbst den asthenischen Habitus in den leptosomen aufgehen ließ; sodann wenn eine weitere Differenzierung eines einzelnen Typus angestrebt wird, wie es WEISSMANN mit der Aufstellung seiner Weich-, Breit- und Hochathletiker oder CHAILLON und Mc AULIFFE mit der Aufstellung des Typ *musculaire long* bzw. *court* tat. Diese Versuche bauen auf gründlichen Materialstudien auf und eine Auseinandersetzung basiert damit für Nachprüfende auf tragfähigem Boden. Nicht zu folgen vermögen wir dem Einspruch, den VON ROHDEN gegen den pyknischen Typ bei KOLLE gemacht hat. VON ROHDEN sprach von einem Typus *pycnicus* KOLLE im Gegensatz zum Typus *py-ni* us KRETSCHMER; daß die Pyknikerzahlen KOLLES, die er bei Schizophrenen erhob, so dicht bei den Zahlen liegen, die HUECK und EMMERICH bei der Untersuchung von Gesunden in derselben Population erhielten, ist doch sehr auffällig. Mit gewissen Spielbreiten und Abwandlungen in den einzelnen Populationen wird man doch wohl rechnen müssen, und wenn jemand in einer bestimmten Population einen Typus KRETSCHMERS etwas anders wiederfindet, als es die KRETSCHMERSche Typenordnung verlangt, so ist aus dieser Feststellung dem betreffenden Untersucher nicht ohne weiteres der Vorwurf zu machen, er habe sich um die Vorschriften nicht gekümmert. Aus diesem Stadium der Unduldsamkeit wird die Körperbauforschung nun endlich heraus sein. Doch nennt auch SCHMIDT die Typenabgrenzung KOLLES willkürlich.

Wie es sich mit KRETSCHMERS Typen verhält, wenn man sie auf die ganze Menschheit projiziert, vermag man sich nicht recht auszudenken, dazu ist das vorhandene Material denn doch viel zu klein. Sieht man die Rassenschilderungen der Anthropologen an, so kann man sich nicht denken, daß KRETSCHMERS Typen nach derselben Verteilungsformel überall aufzufinden wären, wie es z. B. bei WEIDENREICHs Wachstumsformen der Fall ist. So sollen nach LEBZELTER bei den Protomalaien die *digestiven*, auf Nias die asthenischen Formen vorherrschen, letzteres übrigens auf Grund von Ernährungsverhältnissen. Mit dieser Feststellung ist einer der Hauptansatzpunkte zur Kritik der WEIDENREICHschen

Vereinfachung des Konstitutionsproblems getroffen; denn nicht nur auf die Typen, sondern mindestens ebenso sehr kommt es auf ihre Verteilungsformeln in den verschiedenen Populationen an. Immer wieder ist daran zu erinnern, daß das gesamte Material von einigen tausend untersuchten Fällen zur Klärung dieser Fragen doch noch zu klein ist, wenn man die Konsequenzen bedenkt, die sich aus ihm ergeben sollen. Neuerdings wurden die KRETSCHMERSchen Typen auch bei Negern in Amerika bestätigt<sup>1</sup>. Die neuen Untersuchungen PERELMANNs und BLINKOWs sind schon erwähnt worden. Ihr Material enthält Schizophrene, Gesunde und Verbrecher. Sie fanden die KRETSCHMERSchen Typen bei allen von ihnen untersuchten Volksstämmen wie Türken, Armeniern, Russen. WEIDENREICH betont ausdrücklich, daß reine Typen nur an sehr großem Material studiert werden können.

Man könnte sich nun sehr gut denken, daß die „Harmonie“ wenigstens für die anschauliche Betrachtung ein bedeutsamer Gesichtspunkt zur Beurteilung eines Körperbaues wäre. Man würde damit einen Gesichtspunkt zur Methode erheben, der in der Weise ja schon wirksam ist, wenn z. B. der Pykniker kleinere, zartere Hände hat, als eigentlich zu seinem fülligen Stamm passen. Dies „Zueinanderpassen“ scheint uns ein wesentlicher Faktor zu sein, mit dem z. B. WEIDENREICH zu seinem lepto- bzw. eurysomen Typ gekommen ist. Auch MATHES spricht bei der Darstellung seiner weiblichen Konstitutionstypen unter anderem von der „Harmonie“ des Körperbaus in bezug auf seine „pralle Jugendform“ (=KRETSCHMERS Pyknika). SCHMIDT meint, daß der leptosome Typ bei Männern mit der „absolut wohlproportionierten Männergestalt“ Ähnlichkeit habe, wobei, wie man sieht, schon Unterschiede zwischen Männer- und Frauentypen deutlich werden. Wir möchten nur auf das Gesetz der Dualität aufmerksam machen, das hier zum Vorschein kommt und das doch die Untersuchungen WEIDENREICHs spekulativer werden läßt, als es zunächst den Anschein hat. Da ist schon KRETSCHMER besser zu folgen, wenn er gleich zu viel schärferen Differenzierungen gekommen ist. Denn wenn sich die Forschung intensiver den dringenden Fragen zuwenden wird: Variabilität, Umwandlung der Typen durch paratypische Einflüsse, ihr evtl. Zustandekommen durch derartige Einwirkungen, so wird diese Aufgabe, je schärfer die Differenzierung, desto besser anzufassen sein. Doch lehnt SCHMIDT KRETSCHMERS differenziertere Typisierung ab. Er meint sogar, daß KRETSCHMER von individuellen Fällen aus generalisiere und betont, daß es oft etwas schwierig sei, einen klaren Eindruck der Typen zu gewinnen. Also auch weitere Differenzierung ist ein zweischneidiges Schwert.

Sicheres weiß man über die Einflüsse paratypischer Faktoren so gut wie gar nicht. Vermutungen, Meinungen stehen gegeneinander. Werfen GRUHLE, KOLLE, MÖLLENHOFF die Frage nach der Altersbedingtheit des pyknischen Typs auf, hebt GRUHLE, wie übrigens auch KAUP die Einwirkungen des Berufes hervor, so kann man zu letzterem, wie GRUHLE ausführt, antworten: eben weil jemand körperbaulich bestimmt geartet war, deswegen ist er zu diesem oder jenem Beruf gekommen. Man sieht hier gar nicht den Boden für eine Diskussionsmöglichkeit, da sich Frage und Antwort bei dieser Denkweise, die bezüglich der Frage Körperbau und Charakter vielfach geübt wird, auf gänzlich verschiedenen Ebenen bewegen. Es kommt bisher bei den einzelnen Forschern, wie GRUHLE und SCHMIDT hervorheben, noch allzusehr heraus, was sie persönlich höher bewerten und wem sie persönlich die größere Aufmerksamkeit schenken. Für die Veränderung der Schädelformen, Schädelgrößen usw. durch paratypische Einflüsse gibt es eine Menge Beispiele (z. B. BOAS, FISCHER, WALCHER, DECKNER usw.), doch fehlt bei diesen Untersuchungen stets das eine, was KRETSCHMER

<sup>1</sup> Zu betonen ist hier wiederum, daß diese Befunde bei Geisteskranken erhoben wurden und erst schlüssig werden, wenn sie in Vergleich gesetzt werden zu Befunden bei Gesunden.



so nachdrücklich gelehrt hat: Betrachtung des Gesamthabitus bis in alle Einzelheiten. Die Verfolgung von Umwandlungen einzelner Merkmale hilft hier nicht weiter. Selbst eine so interessante Feststellung, nach der auf Grönland die Skelete der durch schlechteste Ernährung zugrunde gegangenen Bevölkerung klein und verkümmert waren und zahlreiche Abnormitäten zeigten, besagt nicht viel für das in Rede stehende Problem. Selbst die Abhängigkeit eines bestimmten Körperteils von äußeren Einflüssen besagt anscheinend nichts für die Beeinflußbarkeit des ganzen Merkmalskomplexes, in den er eingeordnet ist. So stellt z. B. LEBZELTER dar, daß zwischen Nasenform und Luftfeuchtigkeit eine positive Korrelation bestehe, betont aber, womit er KRETSCHMER Recht gibt, die hohe Bedeutung der Gesichtsform für die Konstitutionsforschung. Er nennt die Gesichtsform sogar eines der besten Kriterien, eine Formulierung, die sich mit KRETSCHMERS bekanntem Satz von der „Visitenkarte“ bemerkenswert trifft. Allerdings schränkt LEBZELTER seine Behauptung auf reine Fälle ein. MATECKI und SSPIDBAUM kommen zu demselben Schluß. Nach GRUHLE schwebt eine solche Behauptung „völlig in der Luft“. SCHMIDT stimmt wieder KRETSCHMER zu. Wenn WENCKEBACH und VON MÜLLER den asthenischen Habitus für das Resultat einer körperlichen Erkrankungsform halten, wenn LEBZELTER den *typ cérébral* als Domestikationsform anspricht, wenn MITASCH meint, aus einem asthenischen Mädchen werde eine Matrone von arthritisch-apoplektischem Habitus (auch GIGON); oder wenn VON BERGMANN sagt, die gesamte Körperverfassung könne sich im Verlaufe ganz verschiedenen physiologischen und pathologischen Geschehens erst in der Richtung der vegetativen Stigmatisation entwickeln, so sind dies alles Schlüsse, die aus der allgemeinen Erfahrung der Forscher stammen, für die zahlenmäßige Belege aber noch zu finden sind.

VON ROHDEN hat an einer Tabelle einen Unterschied der KRETSCHMERSCHEN Körperbautypen relativ zur Ernährung insofern herauszustellen versucht, als er nachweist, daß Schizophrene weniger in einer bestimmten Zeit durchschnittlich an Gewicht zunehmen, als andere Kranke, wie unter anderem Paralytiker, Manisch-Depressive. Selbst KRETSCHMER mißt dieser Feststellung, in der wir gar nichts Bindendes zu sehen vermögen, einen gewissen Wert bei. Einmal weiß man noch allzu wenig von den Stoffwechselveränderungen, die der schizophrene Prozeß als solcher setzt, ganz abgesehen vom körperlichen Typus des Kranken, und dann kann man doch wohl kaum Reihen nebeneinander setzen, bei denen der Krankheitsverlauf so verschieden voneinander ist, wie es innerhalb zum mindesten der Schizophrenien beim einzelnen Kranken der Fall ist. Zudem geht aus SCHMIDTS Wägungen hervor, daß sich das Gewicht der Leptosomen dem Normalgewicht nähert. Er sagt auch ausdrücklich, daß schlechtgenährte Personen eben aus diesem Grunde vorzugsweise einen leptosomen bzw. asthenischen Habitus zeigen können.

Bezüglich des Alters liegen die Dinge besonders schwierig, weil sich hier zwei Reihen überschneiden. Einmal kommen Veränderungen in Betracht, die das Alter als solches setzt. So betont z. B. WEIDENREICH die Hinneigung des Seniums zur leptosomen Körperform. 2. Kommt die Entwicklungsrhythmik in Betracht, die einen jungen asthenischen Körper zum pyknischen sich umwandeln läßt, etwa aus einer „Disposition“ zum pyknischen, von der GRUHLE spricht, oder auch aus „Erscheinungswechsel“, von dem SCHMIDT sagt, daß er lediglich eine Ersetzung des Problems durch eine Unbekannte sei. Diese Fragen sind ungemein wichtig und nur an den mannigfachsten Untersuchungsreihen an großem Material zu klären.

WEIDENREICH'S Hinweise auf die Neigung der Stadtbewohner zum leptosomen und der Landbevölkerung zum eurysoomen Typ, HELLPACH'S Meinung, daß der Dysplastiker vor allem in den niederen Volksschichten anzutreffen sei, WEIDEN-

REICHS Unterscheidung von veränderlichen und fixierten Typen und seine Frage nach der Fixierung der einzelnen Formen durch Umweltseinflüsse sind wichtige Wegweiser für die künftige Forschung. Wesentlich ist auch der Gesichtspunkt, den LEBZELTER beibringt, daß die Domestikation des Menschen eine Labilität des endokrinen Systems mit sich bringe. Daraus ist doch wohl zu folgern, daß nicht für jede Körperbauveränderung nun etwa auf dieses System rekuriert werden kann, das selbst wieder solchen Veränderungen unterliegt. Angaben, wie die von MEDYNSKI oder von DÉRÉVICI, der für jeden KRETSCHMERSchen Typ schon die endokrine Formel bereit hat, z. B. leptosom = Hyperfunktion der Thyreoidea mit gewissem Grad von Insuffizienz des Ovars, hängen völlig in der Luft (vgl. das Referat von LUXENBURGER). Auch SCHMIDT erhebt Einspruch gegen eine endokrine, formelhafte Festlegung der Typen. Von Interesse ist hier, daß RUBNER bei seinen Untersuchungen keine feste Relation zwischen Schilddrüsenvergrößerung und Körpergröße bzw. Gewicht vorfand. Gegen die vorschnelle Verknüpfung von Konstitutionsproblemen mit endokrinen Vorgängen hat WUTH schon kritisch Stellung genommen. Bemerkenswert ist noch, daß LANDECKER die Umwandlungen der Konstitution bezüglich erworbener oder angeborener Genitalhypoplasien durch kombinierte Strahlen- und Organtherapie behauptet. Diese Feststellung ist nicht unbedeutend, da doch bei schizophrenen Frauen die Genitalhypoplasien sehr häufig sein sollen und diesem Befund gewisser Wert beigemessen wird (z. B. FRAENKEL, HAYMANN, HAUCK, BERINGER und DYSER). Ferner betont KAUP (zitiert nach LEBZELTER) die Abhängigkeit der äußeren Körperform von der Variabilität der inneren Organe. Derartige Fragestellungen lassen die große Verwicklung der Probleme deutlich werden, wie ja auch STRAUS erwähnt, daß mit der Vermehrung der einzelnen Kenntnisse die Aufgaben immer schwieriger werden. Nach PERELMANN und BLINKOW nimmt die Zahl der Leptosomen jenseits des 30. Lebensjahres ab, die der Pykniker steigt an. HUECK und EMMERICH meinen, „ein groß' Teil Wahrheit“ stecke darin, daß die Mischformen, also die unbestimmten Typen vom Alter abhängig seien. Sie verneinen eine Korrelation zum Alter aber für die reinen Fälle.

Dieser reinen Fälle wurde schon mehrfach Erwähnung getan. Sicher sind sie zur Demonstration eines bestimmten Typus die geeigneten, auch zum Nachweis z. B. der Einwirkung paratypischer Einflüsse oder der Vererbung bestimmter Merkmale zweifellos die gegebenen. Aber sie dürfen als Glanzpunkt bei massenstatistischen Erhebungen keine Rolle mehr spielen. Konstitutionsuntersuchungen müssen in der Körperbaulehre, um tragfähig zu werden, immer massenstatistische Angelegenheiten sein. Nicht auf die Fassung reiner Typen, sondern auf die einer möglichst großen Zahl kommt es da an. Was ist überhaupt ein reiner Fall? Es gehören hierzu eine Feststellung und eine Voraussetzung. 1. die zuständige Tatsache, dieser Mensch ist z. B. ein reiner Leptosomer. 2. die Voraussetzung, er bleibt es für sein ganzes Leben. Ändert sich der Körperbau z. B. zum Pyknischen hin, dann ist es Konstitutionswandel, ob aber auf geno- oder paratypischer Grundlage ist ungewiß, und wenn er sich auf paratypische Einflüsse hin ändert, ist es dann auch Konstitutionswandel? Daß es auf genotypischer Grundlage, z. B. nur durch Dominanzwechsel, Durchschlagen von Genkomplexen usw. sein müsse, ist eine theoretische und durchaus keine tatsächliche Feststellung. GIGON meint z. B., daß ein asthenischer Jüngling ohne Konstitutionswechsel zum pyknischen Manne werden könne; dies ist lediglich eine Meinung, ebenso wie KRETSCHMERS Lehre, daß eine Umwandlung immer nur in der Spielbreite eines bestimmten Konstitutionstypus statthaben könne. Von den Grenzen dieser Spielbreiten weiß man nichts. SCHMIDT führt einen Fall von völliger Habitusveränderung im Laufe der Jahre an.

Was nun die Erkennbarkeit und Wiederfindbarkeit der KRETSCHMERSchen Typen selbst angeht, so hat sich der Streit um die Methoden ob Anschauung, ob Meßband erheblich gelegt. Hingewiesen sei nur noch auf PLATNERS ausgezeichnete Methodik der Somatogramme. MATHES begründet seinen Widerstand gegen das Meßband damit, daß man erst wissen müsse, was man messe, ehe man zur Ausführung schreite. Doch zeigen gerade die meßtechnisch ausgezeichneten Untersuchungen SCHMIDTS wieder den Wert strenger zahlenmäßiger Fixierung, so weit sie möglich ist. GRUHLES Wort, daß an Selbstkritik nicht genug getan werden könne, sei aber hervorgehoben gegen solche Forscher, die allzu vorschnell die erheblichsten Konsequenzen aus ihrem Material gezogen haben. Man kann der Meinung sein, bei Kindern die Typen schon gut erkennbar vorgefunden zu haben, wird aber die Kritik der Leser herausfordern, wenn man gleichzeitig aus Körperbaufeststellungen und der angegliederten dazu passenden charakterologischen Diagnose schon Konsequenzen für die Berufswahl zieht, wie das COERPER tut.

Die Möglichkeit, Kinder oder Säuglinge in das Typenschema einzuordnen, ist eine durchaus offene Frage. WITZEL z. B. stellt den asthenischen Typ bei Jünglingen dar. CHAILLON und McAULIFFE wiesen sogar ihre vier Typen an Säuglingen auf. LUBARSCH verneinte die Möglichkeit hierzu<sup>1</sup>; MATHES andererseits bejaht sie wieder. Daß WEIDENREICHs Wachstumsvarianten auch bei Kindern wiederzufinden sind, scheint viel einleuchtender, als daß Kinder schon in das differenzierte KRETSCHMERSche Schema aufgehen könnten. Jedoch besagt eine solche Feststellung solange nicht allzuviel, ehe nicht die Variabilität der Formen im Laufe des Lebens einigermaßen klargestellt ist. SCHMIDT hebt die Schwierigkeit, um nicht zu sagen Unmöglichkeit, Pykniker vor dem 25. Jahr zu diagnostizieren, hervor. Daß z. B. GRUHLE bei seinen Studenten kaum Pykniker fand, könnte ja an einer „Asthenisierung“ in der Pubertät liegen. WEIDENREICH hat dieser Meinung schon Ausdruck verliehen. Möglichste Gleichartigkeit des zu untersuchenden Materials ist eben immer wieder die Forderung, die erhoben werden muß, und die GRUHLE bei seinen Untersuchungen so eindringlich betonte. PAULSEN sagt in seinen Beobachtungen bei eineiigen Zwillingen bei einem Fall: „Eine anthropologische Messung hätte ihn vor 2 Jahren in eine ganz andere Typen- oder Rassenrubrik gebracht, trotzdem die Kenntnis seiner Vererbungsverhältnisse die Gleichheit beweist.“ KRASUZKY, der zunächst KRETSCHMERS Aufstellungen bei Kindern bestätigte, kam später an einem anderen Material zu dem Schluß, daß Einflüsse paratypischer Lebensbedingungen „scharf und bedeutend“ alle Züge der psychophysischen Konstitution der Kinder verändern. Auch VON VERSCHUER betont, daß mit zunehmender Verschiedenheit der Umgebung während des Wachstums die Verschiedenheit zunehme. Man sieht, daß die Frage ein noch offenes Problem ist.

GEORGI hat die schwankende Stellungnahme der einzelnen Untersucher bei der Typeneinteilung von Frauen dargestellt. SCHMIDT ist der Meinung, daß eine Typeneinteilung bei Frauen viel schwieriger und nie auch nur einigermaßen mit Erfolg geglückt sei. Am besten dünkt ihm die MATHESsche Schilderung zu sein (z. B. pralle Jugendform, Zukunftstyp). Eine Gliederung der Frauen sei weit schwerer durchzuführen. Weiterhin gibt SCHMIDT aber dann an, daß reine Typen bei den Frauen ausgesprochener und charakteristischer seien als bei den Männern.

Damit nähern wir uns der Frage nach dem Verteilungsmodus der KRETSCHMERSchen Typen bei Gesunden überhaupt. GRUHLE, der selbst die Schaffung eines solchen Vergleichungsmaterials gefordert hatte, hat wohl die beste Auseinander-

<sup>1</sup> Angaben zitiert nach MATHES.

setzung über diese Frage bisher geliefert. In Übereinstimmung mit anderen Untersuchern hält er eine Korrelation zwischen manisch-depressivem Irresein und pyknischem Habitus für gesichert, stellt aber fest, daß seine Gesunden (für die in Rede stehenden Fragen sind diese Haut- und Geschlechtskranken „gesund“ und nicht „krank“, wie VON ROHDEN, und auch nicht „einseitiges Material“, wie SCHMIDT meint) körperbaulich denselben Verteilungsmodus haben, wie ihn KRETSCHMER, VON ROHDEN usw. bei Schizophrenen fanden. Hält man sich alle obigen Ausführungen über Rasse, Paratypik usw. vor Augen, so sieht man, daß diese so einfach scheinende Angelegenheit, Schizophrene und Gesunde in ihrem Körperbau miteinander zu vergleichen, in Wirklichkeit nur gewissermaßen die Konzentrierung aller aufgeworfenen Probleme darstellt. Wir vermögen uns KRETSCHMER nicht anzuschließen, wenn er einen solchen Vergleich für verfehlt erachtet. Zwar ist ihm Recht zu geben: Es kommt auch auf ein quantitatives Moment an, mehr oder weniger dysplastisch oder mehr oder weniger Schwerdysplastische in einer bestimmten Gruppe ist ein Unterschied, der sehr bedeutsam ist, aber die zahlenmäßigen Belege dafür fehlen. GEORGI kommt nach Zusammenstellung des ganzen vorliegenden Materials zu dem Schlusse, es sei noch unbewiesen, daß Schizophrene und Gesunde sich in ihrer Körperform decken. Man kann auch den Spieß umdrehen und sagen, daß sie sich nicht decken, ist auch noch nicht bewiesen. GEORGI selbst erhebt ja die Forderung nach mehr Vergleichsmaterial. PERELMANN und BLINKOW lehnen die Deckung: Körperbau der Schizophrenen gleich dem der Gesunden ab.

Verwertbar als Vergleichsmaterial könnten noch die Körperbauuntersuchungen an Verbrechern werden. GRUHLE hob schon in einer Diskussionsbemerkung gegenüber den Befunden VON ROHDENS hervor, daß zwischen seinen an Normalen und den VON ROHDENSchen an Verbrechern erhobenen Befunden kaum ein Unterschied bestehe. Man kann ja die Verbrecher einmal lediglich als Populationsgruppe ansehen und sie insofern also als Beispiel für den Körperbaurdurchschnitt der Gesamtbevölkerung nehmen. Eine andere Fragestellung wäre die, den Körperbau der Verbrecher ganz isoliert für sich zu betrachten und etwa nach Momenten zu forschen, die nur den Verbrechern als einer bestimmten Schicht eignen, also ein für sie körperbaulich charakteristisches Moment zu suchen. Eine dritte Möglichkeit wäre die, die Verbrecher als eine Auslese bestimmter Art aus der Durchschnittsbevölkerung zu betrachten und sie in Vergleich zu setzen zu Reihenuntersuchungen bei der ganzen Population. Die sofortige Inbeziehungsetzung der Körperbautypik der Verbrecher zur Verteilungsformel der Typen bei Schizophrenen hat immer als Zwischenglied die vorher zu erledigende Relation zu den Gesunden, zur Gesamtbevölkerung zur Voraussetzung. Dann erst, nach deren Erledigung, ist an eine psychologische Typisierung zu denken. Zahlen wie die BÖHMERS besagen daher vorerst nicht allzu viel. BÖHMER bestätigt sonst die Befunde VON ROHDENS über die größere Häufigkeit der Athleten bei Verbrechen gegen Person und Eigentum, die größere Aktivität derselben bei Tötungsdelikten im Gegensatz zur Passivität des Pyknikers. Doch setzt hier die zweite große Schwierigkeit ein: die Anwendung eines charakterologischen Schemas, das selbst wieder eine offene Frage ist. Auf diese Frage wird noch zurückzukommen sein.

Ganz unbestritten ist bis jetzt lediglich die Beziehung vom pyknischen Körperbau zur cyclischen Psychose — nicht etwa zur Cyclothymie als normalem Temperament. Damit erst kommen wir zu dem Problem Körperbau und psychische Verfassung. Es geschah nicht ohne Absicht, daß in den obigen Ausführungen nach Möglichkeit alle Fragen beiseite gelassen wurden, die sich nun erst einstellen, wenn Körperbau und seelische Konstitution zueinander in Relation gesetzt werden. Wenn VON ROHDEN GRUHLE gegenüber den Einwand macht,

sein Material gewinne erst Gewicht, wenn man die Gesunden auch charakterologisch festlege, so ist dem unseres Erachtens nach nicht zu folgen. Auch GEORGI betont die Notwendigkeit, Körperbaustudien unabhängig von sofortiger Inbeziehungsetzung mit seelischer Konstitution zu treiben. Sowohl von der somatischen (der Körperbaulehre), als auch von der seelischen Seite (der Charakterologie) her konzentrieren sich hier die Probleme. Ebenso wie wir uns, bildlich gesprochen, bei den Problemen des Körperbaus in immer enger werdenden Kreisen auf die hier am meisten interessierenden Fragen zu bewegten und die weiten Relationen uns aufzuzeigen bemühten, aus denen heraus die Frage Schizophrenie und Körperbautypus erst lösbar erscheint, ebenso bewegen wir uns jetzt gewissermaßen rückläufig und fragen nach den Beziehungen zwischen Körperbau und Psychose, Körperbau und seelischer Konstitution und schließlich nach Feststellung, Umgrenzung, Nachweis einer bestimmten seelischen Konstitution überhaupt.

Die positive Beziehung zwischen manisch-depressivem Irresein und pyknischem Habitus ist, wie schon bemerkt, nach allen bis heute vorliegenden Ergebnissen gesichert. Die Frage nach einer bestimmten Korrelation zwischen Körperbautypus und Schizophrenie ist völlig offen, wie GRUHLE an seinen Tabellen gezeigt hat. Die Grundfrage bleibt die evtl. Deckung mit dem Verteilungsmodus bei den Gesunden. Bezüglich einzelner Merkmale, z. B. dem Winkelprofil, anerkennt GRUHLE keine Relation zu einem bestimmten Körpertypus. Er wirft die Frage auf, ob dieses Merkmal nicht etwa mit dem Psychosefaktor in Relation stehen könnte. Allerdings nur an 5 Fällen behauptet MOLOCSH eine Relation zwischen Dysplastikertypus und Pflöpfhebephrenie. An sich ist dies wohl schon deshalb nicht unwahrscheinlich, da man bei hochgradig Debilen auf Grund frühkindlicher Schädigungen die mannigfachsten neurologischen, endokrinen usw. Abnormitäten zu sehen gewohnt ist. Bemerkt sei hierzu noch, daß MÖLLENHOF gerade bei Dysplastikern die Schwierigkeiten hervorhebt, Exogenes von Endogenem zu trennen. Die Häufung dysplastischer Merkmale ist auch bei Epileptikern sichergestellt. GRÜNDLER setzt diese Tatsache ebenso wie das Fehlen der Pykniker unter den Epileptikern zu den Verhältnissen bei angeboren Schwachsinnigen in Beziehung. Ob nicht auch in diesen Feststellungen ein Hinweis dafür gegeben ist, daß der pyknische Typus eine Körperbauform ist, die erst von ganz bestimmten Lebensbedingungen abhängig ist?

SCHMIDT geht in seinen neuen Untersuchungen auf die Grundfrage: Beziehungen zum Körperbau der Normalen nicht näher ein, da ihm Vergleichsmaterial in seiner Population (Dänemark) fehlt. Ein sicherer Überblick sei ihm nicht gestattet, dazu bedürfe er „notwendigerweise sehr großen Materials“. Er meint dann aber doch, daß „verschiedene Anhaltspunkte“, wie er sich etwas unklar ausdrückt, gefunden werden könnten, die für eine Deckung des Körperbaus der Schizophrenen mit dem der Gesunden sprächen. SCHMIDT läßt überhaupt manchmal klare Stellungnahmen vermissen, so sehr man seine Vorsicht rühmen muß. Seine Ansätze sind durchaus korrekt, die einzelnen Kautelen der Untersuchungen dargelegt, das Material in seinen einzelnen Eigenschaften, wie Alter, Dauer der Psychose, deren typische, diagnostisch einwandfreie Gestaltung usw. aufgezeigt. Ausgezeichnet sind die Ausführungen über die Paratypik, vor allem über die Ernährungseinflüsse auf die Fettverteilung und deren Einfluß wieder auf die körperliche Erscheinungsform, und zwar durch Faktoren, die die schizophrene Psychose als solche, als Krankheit mit sich bringt, und solche, die von den einzelnen Phasen wie Stupor, katatone Erregung usw. abhängen. Er arbeitete an einem gegenüber früheren Autoren großen Material (100 schizophrene Männer, 100 schizophrene Frauen und 133 manisch-

depressive Männer und Frauen). Ausgezeichnet sind seine Gegenüberstellungen von Körperbautypen bei der Gesamtheit des Materials, bei den beiden Psychoformen und dann der einzelnen Körperbautypen wieder untereinander und wechselseitig mit denselben Typen bei den beiden Psychoformen. Er trennt also z. B. Pykniker: Alle Pykniker und die anderen Typen insgesamt; Pykniker bei Schizophrenen bzw. manisch Depressiven; schließlich Pykniker der Schizophrenen in Relation zu denen bei manisch Depressiven. Das alles ist sauber auseinandergehalten. Vor allem ist beachtenswert, daß SCHMIDTS Bestrebungen dahin tendieren, Unterschiede zwischen den beiden Psychoformen bezüglich ihres körperbaulichen Verhaltens herauszuarbeiten. Das wesentlichste Ergebnis ist in Kürze, daß SCHMIDT die Aufstellungen KRETSCHMERS bejaht.

200 Schizophrenie			167 Zirkuläre		
	im ganzen	%		im ganzen	%
Leptosome . . . . .	83	41,5	Pyknische . . . . .	87	52
Leptosome Mischtypen . . . . .	21	10,5	Pyknische Mischtypen . . . . .	30	18
Muskuläre . . . . .	15	7,5	Uncharakteristische . . . . .	19	11
Dysplasien . . . . .	4	2,0	Dysplasien . . . . .	3	2
Uncharakteristische . . . . .	34	17,0	Muskuläre . . . . .	5	3
Pyknische Mischtypen . . . . .	18	9,0	Muskuläre Mischtypen . . . . .	2	1
Pyknische . . . . .	7	3,5	Leptosome . . . . .	15	9
	18	4,0	Leptosome Mischtypen . . . . .	6	9

*Gesamtmaterial*

Dysplasien . . . . .	9%
Leptosome . . . . .	26%
Leptosome Mischtypen . . . . .	10%
Muskuläre . . . . .	14%
Muskuläre Mischtypen . . . . .	3%
Pyknische . . . . .	25%
Pyknische Mischtypen . . . . .	12%
Uncharakteristische . . . . .	10%

Die Schizophrenen enthalten bedeutend mehr „schizaffine“ Typen als die manisch Depressiven, die wieder erheblich mehr Pykniker aufweisen. Die Schizophrenen deviiern in den einzelnen Massen und Merkmalen viel mehr als die Manisch-Depressiven. Vermutlich bedeutet nach SCHMIDT ein starkes Deviiern der Körperbautypen eine Disposition zur Schizophrenie, eine höhere Bereitschaft dazu, als dies beim normalen harmonischen Körperbau der Fall ist. Der pyknische Typ bedeutet eine Disposition zum manisch-depressiven Irresein. Das Verhalten der Dysplasien stellt einen prinzipiellen Unterschied zwischen Schizophrenen und manisch-depressiv Erkrankten dar. Bei ersteren spielen sie eine unvergleichlich größere Rolle. In den einzelnen Breiten-, Dicken- und Umfangsmassen ergab sich ein hohes Maß von Verschiedenheit zwischen den beiden Psychoformen. Von den einzelnen Merkmalskomplexen ist KRETSCHMERS kurze Eiform des Gesichts „einigermaßen typisch für Schizophrenie“. Außerdem fand SCHMIDT einen gewissen Behaarungstyp nur bei schizophrenen Frauen. Bei den Frauen stellt SCHMIDT fest, daß die Korrelation zwischen manisch-depressivem Irresein und pyknischem Körperbau anscheinend noch enger ist als bei den Männern. Terminalbehaarung findet sich bei den beiden Psychoformen gleich häufig, doch scheint sie bei Manisch-Depressiven mit einer schlechteren Prognose vergesellschaftet zu sein. Ferner fand sich bei Schizophrenen, besonders den Frauen, eine Tendenz zur kindlichen Entwicklung der Hände und Akromikrie.

Auf viele Schwierigkeiten macht SCHMIDT selbst aufmerksam, so auf die große durchschnittliche Gewichts-differenz zwischen den beiden Psycho-reihen. Er sagt selbst, daß schlecht genährte Individuen durch die Habitus-

änderung einen asthenischen Eindruck machen können. Eine weitere Schwierigkeit ist der Unterschied im Altersdurchschnitt zwischen den beiden Psychoformen, der 11 Jahre beträgt. SCHMIDT selbst führt an, daß seine Schizophrenen größtenteils juvenile Fälle sind und daß asthenische Typen pathologisch sein können, „von krankhaften Prozessen geprägt, die einen stark herabgesetzten Ernährungszustand bewirken“. Ferner hebt er die Schwierigkeiten rein subjektiver Natur hervor, die Fälle alle typologisch unterzubringen, besonders bei den Frauen, bei denen er die MATHESSEsche Einteilung für besser und lebensnäher hält als die von KRETSCHMER. Klassische Typen seien häufig, Zwischenformen aber schwer zu rubrizieren. Die Schwierigkeiten, die Frauen im KRETSCHMERSchen Schema unterzubringen, könnten, wie SCHMIDT einleuchtend sagt, daran liegen, daß dieses Schema für Männer gilt und die Frauen sich nicht ohne weiteres hineinpressen lassen. Den muskulären (athletischen) Typ hält er für eine paratypische Variation, wie ja auch seine Athletikerzahlen sehr klein sind. Er schließt sich also den Forschern an, die den muskulären Typ überhaupt aufgelöst wissen wollen. Die leptosom-schizophrene Gruppe spricht er als eine Minusvariation an, während die pyknoszirkuläre eine Plusvariation darstellt, wobei, abgesehen vom Ernährungszustand, in verschiedenen Umfangsmaßen die Pyknoszirkulären der dänischen Durchschnittsbevölkerung am nächsten stehen sollen. Es ist nicht klar, wie sich diese Meinung mit der anderen verträgt, daß die Schizophrenen evtl. sich mit der Zusammensetzung der Normalbevölkerung decken sollen. Auch sonst sind trotz der Fülle treffender Einzelfeststellungen eine Reihe Unklarheiten vorhanden. SCHMIDT betont ausdrücklich, daß das „Woher“ der Typen die wesentliche Frage sei, weist selbst immer wieder auf die Fragen: Ernährung, Alter, Prozeßwirkungen usw. hin, zieht dann aber keine Konsequenzen mehr hieraus. Wenn man ihn ganz scharf nimmt, müßte man sagen: Gut, die KRETSCHMERSchen Typen finden sich auch in der bestimmten Verteilung — aber das ist das Unwesentlichste. Denn nicht darauf will die Theorie hinaus: die Schizophrenie bringt leptosome Individuen hervor, sondern: leptosome Individuen haben eine biologische Affinität zur Schizophrenie. SCHMIDT scheint zum letzteren zu neigen, denn er sagt: „Der manisch-depressiven Psychose entspricht eine pyknische Disposition, während die konstitutionelle Disposition bei der Schizophrenie von einer Minusvariation auf verschiedenen Gebieten des Körperbaus und einer Tendenz zu gruppenweisem Auftreten verschiedener Deviationszeichen repräsentiert wird; unter diesen sind Deviationen der inneren Sekretion häufig. Diese Deviationen sind es, die den schizophrenen Typ charakterisieren.“ Die Fragen: Alter und Ernährungseinflüsse, Deckung der Schizophrenen mit den Gesunden bezüglich ihres Körperbaus bleiben demnach offene Fragen. Wesentlich scheint uns hierbei die Feststellung, daß bei GRUHLES Material der überwiegende Teil der Leptosomen unter 20 Jahre, der überwiegende Teil der Pykniker aber über 40 Jahre alt ist. Vergleicht man die Zahlen des Gesamtmaterials bei SCHMIDT mit denen von GRUHLE, so ergeben sich keine allzu großen Differenzen. Auffällig ist, daß SCHMIDT trotz seiner Bemerkung über die Typeneinteilung so wenig charakteristische Fälle hat und weiterhin, daß, trotzdem die Bedeutung der Deviationen und Dysplasien so in den Vordergrund geschoben wird, die Differenz zwischen seinen und GRUHLES Zahlen bezüglich der Dysplastik nur 3% beträgt (SCHMIDT 17%, GRUHLE 14%). Sehr groß ist aber die Zahlendifferenz zwischen der leptosom-athletischen Gruppe bei GRUHLES Normalen und SCHMIDTS Schizophrenen (38 bzw. 61%). Zwar macht GRUHLE darauf aufmerksam, daß die Zahlen der Leptosomen bei den einzelnen Untersuchern um 30% differieren, aber es muß doch hervorgehoben werden, daß SCHMIDTS Material sicher zu dem meßtechnisch am einwandfreisten behandelten gehört

und er mit seiner Arbeitsweise zweifellos eine gute Diskussionsbasis geschaffen hat. Für Nachuntersucher dürfte es nicht allzu große Schwierigkeiten machen, sich mit ihm in Vergleich zu setzen.

Es bleibt also als wesentlichstes Ergebnis der SCHMIDT'schen Bearbeitung: Die leptosom-schizophrene Gruppe ist die stärkst deviiierende in den einzelnen Maßen und die bei den Dysplasien fast ausschließlich beteiligte. Diese Feststellung deckt sich mit der körperbaulichen Typisierung, wie sie KRETSCHMER für die schizophrene Kerngruppe schilderte. Inwieweit diese Tatsachen biologische Affinität bedeuten, inwieweit sie vom Erkrankungsalter abhängen und Prozeßäußerungen sind, bleibt offen. Auch nach den Untersuchungen von PERELMANN und BLINKOW bleibt sie noch ungelöst. Sie stellen zwar auch das Überwiegen der leptosom-athletischen Gruppe bei Schizophrenen fest, erörtern aber bei ihrem Material nicht different genug Alter und Erkrankungsdauer der Schizophrenen, als daß eine Beurteilung ihrer Ergebnisse nach allen Richtungen hin möglich wäre. Übrigens geht ihre Tendenz im Gegensatz zu SCHMIDT darauf hinaus, aus dem Athletischen einen fest umschreibbaren, auch charakteristisch definierbaren Sondertyp zu machen.

Es fragt sich, ob die Sachlage einfacher wird, wenn zunächst bestimmte Gruppen der Schizophrenie, die Kerngruppe, wie es KRETSCHMER ausdrückt, gründlichst durchgearbeitet werden. LUXEMBURGER meint auch, daß die katatonen Frühformen den schizaffinen Körperbau deutlicher erkennen ließen. Die Schwierigkeiten liegen in der Beschaffung gleichartigen Materials, denn zu all den schon angeführten Momenten Alter, Geschlecht, Beruf, Lebensweise, Population usw. tritt als neuer komplizierender Faktor der Prozeß selbst, die Zeit seines Ausbruchs, seine Verlaufsform usw. Übrigens sind diese Problemstellungen und Ansatzpunkte von KRETSCHMER und seinen Nachfolgern (MAUZ, EYRICH usw.) in ihren Arbeiten gesehen und hervorgehoben worden. Mit diesen hinzutretenden Fragestellungen vereinfacht sich also das Problem Schizophrenie und Körperbautypus durchaus nicht, sondern neue Schwierigkeiten treten hinzu. Sie treten auch schon deshalb hinzu, weil mit der Formulierung „Kerngruppe“ unvermeidlich die Frage des Schizoids aufgeworfen wird. Damit verbreitet sich das ganze Gesichtsfeld weiter, und eine Wendung zum Gesunden hin, d. h. hier jetzt zu einer bestimmten Gruppe unter ihnen, einer Gruppe bestimmt gearteter Psychopathen, tritt ein. Zu den schon auf der Seite des Körperbaus ungemein verwickelten Problemen treten solche psychologischer Natur, die keineswegs klarer sind, hinzu.

Schon rein begrifflich liegen Schwierigkeiten vor. Die Beziehungen zur Schizophrenie selbst sind eine offene Frage. Erbbiologisch ist trotz einer Arbeitsintensität, die mit Bewunderung erfüllt, keine Klarheit vorhanden. Daß ein Problem nicht klarer wird, wenn es auch noch in Beziehung tritt zu einem anderen, das wiederum eine Fülle von Fragen mit sich bringt, ist einsichtig. Die ungeheure Verwicklung dieser ganzen Situation muß man sich eindringlich vor Augen führen. Das vorhandene, bis jetzt untersuchte Material reicht jedenfalls zu einer klärenden Stellungnahme bei weitem noch nicht aus. Wohl geht aus ihm hervor, daß STRAUSS richtig tut, wenn er der Kritik gegenüber, die JASPERS geübt hat, die Berechtigung der KRETSCHMER'schen Problemstellungen hervorhebt. An ihr ist kein Zweifel, selbst wenn man nicht so weit gehen will wie KRETSCHMER, wenn er sagt, daß die Zusammenhänge in der Richtung lägen, wie er sie angegeben habe. Man sieht nur vorläufig zu wenig Plattform zur Diskussion, noch zu wenig wirklich tragfähigen Boden. Zum Teil liegt das sicher daran, daß KRETSCHMER mit großem Wurf das ganze Gebiet im Aufriß zu zeigen unternahm und nun die Nachuntersucher mit ihrem Material allzuviel auf einmal zu lösen versuchten. Dadurch wurden natürlich



die Einzelfragen klarer hervorgehoben, aber man begnügte sich nicht zunächst mit der möglichst scharfen Umschreibung, begrifflichen und methodischen Fassung von Einzelproblemen, sondern steckte eigentlich immer in der Fülle der Probleme, um das Ganze zu lösen. So involvieren die Arbeiten von MAUZ und EYRICH über pyknische Schizophrenie die gesamten Fragen Körperbau und Schizophrenie, Schizothymie, Cyclothymie, Mischformen aus beiden sowohl psychologisch als auch körperbaulich. Über das Ausmaß dieser Fragen ist sich MAUZ auch durchaus klar, was schon aus der Größe des Materials, das er durcharbeiten versuchte, hervorgeht. Immerhin zeigen FLECKs Schilderungen leptosomer Endzustände, daß die Probleme zwar gestellt, aber noch nicht gelöst sind. Denn auch diese Leptosomen weisen Züge auf wie die neue Einheitlichkeit der schizophränen zerstörten Persönlichkeit, die wieder einsetzende Komponierung und Anpassung usw., die den MAUZschen pyknischen Schizophrenen durchaus nahestehen. Zu den aufgeworfenen Fragen treten hier noch die weiteren Probleme der Cyclothymie und der Legierungen hinzu, sowohl zwischen den großen Kreisen schizothym-cyclothym im allgemeinen und schizophränen-cyclische Psychose im speziellen. Die Berechtigung, im Körperbau einzelne Merkmale überhaupt abzutrennen und zu sagen, diese gehören in diesen bestimmten und jene in einen anderen Formkreis, besteht an sich durchaus. Denn die Rassenkunde lehrt ausdrücklich die Vererbbarkeit ganz bestimmter Merkmale völlig unabhängig voneinander (FISCHER, LEBZELTER). In welchem Maße das aber der Fall ist für eine gemischte Population, ist unbekannt. So hebt auch SCHMIDT hervor, daß der erbliche und Korrelationszusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen noch undurchsichtig ist. Damit wird auch zweifelhaft, inwieweit ein Merkmalskomplex repräsentativ ist für einen bestimmten Typ; ob so z. B. der pyknische Rundkopf allein jemanden zum Pykniker stempelt. Ebenso wie es fast unüberwindlich schwierig zu sein scheint, bei einer ganzen Bevölkerung solche bestimmten Merkmale überhaupt zu finden.

Und nun erst auf psychologischer Seite, wo, wie STRAUSS sagt, die Erkennbarkeit der Konstitution so viel schwieriger ist. Die in Angriff genommene Zwillingspathologie (SIEMENS, v. VERSCHUER, LANGE, LUXENBURGER) führt besonders eindringlich und teilweise überwältigend die Rolle der Vererbung vor Augen. Daß hier aber Grenzfälle vorliegen und neben ihnen die Fülle der Möglichkeiten ungeheuer groß ist, darüber sind die bearbeitenden Forscher sich durchaus klar. HOFFMANNs Arbeiten über die Vererbung bestimmter Charakterzüge, Triebkonstellationen usw. sind außer der Demonstrierung der Möglichkeiten an bestimmten, ausgesuchten Fällen daher auch vor allem bis jetzt begrifflicher Aufriß, Aufzeigung der möglichen Fragestellungen, Ansatzpunkte für künftige Forschung. Man braucht nur an LANGE-KEHRERS durchgreifende Diskussion der Paranoiafrage z. B. zu denken, um des Ausmaßes der charakterologischen, klinischen, erbbiologischen Fragen gewiß zu werden. Man wird dann Aufteilungen des Körperbaus bei einer bestimmten Art von Schizophrenie in leptosome und pyknische Merkmale, Aufzeigung cyclothymischer und schizothymischer psychischer Komponenten, Festlegungen von Verlaufseigentümlichkeiten der Psychose selbst und schließlich erbbiologische Ableitung dieser Faktoren alles zugleich noch nicht für bindend und schlüssig erachten können, sondern die weiteren Diskussionen über die Probleme abwarten müssen. Es ist nicht das Vorkommen, das in Frage gestellt werden kann, sondern es ist das Gesetzmäßige, das doch noch als ungelöst erachtet werden muß. Denn auf Gesetzmäßigkeiten, auf innere Zusammenhänge, wenn auch deren Natur noch unklar bleibt, läuft ja doch die ganze Frage Körperbau und Charakter hinaus, auch dann, wenn der Affinitätsbegriff von KRETSCHMER auf

das rein Statistische, Zahlenmäßige einer solchen Abhängigkeit eingeschränkt worden ist.

SCHMIDT lehnt in seinen Untersuchungen die Beziehung Körperbau und Charakter überhaupt ab. Andererseits hält PLATTNER diese Korrelation für fester als die zwischen Körperbau und Psychose. SCHMIDT bringt eigenes Material herbei und wendet sich damit gegen die Aufteilung und Typisierung der pyknischen Schizophrenien, wie sie EYRICH und MAUZ gegeben haben. Er legt dar, daß Körperbau und Psychosefaktor selbständig vererbbar sein könnten und daß es sich bei dem Ausbruch der Psychose beim Individualfall um Konvergenzerscheinungen handeln könne. Er hält die Probleme für viel verwickelter, als es die über die Schizophrenietypen aufgestellten Theorien ahnen lassen.

Alle Theorien müssen hier auf einer möglichst scharfen Festlegung dessen, was mit schizo- bzw. cyclothym gemeint ist, fußen. KRETSCHMER hat klar die Bedeutsamkeit erkannt, die der charakterologischen Typisierung bei Gesunden zukommt. Eine Reihe von Arbeiten sind entstanden, die sich um den Ausbau von Methoden bemühen, welche geeignet sind, unterschiedliche Reaktionsweisen usw. im Experiment festzulegen und gewissen Typen zuzuteilen (KIEBLER, MUNZ, VAN DEN HORST, HAARER, ENKE usw.); Abstraktionsversuche, ROHRSCHACHSche Formdeutung, Bildbeschreibungen, Reaktionsversuche usw. sind gemacht worden. KRETSCHMER selbst sagt, daß eine endgültige Stellungnahme zu den Versuchen und ihren Ergebnissen noch nicht möglich sei. Er betrachtet sie als Anregung für die Fachpsychologie, die gestellten Probleme einer experimental-psychologischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Diesem Urteil KRETSCHMERS wird man sich nur anschließen können, ehe man Bindendes bei diesen Untersuchungen sieht. Schwierigkeiten bereitet vor allem wohl die Inbeziehungsetzung von gewissen Reaktionsweisen, z. B. Form = Farbmempfindlichkeit, der Spaltungsfähigkeit (der Fähigkeit zur Bildung getrennter Teilintentionen innerhalb eines Bewußtseinsablaufs) zu charakterologischen Eigenschaften, denn dazwischen liegt ja noch das Problem: Intelligenzstruktur und Charakter. Darüber hinaus soll nun noch eine Beziehung zwischen diesen bestimmten charakterologischen Eigenschaften und den Verhaltensweisen und psychologischen Eigentümlichkeiten der Psychosen, also z. B. zwischen Spaltungsfähigkeit, psychästhetischer Proportion und Autismus bestehen. Jede einzelne Methode ist an sich viel zu vieldeutig, um weitgehende Schlußfolgerungen zu ergeben, und die Fachpsychologie ist sich der Unzahl von Fehlerquellen bei einem einfachen Massenversuch durchaus bewußt. Je hochwertiger die psychischen Funktionen sind, die in Wirksamkeit treten, um so geringer werden die Schlußmöglichkeiten aus den Versuchsergebnissen. Das hat nichts damit zu tun, daß in solchen Versuchen Grundverhaltensweisen zutage treten sollen, und auf solche wollen die von KRETSCHMER gestellten Probleme mit Recht hinaus. Aber sieht man z. B. die Spaltungsfähigkeit an, deren Umschreibung oben schon erwähnt wurde. Eine bestimmte Art intelligenter Verhaltenssoll gleichbedeutend sein mit einer charakterlichen Eigenschaft, die besagt: Es können in einem Menschen zwei oder mehrere Dinge widerspruchlos nebeneinander bestehen und herlaufen. Diese charakterologische Artung steht wiederum in Beziehung zu einem Gesamttyp: schizothym, und dieser weiterhin hat Affinität zum leptosomen oder sonstwie schizaffinen Körperbau. Dabei ist zu bemerken, daß KRETSCHMER den Leptosomentyp bis zu dem harmonischen, wohlgestalteten, aber nicht weiter charakterisierbaren Körperbau des Normalen ausdehnt. Weiterhin steht jene normale charakterologische Eigenschaft aber auch in einer direkten Beziehung zu gewissen psychischen Verhaltensweisen in der schizophrenen Psychose. Ebenso herrschen direkte Beziehungen vom charakterlichen und vom körperbaulichen Gesamttypus zur Psychose. Man

hat also eine Kette von großen Problemen vor sich, wenn man die Konsequenzen eines experimentellen psychologischen Versuchs durchdenkt. Nicht anders ist es auch mit den übrigen Versuchen. Bedenkt man die große Vorsicht, die die Fachpsychologie übt, ehe sie sich an Charakterprobleme heranwagt, die Vorsicht, mit der die individuellen Verhaltensweisen herausgeschält werden, die Fülle der Kautelen, die bewältigt sein sollen, z. B. wenn man LEWINS willens- und handlungspsychologische Arbeiten durchsieht, so wird man die dort niedergelegten Erfahrungen in der psycho-pathologisch interessierten Experimentalpsychologie nicht vergessen dürfen. Sehr problemreich sind die ROHRSCACHschen Versuche. Sie stellen eine ausgezeichnete Methode dar, noch viel zu schematisch, doch wohl sicher noch ungemein ausbaufähig, aber in der jetzigen Gestalt kaum zu so weitgehenden Schlüssen berechtigend, um schizo- und cyclothym zu trennen. Der große Vorzug der ROHRSCACHschen Methode besteht in der Vielgestaltigkeit, mit der sie die Versuchspersonen zu Äußerungen, zum Reden bringt, womit natürlich die Möglichkeit, Einblicke in innere Vorgänge zu erhalten, sich erheblich vergrößert. Vorliegende fachpsychologische Anwendungen bei Jugendlichen z. B. äußern sich vorläufig sehr vorsichtig (LÖPPE, SCHNEIDER). Dasselbe ist bei charakterlichen Selbstdiagnoseversuchen der Fall, die in der Fachpsychologie wesentlich kritischer betrachtet werden. Übrigens sei hier noch die Verschiedenheit vermerkt, mit der Schizophrene in den einzelnen Phasen ihrer Krankheit beim individuellen Fall reagieren.

Zudem muß man sich daran erinnern, daß ENKE z. B. mit diesen charakterologischen Feststellungen eine Theorie involviert und genau so wie bei den Körperbautypisierungen eine psychologische Durchuntersuchung und Typisierung der Gesunden vorhergehen muß, ehe man sie in ein Schema aufteilt, das in sich nur durch seine Beziehungen zu anderen großen Problemen, nämlich zur psychologischen Struktur der Psychosen, lebensfähig ist — Beziehungen, die durchaus theoretischer Natur sind und deren tatsächliche Grundlage noch zu erweisen bleibt, aber bei der Nachuntersuchung nicht als bewiesen vorausgesetzt werden darf. GASSET und KELLOG vermochten übrigens bei ihren Testuntersuchungen keine Beziehungen zwischen Intelligenzstruktur und Charakter aufzudecken.

Bei den motorischen Studien von LIEPMANN, GUREWITSCH, JISLIN, ENKE usw. geht die Bemühung vor allem darum, möglichst einfache, lebensnahe Versuchsanordnungen auszuarbeiten, die es erlauben, motorische Verhaltensweisen zu typisieren. Die Schwierigkeit: möglichst einfacher Versuch, möglichst objektive Festlegung der Reaktionsweisen, dann aber möglichst unschematisch-differente Betrachtung des psychischen oder Ausdrucks- oder Handlungs-Verhaltens wird wohl vor allem bei der Untersuchung des Motorischen deutlich. Die Problemreihen, Verhalten bestimmter Körperbautypen, bestimmter charakterologischer Typen, und nun diese beiden in Beziehung zueinander, laufen immer nebeneinander her. Jede Reihe für sich hat ihre großen Fragen und Schwierigkeiten, die am Gesunden erst klargestellt sein müssen, ehe sie in Verbindung mit Begriffen wie „schizaffin“, „schizothym“ gebracht werden können, die schon Theorien involvieren.

Die großen Schwierigkeiten, die eine psychologische Zweireihen-Aufteilung mit sich bringt, sind außerdem noch vorhanden. Trotz aller Vorsicht in der Auswertung der bisher geförderten Resultate ist aber sicher der Weg, den KRETSCHMER und seine Nachfolger eingeschlagen haben, Methoden zu suchen, die es erlauben, Schlüsse auf einfache, grundlegende Charaktereigenschaften zu ziehen, der richtige.

Man wird mit seinem Urteil auch dann noch zurückhaltend sein müssen, wenn man den letzten Beitrag zu einer psychologischen Typenlehre mit in die

Diskussion einbezieht, den KROH mit seinen Schülern geliefert hat. Die Arbeiten von LUTZ, BAYER, DAMMBACH, VOLLMER bestätigen mit Versuchen über Bewußtseinsumfang, teilinhaltlicher Form, Farbwahrnehmung, Aufmerksamkeitsverteilung die Aufstellungen KRETSCHMERS und seiner Schüler vollkommen. Den Ergebnissen der KROHschen Untersuchungen nach ist eine Beziehung des Schizothymen zur Form, des Cyclothymen zur Farbe nicht mehr zu bezweifeln. Ein ausgesprochen assoziativer Typus ist in keinem Falle ein schizothym, kein ausgesprochen perseveratorischer ist cyclothym. Den Pykniker zeichnet der große Bewußtseinsumfang und ein diskreter Aufmerksamkeitstypus aus. Die Aufmerksamkeit des Cyclothymen ist fluktuierend, subjektiv-synthetisch, die des Schizothymen fixierend, objektiv, analytisch. Die charakterologische Eingruppierung beruht auf Selbstdiagnosen der Versuchspersonen an Hand von Fragebogen, bei denen die Versuchspersonen die jeweils zutreffenden Eigenschaften anstrichen. Der eine Bogen enthielt die cyclothymen, der andere die schizothymen Eigenschaften. Wie KROH vermerkt, war den Versuchspersonen die KRETSCHMERSche Typenlehre bekannt und sie hatten als Orientierung die von KRETSCHMER gezeichneten Totalbilder der beiden psychologischen Typen vor sich.

Daß diese Art der charakterologischen Selbstdiagnose nicht genügt und keinesfalls eine Untersuchung und Nachprüfung von der Voraussetzung der beiden Typen schizothym und cyclothym ihren Ausgang nehmen darf, wären wohl die nächstliegenden kritischen Einwände, die man erheben kann und muß. Die Differenzierung der Typen überhaupt und die Einordnung gewisser Eigenschaften in charakterologische Schemata stellt ein Grundproblem dar und darf nicht als gelöst vorausgesetzt werden. Ist schon das Schizoid ein außerordentlich umstrittener Begriff, so ist es der charakterologische Begriff schizothym um so viel mehr, als man sich damit von einer noch erheblich viel besser faßbaren Gruppe gewisser Psychopathen in die Charakterologie der erheblich viel schlechter umschreibbareren Masse des Normalen hineinbegibt.

Noch verwickelter wird die Sachlage, wenn man die von JAENSCH und seinen Schülern ausgehenden Untersuchungen mit heranzieht. Auch hier besteht die Bemühung um die somatische und die psychologische Differenzierung von Typen, wobei die Grundlagen wie das Vorhandensein von B- und T-Typen, deren Verbreitung, somatische Stigmatisierung, charakterologische Differenzierung usw. schon schwankend und umstritten sind. Von psychiatrischer Seite hat sich S. FISCHER hiermit eingehend auseinandergesetzt und Kritik geübt. Die JAENSCHsche Schule verhält sich den KRETSCHMERSchen Anschauungen gegenüber ablehnend, so z. B. R. W. JAENSCH in seinem Buch, das einer großen zusammenfassenden Darstellung der von ihm vertretenen Typendifferenzierung gewidmet ist. Der von ihm gegen KRETSCHMER erhobene Einwand, daß er sowohl von der somatischen, wie von der psychologischen Seite zu hoch differenzierte und hoch komplizierte „Schichten“ miteinander in Beziehung setzte, ist wohl nicht ganz stichhaltig. Denn wie wir oben schon betonten, gehen ja auch KRETSCHMERS und seiner Schüler Bemühungen darauf hinaus, psychologische Grundverhaltensweisen herauszustellen. JAENSCHs Auseinandersetzungen mit den KRETSCHMERSchen Anschauungen enden schließlich in einer Theorie des Schizophrenen — Lysophrenen nach seiner Terminologie —, die zu kompliziert und undurchsichtig ist, als daß eine Darstellung und Auseinandersetzung opportun erschiene.

PFAHLER hat in seinem Buche „System der Typenlehren“ die bis jetzt geleistete experimentelle psychologische Arbeit noch einmal zusammengefaßt. Er legt eingehend dar, daß die Versuche, Typen zu bilden, davon ausgehen müssen, einfache Aufnahme- und Verarbeitungsweisen zu untersuchen, die

dann weiterhin in ihrem Zusammenhange mit Gefühls- und Willensleben zu betrachten sind. Die zu untersuchenden Funktionen werden also nicht etwa im Sinne einer Rückwirkung für das affektive Verhalten z. B. verantwortlich gemacht, sondern das Ineinanderwirken aller dieser Funktionen mit Wille, Gemüt usw. wird ausdrücklich festgestellt. Im Experiment sind aber natürlich Auffassungs- und Verarbeitungsweisen eindeutiger und leichter faßbar. Vor allem legt PFAHLER nachdrücklich Wert darauf, daß die Reaktionsweisen der Versuchspersonen in allen Einzelversuchen wie auf Assoziation, Aufmerksamkeit, Auffassung, Perseveration usw. miteinander verglichen und in Relation gebracht werden. Weiterhin werden die Ergebnisse bei Kindern mit denen bei Erwachsenen in Beziehung gesetzt. PFAHLER geht auch auf die Arbeiten der JAENSCHEN Schule ein und glaubt, daß die weitere Forschung zu einer Konvergenz der beiden Richtungen JAENSCH und KRETSCHMER führen werde. Er meint jetzt schon Anzeichen dafür zu sehen, daß sich Gemeinsamkeiten und Begegnungen in den Ergebnissen dieser beiden Richtungen herauschälen. In der Art der Theoriebildung, die den Unterbau der Typeneinteilungen erbringen soll, nähert er selbst sich ganz erheblich der JAENSCHEN Anschauung und rückt damit von KRETSCHMER, der im wesentlichen Temperamentsunterschiede als typisch zu fassen versucht, ab. PFAHLERS kritische Auseinandersetzung vor allen Dingen mit der Temperamentsbestimmung des Schizoid-Schizothymen ist ausgezeichnet, zumal er der Fülle und dem Reichtum der KRETSCHMERSCHEN Charakterschilderungen durchaus gerecht wird. Umso problematischer wird dann aber, daß doch schließlich wieder alles auf cyclothym bzw. schizothym in der Einteilung herauskommt und im wesentlichen diese beiden Charakterformen als solche unangetastet bleiben. Kritisch erfaßt wird lediglich ihr theoretischer Unterbau, ob Temperamentsunterschiede oder Verschiedenheiten in den psychologischen Auffassungs- und Verarbeitungsweisen die Prinzipien für eine Typeneinteilung abgeben sollen. Aber an eine Auflösung des schizothymen Typs z. B. wird nicht herangegangen.

Aus der PFAHLERSCHEN Zusammenstellung geht ungemein anschaulich hervor, wie wertvoll die KRETSCHMERSCHEN Aufstellungen geworden sind für eine Erziehung der Untersucher, allem und jedem bei den Versuchspersonen ihre Aufmerksamkeit zu schenken und immer darauf hin zu arbeiten, die Zusammenhänge im seelischen Gesamt zu suchen. Hält man aber der Eindeutigkeit aller dieser Ergebnisse etwa die intensive Durcharbeitung des Psychopathienproblems von KAHN gegenüber, aus der die großen Schwierigkeiten hervorgehen, zu festen Umrahmungen zu gelangen, bei der Fülle alles dessen, was an menschlichen Abwandlungen möglich ist, so tun sich hier klaffende Unterschiede auf, zwischen denen Brücken heute noch nicht ohne weiteres sichtbar sind.

---

#### 4. Das Schizoid.

Von

**K. BERINGER**

Heidelberg.

Eine gesonderte Darstellung speziell des psychologischen Begriffsgehaltes innerhalb des Schizoidproblems ist durch dessen theoretische wie praktische Bedeutung sowohl für die Klinik wie die Erbforschung gerechtfertigt. Geht man *historisch* vor, so zeigt sich, daß schon immer 2 Momente das Interesse erweckt haben: einerseits nämlich die Art und Häufung eigenartiger Persön-

lichkeiten in der engeren Verwandtschaft Schizophrener, andererseits die Häufung auffälliger Wesenszüge in der ursprünglichen Persönlichkeit der späterhin an einer Schizophrenie Erkrankten.

1910 lenkte BERZE von neuem die Aufmerksamkeit auf die Häufung charakterlich absonderlicher Persönlichkeiten in der nächsten Verwandtschaft, insbesondere unter den Eltern Schizophrener. In eindringlicher Weise schildert er das groteske Maß von Einsichtslosigkeit, Zimperlichkeit und Schrullenhaftigkeit, das ihm bei der Unterhaltung mit den Angehörigen der Kranken entgegentrat, im Gegensatz zu den Angehörigen Manisch-depressiver. BERZE neigte dazu, in diesen Auffälligkeiten die Auswirkung eines intellektuellen Defektes zu sehen, „eine noch wenig ausgesprochene paranoische Art, zu denken“. Er spricht von einer „der Dementia praecox entsprechenden Form des abnormen Charakters“. Nahe damit berührt sich BLEULERS Begriff der latenten Schizophrenie (1911). Ihm sind reizbare, sonderbare, launenhafte, einsame, übertrieben pedantische Leute schizophrenieverdächtig. Weiterhin betonte er: „Wenn man die Verwandten unserer Patienten beobachtet, so findet man oft Eigentümlichkeiten bei ihnen, die qualitativ ganz identisch sind mit denen der Patienten selbst, so daß die Krankheit nur als eine quantitative Steigerung der Anomalien bei Geschwistern und Eltern erscheint“. 1914 bestätigte dann MEDOW den von BERZE und BLEULER mitgeteilten empirischen Sachverhalt. Er fand unter den Verwandten Schizophrener eine Häufung von Gemütsarmut, Roheit, moralischer Minderwertigkeit, Habsucht, Geiz, Jähzorn, Aberglauben, Frömmelei, Mißtrauen, Arbeitsscheu, Unstetheit und Haltlosigkeit. Auch er betont die Schwierigkeit, in einzelnen Fällen zu entscheiden, wie weit man es nicht schon mit Psychotischen zu tun hat. Grundsätzlich hält er aber im Gegensatz zu BLEULER und BERZE dafür, daß diese Typen „bei genau beobachteten Personen durch eine weite Kluft“ von den Schizophrenen getrennt sind. Hieran schließen sich dann die Beobachtungen RÜDINS über das Vorkommen derartiger Persönlichkeiten in schizophren belasteten Familien (1916). Er weist auf die in schizophrenen Geschwisterschaften nicht selten vorkommenden „verschrobener Psychopathen“ hin, „die man auch wohl infolge mancher psychopathologischer Berührungspunkte mit eigentlichen Dementia praecox-Kranken (alias schizophren Psychotischen) im Mechanismus des ganzen psychischen und psychomotorischen Verhaltens als *schizophrene Psychopathische* bezeichnet hat. Wie sie pathogenetisch zu beurteilen sind, weiß noch niemand. Daß es sich, wie manche behaupten, immer lediglich um leichtere Grade der Dementia praecox handle, ist eine ebenso unbewiesene Behauptung, wie die wäre, sie irgendwelchen anderen „Psychopathen“ völlig gleichzusetzen. Was wir wissen, ist nur, daß diese Sorte von Psychopathen auffallend häufig sich gerade in solchen Familien findet, in denen auch ausgesprochene Dementia praecox zu Hause ist“. RÜDIN hält es für möglich, daß sie *ein* phänotypischer Ausdruck für eine Reihe von Genotypen sind, welche irgendwie oder sogar vorwiegend beim Zustandekommen der Dementia praecox sich beteiligen und daher in Dementia praecox-Familien immer wieder auftauchen. Er fährt aber weiter fort: „Wir wissen heute aber auch, daß auch *nichtschizophrene Psychopathen* in Dementia praecox-Familien vorkommen, z. B. haltlose, in krimineller Hinsicht eigenartig hartnäckige und unverbesserliche Psychopathen, denen schizophrene Züge nicht anhaften, es sei denn, daß man den Begriff des schizophrenen geistigen Verhaltens so sehr erweiteren, daß schließlich kein Mensch mehr davon frei genannt werden kann.“ Damit ist die auch heute noch bestehende prinzipielle Schwierigkeit der Heraussonderung der schizoiden Persönlichkeiten aus dem Gros psychopathischer Regelwidrigkeiten überhaupt klar herausgestellt; HOFFMANN hat in seinem trefflichen Sammelreferat 1919 darauf noch einmal eindringlich hingewiesen

mit den Worten: „Es ergibt sich die große Frage: Wann beginnt ein abnormer Charakter in hereditärer Beziehung beachtenswert zu werden? Wegen psychischer Übergänge vom Gesunden zum Pathologischen bleibt solange die Beobachtung solcher Individuen dem subjektiven Ermessen der einzelnen Forscher überlassen, bis wir bessere diagnostische Hilfsmittel haben. Eine auf subjektivem Grund aufgebaute wissenschaftliche Forschung kann nie und nimmer objektive Resultate ergeben. Solange wir also keine absolut klare, eindeutige Abgrenzung gegenüber dem Gesunden haben, ist eine Verwertung dieser Typen im bestimmten Sinne vor allem für die MENDEL-Forscher absolut ausgeschlossen, da wir darüber nur vielfach sich widersprechende Urteile erwarten müssen“. Einen weiteren Beitrag brachte dann KURT BINSWANGER 1920 mit der subtilen Darstellung schizoider Alkoholiker. Auch er schildert als Typen, die sich häufig unter den Angehörigen von manifesten Dementia praecox-Kranken finden, „autistische Menschen, die nach außen barsch, abweisend, oft verletzend sein können, deren Affektivität aber nicht ausgesprochen schizophrene ist und die in gewissen Berufen hervorragende Werte schaffen können, ferner paranoide Charaktere mit sehr guter Affektivität, die sich für andre aufopfern können, die aber wegen ihres schweren Mißtrauens mit allen in Unfrieden leben, dann exzentrische Käuze mit sonderbaren Einfällen, die sich selbst nicht zu begreifen vermögen, oder Hochintelligente, die überall Schiffbruch leiden, sich weder durch Worte noch durch Schicksale belehren lassen“. Neben diese immer stärker werdende Beobachtung der Psychopathenform im Umkreis Dementia praecox-Kranker, der allerdings die Gegenprobe fehlte, nämlich wieweit und wie häufig dieselben Typen (in derselben Gegend) auch in gesunden oder anderweitig belasteten Familien vorkommen, trat die Untersuchung über die prämorbid Persönlichkeitsartung der Schizophrenen selbst.

BLEULER berichtet in seiner Schizophreniemonographie, daß bei mehr als der Hälfte späterer Schizophrener besonders *eine* Charakteranomalie anamnestisch nachweisbar sei, nämlich die Neigung zur Zurückgezogenheit, verbunden mit einem höheren oder geringeren Grad von Reizbarkeit. Ob dies allerdings als Ausdruck einer individuellen Disposition zu werten sei oder ob nicht diese autistischen Züge schon allererste Symptome der Krankheit sind, ließ er offen. KRAEPELIN wies 1913 darauf hin, daß schon früher SCHULZ unter den später schizophren Erkrankten in 50—70% besonders Stille, Scheue, Reizbare und Schrullenhafte fand. SCHOTT stellte in 28% Stille und Verschlussene fest, also auch hier eine Häufung vor allem der Züge autistischen Verhaltens. Seine eigenen Erfahrungen faßt KRAEPELIN in die Worte zusammen: „Ganz besonders häufig, namentlich beim männlichen Geschlecht, wurde erwähnt, daß es sich um Kinder handelte, welche stets ein stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen zeigten, keine Freundschaften schlossen, nur für sich lebten; in zweiter Linie, mehr beim Mädchen, wird über Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Aufgeregtheit, Nervosität berichtet, daneben über Eigensinn und Bigotterie. Sodann ist eine kleine Gruppe von Kindern, meist Knaben, bemerkenswert, die von Jugend auf träge, arbeitsscheu, unstetig, zu schlechten Streichen geneigt waren, nirgends aushielten und dann auch zu Landstreichern oder Verbrechern wurden. Einen gewissen Gegensatz dazu bilden diejenigen, ebenfalls mehr dem männlichen Geschlecht angehörigen Kranken, die sich durch Lenksamkeit, Gutmütigkeit, ängstliche Gewissenhaftigkeit und Fleiß auszeichneten und als Muster von Bravheit sich von allen jugendlichen Unarten fernhielten.“

Es ergeben sich also als besonders häufig die Eigenschaften:

Still, scheu, zurückgezogen, reizbar, empfindlich, aufgereggt, eigensinnig, bigott, arbeitsscheu, unstet, sozial absinkend, langsam, gutmütig, überge-wissenshaft, musterhaft, also Eigenschaften die sich zum Teil direkt widersprechen.

KRAEPELIN fragte sich, wieweit diese auffallenden Wesenszüge mit der Entwicklung einer Schizophrenie im engeren Sinne in Zusammenhang stehen, insbesondere ob sie nur Ausdruck allgemeiner Schädigungen sind, welche die Widerstandskraft gegen die Ursache der Dementia praecox herabsetzen, oder ob es sich um die ersten bis in die Kindheit zurückgehenden Anzeichen der Krankheit selbst handelt. Bis zu einem gewissen Maß neigt er zu letzterer Ansicht, wenn er sich darauf stützt, „daß wenigstens ein Teil der angeführten psychischen Eigentümlichkeiten die größte Ähnlichkeit mit denjenigen Störungen aufweist, die wir in den unvollkommenen Remissionen und genau ebenso bei den Defektheilungen unserer Kranken feststellen können“, denn auch bei diesen sähe man als Krankheitsrest bei vorher unauffälligen Personen dasselbe stille, scheue oder störrisch reizbare Wesen, wie es sich in der Vorgeschichte vieler Kranker findet. So kommt er auf Grund psychologischer Ähnlichkeiten sowie des gehäuften Vorkommens abartiger Charakterzüge zu dem Schluß, „daß die dem eigentlichen Ausbruch der Dementia praecox vorhergehenden psychischen Abweichungen zum Teil schon die Wirkung der Krankheitsursache darstellen, auch wenn sie sich bis in die ersten Lebensjahre zurückverfolgen lassen“. Aber auch hier fehlten Gegenproben, wie oft genau dieselben Eigenschaften sich unter den Gliedern gesunder Familien vorfinden, *wenn man diese nur ebenso eingehend untersucht wie die schizophrenen Sippschaften*. Daß die geschilderten Züge an sich überhaupt weit verbreitet sind, ist wohl nicht zu bestreiten. Zwangsläufig kam daher KRAEPELIN zu der Frage, welche Bedeutung dieselben seelischen Verhaltensweisen bei Nichtpsychotischen haben. Man könnte ja etwa denken, daß es sich stets um Zeichen eines schizophrenen Prozesses handelt, nur daß dieser schon im Beginn zum Stillstand kam, „ob jene Eigentümlichkeiten immer in diesem Sinne zu deuten sind und namentlich, ob ihnen immer der Ausbruch der Dementia praecox folgen muß“. Da hiergegen aber die alltägliche Erfahrung spricht und da ja *keineswegs jeder Schizophrene* vor der Erkrankung ausgesprochene charakterliche Auffälligkeiten zeigt (was viel zu wenig berücksichtigt wird), warnte KRAEPELIN vor einer unbilligen Ausdehnung der latenten Schizophrenie mit den Worten: „Da selbst ausgeprägte klinische Zeichen nicht immer mit Sicherheit den Schluß auf das Bestehen des bestimmten Krankheitsvorganges gestatten, werden wir wohl nur ganz ausnahmsweise die persönlichen Eigenschaften kennzeichnend genug finden, um in ihnen die untrüglichen Spuren einer im Entstehen erstickten Dementia praecox zu entdecken.“

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch die Arbeit von RITTERSHAUS (1912) über die Frage der Frühsymptome der Dementia praecox. Endlich sei noch aus dem Jahre 1921 eine, soviel ich sehe, unabhängig von KRETSCHMER vorgenommene Untersuchung von KÜNDEL über die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen angeführt. KÜNDEL berichtet über die Kindheitsartung von 104 Schizophrenen, über welche er genaue Angaben von den Angehörigen erhalten konnte. Sie erstreckten sich bis zum 15. Jahr, wobei noch eine Unterteilung in die Abschnitte bis zum 5., 10. und 15. Jahr vorgenommen wurde. Bei  $\frac{6}{7}$  seiner Patienten fand er, sei es im einzelnen, sei es in irgendwelcher Kombination miteinander, an hervorstechenden Merkmalen autistisches, reizbares, unsoziales und pedantisches Verhalten. Bei 20 Gesunden hingegen war keines dieser Merkmale so ausgesprochen vorhanden, daß eine vorbehaltlose Zuteilung zu einer der 4 erwähnten Gruppen möglich war. Was die Entwicklung innerhalb der 3 Zeiträume anbelangt, so überwog die Stabilität dieser Merkmale. Nur in 6 Fällen fand eine deutliche Änderung des Charakters statt und zwar 5 mal vom Normalen weg zur Krankheit zu, einmal umgekehrt eine Angleichung an unauffälliges Verhalten vor Ausbruch der Psychose.

Faßt man die bisherigen Befunde zusammen, so zeigt sich also, daß die



verschiedenen Autoren vor KRETSCHMER in gewisser Hinsicht denselben empirischen Sachverhalt vorfanden: eine Häufung abartiger Wesenszüge sowohl in der Verwandtschaft wie in der prämorbidem Persönlichkeit. Dabei herrschen in beiden Untersuchungsreihen vor allem die Verschlussenen, Reizbaren, Mißtrauisch-Schwierigen vor. Speziell für die in der Verwandtschaft Schizophrener befindlichen Psychopathen wird außerdem immer wieder zur Kennzeichnung des Gesamteindrucks, den sie erwecken, die psychologisch komplexe Bezeichnung: schrullig, absonderlich, verschroben verwandt. Dieser Gleichsinnigkeit der Befunde steht aber eine widersprechende klinisch-theoretische Deutung gegenüber, außerdem sind eine Reihe von Fragen offen geblieben. Kommen die geschilderten Typen *nur* in schizophren belasteten Sippschaften vor? Zweifellos nicht. Kommen nur *diese* Typen in schizophrenen Sippschaften vor oder auch andere? RÜDIN hat das Letztere bejaht. Wenn also in der Typologie keine eindeutige Zuordnung besteht, findet sich vielleicht nicht doch ein Kern, der unter sich eine gewisse charakterologische Einheitlichkeit aufweist? Die Aufzählung der untereinander ganz verschiedenen auffälligen Wesenszüge spricht zunächst nicht dafür. Aber alle Untersucher erwähnen eine Gemeinsamkeit ganz anderer Art, nämlich *psychologische Berührungspunkte mit der Schizophrenie*. Hier schieden sich aber die Geister schon damals wie auch heute noch. Die einen konstatieren zwischen den psychopathischen Verhaltensweisen und den psychopathologischen Äußerungen der Psychose nur äußerliche Ähnlichkeiten, aber keine wesensmäßigen Gleichheiten, ohne allerdings zu verkennen, daß im Einzelfall gelegentlich die Unterscheidung unmöglich ist. Die anderen, am schärfsten BLEULER, sehen nur graduelle Unterschiede gegenüber der Psychose. So bleibt die Frage nach der Bedeutung der prämorbidem Auffälligkeiten in der Schweben. Haben sie überhaupt mit der späteren Psychose etwas zu tun, sei es auch nur im Sinne einer dispositionellen Anfälligkeit zu dieser, oder nicht? Oder aber sind sie schon allererste Auswirkung der Krankheit?

Hier setzte nun KRETSCHMER ein. Wiederum begann er mit einer empirischen Feststellung der psychischen Auffälligkeiten unter den Verwandten Schizophrener sowie der prämorbidem Persönlichkeitsartung später Erkrankter. Parallel damit gingen entsprechende Untersuchungen im manisch-depressiven Formenkreis. Die so festgestellten Züge setzte er nun zu den psychologischen Grundsymptomen der Schizophrenie im Sinne KRAEPELINS in Beziehung. Dabei blieb er aber nicht etwa bei der Feststellung einer nur äußeren, vergleichweisen Ähnlichkeit hinsichtlich der aufgefundenen seelischen Eigenarten stehen, die sich einerseits bei den Psychopathenformen sowie in der präpsychotischen Phase und andererseits in der Psychose vorfinden. KRETSCHMER ist vielmehr *der Überzeugung*, daß die miteinander verglichenen seelischen Verhaltensweisen wesensmäßig gleich sind, nur in unterschiedlicher Stärke zutage treten. Diese seine Ansicht, die ja auch schon BLEULER geäußert hatte, daß es sich um quantitative, nicht um qualitative Unterschiede handele, läßt sein methodisches Vorgehen verstehen. Er bildet nicht getrennt aus dem Vergleich der Psychopathen einerseits und der prämorbidem Persönlichkeitsartung andererseits mit der Schizophrenie seinen Schizoidbegriff, sondern aus allem zusammen. „Wir können das Präpsychotische, das Psychotische, das Postpsychotische und das Nichtpsychotische, nur Schizoide, nicht psychologisch auseinander reißen. Nur, wenn wir alles ineinander sehen, bekommen wir das richtige Bild.“ Sofern man sich nun allerdings diese Grundhypothese KRETSCHMERS von der quantitativen Unterschiedlichkeit von Psychose und Schizoid nicht zu eigen macht, wird man auch gegen das methodische Vorgehen des Ineinandersehens Bedenken haben (z. B. BERZE, BUMKE, BOSTROEM). *Im folgenden sei kurz der Gang und die Ergebnisse von KRETSCHMERS Untersuchung skizziert:* Er durchmusterte manisch-

depressiv und schizophren belastete Familien auf abartige Persönlichkeiten und fand solche in großer Zahl. Dabei ergaben sich ihm eine große Reihe von immer wiederkehrenden Einzeltypen der beiden Formenkreise. Innerhalb des schizophrenen Formenkreises fand er die Typen der Empfindsamen, Affektlahmen, der feinsinnig kühlen Aristokraten, der pathetischen Idealisten, der kalten Despoten, der jähzornig Stumpfen und der zerfahrenen Bummler. Ihnen gegenüber stehen in den manisch-depressiv belasteten Familien die flott Hypomanischen, Stillvergnügten und Schwermütigen. Unter den schizoiden Typen finden sich aber noch zahlreiche andere Persönlichkeiten, die dem Schizoid subsummiert werden, so z. B. gewisse stille Bücher- und Naturfreunde, Sonderlinge, lahme Einspänner, Musterkinder, Querköpfe, Erfinder und Prophetentypen, kühl berechnende Geschäftsleute, Herrennaturen, Geizhalse, Verschwender, Haltlose, Spieler, Landstreicher, Prostituierte, Betschwestern usw. Man wird bei einzelnen dieser Typen nach der Berechtigung fragen, ob sie denn schon als Psychopathen aufzufassen seien, z. B. die stillen Bücher- und Naturfreunde oder die kühl berechnenden Geschäftsleute. Aber KRETSCHMER vermischt bewußt die Grenze zwischen gesund und krank und legt gerade Wert darauf, in immer weiterer Abschwächung die grobschizoiden Bilder bis weit in das Gebiet der Gesundheitsbreite hinein zu verfolgen, wo sie ihm dann wieder entgegentreten als vornehme Feinsinnige, weltfremde Idealisten, kühle Herrennaturen, Trockene und Lahme usw. Diesen gesunden „Schizothymen“, wie er sie nennt, stehen die Cyclothymen gegenüber, geschwätzig Heitere, ruhige Humoristen, stille Gemütsmenschen, bequeme Genießer und tatkräftige Praktiker.

Die weitere Frage war nun die, ob diese empirisch festgestellten Typen nun auch trotz ihrer Verschiedenartigkeit charakterologische Gemeinsamkeiten untereinander aufweisen, die es erlauben, sie als eine, wie auch immer geartete Einheit aufzufassen, sie auf einen psychologischen Generalnenner zu bringen.

Zur Beantwortung dieser Frage sucht nun KRETSCHMER statistisch bei mehreren 100 Schizophrenen festzustellen, welche einzelnen Charakterzüge in der präpsychotischen Zeit besonders häufig vorkommen. Diese „von der Oberfläche her“ beobachteten Charaktereigenschaften ergeben nach ihrer Häufigkeit 3 Gruppen:

1. ungesellig, still, zurückhaltend, ernsthaft, (humorlos), Sonderling,
2. schüchtern, scheu, feinfühlig, überempfindlich, nervös, aufgereggt, Natur- und Bücherfreund,
3. brav, gleichmäßig, stumpf, dumm, lenksam, gutmütig.

Hiermit sind wir am Ende der wichtigsten *empirischen* Feststellungen KRETSCHMERS. Eine Gegenprobe über die Art und Häufigkeit psychopathischer Persönlichkeiten in nichtschizophrenen Familien fehlt ebenso bei anderen Psychosen, etwa Epileptikern, Paralytikern usw. *Wir kommen nun zu seiner Deutung* der Befunde, der Darstellung des psychologisch-theoretischen Gerüstes, das er dem Schizoid unterlegt. In der Gruppe I sieht er die Äußerungen autistischen Verhaltens, in Gruppe II solche einer Überempfindlichkeit, in Gruppe III eine Unterempfindlichkeit.

Die Eigenschaften der Gruppe I sind die absolut häufigsten. Sie ziehen sich „wie ein roter Faden durch die schizoide Gesamtcharakterologie, sowohl durch Gruppe II wie III hindurch“. Die beiden letzten Gruppen aber kennzeichnen für KRETSCHMER grundsätzlich das Schizoid, dessen Sonderart nicht darin gesehen wird, daß die Schizoiden entweder überempfindlich oder unterempfindlich sind, sondern jeweils beides zugleich. Das *Mischungsverhältnis*, die von Fall zu Fall wechselnde „Proportion“ gibt den „Schlüssel“ zum Verständnis der Schizoiden. Auf dieses Mischverhältnis gleichzeitig vorhandener,

einander entgegengesetzter Verhaltensweisen, was seelische Reagibilität und Affizierbarkeit anbelangt, legt KRETSCHMER größten Wert. Es stellt die psychologische Grundformel dar, „die psychästhetische Proportion“. Die „diathetische Proportion“ der Cycloiden hingegen setzt sich aus Heiter und Traurig zusammen. Bei diesen findet sich der Häufigkeit nach

1. gesellig, gutherzig, freundlich, gemütlich,
2. heiter, humorvoll, lebhaft, hitzig,
3. still, ruhig, schwernehmend, weich.

Also auch die Cycloiden zeigen in ihrem Verhalten Gemeinsamkeiten untereinander, aber andere als die Schizoiden. Der Unterschied beider Gruppen ist aber nicht nur ein *statischer*, sondern auch ein verlaufsmäßiger. Während der Cycloide charakterisiert wird durch ein wellenförmiges Auf und Ab, Hin und Her, zwischen Heiter und Traurig, *verschiebt* sich beim Schizoiden die psychästhetische Proportion im Laufe der Zeit vom hyperästhetischen Pol zum anästhetischen und kehrt nicht mehr zum Ausgang zurück. In milder Form zeigt sich die Verschiebung beim gesunden Schizothymen, wenn die sentimentale Überschwenglichkeit der Pubertätsjahre in die ruhige Solidität übergeht oder in trockener Schwunglosigkeit endet. Derselbe Vorgang kommt, nur deutlicher, beim Schizoiden zum Vorschein, wenn die viel stärkere ursprüngliche Reizsamkeit allmählich einem kühl einspännigen, trocken schweisgamen Verhalten Platz macht. Schließlich wird aber in stärkster Ausprägung diese Verschiebung von KRETSCHMER in der Psychose wieder gesehen, wo im Beginn der Erkrankung häufig extremste Reagibilität auf alle Reize besteht, um schließlich einem verdampfenden Hindämmern zu weichen.

Mit der Verschiebung Hand in Hand ändert sich die affektive Resonanz für persönlichkeitsfremde und persönlichkeits-eigene Werte. Herrscht noch die Überempfindlichkeit, so wird sowohl allopsychisch wie autopsychisch reagiert. Mit zunehmender Erkältung erlischt zunächst das Echo für persönlichkeitsfremde Werte, schließlich, ganz in der hypästhetischen Zone angekommen, werden auch die persönlichkeits-eigenen Werte belanglos und es kommt zum dritten Stadium: der schweren affektiven Verblödung. Je nach dem Mischverhältnis wechselt auch die soziale Verbundenheit mit der Umwelt. Der *Autismus* als schizoide Temperaments-symptom kann bald Schutzreaktion des Hyperästhetischen auf die unangenehm stark einwirkenden Umweltsreize sein und so zu ganz bestimmten Haltungen den Anforderungen des Lebens gegenüber, vor allem was die Gemeinschaftsbeziehungen anbelangt, führen. KRETSCHMER führt als Beispiel die kühl aristokratisch distanziierte Haltung an oder das weltfremde Sich-einspinnen. Es lassen sich alle möglichen Übergänge konstruieren; am anderen Ende steht der Autismus als einfaches Defektsymptom im Sinne des Mangels affektiver Resonanz schlechthin, so beim schroffen, brutalen Egoisten.

Neben diesem wichtigsten Kontrastpaar von Reizung und Lähmung bezüglich der Überempfindlichkeit und Unterempfindlichkeit schält KRETSCHMER dann ein gleiches Verhalten von seiten der Psychomotilität heraus. Diese spannt sich aus zwischen den Polen der Überenergie und der Indolenz und hat ihren Ausdruck in charakteristischen Willensvorgängen Schizoide. Auch die Psychomotilität wird durch krank, schizoid und normalschizothym hindurch verfolgt. Während beim Schizophrenen sich in grösster Form die Willensstörungen auf der Strecke von Reiz zur Reaktion in den pathologischen Störungen der Sperrung und sonstigen katatonen Mechanismen darstellen, werden die entsprechenden Besonderheiten beim Schizoiden wiedergefunden in Gestalt von lahmem, gesperrtem, steifem Verhalten. KRETSCHMER selbst weist darauf hin, daß es nur unter stärkster Abstraktion möglich ist, die Psychomotilität gesondert in dieser Weise herauszuheben, im innerseelischen Zusammenhang wirke die

jeweilige psychästhetische Gesamtproportion mit. Aus dieser Proportionsmischung wird dann die Affektlahmheit und Schüchternheit, die Hastigkeit, Fahrigkeit, Zappeligkeit, das Stilisierte und Verhaltene in Gebärden und Ausdruck abgeleitet.

Dazu kommt schließlich noch als drittes Kriterium die Art und Weise des *psychischen Tempos*, welches alle Tönungen zwischen den Extremen: zäh einerseits und sprunghaft andererseits zeigen kann. In der Psychose zeigen sich Anomalien des psychischen Tempos bei den katatonen Bildern, im Wechsel zwischen Sichselbstverkrampfen und jähen, unberechenbaren Affektentladungen. Auf Anomalien des psychischen Tempos bei den Schizoiden werden Komplexreaktionen bezogen, sei es, daß summierte Alltagsreize oder aber gröbere Erlebnisse zu unerwarteten und inadäquaten Entladungen führen. Im Bereich der gesunden Schizothymen werden den Polen zäh und sprunghaft einerseits die Eigenschaften energisch, eigensinnig, störrisch, pedantisch, andererseits haltlos, träumerisch, sprunghaft, fahrig unberechenbar zugeordnet. Die alternative Einstellung der Affektivität wird in enge Beziehungen zur Ambivalenz in der Psychose gebracht.

Nur kurz wird die Frage berührt, ob nicht auch gewisse *Denkeigentümlichkeiten* Schizoider mit der Besonderheit des psychischen Tempos in Zusammenhang stehen, wobei sich Beziehungen ergäben zur Zähigkeit für die Produkte Katonischer, die sich durch ermüdende Aufzählung, durch unaufhörliches Nummerieren und Schematisieren und durch Neigung zu systematisierender zäher Wahnbildung auszeichnen, auch von hier aus wiederum in allen Übergängen und Abschwächungen in den Bereich des Normalen verfolgbar. Nach der Seite der Sprunghaftigkeit hingegen wäre zu denken an das unstete, abspringende, aphoristische Denken, das wiederum vom Kranken über den Schizoiden zum Schizothymen in allen nur möglichen Varianten zu verfolgen ist.

So stellt sich in kurzer Skizzierung die in die Typen hineingebaute und die Vielzahl der Typen umfassende psychologische Theorie dar, eine Theorie, welche es erlaubt, eine Unzahl von Verhaltensweisen auf das Mischungsverhältnis einiger weniger Kontrastpaare abzuführen, Kontrastpaare allerdings, die an sich schon sehr weit gefaßt sind. Eine unvollständige Aufzählung der von KRETSCHMER auf solche komplexen schizoiden Reaktionsformen bezogenen Verhaltensweisen ergibt: ängstlich, scheu, schüchtern, ironisch, mürrisch, verbohrt, stumpf, schneidend, brutal, menschenfeindlich, gutmütig (aus Scheu, im Gegensatz zu Gutmütigkeit des Cyclothymen), brav, eigensinnig, verstockt, überspannt, geschraubt, eklektisch-gesellig, bigott, pharisäisch, frömmelnd, kühl, gewandt, berechnend, lahm, spontanlos, nervös, reizbar, pathetisch, schwärmerisch, humorlos, ernsthaft, mißmutig, übellaunig, verstimmt, phlegmatisch (unerschütterlich zufriedene autistische Seelenruhe), hastig, fahrig, schroff, sprunghaft, rasch, zäh. Dabei darf nicht vergessen werden, daß die schizoiden Typen ihre besondere Anschaulichkeit und Lebendigkeit durch die immer wieder eingestreeute Kontrastierung mit den cycloiden Zügen erhalten.

Da es uns vor allem darauf ankam, das theoretisch Konstruktive der KRETSCHMERSchen Konzeption herauszuheben, mußte notwendigerweise die Darstellung eine gewisse Starrheit erhalten. KRETSCHMER selbst betont aber immer wieder, damit praktisch die Gegensätzlichkeit schizoidecycloid aufhebend, daß sich beide Temperamente, in denen er zwei weitverbreitete Konstitutions-typen psychologisch-charakterologisch faßbarer Art sieht, in Wirklichkeit sehr oft, wenn nicht fast immer, vermengen, „legieren“. Diese Annahme der Legierung erlaubt ihm denn dann auch, die Mischformen, die sowohl cycloide, wie schizoide Eigenschaften haben, und die in keinem der beiden Temperamente recht aufgehen, in sein System einzuordnen. Folgende Tabelle KRETSCHMERS bringt noch einmal die Grundlage seiner Lehre übersichtlich zum Ausdruck:

	Cyclothymiker	Schizothymiker
Psychästhesie und Stimmung	<i>Diathetische Proportion</i> zwischen gehoben (heiter) und depressiv (traurig)	<i>Psychästhetische Proportion</i> zwischen hyperästhetisch (empfindlich) und anästhetisch (kühl)
Psychisches Tempo	<i>Schwingende Temperamentskurve</i> zwischen beweglich und behäbig	<i>Springende Temperamentskurve</i> zwischen sprunghaft und zäh <i>alternative Denk- und Fühlweise</i>
Psychomotilität	reizadäquat, rund, natürlich, weich	öfters reizinadäquat, verhalten, lahm, gesperrt, steif usw.

Bemerkenswert an diesem Schema ist die Zusammenfassung der Kontrastpaare unter dem Oberbegriff des *Temperaments*. Hierin ist für KRETSCHMER ein Zweifaches enthalten: Einerseits Psychologisch-charakterologisches, andererseits eine *biologische* Theorie, welche versucht, die schizoiden und cycloiden Reaktionsformen auf blutchemische humorale Besonderheiten zurückzuführen. KRETSCHMER selbst sagt, daß der Ausdruck Temperament noch keinen geschlossenen Begriff darstelle, sondern ein heuristisches Kennwort, „das aber der Richtungspunkt für eine wichtige Hauptdifferenzierung der biologischen Psychologie werden soll“. Er unterscheidet biologisch wie psychologisch „2 ineinander greifende Hauptwirkungskreise“, einmal die *seelischen Apparate*, „die bildliche und vorstellungsmäßige Verarbeitung seelischer Reize vom Sinneseindruck bis zum motorischen Impuls vermitteln“; deren körperliches Korrelat ist der *Sinnes-Gehirn-Motilitätsapparat*. Der andere Hauptwirkungskreis umfaßt die *Temperamente*, worunter jener Bereich des Psychischen zu verstehen ist, der „Gefühlstöne gebend, hemmend und antreibend in das Triebwerk der seelischen Apparate eingreift“. Auch er hat ein körperliches Korrelat: den *Gehirndrüsenapparat*. Der Begriff des Drüsenapparates wird dabei über die endokrinen Drüsen hinaus auf die großen Eingeweidedrüsen, schließlich auf jedes Körpergewebe ausgedehnt, das irgendwie „am gesamten Blutchemismus“ beteiligt ist. Nur sehr vorsichtig wird dem endokrinen System im engeren Sinne eine Wirkung „vorwiegend auf der psychästhetischen Skala“ zugesprochen. Die spezielle humorale Ätiologie des diathetischen Temperaments ist noch vager, es wird an gewisse Beziehungen, vorwiegend zu den großen Eingeweidedrüsen, gedacht. An der Gestaltung dieser biologischen Unterbauung der Temperamentslehre hat die ganze Körperbaufrage wesentlichen Anteil. „Die Temperamente sind derjenige Teil des Psychischen, der wahrscheinlich auf humoralem Wege mit dem Körperbau in Korrelation steht.“

Hier sei schließlich noch der neueren Experimentaluntersuchungen (MUNZ, KIEBLER, ENKE, SCHOLL, VAN DER HORST) im Sinne einer experimentellen Typenpsychologie zu gedenken, deren vorläufige Ergebnisse KRETSCHMER in der eben erschienenen neuesten Auflage seines Buches folgendermaßen zusammenfaßt:

1. Eine rein mathematische Darstellung der körperlich-seelischen Korrelationen (Körperbauindex : Experimentenzahl) hat sich unter geeigneten Voraussetzungen als technisch wohl möglich erwiesen.

2. In den seitherigen Experimenten verhalten sich Körperbau, Persönlichkeit und Psychose grundsätzlich gleichsinnig in der Weise, daß Pykniker, Cyclothymiker und Zirkuläre auf der einen, Leptosomen, Schizothymiker und Schizophrene auf der anderen Seite meist in derselben Richtung reagieren.

3. Die Leptosomen erscheinen als führender Typus der schizothymen Gruppe. Die Athletiker zeigen meist eine den Leptosomen nahestehende, im Vergleich mit ihnen etwas abgeschwächte psychische Reaktionsweise. Die dysplastischen Gruppen zeigen wie im körperlichen, so auch im experimental-psychologischen Verhalten erhebliche Streuungen.

4. Typenunterschiede ergeben sich auf sinnes- und denkpsychologischem Gebiet hauptsächlich in Hinsicht a) des Farb-Formsinnes, b) der Spaltungspänomene, c) der Perseverationspänomene, d) gewisser sonstiger Unterschiede in Assoziation und Auffassung.

5. Die Farbpmpfindlichkeit ist experimentell bei den Pyknikern, die Formempfindlichkeit bei den Leptosomen größer.

6. Die Spaltungsfähigkeit ist durchweg bei den Leptosomen größer als bei den Pyknikern.

7. Die Leptosomen neigen mehr zur Perseveration als die Pykniker.

8. Die Leptosomen zeigen öfters mittelbare und sprunghafte Assoziationen; die Pykniker mehr gefühlsmäßige, die Leptosomen mehr „trockene“ Assoziationen; die Pykniker gehen mehr in Detailbeschreibungen; die Leptosomen geben mehr subjektivierende (Zahl der Bewegungsantworten), die Pykniker mehr objektivierend gegenständliche Beschreibungen.

9. Im Experiment wie im Leben erscheinen danach die Leptosomen in ihrer geistigen Veranlagung mehr intensiv, abstraktiv, analytisch, zäh beharrend mit einzelnen barocken Gedankensprüngen, subjektivierend, gefühlsverhalten; die Pykniker dagegen mehr extensiv, gegenständlich, synthetisch, leicht ansprechbar und umstellbar, objektivierend, naiv gefühlsmäßig.

10. Es ergeben sich zahlreiche Parallelen zur BLEULERSchen Schizophrenielehre und zur Klinik der Manien.

11. Autismus und Realismus lassen sich auf bestimmte, auch experimentelle Elementarfaktoren zurückführen.

So schuf KRETSCHMER ein geschlossenes Gebäude, das weit über die Psychopathologie und Konstitutionspathologie hinausreichend, schließlich in einer Konstitutionslehre endete, die den Gesunden schlechthin nach bisher nicht gewohnten Gesichtspunkten zu erfassen suchte. Die Resonanz auf diese Schöpfung war denn auch ungewöhnlich stark. Durch die direkte psychologische Abteilung von den zwei großen Psychosekreisen erhielten seine Charaktertypen eine besondere naturwissenschaftliche Unterlegung, die durch die gleichfalls postulierte Korrelation zu bestimmten Körperbautypen noch verstärkt wurde. So wurden aus empirisch erschauten Persönlichkeitsbildern schließlich zwei große Konstitutionstypen „biologisch“ fundierter Art, wobei ein Richtigkeitsbeweis dieser Hypothese als Schlußstein des ganzen Gebäudes bald nach Erscheinen des Buches HOFFMANNs und KAHNs erbbiologische Untersuchungen über die Beziehungen des Schizoids zur Schizophrenie zu erbringen schienen.

Prinzipiell wichtig zum Verständnis des Weges, auf dem KRETSCHMER zu seiner Konzeption kam — darauf sei noch einmal hingewiesen — ist eben, daß er von der Psychose ausging, von ihr das Schizoid und weiterhin, in verdünnter Form, die Schizothymie ableitete und so schließlich zur Aufstellung normaler Temperamentstypen kam. Von diesen aus nun wiederum gesehen, sind „die Psychosen nichts anderes als pointierte Zuspitzungen normaler Temperamentstypen“ oder „nur noch vereinzelte Knotenpunkte, eingestreut in ein vielverzweigtes Netz normaler, körperlich-charakterologischer Konstitutionsbeziehungen“. An anderer Stelle<sup>1</sup> betont er ausdrücklich: „Sowohl die prozeßhaften Dauerverschiebungen der Persönlichkeit aber, wie die circulären Phasen lassen sich nur graduell, aber nicht grundsätzlich von der Lebensentwicklung des Normalen abtrennen.“ GAUPP faßt die Quintessenz der Theorie KRETSCHMERS knapp in die Worte zusammen: „Der schizophrene Kranke hat im „Schizoiden“ seine Abortivform und im „schizothymen“ Gesunden sein charakterologisches Rudiment oder vielmehr seinen weiten biologischen Rahmen“.

Welche Resonanz fand nun KRETSCHMERS Theorie innerhalb der Psychiatrie? Wir gehen zunächst nur auf die *empirischen Befunde der Nachuntersucher* ein, um nach deren Mitteilung dann auf die mehr theoretischen Erwägungen, die unterschiedlichen Einwände gegen das theoretische Gerüst, die von verschiedenen Seiten erhoben wurden, zu kommen. Da die Körperbaufrage von BÜRGER besonders behandelt wird, sind also da diejenigen Arbeiten heranzuziehen, die speziell die Persönlichkeitsartung in Schizophreniefamilien zum Gegenstand der Untersuchung haben. Über die Häufigkeit, mit welcher irgendwie abartige, im weitesten Sinne psychopathische Persönlichkeiten in der Verwandtschaft

<sup>1</sup> Klinische Wochenschrift.

Schizophrener auftreten, unterrichtet schon der erbbiologische Teil dieses Buches. Hier seien vor allem diejenigen Autoren angeführt, welche sich mit den verschiedenen und besonderen Formen abartiger Wesenszüge beschäftigten. Wir beginnen dabei zunächst mit den in der *Verwandtschaft* aufgefundenen Formen, um dann auf die Frage der Persönlichkeit vor Ausbruch der Erkrankung einzugehen. Die erste eingehende Arbeit stammt von HOFFMANN, der seine Befunde bei einer Untersuchung der Familienangehörigen Schizophrener hinsichtlich der abwegigen Persönlichkeiten folgendermaßen gruppiert:

„1. Eigensinnige Querköpfe, bornierte, unbelehrbare, diskussionsunfähige Menschen, zum Teil mit Neigung zu paranoischer Einstellung. — Mir fiel auf, daß manche sich später normal entwickelnde Kinder in ihren jungen Jahren bis zur Pubertät als widerspenstig, eigensinnig, boshaft und unerziehbar geschildert wurden. Vielleicht besteht hier ein gewisser Zusammenhang zwischen der vorübergehenden Anomalie in der Kindheit und der in anderen Fällen dauernd vorhandenen Abart des Temperamentes.

2. Bösertige, boshafte, bissige, kaltherzige, despotische Naturen, die mit Vorliebe ihren Mitmenschen das Leben zur Hölle machen.

3. Verschlossene, ruhige, zurückgezogene Menschen, still für sich dahinlebende Sonderlinge mit bigott-frömmelndem Wesen oder sonstigen exaltierten Verschrobenheiten.

4. Typen mit auffallender, fast erschreckender Gemütsruhe, oft mit erheblichem Mangel an Spontaneität und Initiative.

5. Musterkinder, die auch in ihrem späteren Leben einen Zug pedantischer Gewissenhaftigkeit und Musterhaftigkeit beibehalten; meist nüchterne, trockene, schematisierende Verstandesmenschen.

6. Wirklichkeitsfremde Träumer, die sich gerne in sich selbst zurückziehen und häufig in einer mystischen Phantasiewelt leben.

7. Haltlose leichtsinnige Verschwender, die es im Leben zu nichts bringen und allmählich auf der sozialen Stufenleiter langsam herabsinken, ohne daß man sie als Dementia praecox auffassen müßte.

8. Typische Degenerierte teils mit, teils ohne hysterischen Einschlag.“

KAHN ordnete die von ihm in schizophrener Sippschaften vorgefundenen auffälligen Persönlichkeiten nach folgender Stufenleiter:

1. Gemütsstumpfe.
2. Gemütskalte, Gemütslose, ethisch Defekte.
3. Menschenscheue, Zurückgezogene, Verschlossene.
4. Eigenartige, Verschrobene.
5. Hypochondrisch Nervöse.
6. Sensitive.
7. Paranoide.
8. Reizbare.

A. SCHNEIDER untersuchte die Psychopathen in Dementia praecox-Familien in Aszendenz und Deszendenz (201 Familienangehörige). Er gruppierte sie in solche, die Übereinstimmung mit den von ihm gleichfalls untersuchten präpsychotischen Persönlichkeiten aufweisen, und andersartige Psychopathen, bei welchen er das Vorliegen einer psychopathologischen Verwandtschaft mit den Defektpsychosen ablehnt. In die erste Gruppe, 21,8%, fallen:

1. Sonderlinge, stille, für sich lebende Naturen, reserviert im Verhalten, dabei oft übermäßig empfindlich, leicht verstimmt und nachtragend, sowie mißtrauisch, oft jähzornig, ferner gewissenhaft, pedantisch, zu verschwommenen mystisch-religiösen Gedankengängen neigend, nicht ohne Phantasie. Bei aller äußeren Verschiedenheit sei ihnen die Ungeselligkeit im Sinne des BLEULERSchen Autismus, das „In-sich-hineinleben“, gemeinsam.

2. Gemütskalte, rücksichtslose, ehrgeizige, nüchterne Streber von übertriebener Genauigkeit, Pünktlichkeit und starrsinniger Gerechtigkeit.

3. Unstete, haltlose, gemütsstumpfe Persönlichkeiten, reizbar und empfindlich bei der Irritation ihrer egozentrischen Einstellung, die in Beziehung zu den von MEGGENDORFER als Sondergruppe seiner moral insanity-Fälle herausgehobenen *Parathymen* stehen.

4. Jähzornige, Stumpfe, Brutale (z. T. Landstreicher- und Verbrechertypen).

5. Unklare, gekennzeichnet durch widerspruchsvolles, planlos wechselndes Verhalten, verschroben und absonderlich in ihren Gedankengängen.

6. Paranoid Verbohrte (gewisse Erfinder- und Querulantentypen).

Unter die zweite Gruppe, 22,3%, rechnet er:

1. Menschen, die auf affektive Erlebnisse mit starken Gemütschwankungen, mit hysterischer Reaktion antworten, dabei aber gesellig, oft auch gutmütig und im Leben tüchtig sind, „Hysterische schlechthin“,

2. hypomanische und depressive (cycloide) Menschen,

3. sichtige, haltlose, reizbar impulsive (epileptoide) Psychopathen,

4. Schwachsinnige verschiedener Grade.

55,9% waren Gesunde.

Schließlich sei noch die Untersuchung von HUTTER angeführt, der auf Anregung BOUMANNs das konstitutionelle Familienbild Schizophrener zu klären versuchte. Dieser fand speziell bei den Eltern Schizophrener die Eigenschaften still und zurückgezogen in 22%. 50% waren unausgeglichen-empfindlich, wobei sich zwischen beiden Gruppen eine starke Häufigkeitsbeziehung fand.  $\frac{3}{4}$  der still Zurückgezogenen zeigten zugleich Überempfindlichkeitsreaktionen. Unter den Geschwistern der Kranken fanden sich diese Züge in rund 15%. HUTTER nimmt an, daß dies die Durchschnittsverbreitung derartiger Wesenszüge in der Bevölkerung erheblich übertreffe. Nach den Untersuchungen von HEYMANN und WIERSMA sollen sich in der Bevölkerung nur 4,2% Autisten befinden. Diese Aufzählungen mögen genügen. Seit durch KRETSCHMER die Aufmerksamkeit mehr als dies je früher der Fall war, auf die abartigen Persönlichkeiten in schizophrenen Sippschaften gelenkt wurde, so daß man sich der genaueren genealogisch-charakterologischen Erforschung derartiger Familien zuwandte, wurden psychopathische Auffälligkeiten in weitestem Sinne allenthalben reichlich beobachtet.

Als Beispiel einer besonders eingehenden und vorsichtigen Untersuchung dieser Art sei auf die Arbeit von J. LANGE „Genealogische Untersuchungen an einer Bauernsippschaft“ hingewiesen. Bei aller Kritik und der Schwierigkeit zuverlässiger Materialbeschaffung wohlbewußt heben sich ihm doch innerhalb der mehr als 1000 Köpfe umfassenden bodenständigen, mit zahlreichen Schizophrenen durchsetzten Sippschaft folgende immer wiederkehrende Gruppen heraus:

1. Reizbare, Unverträgliche, Querköpfe und Unbelehrbare, die zum Teil ein paranoid anmutendes Selbstbewußtsein zur Schau tragen. J. LANGE nimmt an, daß es sich hier um eine familiäre Anlage handelt, von der nicht mit Bestimmtheit zu sagen ist, ob sie mit der Schizophrenie etwas zu tun hat.

2. Solche, die nicht da sind, die abwesend scheinen, sich erst lange besinnen und einstellen müssen, bis sie antworten, die ein verschlossenes Wesen zur Schau tragen; daneben zeigen sie unterschiedliche psychopathische Züge: Geiz, Mißtrauen, Eigenwillen, Erregbarkeit, Alkoholintoleranz und gesteigerte sexuelle Erregbarkeit. Bei dieser Gruppe wird an engere Beziehung zur Schizophrenie gedacht, zumal in einzelnen Fällen schwer zu sagen ist, wo die Psychose anfängt und wo die Psychopathie aufhört.



3. Erregbare, brutale, rohe Trinker, über deren Beziehung zur Schizophrenie nichts Sicheres zu sagen ist.

Dasselbe ist bei der 4. Gruppe von geistigen Schwächezuständen, die sich in verhältnismäßig großem Ausmaß fanden, der Fall.

Parallel mit diesen Untersuchungen gingen dann solche über die Persönlichkeit der Kranken vor Ausbruch der Psychose. HOFFMANN fand z. B. unter 61 selbst beobachteten Schizophrenen in 55,7% schizoide, in 19,6% cyclothyme, in 24,6% Mischtypen. Unter den Schizoiden sind verschiedenerlei Formen auffallender Charakterartung vereint, nämlich folgende:

- 2 feinfühlig, empfindsam, zart, sensitiv, übelnehmerisch, still verschlossen;
- 3 nervös-empfindsam, reizbar, rechthaberisch, eigensinnig (negativistisch) und paranoid;
- 5 roh, böseartig, herzlos, scharf, empfindlich und paranoid;
- 2 degenerativ, gemütsstumpf, leichtsinnig, kokett;
- 4 allzu brav und anständig, ruhig, affektlahm, „musterhaft“ (Stubenhocker);
- 4 zaghaft, ängstlich, scheu, verschlossen, immer für sich;
- 4 auffallend ruhig, verschlossen, eigen. allzu fromm,
- 2 zartfühlend, sensibel, hyperästhetisch, autistisch,
- 5 bockig, eigensinnig (zum Teil zänkisch, mürrisch oder allzu schwierig, verschlossen charakterisiert);
- 3 reizbar, empfindlich, ablehnend, paranoid.

Die Untersuchungen A. SCHNEIDERS über die Artung der präpsychotischen Persönlichkeiten gehen auf die Frage der Häufigkeit, in welcher sich psychische Abwegigkeiten vorfinden, nicht ein. Im übrigen fand er speziell bei Katatonen das Vorherrschen von ungeselligen, oft feindlich mißtrauisch sich abschließenden Menschen, meist verknüpft mit ausdauernder, nachhaltiger Arbeitsamkeit. Er nimmt zwischen diesen Zügen der Ungeselligkeit und dem stuporös negativistischen Verhalten in der Psychose enge Beziehungen an. Eine andere Gruppe, die einen Mangel an feinerer gemüthlichen Regung erkennen läßt, Mangel an Mitleid, Mitgefühl und Güte, statt dessen Gleichgültigkeit, Lieblosigkeit und gemüthliche Stumpfheit zeigt, verbunden mit Mangel an Kraft und Stetigkeit des Willens, findet er besonders in der Vorgeschichte Hebephrener. Auch hier wird eine Beziehung zur späteren Psychose angenommen, er benennt diese Typen die Heboiden oder, nicht sehr glücklich, Gemütsfalschen. Eine 3. Gruppe zeichnete sich ihm durch Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Sprunghaftigkeit, Unverträglichkeit und Wechsel in den Entschlüssen und Anschauungen aus, wobei nicht selten hysterische Reaktionen vorhanden waren. Diese Gruppe wird mit dem Kennwort „Unklare“ versehen oder, infolge ihrer symptomatischen Verwandtschaft „zu den unsinnigen sprunghaften Handlungen und zu der formalen und inhaltlichen Verworrenheit der Schizophrenie im engeren Sinne“ (KLEIST), als schizoide Persönlichkeiten im engeren Sinne.

HUTTER fand bei über der Hälfte seiner 67 Schizophrenen still-zurückgezogenes Verhalten, meist mit Zügen der Hyperästhesie im Sinne KRETSCHMERS verbunden. Alle anderen auffälligen Wesenszüge folgten erst in weitem Abstand. Genauer geht LANGE auf die vorpsychotische Wesensart ein. Bei einem Vergleich mit der Persönlichkeitsartung Manisch-depressiver findet er ein Überwiegen erhöhter auffälliger Reizbarkeit bei den später schizophren Erkrankten um ein Drittel. Einfach leicht Erregte, Hastige, Hitzige und Hochfahrende sind in beiden Gruppen etwa gleich häufig. Dagegen finden sich die In-sich-gekehrten, Scheuen und Unnahbaren, die Zurückgezogenen und Zurückhaltenden, Verschlossenen und Abgeschlossenen unter den später schizophren Erkrankten 3 mal so oft wie unter den Manisch-depressiven. Besonders werden die Katatoniker als

vorpsychotisch auffallend ernst und ungesellig bezeichnet. Die Phlegmatischen und Langweiligen gehören fast ganz zur schizophrenen Gruppe, auch die auffallend Verträglichen, Folgsamen, Sanften, Musterhaften, Gesitteten fanden sich unter den Schizophrenen häufiger; erheblich mehr als unter den Manisch-depressiven waren schließlich noch die Eigensinnigen, Mißtrauischen, Neidischen, Unverträglichen, Rechthaberischen, die Unfolgsamen, Boshaften, Widerspenstigen, Gehässigen vertreten. Zusammenfassend scheinen ihm rein-empirisch die Schizophrenen schon präpsychotisch auffallend oft mißwachsene, unharmonische und ungleichmäßige Menschen, die keine natürliche Affektivität und kein richtiges Maß von Anpassungsfähigkeit haben gegenüber den Erfordernissen des Zusammenlebens. Immer wieder tritt bei ihnen ein autistischer Zug hervor.

Während so ein Teil der Untersuchung sich nur auf die Feststellung der ursprünglichen Persönlichkeit Schizophrener beschränkte, ein anderer zum Vergleich speziell die präpsychotische Artung Manisch-depressiver heranzog, erweiterte GRUHLE den Untersuchungsrahmen, indem er die ursprüngliche Persönlichkeit *sämtlicher Kranken* (408), die innerhalb einer gewissen Zeit in der Heidelberger Klinik zur Aufnahme kamen, zum Gegenstand einer Untersuchung machte. Um nicht dem in der synthetischen Persönlichkeitsschau, im Herausstellen von *Typen* liegenden Anreiz zur Voreingenommenheit zu unterliegen, wählte er eine von der üblichen charakterologischen Typenbestimmung abweichende Methode. Er ging aus von einem Schema, auf welchem 20 Eigenschaftspaare gegensätzlich vermerkt waren. Nach genauer Kenntnis des Kranken und seiner Vorgeschichte hatte dann der Untersucher die Aufgabe, sich hinsichtlich der einzelnen vermerkten Eigenschaften, die auf dem Schema verzeichnet waren, zu entscheiden, sei es, daß sie bejaht oder verneint wurden oder daß die Frage offen blieb. Dies so gesammelte Material wurde nun daraufhin gesichtet, ob sich die Einzeleigenschaften in den verschiedenen Krankheitsgruppen unterschiedlich vorfanden. Dabei verglich er folgende Gruppen untereinander:

1. Das Gesamt von 408 Fälle.
2. 139 Schizophrene.
3. 247 Nichtschizophrene.
4. 110 Psychopathische und Trinker.
5. 79 Paralysen und andere organische Krankheiten und überhaupt nicht Geisteskranke.
6. 31 Manisch-depressive.

Bei diesem Vorgehen traten folgende Eigenschaften bei über 50% auf: lenksam, zutraulich bescheiden, zufrieden, sparsam, gesellig, gutherzig, fleißig, heiter, lebhaft, selbstbewußt, praktisch, reizbar, wie die anderen, rasch. Unter Psychopathischen und Trinkern hingegen zeigte sich Launenhaftigkeit besonders häufig, 59,1%, und unter den Schizophrenen die Eigenschaften: schüchtern 50,5%, einsam 50,5% und schwernehmend 56,9%. Weiterhin stellte GRUHLE nun bewußt einige intuitiv einleuchtende, verständliche Persönlichkeitstypen zusammen und fragte sich, ob diese in einer der Gruppen besonders häufig vorkommen. Er wählte dazu die Charaktertypen:

1. Einsam, launenhaft, reizbar, absonderlich,
2. dickköpfig, abgeschlossen, unzufrieden, böseartig,
3. lebhaft, frech, leichtsinnig, verschwenderisch,
4. lenksam, schüchtern, einsam, trübselig,
5. lenksam, bescheiden, gesellig, heiter.

Das Hauptergebnis geht aus folgender Tabelle hervor, in welcher die Zahlen, die bei gleichmäßiger Verteilung zu erwarten waren (e), neben den tatsächlichen Befund (t) gestellt wurden:

	Schizophrenie	Psychopathie	Organisch- und nicht Geisteskranke	Manisch- depr. I
I. Einsam, launenhaft usw. . . .	e 31 t 38	e 20 t 26	e 18 t 10	e 7 t 5
II. Dickköpfig, abgeschlossen usw.	e 15 t 15	e 10 t 16	e 9 t 3	e 3 t 1
III. Lebhaft, frech, leichtsinnig usw.	e 19 t 6	e 12 t 22	e 11 t 10	e 4 t 2
IV. Lenksam, schüchtern, trüb- selig . . . . .	e 23 t 36	e 14 t 3	e 13 t 9	e 5 t 8
V. Lenksam, bescheiden, heiter	e 68 t 58	e 43 t 42	e 39 t 51	e 15 t 19

Die 2 umweltfeindlichen Charaktertypen I und IV beteiligen sich also bei den Schizophrenen beträchtlich mehr, als man bei gesetzmäßiger Verteilung erwarten dürfte. Immerhin ist ihr prozentualer Anteil an der Charakterschichtung der Schizophrenen nicht übermäßig groß, und außerdem finden sich I und II auch bei den Psychopathen über der Erwartung, die Gruppe IV ebenso bei den Manisch-depressiven.

Der holländische Forscher STUHRMANN unterzog ebenfalls den präpsychotischen Charakter bei verschiedenartigen Geisteskranken, und zwar beim manisch-depressiven Irreseins, Paranoia (worunter paranoide Reaktion und Konstitution verstanden wird), Hysterie, Psychasthenie und Schizophrenie einer eingehenden Untersuchung. Die Schizophrenie führte er getrennt nach ihren klinischen Formen an (Hebephrenie, paranoide Schizophrenie, ungünstig verlaufende Katatonie, geheilte Fälle von Katatonie und Amentie). Dabei fand er weitgehende Ähnlichkeit zwischen der präpsychotischen Charakteranlage der Hebephrenie und der Psychasthenie. Ferner stimmten die prämorbid Charakterzüge paranoider Schizophrener weitgehend mit den paranoischen Psychopathen überein. Bei den ungünstig verlaufenden Katatonien wiederum, sowie auch bei denen, die in Heilung ausgingen, traten solche Charakterzüge in der Vorgeschichte in den Vordergrund, wie sie bei den Manisch-depressiven und Hysterischen (welch beide Formen in STUHRMANN'S Material wiederum unter sich große Ähnlichkeit aufweisen) festzustellen waren.

Von einer weiteren Aufzählung entsprechender Untersuchungen kann Abstand genommen werden. Sie bestätigen immer wieder, daß sich auffällige Wesenszüge in der Verwandtschaft wie in der ursprünglichen Persönlichkeit Schizophrener vorfinden. Unterschiede finden sich zwar hinsichtlich der Häufigkeit, doch ist dies bei der Verschiedenheit der Methodik und der Einstellung der Untersucher nicht weiter verwunderlich. Allgemein kann jedenfalls gesagt werden, daß sie nicht selten vorzufinden sind. Unterschiede sind auch hinsichtlich der Zahl und der Art der einzelnen Wesenszüge und Typen vorhanden, von welchen berichtet wird. Ziemlich übereinstimmend dominiert aber doch immer wieder das Merkmal des umweltsfeindlichen, sich abschließenden autistischen Verhaltens. Im wesentlichen werden somit die Erfahrungen von BERZE, KRAEPELIN bis KRETSCHMER bestätigt.

Die Schwierigkeiten beginnen erst bei der *Deutung* der Befunde. Handelt es sich überhaupt um etwas, das mit der Schizophrenie irgendwie in Zusammenhang steht oder nicht? Weiterhin, vorausgesetzt, daß dem so sei, trifft dies auf alle die verschiedenen Merkmale resp. Psychopathentypen, die aufgezählt wurden, zu oder nur auf einzelne? Endlich gibt es eine Unterscheidung zwischen schizoid und gesund einerseits, schizoid und krank andererseits, oder haben wir nur eine Reihe fließender Grenzen vor uns, also lediglich gradmäßige Unterschiede einer bestimmten sich in der Charakterart zeigenden Konstitution, so daß auch der psychotische Gipfelpunkt, die Schizophrenie, charakterogen erklärbar und ableitbar wäre?

KRETSCHMER führt ja als Stütze seiner Theorie drei Argumente an: 1. die genealogischen Beziehungen, 2. die Häufigkeitsbeziehungen zu bestimmten Körperbauformen, 3. vor allem aber *die psychologischen Beziehungen zur Schizophrenie*. Nur mit diesem letzteren haben wir uns hier zu beschäftigen. Dabei kommen wir zugleich zum hauptsächlichsten Einwand, der sich gegen diesen Eckpfeiler seiner Theorie richtet: Ist es berechtigt, das Schizoid aus der Psychose abzuleiten und so das Präpsychotische, das Schizoide, das Postpsychotische und Psychotische ineinander zu sehen? Hiergegen hat wohl als erster EWALD Front gemacht. Er bezweifelt nicht, daß der präpsychotische Charakter für die später sich entwickelnde Psychose von Bedeutung ist, daß dieser das Zustandsbild der Psychose beeinflusst und färbt, aber *dazu* kommt die durch den Prozeßgang im Gehirn stattfindende Veränderung, eine Veränderung, die auch den Charakter betrifft. Daher sei es nicht zugänglich, von den charakterlichen Veränderungen, die im Verlauf einer Prozeßkrankheit eintreten, Schlüsse auf die zu solcher Erkrankung disponierenden Charaktere zu ziehen. Ähnlich argumentiert BUMKE. Für die manisch-depressiven, die hysterischen, die nervösen und die paranoiden Konstitutionen erkennt er an, daß sie mit der Norm durch fließende Übergänge verbunden sind, „bei ihnen handelt es sich wohl wirklich um rein quantitative Abweichungen von normalem seelischem Geschehen, die bei der Vererbung immer wieder neu gebildet werden, denen ihre Entstehung aus dem Mutterboden der normalen Psyche immer an der Stirn geschrieben steht“. Eine organische Krankheit aber — als welche die Schizophrenie aufgefaßt werden müsse —, die sich schließlich bis zu einem normalen Temperament verdünnt, könne es wohl nicht geben. Wenn man, wie nicht selten, schizophrene Symptome nur in Andeutung findet, so scheint BUMKE die Auffassung, daß es sich dann eben um verkappte Schizophrene handelt, wahrscheinlicher und zweckmäßiger als die Annahme eines schizoiden Temperaments.

BOSTROEM stellte die grundsätzlich wichtige Frage, was man sich denn eigentlich unter Ähnlichkeit der Symptome zwischen Schizoid und Schizophrenie vorzustellen habe, man dürfe gesunde und kranke Züge doch nicht nur deshalb als wesensmäßig gleich zusammenfassen, weil die Unterscheidung nicht einfach sei. Zum Nachweis eines engeren Zusammenhangs der Schizophrenie mit bestimmten Charakterarten oder psychopathischen Typen genüge es nicht, „daß man Züge in der Krankheit auftreten sieht, die in der prämorbidem Persönlichkeit des Kranken oder seiner Verwandten schon zu finden waren“. Zu fordern sei vielmehr, daß man gerade auch die allgemein als typisch-psychotisch bewerteten Symptome, auf die sich die Schizophreniediagnose stützt, etwa Sinnestäuschungen, Denkstörungen usw., als Steigerung bestimmter Charaktereigenschaften nachweise. „Das aber erscheint mir für die Schizophrenie undenkbar, wenigstens wenn man die wesentlichen Symptome dieser Erkrankung berücksichtigt.“ Wie EWALD und andere findet auch BOSTROEM die Tatsache, daß sich präpsychotisch schon vorhandene Charaktereigenschaften in der Psychose, wenn auch verzerrt und überstark, wiederfinden und das Bild pathoplastisch ausgestalten, nicht weiter verwunderlich. Gleiches lasse sich auch bei organischen Krankheiten, etwa der Paralyse, beobachten, doch beweise dies noch nichts für eine pathogenetische Bedeutsamkeit dieser Charakterzüge. Durch eine rein quantitative Steigerung lasse sich nicht eine Schädigung der Funktion, wie etwa die Denkstörung, erklären. CARL SCHNEIDER weist im Verfolg verwandter Gedankengänge besonders darauf hin, daß KRETSCHMER sich bei seiner Ableitung auf eine kleine Gruppe von Fällen stützt mit so schleicher Entwicklung der Psychose, daß die entscheidenden Krankheitszeichen gegenüber den zustandsbestimmenden Charakterzeichen zunächst ganz

in den Hintergrund treten. Für den außenstehenden Betrachter entwickelt sich dann in der Tat eben nur der Charakter der Persönlichkeit um. „An Stelle der Unauffälligkeit oder der Weltoffenheit tritt die ganze Mannigfaltigkeit möglicher Sonderlingseigenschaften und es kann in Fortsetzung dieser Entwicklung ohne merkbare, nach außen Hervortreten der kennzeichnenden Krankheitszeichen zur Ausbildung irgend einer Form des schizophrenen Endzustandes kommen. Wirklich reine Fälle dieser Art ohne jedes erkennbare Prozeßzeichen sind sehr selten.“ Grundsätzlich sei aber Krankheit und Gesundheit, ebenso wie Krankheit und Sonderlingsart voneinander getrennt. Ein Ineinanderübergehen im Sinne KRETSCHMERS wird von ihm daher abgelehnt.

Im Grunde spitzen sich alle diese Erörterungen auf die Frage zu, was an dem Bilde einer Schizophrenie charakterogen zu erklären ist und was an grundsätzlich Neuem hinzukommt, das nicht weiter aus den jeweils vorhandenen charakterlichen Voraussetzungen mit Hilfe der Annahme rein gradueller Steigerungen bestimmter Wesenszüge verstehbar und ableitbar ist. Hierüber besteht auch heute noch keine Einigkeit. KRONFELD hat erst jüngst diese beiden möglichen Ansichten und deren Folgen bei der Erörterung der Beziehungen zwischen Schizoid und Schizophrenie folgendermaßen formuliert: „Entweder nämlich ist die Psychose nur eine quantitative Steigerung des Schizoids, aber wesensmäßig aus den gleichen Voraussetzungen konstitutioneller und charakterologischer Art herausgewachsen und durch die gleichen psychischen Dynamismen gestaltet. Dann bleibt es ein ungelöstes Rätsel, woher die Spezifität der psychotischen Symptomstrukturen in der Psychose Schizophrenie, woher die fundierenden Modifikationen derselben, woher endlich die jenseits aller psychologischen Dynamismen gleichförmige progredient-dementive Tendenz eines Teiles der Psychosen stammt. Oder es besteht bloß eine symptomatische Gleichartigkeit im *Dynamischen* zwischen der Schizoidie und der Psychose, eine konstitutionelle Beziehung der Bereitschaft, in Schizophrenie zu verfallen, mag überdies zur Erklärung dieser dynamischen Gleichartigkeit dienen. Dann bleibt zu fragen, was denn hinsichtlich der Psychose an Erklärungen gewonnen ist, wenn man dazu die psychologischen Dynamismen und Reaktionstendenzen der von ihr wesensverschiedenen, wenn auch äußerlich ähnlichen Schizoidie heranzieht.“

Es erübrigt sich, noch die zahlreichen anderen Autoren (WILMANN, BERZE, KURT SCHNEIDER u. a.) im einzelnen anzuführen. Auch solche, die an sich dem Schizoid und dessen dispositioneller Bedeutung bejahend gegenüberstehen (KAHN, HOFFMANN und viele andere), betonen, daß mit Einsetzen der Psychose etwas qualitativ Neues dazutritt. In gewissem Sinne einen Rettungsversuch der Quantitätstheorie KRETSCHMERS unternahm HOFFMANN, indem er den psychologischen Quantitätsbegriff in einen biologischen umdeutete: „Nach der quantitativen Auffassung würden sich Schizoid und Schizophrenie vielfach nur in *biologisch-quantitativer* Weise voneinander unterscheiden (der Unterschied in der psychologischen Erscheinungsform ist selbstverständlich ein *qualitativer*, durch eine *quantitative Verschiebung biologischer Art* würden *qualitative Unterschiede* in *psychologischer Beziehung* hervorgerufen).“ Diese hier angeschnittene Frage ist in der Tat von grundsätzlicher Bedeutung. Aus KRETSCHMERS Ausführungen selbst scheint mir diese Interpretation seiner Lehre aber nicht ableitbar.

Die weitgehendste Anerkennung und Verteidigung der KRETSCHMERSchen Auffassung findet sich, soweit ich sehe, in deutschem Sprachgebiet bei BLEULER. Er hat sich dazu zweimal eingehend geäußert und gerade in seiner letzten Arbeit über Syntonie — Schizoidie — Schizophrenie noch einmal seinen Standpunkt präzisiert. Zwar verkennt er nicht die Schwierigkeiten, die sich der Erklärung

des schizophrenen Prozesses aus der Persönlichkeitsartung allein gegenüberstellen, „so vielfach nun die Beziehungen des ausgesprochenen Schizoids zur Schizophrenie sind, so ist man sich doch über das Verhältnis der beiden Störungen zueinander noch gar nicht klar. Irgendwie allgemein markierende Grenzen zwischen beiden Dingen kennt man nicht. Und doch ist die Schizoidie ein psychopathischer Zustand und die Schizophrenie ein Prozeß mit groben Hirnstörungen und in vielen Fällen fortschreitender schwerer Alteration der Psychose, und dieser Prozeß ergreift nur eine kleine Minderheit der Schizoiden“. Diese Äußerung läßt zunächst daran denken, daß BLEULER auch psychologisch grundsätzliche Unterschiede zwischen Schizophrenie und Schizoidie annimmt. Das ist aber nicht der Fall, denn er hält die Annahme einer besonderen erblichen Eigenschaft, das Dazutreten eines besonderen Prozeßgeschehens etwa im Sinne KAHNS nicht für nötig, mit der Begründung, daß „es auf psychopathologischem Gebiet bis jetzt allen Bemühungen zum Trotz noch nicht gelungen ist, die Spuren eines Novums nachzuweisen, wenn man vom anatomischen Befund absieht“. Zu dieser Meinung kommt er auf Grund seiner Theorie der Schizophrenie. Nach ihr ist „die übertriebene Isolierung einzelner intellektueller und affektiver Funktionen und Funktionskomplexe, die am besten faßbare Elementarstörung der Krankheit“, und BLEULER leitet aus dieser Elementarstörung dann die mannigfaltigen psychotischen Phänomene der Schizophrenie, wie Denkstörung, Sinnestäuschungen usw., ab. Die Halluzination z. B. ist ihm bei den Schizophrenen ein Selbständigwerden, eine Abspaltung unser Sinneszentren. In milderem Maß aber ausgeprägt findet sich diese Isolierung (oder Schaltschwäche) bei den schizoiden Psychopathen und dann in weiterer Verdünnung bei den Schizoiden und Schizothymen. Als Hauptkennzeichen der schweren Schizoiden (Schizopathen) hat er schon früher die uneinheitliche Art des Reagierens beschrieben, so daß die verschiedenen Strebungen neben- und untereinander stehen und sich bekämpfen (Isolierung). Im Gegensatz hierzu sind die Cycloiden (Syntonen) ausgezeichnet durch eine einheitliche, geschlossene, nicht zu Spaltung neigende Erlebnisverarbeitung, es besteht eine „Integration auf psychischem Gebiete“. Er erkennt also KRETSCHMERS Unterscheidung zwischen Schizoid und Cycloid an, wengleich er an Stelle der Temperamentskonzeption eine andere theoretisch-psychologische Konstruktion setzt. Außerdem stehen nach BLEULER diese beiden Verhaltensweisen nicht in einem Gegensatz, sondern bestimmen grundsätzlich jede Persönlichkeit. Der Schizoide ist nur vorwiegend schizoid, der Cycloide nur vorwiegend cycloid, aber beide Temperamente ergänzen sich wie Gesicht und Gehör oder Affektivität und Intellekt. Der Schizoide speziell vermag sich seinen eigenen Gefühlen und Ideen gegenüber zu stellen, seine Erlebnisweisen stärker zu objektivieren. Für BLEULER ist der Schizoide im Denken unabhängiger und befähigter zu philosophischen, nicht an die Erfahrung gebundenen Überlegungen. BLEULER deutet auch die Mechanismen des Neurotikers (Absperrung, Spaltung, Symbolik, Tätigkeit des Unbewußten) als schizoide Mechanismen, selbst die Hysterie ist eine „schizoide Reaktion bei gehobenem Selbstgefühl und manieähnlicher Beweglichkeit der Affektivität“. Damit ist aber das, was das Schizoid umfaßt, unendlich groß geworden. Für die Skala der Übergänge zur Schizophrenie hat BLEULER folgende Stufen aufgestellt:

1. Normale schizoide Reaktionsart.
2. Schizoide: Übertreibung der normalen schizoiden Reaktionsart im allgemeinen, so daß sie auffällt.
3. Schizopathie: so hochgradige Schizoide, daß sie als krankhaft, als psychopathisch aufgefaßt werden muß, aber ohne daß ein Prozeß oder eine Psychose anzunehmen wäre.

4. Die Psychose Schizophrenie: sie entsteht erst, wenn der entsprechende toxisch-anatomische Prozeß hinzukommt.

Ungeklärt freilich bleibt auch für ihn, warum diese Isolierung einzelner intellektueller und affektiver Funktionen im Sinne des Schizoids so wechselnde Grade annehmen kann. Bis zu einem gewissen Maß analog der KRETSCHMERSchen endokrinen Hypothese macht BLEULER die rein spekulative Annahme, daß die Funktion von Mechanismen nach Art der Regulierung von Isolierung-Integration immer mit chemischen Prozessen verbunden sei. Eine stark ausgeprägte Schizoidie muß „mit stark schizochemischen Prozessen verbunden sein, und da ist es leicht denkbar, daß Übertreibung der chemischen Prozesse zu den Veränderungen führen könnte, die wir im schizophrenen Hirn finden“, Prozesse, die wiederum nicht nur von der Intensität dieses supponierten chemischen Prozesses, sondern auch von der Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegenüber den „Schizormonen“ abhängt.

Mit dieser Auslegung, die BLEULER dem Schizoid gab, ist die Abgrenzung zwischen schizoiden und anderen psychopathischen Formen praktisch unmöglich geworden, es kann sich logischerweise dann nur noch darum handeln, im einzelnen Falle festzustellen, wie stark die Schizoidie sich ausprägt und wie sie, je nach dem Ensemble der sonstigen Anlage, die Gesamtstruktur mitbestimmt. Erkennt man bei dieser Auffassung den schizothymen resp. schizoiden Verhaltensweisen eine krankheitsdisponierende Bedeutung zu, so muß man die Anlage zur Schizophrenie bei jedem Menschen als gegeben voraussetzen, oder, wie BUMKE sich ausdrückt: „und wenn gar BLEULER sich anheischig macht, das Schizoide in jedem Menschen zu finden, so setzt er eben anstatt Mensch Schizoid, ohne daß er etwas anderes bewiese, als daß auch beim ausgesprochenen Schizophrenen gewisse allgemein-menschliche Züge erhalten bleiben.“

Wiederum steht also Überzeugung gegen Überzeugung. Für BLEULER ist der Zusammenhang zwischen Schizothymie, Schizoidie und Schizophrenie evident, gleich KRETSCHMER, HOFFMANN, MAUZ und vielen anderen, wenn auch die theoretischen Konstruktionen zum Teil voneinander abweichen. BUMKE hingegen lehnt ein Schizoid als Zwischenform ab und damit die Übergänge. Entweder habe man es mit Gesunden zu tun oder mit Psychopathen oder leichten Schizophrenen. Letztere befänden sich zweifellos unter denen, welche KRETSCHMER als Schizoide bezeichnete. Aufgabe der Klinik sei es eben, diese herauszusondern. BOSTROEM teilt das, was in dem Sammelbegriff Schizoid steckt, folgendermaßen auf: Ein Teil der Schizoiden sind leichte Schizophrene mit geringem Defekt und guter Remission. Einen anderen Teil bilden hysterische Charaktere, die häufig gewisse nicht einfühlbare Züge tragen und in ihrem Rapport zur Umwelt oft nicht Syntonien gleichen. Sie würden dann von vielen, aber unter Vernachlässigung wichtiger Züge, zu Unrecht zu den Schizoiden gerechnet. Der restliche Teil der sogenannten schizoiden Eigenschaften gehöre in eine Gruppe, gekennzeichnet durch eine starke Gehäuftheit dystoner Eigenschaften, die vielleicht von vornherein zu psychopathischem Reagieren prädisponieren, Psychopathen besonderer Art, deren Verhalten asozial, unzuweckmäßig, unpraktisch oder unnötig erscheine. Es handle sich aber um eine Form von Psychopathie, die weder in genealogischer noch in direkter psychologischer Beziehung zur Schizophrenie stehe. (Zur Erklärung, warum gerade der schizophrene Prozeß sich häufig bei derartigen abnormen Persönlichkeiten entwickelt, stellt BOSTROEM die Annahme eines verminderten biologischen Widerstands dieser im Gegensatz zu Gesunden und Pyknikern, wobei allerdings auch die letzteren keineswegs gegen den Prozeß gefeit seien, zur Diskussion. „Sie werden aber offenbar dank ihrer kräftigen Vitalität weniger mitgenommen.“ Auch LANGE stellt zur Erwägung, ähnlich wie schon KRAEPELIN 1913, ob denn die

Schizophrenie nicht überhaupt mit besonderer Vorliebe bei abnormen Charakteren auftrete. Dann wäre ja auch die Häufung von Psychopathien in der Verwandtschaft nicht weiter verwunderlich, da ja auch diese als erb-mitbedingt aufzufassen seien.)

Der Vergleich der hier vorgebrachten Meinungen, die zum Teil in diametralem Gegensatz zueinander stehen, zeigt besonders deutlich, wie sehr gerade die Stellung des Einzelnen zum Schizoid abhängt *von den bestimmten theoretischen Voraussetzungen und Betrachtungsweisen über die Art des schizophrenen Prozesses, über dessen Wesen selbst keinerlei Einheitlichkeit, weder auf psychologischem noch auf biologischem Gebiet, besteht.*

Sieht man nun aber von dieser speziellen Frage der psychologischen Beziehungen des Schizoids zur Psychose ab, so läßt sich ja dennoch mit Recht die Frage stellen, ob die innerhalb der Verwandtschaft Schizophrener sowie in der ursprünglichen Persönlichkeit der Kranken auftretenden Eigentümlichkeiten seelischen Verhaltens nicht irgendwelche Gemeinsamkeiten aufweisen, Gemeinsamkeiten, die dazu berechtigen, sie als eine in sich einheitliche Sondergruppe aufzufassen. Die Aufzählung der zahlreichen seelischen Merkmale allerdings, die von verschiedenen Untersuchern als Index einer schizoiden Anlage gewertet werden, ergibt eine außerordentliche Mannigfaltigkeit. Daß sich hierin die Gefahr einer Überspannung des Schizoidbegriffs anzeigt, hat schon KRONFELD in seinem Referat der 1. Auflage von „Körperbau und Charakter“ betont. Auch STROHMAYER, sowie diejenigen anderen Autoren, welche der Schizoidkonzeption im allgemeinen zustimmen, können sich dieser Sorge nicht erwehren. KAHN gibt rückblickend zu, daß bei der Herausarbeitung der schizoiden Typen der Fehler begangen wurde, schließlich jeden irgendwie psychopathischen Typus in schizophrenie-belasteten Familien als schizoid anzusehen. Eine Reaktion hierauf stellte ja A. SCHNEIDERS Versuch der Ablösung bestimmter Psychopathieformen vom Schizoid dar. Im übrigen hat KRETSCHMER selbst betont, daß es noch künftige Aufgabe sei, das Schizoid enger zu fassen. Er bezweifelt nicht, daß es neben den cycloiden und schizoiden Psychopathen noch andere Psychopathieformen gibt. Aber die *Schwierigkeit liegt nun immer wieder darin, Merkmale von zureichender begrifflicher Korrektheit zu finden.* Daß die genealogische Nähe zur Schizophrenie nicht ausreicht, ergibt sich ohne weiteres, denn man findet dieselben Formen innerhalb und außerhalb schizophrener Sippschaften. Über die *Häufigkeit*, mit der das Schizoid in schizophrenen Sippschaften auftritt oder in der prämorbidem Persönlichkeit zum Vorschein kommt, besteht auch keine einheitliche Auffassung. BOSTROEM, C. SCHNEIDER und andere erinnern immer wieder daran, daß man zweifellos eine Zeitlang zu sehr das Vorkommen von Schizophrenen ohne psychopathische Wesenszüge in der Vorgeschichte vernachlässigt und nicht beachtet habe. Vor allem muß man sich auch fragen, wie häufig charakterliche Absonderlichkeiten bei nichtschizophrenen Psychosen in der ursprünglichen Persönlichkeit vorkommen. Andererseits finden sich doch auch immer wieder Fälle, wo plötzlich eine Schizophrenie in einer Familie auftritt, deren gesunde Mitglieder keine schizoiden Sonderlinge aufweisen, sofern man nicht schon allgemein-menschliche Verhaltensweisen bloß deshalb mit der Etikette schizoid versieht, weil sie im Umkreis eines Schizophrenen vorkommen — eine Gefahr, der man nicht immer entgangen ist —, sondern nur wirklich Auffällige, ausgeprägt Abartige darunter faßt. Schließlich fehlt auch noch eine Untersuchung, die mit gleicher Intensität wie KRETSCHMER einmal die im Umkreis anderer Psychosen, etwa von Paralyse, Arteriosklerotikern und Gesunden vorkommenden psychopathischen Typen sondert und feststellt. GRUHLE hat, wie schon erwähnt, diesen Versuch hinsichtlich der prämorbidem Artung vorgenommen. Dabei fand er z. B. den im Sinne



KRETSCHMERS schizoiden Charaktertypus: einsam, reizbar, launenhaft, absonderlich in 25% der Schizophrenen, bei allen anderen Psychosen zusammen aber nur in 15%. Im Vergleich aber mit den Psychopathen und Trinkern war die Prozentzahl der Schizophrenen nur um 1,9% höher. Einen anderen Typus: langsam, schüchtern, einsam, trübselig fand er bei den Schizophrenen in 25,9% gegen 10,5% bei allen anderen Psychosen, verglichen aber mit den Manisch-depressiven waren die Zahlen annähernd gleich. Wiederum scheint uns aber der Schluß, daß also kein Unterschied besteht, falsch oder zum mindesten nicht bewiesen mit derartigen Zahlenangaben. Denn mit solchen kurzen Charakterisierungen wird eben nur eine gewisse Gleichheit des äußeren Verhaltens getroffen. Mehr aber sagen solche Typendiagnosen nicht aus, sie sagen insbesondere nichts darüber aus, ob es sich hier jeweils um wesensgleiche Formen handelt, oder ob die Bedingungen, die Grundlagen, aus denen derartige Formen des Verhaltens erwachsen, wesensmäßig nicht ganz verschiedener Natur sind. Ja man kann sich fragen ob unsere charakterologischen Untersuchungsmethoden zur Beantwortung solcher Fragen immer ausreichen. So ist der Vergleich der komplexen Typen wie der Einzelzüge miteinander, insbesondere wenn sie von verschiedenen Untersuchern stammen, nur mit Vorbehalt möglich.

Nun hat KRETSCHMER ja sowohl den Schizoiden wie den Cycloiden auf den Nenner einer besonderen gegensätzlichen Temperamentsproportion gebracht. Er ist der Ansicht, in diesem ein kennzeichnendes, wesentliches Merkmal des Persönlichkeitsgefühles gefunden zu haben. Aber gerade die diagnostische Wertigkeit der psychästhetischen Proportion ist stark umstritten. Schon WILMANN hat in seinem Heidelberger Referat 1921 dagegen Stellung genommen. EWALD wandte sich speziell gegen die Annahme, daß die psychästhetische und diathetische Proportion etwas Gegensätzliches darstellen. Es seien ganz verschiedene charakterologische Kategorien, die die Gesamtpersönlichkeit fundieren. Mit Schizothymie werde der ausgeprägte Charakter erfaßt, das Schizoid aber sei ein Sammelbegriff für alle abnormen Charaktere, so laufe das Ganze schließlich darauf hinaus, daß man statt schizoid psychopathisch sage. Ob dann noch innerhalb der schizoiden bestimmte Formen zur Schizophrenieerkrankung neigen, sei noch ganz unklar. Zunächst jedenfalls seien enge biologische Beziehungen zwischen Schizoid und Psychose nicht erwiesen.

Besonders eingehend beschäftigte sich dann J. LANGE mit dem Begriffsgehalt der psychästhetischen und diathetischen Proportion sowie deren diagnostischem Wert. Er steht der Annahme, daß ein Teil der Sonderlinge und Eigenartigen in schizophrenen Sippschaften sich irgendwie, wenn auch mehr eindrucksmäßig als in klar faßbarer Wesenheit aus dem Gros der Psychopathien abheben, auf Grund eigener klinisch-genealogischen Untersuchungen durchaus bejahend gegenüber. Aber gerade diese Formen enger zu fassen und herauszusehen, dazu reicht seiner Meinung nach die psychästhetische Proportion nicht aus. Der Begriff des Cyclothymen sei eine Idee, „der wohl kein lebender Mensch gerecht werden kann und wird, da er in irgendeiner Weise doch von Komplexen bestimmt, irgendwie nicht in jeder Weise affektiv gleich ansprechbar sein wird, kurz, Eigenschaften aus dem anderen, nichtcyclothymen Kreis haben muß“, oder gröber ausgedrückt: „Man kann ebensowohl die Heiteren und die Traurigen nach den Kriterien stumpf und überempfindlich ordnen wie umgekehrt.“ Auch der reizbare Epileptiker, der explosible Hirntraumatiker, der stumpfe Paralytiker, der jugendliche Postencephaliker zeigen eine Veränderung der psychästhetischen Proportion, aber nicht primär. Die Genese der von KRETSCHMER als kennzeichnend angeführten Eigenschaften lasse sich eben auf ganz verschiedenem Wege verfolgen. Von diesem Blickpunkt aus gesehen erscheinen die psychästhetische und die diathetische Proportion im Grund nach einem

Wort CARL SCHNEIDERS als „Ordnungsgesichtspunkte der Wesenseigenschaften“, *sie kennzeichnen nicht aber diese selbst*. Der spezifische Gehalt dieser geht in der Projektion auf die psychästhetische Proportion verloren, diese stellt nach dem oft zitierten Wort LANGES ein Prokrustesbett dar, „in das möglichst viel hineingepreßt wird, das Beste aber herausfällt, selbst wenn immer wieder der Begriff des Autismus zu Hilfe gerufen wird“. Ihm scheint, daß dem Schizoid Anomalien nicht nur auf dem Gebiet der Affektivität im weitesten Sinne, sondern im gesamten seelischen Geschehen entsprechen. „Die mangelnde Einheitlichkeit des gesamten seelischen Erlebens, die uns immer wieder in die Augen springt, kann man mitunter wohl auch vom Charakterologischen her, wie KRETSCHMER es versteht, packen, aber sie scheint uns nicht verständlich zu sein, wenn man nicht auch das Gedankliche berücksichtigt. Mehr wagen wir nicht zu sagen, da geeignete Unterlagen und Analysen fehlen.“ Er fordert zur weiteren Klärung eingehende Analyse der engsten Verwandtschaft Schizophrener, um so die Erscheinungen festzustellen, die durchgehender vorhanden sind. Andererseits aber auch die Verfolgung wohl charakterisierter Eigenschaftskomplexe, auch psychopathischer Typen im Erbgang, *ohne* Rücksicht auf die großen endogenen Formenkreise. Dabei würde sich wohl herausstellen, daß sehr viel psychopathische Typen nichts mit dem Schizoiden zu tun haben, daß sie vielleicht aber eine besondere Färbung erhalten, sobald die Träger zugleich auch Träger des biologischen Korrelats des Schizoids sind, von welchem LANGE vermutet, daß es sich zu „Gesundem und Psychopathischem gesellt und dieses in eigenartiger Weise umgestaltet, daß die Vielartigkeit der beschriebenen Typen nichts mit dem Wesen und dem Grad der schizoiden Eigenart zu tun hat, sondern mit den Persönlichkeiten, die betroffen worden sind“.

Freilich, auch diese Annahme ist bisher unbewiesen. Ja, man kann sich fragen, ob es mit den Mitteln der psychologisch-charakterologischen Persönlichkeitsforschung überhaupt möglich sein wird — vorausgesetzt, daß es ein Schizoid im LANGESchen Sinne gibt — dieses so zu fassen, daß dessen Vorhandensein oder Fehlen im einzelnen Fall beweisbar ist. Denn hier spielt die ganze Problematik der charakterologischen Erfassungsweise und ihrer Schlüssigkeit mit. „Es kommt eben auf die Auffassung des tatsächlichen Gesamtgefüges dieser Persönlichkeiten nach charakterlichen und sonstigen Anlagen, Eigenschaften, Haltungen, Leistungen an. Dieser Aufgabe stehen wir aber noch recht machtlos gegenüber, weil wir selbst in der Gesundheitsbreite das innere Gefüge der Persönlichkeit noch nicht ermitteln können“ (C. SCHNEIDER). In jeder Persönlichkeitsanalyse wirken sich allzu leicht mitgeschleppte Voraussetzungen sowie das Moment der subjektiven Evidenz in der Erfassung struktureller Zusammenhänge in schwer schätzbarer Weise aus, so daß die Art und Weise, wie die einzelnen Faktoren aufeinander bezogen und auseinander abgeleitet werden, was als primär, was als sekundär, was als Eigenschaft oder als Haltung gewertet wird, von Untersucher zu Untersucher wechseln kann. Würden diese methodologischen Schwierigkeiten, die mit der besonderen Art der Materie nun einmal untrennbar verknüpft sind, mehr mitbedacht, so würden sich wohl auch die verschiedenen Auffassungsweisen duldsamer als dies gelegentlich der Fall ist, gegenüberstehen, die ja schließlich doch alle an der Klärung desselben Problems arbeiten.

Einen bemerkenswerten Versuch hat in letzter Zeit H. BINDER in seiner Arbeit über das Problem des schizoiden Autismus unternommen, um im Sinne LANGES das spezifische Element der „schizoiden Färbung“ enger zu fassen. Er ging dabei von den seiner und anderer Erfahrung nach nicht so seltenen Schizophreniefällen aus, wo nicht schon von Kind an auffällige Verhaltensweisen bestanden, sondern wo erst in späteren Jahren eine Wandlung vom unauffälligen

Menschen zum Sonderling eintrat, die später dann von der Psychose gelöst wurde. Die Annahme, daß diese „Vorstufe“ schon erste Auswirkung des Prozesses sei, lehnt er ab, da spezifische Symptome auch in Andeutung fehlen, da fernerhin gleiche Wandlungen auch ohne nachfolgende Psychose beobachtbar sind, und endlich, da auch bei rein psychopathischen Verläufen (BIRNBAUM, KAHN) von innen heraus ohne verständliche Anlässe weitgehende Wesenswandlungen vorkommen. BINDER sieht die spezifische Besonderheit dieser Vorstufe bei den ursprünglich ganz verschieden gearteten Persönlichkeiten in einer Umstrukturierung, bedingt durch das Hinzutreten eines primären, nicht weiter ableitbaren Autismus. Dieser soll sich im Gegensatz zum ableitbarem, sekundär autistischem Verhalten durch zwei Merkmale vor allem auszeichnen: Der Kranke leide nicht unter seinem Autismus, fernerhin zeichne sich der primäre Autismus durch jeglichen Mangel an Biagsamkeit, Modulationsfähigkeit und reaktiver Beeinflußbarkeit aus. In Anlehnung an Gedankengänge KAHNS bestimmt er den primären Autismus dem Wesen nach als eine Störung des Gleichgewichtes zwischen Selbstbehauptung und Selbsthingabe, welche letztere beide als grundsätzliche Entäußerungsweisen der tiefsten psychischen Schicht, der Triebsschicht, gedeutet werden. Als Auswirkung einer letztlich im Biologischen liegenden, an sich gänzlich unbegreifbaren Umwälzung trete so eine Akzentverschiebung der Triebenergie auf von der Selbsthingabe nach der Selbstbehauptung. Aus dieser Abnahme der Vitalkraft in derjenigen Triebssphäre, aus der das Gemeinschaftsbedürfnis stammt, sei es erklärlich, daß der Kranke auch nicht unter seinem Autismus leide. Die Auswirkung dieses Autismus wird nun durch die Temperaments- und Charakterschicht verfolgt, Besonderheiten des affektiven, willentlichen und denkenden Verhaltens werden darauf bezogen. Je nachdem, ob es sich um ein primär triebsschwaches oder triebstarkes Individuum handelt, je nachdem, welche besondere Artung des Temperaments und der Charakterschicht besteht, wirke sich die Verschiebung im relativen Stärkeverhältnis zwischen Selbstbehauptung und Selbsthingabe unterschiedlich aus. Wenn immer eine derartige Umprägung durch primären Autismus besteht, nicht nur bei der Vorstufe, sondern auch bei den von Kind an Auffälligen, Präpsychotischen oder auch bei den nicht schizophren gewordenen psychopathischen Formen sonstiger Art, so ist von einer schizoiden Persönlichkeit zu sprechen. Also auch hier die Annahme, gleich LANGE, daß sich das Schizoid als Zusatzbedingung hinzugesellt. „Bei den Erregbaren wie bei den Sensitiven, bei den Lebhaften wie bei den Depressiven, bei den Streitsüchtigen wie bei den Ängstlichen, bei den Verschrobenern wie bei den Asthenischen usw. — bei allen kann es im Prinzip schizoide und nichtschizoide Vertreter geben.“ Man wird allerdings auch bei diesem Versuch Verschiedenes einwenden können. Es seien nur zwei Dinge hervorgehoben: einmal die methodologische Vermischung von psychologischen und biologischen Theorien, die an manchen Stellen unmerkbar ineinander übergehen und so — zwei ganz verschiedenen Betrachtungsweisen entstammend — in der Beweisführung gleich geordnet verwendet werden; ferner ein sachlicher Einwand: die Behauptung, daß der Kranke resp. der in der Umwandlung im Sinne der Vorstufe befindliche Mensch unter seinem neu auftretenden primären Autismus nicht leide. Mir wenigstens fiel bei einer größeren Anzahl von Fällen, die vor Ausbruch der Psychose eine deutlich abgesetzte Wesenswandlung durchliefen, auch das Gegenteil auf, ein ausgesprochenes Bedrücktsein, ein schmerzvolles Konstatieren der eigenen Persönlichkeitswandlung, insbesondere des Wegfalls der unmittelbaren zwischenmenschlichen Beziehungen im Sinne der Sympathiegefühle.

Endlich sei noch auf KAHNS letzte Stellung zu den sogenannten schizoiden Psychopathen eingegangen, nicht zuletzt, weil dieser Autor sich seit Jahren

immer wieder in ernsthaftester Weise um das Problem des Schizoids und dessen Abtrennung von den „bloß“ psychopathischen Persönlichkeiten bemüht hat. Er hat von seinem ursprünglich recht weit gefaßtem Schizoid immer mehr abgestrichen, ohne aber die Existenz einer schizoiden Kerngruppe zu verneinen. Auch wenn man alle die psychopathischen Typen bei schizophreniebelasteten Sippen abziehe, die bei vorurteilsfreier Betrachtung nie hätten als schizoid bezeichnet werden dürfen, so bliebe doch eine große Anzahl Abartiger übrig, die man heuristisch als Schizoide zusammenfassen könne. Sie haben nach KAHN dreierlei mit der Schizophrenie gemeinsam:

1. gewisse psychologische Eigenschaften und Verhaltensweisen,
2. Nebeneinandervorkommen in gleichen Familien,
3. gewisse negative Beziehungen zum pyknischen Körperbau.

Uns interessiert hier in erster Linie das psychologische Moment. KAHN sucht zunächst nach „brauchbaren psychischen Grundeinstellungen“, die seines Erachtens in der Ich- und Umwelteinstellung gegeben sind. Diese, bedingt im kausalen Aufbau der Persönlichkeit, bilden die wesentliche Voraussetzung des Charakters. Bei den charakterlich auffälligen Psychopathen lasse sich nun grundsätzlich ein Vorwiegen der Icheinstellung in verschiedenen Gestaltungen nachweisen. Die sogenannten schizoiden Psychopathen seien zwar nun keineswegs identisch mit den charakterlichen psychopathischen Typen, immerhin seien aber bei ihnen ich-typische Einstellungen — aktive und passive, autistische, ich-sucherische, ambitendente, selten rein egozentrische — die Regel. Diese charakterlich psychopathischen Typen — mit dem Ausdruck BOSTROEMS dyston Psychopathische — haben eine gewisse negative Affinität zu den stimmungsmäßigen psychopathischen Erscheinungen, den dysthymischen Psychopathen, zu welchen neben anderen die Cycloiden oder Syntonen gehören. „Aber nicht alle Dysthymiker gehören in den Bereich der manisch-depressiven Veranlagung, ebensowenig gewinnen alle Dystonen über die Schizoide an den schizoid-schizophrenen Formenkreis Anschluß. *Hier wie dort sind für die Einreihung psychopathischer Typen in die zirkuläre bzw. in die schizophrene Formengruppe neben der Erscheinungsform an sich — Dysthymiker bzw. Dystone — genealogische Beziehungen, konstitutionelle Disposition und körperbauliche (positive und negative) Affinitäten mit maßgebend*<sup>1</sup>.“ Man könne bei fast allen dystonpsychopathischen Typen sagen, daß sie auch bei Schizoiden vorkommen, es sei aber falsch anzunehmen, es seien alle dystonen Psychopathen Schizoide. Im Grunde also das Eingeständnis, daß aus der Persönlichkeitsartung allein das Schizoid nicht eindeutig und konkret gefaßt werden kann.

Zum Schluß sei noch der einzige größere geschlossene Entwurf, der KRETSCHMER 1924 von BERZE gegenübergestellt wurde, aufgezeigt, aus dem noch einmal mit aller Deutlichkeit hervorgeht, wie sehr der begriffliche Inhalt, der dem Schizoid gegeben wird, von speziellen theoretischen Voraussetzungen abhängt. KRETSCHMER wie BERZE leiten das Schizoid aus der Psychose ab. Letztere ist aber für BERZE eindeutig gekennzeichnet durch eine ganz bestimmte Grundstörung, die Insuffizienz der psychischen Aktivität. Während nun bei KRETSCHMER das Schizoid fließend sowohl in die Psychose wie in die Schizothymie übergeht, macht BERZE einen scharfen Schnitt. In einem Teil der Schizoiden KRETSCHMERS sieht er schon Schizophrenien, nämlich in den autistischen-anästhetischen Typen, die eine fehlende soziale Anpassung, in weitestem Sinne genommen, zeigen. Es sind die Rücksichtslosen, Steifen, Herrischen, Unzugänglichen, Eigensinnigen, Verschlussenen. Sie zeigen „Anpassungsdefekte“. In diesem sieht er nun schon die Manifestation der Insuffizienz der psychischen Aktivität. Folge-

<sup>1</sup> Vom Referenten gesperrt.

richtig werden sie als. — wenn auch nur verkappte — Schizophrene aufgefaßt, als psychopathisch erscheinende Persönlichkeiten, bei denen die besondere Art ihres psychopathischen Verhaltens aber schon Folge der Krankheit Schizophrenie ist.

Während bei KRETSCHMER gerade die Mischung von überempfindlich und unterempfindlich das Schizoid charakterisiert, reißt BERZE beides auseinander. Er konstruiert zur Insuffizienz der psychischen Aktivität nach dem Schema Reizung-Lähmung als psychologisches Gegenstück — auch hier eine konstruktive Symmetrie — die gesteigerte psychische Irritabilität. Diese nun kennzeichnet ein Großteil der KRETSCHMERSCHEN Schizoiden, die Hyperästhetischen. Nur in ihnen sieht BERZE die Träger einer Disposition zur Schizophrenie. Ins Biologische gewandt: „eine in der Anlage gegebene Vulnerabilität des psychocerebralen Systems“. Von einzelnen Typen fallen hierunter die Sensitiven, die hypochondrisch Nervösen, sowie gewisse paranoide Formen. Er hält es zwar für möglich, daß es auch noch andere schizoide Formen gibt, glaubt aber doch in den eben angeführten die wichtigsten Formen gefunden zu haben.

Wenn nun das schizophrene Krankheitsgeschehen als etwas Neues dazu kommt, tritt der Umschlag in die Aktivitätsinsuffizienz ein. Es ist hier nicht der Ort, auf BERZES theoretische und klinische Unterscheidungen von Schizoidpsychosen, Schizophrenie, Dementia praecox einzugehen. Wie unterschiedlich aber, je nach der theoretischen Vorbesetztheit, auch die diagnostische Bewertung der Symptomatologie ist, zeigen folgende Ausführungen BERZES: „Auch ohne schizophrene Komplikation können sich aus akuten schizoiden Psychosen verschiedene Residuärscheinungen geben; eine Neigung zu flüchtigem Beziehungswahn, bald Grübelsucht, bald Hang zum Querulieren, oft expansives an Größenwahn gemahnendes Wesen, bald mehr trotzig kampfbereite, bald mehr timid resignierte Einstellung zur Umwelt, Überwertigkeitsideen, deren Ziel mit großer Hartnäckigkeit festgehalten und oft unter Entfaltung eines großen Maßes von psychischer Aktivität verfolgt wird, durchweg also Erscheinungen, die nichts für schizophren-psychotische Zustände Charakteristisches an sich haben, wogegen einige von ihnen, indem sie auf hohe psychische Aktivität weisen, geradezu im Gegensatz stehen zu gewissen Auswirkungen der Grundstörung der echten Schizophrenie, welche ja in der Insuffizienz der psychischen Aktivität zu erblicken ist.“

Es scheint fraglich, ob BERZE allgemeine Zustimmung findet mit der Behauptung, daß diese angegebenen Verhaltensweisen nichts für die Schizophrenie Charakteristisches haben. Die Dehnbarkeit des Begriffs der apperzeptiven Irritabilität ist noch erheblich größer als die der psychästhetischen Proportion. Nicht weniger dem subjektiven Ermessen anheimgestellt bleibt die Anwendung der Insuffizienz der psychischen Aktivität als Kriterium für die Diagnose. Dies geht schon daraus hervor, daß z. B. einmal Eigensinn als Anpassungsdefekt auf das schizophrene Grundsymptom bezogen wird, ein andermal ein so nahe verwandter Begriff, wie die Hartnäckigkeit auf ein Übermaß an psychischer Aktivität. Im übrigen gibt BERZE selbst zu, daß auch die Unterscheidung seiner Schizoiden gegenüber normalen Persönlichkeiten und andersartiger Psychopathen nicht immer gelinge.

Im Hinblick auf die Erbforschung und deren Interesse an der Unterscheidung zwischen Schizoiden und Sonderlingen einerseits und anderen psychopathischen Naturen andererseits muß noch eine allgemein schwer abschätzbare, praktisch aber wichtige Fehlerquelle generell hervorgehoben werden. Es ist die Frage nach dem, was im Phänotypus als Ausdruck einer Anlage erfaßt werden kann und was auf andere Einflüsse zurückzuführen ist. Man bedenke nur den von Fall zu Fall wechselnden Einfluß des Milieus auf die Anlage. Ist letztere stark

ausgeprägt, so wird sie sich ja wohl meist durchsetzen, ist sie aber wenig ausgeprägt, mit anderen Worten: ist das Individuum stark bildbar, so kann *dennoch* das Bild einer geschlossenen Persönlichkeit entstehen, wenn sie in einem entsprechend stark formenden Milieu heranwächst und so die gegebenen Anschauungen und Verhaltensweisen übernimmt. So kann wohl der kühle Aristokratentyp auch „herangezüchtet“ werden, obgleich die anlagemäßige eigentliche Temperamentsform anders gestaltet ist. Dies braucht hier im einzelnen nicht weiter ausgeführt zu werden, aber es muß doch immer wieder darauf hingewiesen werden, daß auch Stammeseigentümlichkeiten, traditionelle Lebenshaltung, Auswirkung des Berufs usw. nicht unterschätzt werden dürfen. Man wird z. B. bei einer Untersuchung innerhalb der pfälzischen Weinbauerngegend schon in der Durchschnittsbevölkerung ganz andere Häufigkeitsverteilungen und graduelle Ausprägungen bestimmter Wesenseigenheiten wie auch komplexer Typen finden als etwa bei der Untersuchung der eingesessenen Bauernbevölkerung in einem Schwarzwaldtal oder innerhalb des sächsischen Industriebereichs. Was für die eine Gegend schon als auffällig und abwegig gilt, kann in einer anderen noch durchaus in den Rahmen des Durchschnitts fallen. So ist etwa der mir aus eigener langjähriger Erfahrung wohl bekannte Typ des Schwarzwaldbauern, wie er sich in bestimmten Gegenden findet, gekennzeichnet durch Schwerfälligkeit, Wortkargheit und zurückhaltendes Wesen, mit kaustischem Witz begabt, der keinesweg zutraulich behäbig, sondern hart, mißtrauisch und undurchsichtig ist — psychiatrisch gesprochen autistisch-schizoid — der Durchschnitt und in keiner Weise dort als auffällig oder sonderlingshaft zu bezeichnen. Von unserem Pfälzer Material der Heidelberger Klinik hingegen würde er sich ohne weiteres als ungewöhnlich abheben. In diesem Zusammenhang sei auch auf die wichtigen Ausführungen HELLPACHS über die Bedeutung der geophysischen Umwelt für die Persönlichkeitsartung verwiesen.

Wie sehr sich aber auch der einzelne unter verschiedenen Verhältnissen in völlig entgegengesetzter Weise darstellen kann, hat REISS in seiner schönen Arbeit „über formale Persönlichkeitswandlung als Folge veränderter Milieubedingungen“ aufgezeigt. „Der betreffende Mensch scheint damit von Grund auf verwandelt, ein völlig anderer Charakter geworden zu sein, während tiefere Analyse einen äußerlichen Frontwechsel als Ursache aufzufinden vermag.“ Er mahnt daher mit Recht, die konstellativen Faktoren nicht zu sehr zugunsten der konstitutionellen zu unterschätzen. Es mag diese Arbeit aber auch eine Warnung sein, nicht allzu schnellfertig eine Persönlichkeitsdiagnose zu stellen. Naturgemäß wachsen diese Fehlerquellen dann noch weiter an, wenn nur nach schriftlichen Auskünften Dritter Diagnosen gestellt werden müssen. Auch wenn eine solche Schilderung ausführlich ist, braucht sie noch nicht richtig zu sein. Das erlebt man jedoch fast täglich bei der Exploration der Angehörigen. Unter anderem berichtet SCHULZ recht anschaulich von solchen Erfahrungen, z. B. daß der Ehemann seine Frau als freundlich, heiter, gutmütig und völlig unauffällig bezeichnet, während sie von anderer Seite als rechthaberisch und geizig geschildert wird. Oder daß ein Bruder seine Schwester für so auffallend religiös hielt, daß er fürchtete, sie habe das gleiche Leiden wie ihre an religiösen Wahnideen erkrankte Mutter. Bei der Untersuchung stellte sie sich dann aber als ein frisches, heiteres, intelligentes junges Mädchen heraus von durchschnittlichem religiösem Leben. Der Bruder aber war zwar gleichfalls intelligent und mannigfach interessiert, aber „aufgeklärt“ und aus der Kirche ausgetreten. Man darf derartige Dinge, gerade wenn es sich um Massenuntersuchungen handelt, nicht unterschätzen, und sich mit dem nahe liegenden Einwand trösten, daß immerhin geübten Beobachtern derartiges selten passieren wird. LANGE-

LÜDECKE hat sich mit der Abhängigkeit der charakterologischen Befunde von der psychographierenden Person näher befaßt und mußte in den dazu vorgenommenen Untersuchungen feststellen, daß auch *geübte Beobachter* in der Beurteilung der Charakterzüge ein und derselben ihnen wohl bekannten Persönlichkeit erheblich differieren. Er kommt so zu dem Ergebnis, daß man doch jedem Psychogramm recht kritisch gegenüberstehen müsse, weil das Ergebnis eben auch weitgehend von der Persönlichkeit des Untersuchers abhängt.

Damit sind wir aber wieder bei Fragen gelandet, die überhaupt bei jeder Art der Persönlichkeitserfassung auftauchen. Zum Schluß sei noch einmal hervorgehoben, daß die vorliegende Darstellung bewußt allein auf den psychologischen Begriffsgehalt des Schizoids unter spezieller Berücksichtigung seiner Wertigkeit für klinische Fragen, besonders seiner Beziehung zur Schizophrenie eingengt wurde. Bei diesem Versuch, die begrifflichen und die methodischen Schwierigkeiten aufzuzeigen, die jedem Bestreben entgegenstehen, mannigfaltige charakterologische Erscheinungsreihen auf eine Formel zu bringen, war es nur möglich, die wichtigsten voneinander abweichenden, zum Teil gegensätzlichen Meinungen derjenigen Forscher herauszustellen, die von den verschiedensten Seiten her das Problem angingen. Eine Darstellung des gewaltigen und befruchtenden Anstoßes der Lehre KRETSCHMERS und deren Auswirkung über spezielle klinische Fragen hinaus auf die allgemeine Charakterologie und die Konstitutionslehre müßte den Rahmen dieser auf klinisch-psychiatrische Fragen begrenzten Darstellung weit sprengen.

---

## 5. Die Auslösung durch seelische und körperliche Schädigungen.

Von

**W. MAYER-GROSS**  
Heidelberg.

### a) Psychische Auslösung.

**Psychoreaktive Schizophrenien, verständliche Zusammenhänge; schizophrener Reaktionstypus; Schreck, Konflikte, Krieg, Straftat.**

Steht man mit uns auf dem Standpunkt, daß die Schizophrenie in ihrer großen Kerngruppe eine organische Erkrankung ist, so wird man der Annahme einer psychischen Verursachung mit allergrößter Skepsis begegnen, zumal man weiß, daß bei Seelenstörungen unbekannter Ätiologie von jeher psychische Einflüsse als Lückenbüßer dienen mußten. Die Gründe, mit denen BLEULER das Auftauchen des Gedankens einer psychischen Ätiologie, die er selbst für unwahrscheinlich hält, zu rechtfertigen versuchte, halten heute der Kritik nicht mehr stand: daß sich die Krankheit *häufig* an ein unangenehmes Erlebnis anschließe, wird niemand bestätigen, der diejenigen Konflikte ausnimmt, welche die beginnende Psychose selbst herbeigeführt hat. Der unzweifelhaften Abhängigkeit von Verschlimmerungen und Besserungen unter psychischen Einflüssen stehen nicht minder zahlreiche Fälle gegenüber, bei welchen solche Einflüsse gänzlich ohne Wirkung sind. Die Bezugnahme des psychotischen Gedankeninhalts auf Wünsche und Neigungen aus der gesunden Zeit des Erkrankten, die Symbolbildungen in manchen Symptomen mag für die Lebensgeschichte des einzelnen Kranken aufklärend und interessant sein: für die

Ätiologie seiner schizophrenen Psychose, die ja eben keine pathologische Reaktion, keine „Neurose“, ist, bedeutet sie aus diesem Grunde nichts.

Die umfangreiche Literatur, die über diesen Gegenstand im letzten Jahrzehnt erschienen ist, verdankt ihre Entstehung einmal demjenigen Teil der BLEULERschen Theorie, welche auf die verständlichen Inhalte großen Wert legt und dadurch eine Psychogenese ins Bereich der Möglichkeiten rückt. Andererseits knüpft das Schrifttum an gewisse konstitutions- und erbbiologische Grundgedanken und Definitionen an, die besonders von POPPER und KAHN bei der Diskussion des „schizophrenen“ oder „schizoiden Reaktionstypus“ eingeführt wurden. Diese beiden Erörterungskreise decken sich nur partiell, denn der „Dispositionskomplex, der seinen Träger zu eigenartigen Reizantwortungen prädestiniert scheinen läßt“ (POPPER), spricht nicht nur auf psychische, sondern auch auf endokrine und andere somatische „Reize“ an. Der Begriff „Reaktion“ bekam mit diesen Aufstellungen eine andere, dritte Bedeutung in der Psychiatrie: neben der BONHOEFFERSchen Verwendung für die generelle Antwort auf äußerliche Schädlichkeiten (exogene Reaktionstypen) und derjenigen für eine aus einem seelischen Erlebnis verständliche ableitbare, reaktive Psychose (WILMANNNS, JASPERS): KURT SCHNEIDER schlägt für die dritte Bedeutung die Bezeichnung „biologische Reaktion“ vor.

Im Zusammenhang der psychischen Verursachung oder Auslösung der Schizophrenie interessiert in erster Linie der Begriff, den JASPERS an einigen Fällen von Schizophrenie demonstriert und erweitert hat, sodann aber die ersterwähnte POPPER-KAHNSche Verwendung, die sich an JOHANNSEN anschließt, allerdings nur insoweit sie psychische Ursachen in Betracht zieht. Es zeigt sich hier bei dem Begriff der Reaktion die gleiche Schwierigkeit, die sich etwa auch bei der Anwendung der Bezeichnung „organisch“ und mancher anderer psychiatrischer Grundbegriffe im Bereich der Schizophrenie regelmäßig einstellt: sie bedürfen für diesen Bereich einer Modifikation, dabei werden die Grenzen gefährdet und verwischt.

WILMANNNS, dessen Darstellung wir uns im folgenden anschließen, betont, es seien „in jedem Falle, wo wir in unmittelbarem Anschluß an eine schwere gemüthliche Erschütterung oder im Gefolge länger sich hinziehender seelischer Konflikte den Ausbruch einer Schizophrenie beobachten, folgende Fragen aufzuwerfen:

Liegt ein zufälliges Zusammentreffen von unlustbetontem Erlebnis und Krankheitsausbruch vor, oder besteht zwischen beiden irgend ein Zusammenhang? — Falls ja —

handelt es sich um eine auf dem Boden einer latenten oder offenbaren Schizophrenie erwachsene, durch die bestehende Disposition oder Erkrankung schizophren gefärbte, vorübergehende Reaktion? — Oder

um die Auslösung oder Steigerung des fortschreitenden organischen Prozesses, um eine schizophrene Phase? — Oder

liegt überhaupt nichts Schizophrenes vor, sondern eine Psychose oder Reaktion, die nur gewisse äußerliche Ähnlichkeiten mit einer schizophrenen Störung aufweist?“

Die definitonische Abgrenzung von Schüben und Reaktionen, wie sie JASPERS fordert, hält WILMANNNS für heuristisch wertvoll, wenn sie auch in aller Strenge nicht durchführbar sei.

„Einerseits beobachtet man Erkrankungen — BORNSTEIN hat solche unter der Bezeichnung „schizothyme Reaktion“ beschrieben —, die in unmittelbarem Anschluß an heftige Gemütsbewegungen zum Ausbruch kommen, deren Inhalte in evident verständlichem Zusammenhange mit dem vorausgehenden Erlebnis stehen, die zunächst durchaus das Gepräge eines reaktiven Zustandes tragen



und schließlich doch in einen charakteristischen Endzustand übergehen — und andererseits sehen wir ebenfalls im Anschluß an schwere seelische Konflikte und Erschütterungen plötzlich katatonische Erregungen und Stuporzustände auftreten, die keinerlei verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis haben; mithin die Kennzeichen des Schubes tragen, und ohne nachweisbare Veränderung der Persönlichkeit ablaufen.“

„Bei der Entscheidung der Frage, ob ein schizophrener Schub durch ein unlustbetontes Ereignis ausgelöst wurde, spielt das subjektive Ermessen des Beobachters eine ausschlaggebende Rolle. Die ungemeine Häufigkeit heftiger Gemütserschütterungen wird uns warnen müssen, aus ihrem zeitlichen Zusammentreffen mit dem Ausbruch einer Schizophrenie ohne weiteres auf innere Beziehungen zwischen ihnen zu schließen, und daß auch der Nachweis verständlicher Zusammenhänge zwischen Erlebnis und Psychose kein Beweis für ihre ursächliche Verkettung ist, wurde bereits erwähnt. Immerhin stoßen wir doch nicht ganz selten auf Fälle, wo sich der Zusammenhang von Schicksal und Psychose dem unbefangenen Beobachter förmlich aufdrängt.“ „Fälle, bei denen diese Beziehungen einigermaßen eindeutig sind, treten jedoch gegenüber der Masse der übrigen ganz zurück, und die Züricher Schule scheint uns ihre Häufigkeit stark zu überschätzen. Ungemein belehrend sind in dieser Beziehung unsere Kriegserfahrungen. Obschon Tausende von sinnfälligen Schizophrenien und gewiß Hunderttausende von latenten Schizophrenien im Sinne der Züricher Schule im Felde standen und monate- und jahrelang den schwersten seelischen Spannungen und Gemütsstörungen ausgesetzt waren, wurden doch nur ausnahmsweise Psychosen beobachtet, wie sie etwa KURT SCHNEIDER schildert, wo der Ausbruch der Erkrankung unmittelbar einem affektbetonten Erlebnis, etwa einer Verschüttung, folgte und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden augenfällig war“ (WILMANN). Gerade diese Fälle weisen aber irgendwelche inhaltliche Beziehungen zu dem seelischen Anlaß der Erkrankung nicht auf.

Auf diese *verständlichen Zusammenhänge* ist hier zunächst noch einmal einzugehen. Wir werden bei der Darstellung des Psychosebeginns zeigen, daß das Einsetzen einer Schizophrenie sich mitunter in das Bild einer „Neurose“ kleidet, als psychopathische Reaktion auftritt und einige Zeit als solche verläuft, bis das Hervortreten der greifbaren Prozeßsymptome die wahre Natur der Erkrankung deutlich werden läßt. Auch dann sind die verständlichen Fäden aus dem Leben vor der Erkrankung oft noch weit hinein in die Erkrankung zu verfolgen, deren Verlauf aber ein von dem Anlaß unabhängiger wird. Aber auch wenn die Schizophrenie sofort als solche durch charakteristische Symptome erkennbar ist, sind die Inhalte, wie KURT SCHNEIDER an einigen Fällen demonstrierte, bis zu einem gewissen Grade einer verstehenden Auffassung zugänglich, allerdings nur im Sinne des „als ob“-Verstehens (JASPERS). Auch hierher gehörige Fälle werden wir an späterer Stelle diskutieren (S. 456).

Die weitere Folgerung aus diesen Zusammenhängen, daß ihnen nämlich eine *genetische* Bedeutung, wenigstens für die Auslösung des Schubes, zukomme, wird in allen den Fällen nahegelegt, wo eine Anhäufung äußerer oder innerer Konflikte den Ausweg in die Psychose zu verlangen scheint, Konflikte, die meist entweder der „schizoiden“ Artung (s. BERINGER) entspringen oder durch die Vorboten der schleichend beginnenden Erkrankung erst geschaffen werden. Solche Beobachtungen sind gewiß keine Seltenheit, aber ein überzeugender Nachweis daß nun in der Tat die Psychose die einzige Lösungsmöglichkeit des Konflikts gewesen sei, ist ebensowenig zu bringen, wie die Meinung zu widerlegen ist, ohne diesen Anlaß wäre die Schizophrenie noch weiterhin latent geblieben. Nachdem wir den Einfluß situativer Momente auf die Gestaltung einzelner Symptome und des ganzen Krankheitsbildes, das bereits in Gang

gesetzt ist, kennen, ist eine *Provokation* eines Schubes durch eine erschütternde oder zermürbende seelische Situation nicht auszuschließen. Nur so ist es zu verstehen, daß HANS W. MAIER von „Versicherungshebefrenien“ sprechen kann; sein Vorschlag, sie zum Teil als Unfall- oder Kriegsfolge anzuerkennen und entsprechend zu entschädigen, hat wenig Zustimmung gefunden.

Daß die Provokation einer Erkrankung durch seelische Wirkungen tatsächlich eine große Seltenheit ist, daß bei sorgsamer Selbstprüfung, auch von einem großen Material, nur ganz vereinzelte Fälle übrigbleiben, bei denen die Erwägung einer psychischen Auslösung bis zu einem gewissen Grade plausibel ist, das wird von allem kritischen und unvoreingenommenen Forschern betont (FINKH). Der eindrucksvollste Gegenbeweis gegen die Wirksamkeit seelischer Faktoren beim Ausbruch eines schizophrenen Schubs ist neben den Kriegserfahrungen der Fall, welcher jedem psychotherapeutisch tätigen Psychiater bekannt ist, daß nämlich im Verlauf einer ernsthaften Bemühung um Beseitigung innerer und äußerer Schwierigkeiten eines „Neurotikers“ die akute schizophrene Psychose zum Ausbruch kommt und ihren Verlauf nach eigenen Gesetzen nimmt. — Bei den vielen Graden von Schwere und Nachhaltigkeit, die das schizophrene Prozeßgeschehen aufweisen kann, bei der ganz verschiedenen situativen Beeinflussbarkeit der einzelnen Symptome ist gewiß auch der entgegengesetzte Fall denkbar, daß nämlich ein Manifestwerden der Schizophrenie durch psychotherapeutische Führung hintangehalten oder wenigstens in seinen asozialen Wirkungen gedämpft werden kann. Aber selbst dafür sind uns die Psychoanalytiker bisher den überzeugenden Beweis schuldig geblieben. BRATZ erhofft von der Zwillingforschung eine Klärung der Frage einer psychischen Auslösung der Schizophrenie.

REINHOLD KRAUS hat die Frauen-Krankengeschichten der Heidelberger Klinik aus 30 Jahren (1892—1922) auf psychoreaktive Schizophrenien durchmustert und nur 28 Fälle aufgefunden, bei welchen ein Zusammenhang des Psychoseausbruchs mit einem eingreifenden Erlebnis in Erwägung zu ziehen war. Dazu konnten noch 7 Beobachtungen aus jüngerer Zeit beigebracht werden. KRAUS beschränkte sich auf Frauen wegen ihrer zu erwartenden größeren seelischen Reagibilität. Dabei zog er nicht nur plötzliche Traumata in Betracht, sondern auch schwierige Dauersituationen, lebenswichtige Entscheidungen u. dgl. m., allerdings unter Ausschluß solcher Fälle, bei welchen solche Konstellationen offenbar mit dem schleichenden Beginn der Erkrankung selbst in Zusammenhang standen.

Kann man aber über den Anteil der Persönlichkeitsveränderung, die mit dem Krankheitsprozeß in Zusammenhang steht, zu einem einigermaßen plausiblen Urteil gelangen? Die fast stets vorhandene Unsicherheit illustriert der folgende Fall aus dem KRAUSSchen Material:

Eine 26 jährige Frau, die als eigenartig, zurückgezogen, scheu, ungesellig, unnahbar beschrieben wird, viele Züge eines schizoiden Charakters aufweist, ist unbefriedigt in ihrer Ehe. Sie hatte sich vor der Ehe viele äußere Umstände und auch viele Charaktereigenschaften ihres Mannes anders vorgestellt, sie wird dazu noch von den Eltern gegen den Mann aufgehetzt, kurz es kommt zu einer Menge von äußeren und inneren Konflikten. Eines Tages, nach einem Krankenbesuch bei einer frisch operierten Freundin, sagt die Frau, sie sei auch voll Eiter, ihr Mann habe sie mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt, sie müsse sterben usw. Sie kommt in die Klinik, und hier ist es interessant, wie sie sofort ihre Wahnideen weiter ausbaut. Sie überträgt alle Charaktereigenschaften, die sie bei ihrem Manne vermißt, auf einen Arzt, er hat alles, was ihr Mann nicht hat; schließlich redet sie ihn mit Du an und verkennt ihn als ihren Mann. Zugleich treten mit diesen, bis ins letzte verständlichen „Zusammenhängen“ eine Menge echt schizophrener Symptome auf: typische Sperrungen, Wortkontaminationen, Parathymien usw. Nach wenigen Tagen ist alles vorbei, die Patientin hat volle Krankheitseinsicht, sie ist wie vorher. Es lag bei dem Vorhandensein aller Voraussetzungen — hinreichendes seelisches Erlebnis, Verständlichkeit der Zusammenhänge, Rückkehr in den früheren Zustand — kein Grund

vor, diese Krankheit nicht als eine Reaktion anzusehen, als eine psychotische, durch die präpsychotisch schizoide Veranlagung schizophren gefärbte Reaktion, die nach ihrem Abklingen die Patientin in ihrem früheren Zustand zurückläßt. Erst später erfuhren wir, daß dies gar *nicht die erste Psychose* der Patientin war, sondern daß sie vor Jahren schon einmal eine kurze Krankheit durchgemacht hatte, die ebenfalls auf ein aufregendes Erlebnis hin ausgebrochen war und von der betreffenden Klinik als „schizophrener Anfall“ bezeichnet wurde. Damals waren allerdings *Zusammenhänge zwischen Erlebnis und der Psychose nicht vorhanden*. Über den Charakter der Patientin vor dem Ausbruch dieser ersten Psychose haben wir nichts erfahren.

KRAUS erwähnt die Möglichkeit, daß es sich um zwei Reaktionen einer schizoiden Persönlichkeit handele; dann fragt es sich, warum das zweite Mal der Inhalt der Psychose verständlich war, das erste Mal nicht; vielleicht war die erste Erkrankung ein Schub, der die schizoide Veränderung hinterließ und damit die Voraussetzung zu der zweiten reaktiven Erkrankung schuf<sup>1</sup>. Oder es handelt sich beide Male um Schübe, deren zweiter rein pathoplastisch durch die gerade vorhandene Konfliktsituation gefärbt war. Zwei in mancher Hinsicht ähnliche Psychosen in einer Familie hat HARTMANN mitgeteilt. Zwei Schwestern erkrankten unmittelbar im Anschluß an den Tod des Vaters. Die eine hatte schon 2 Jahre vorher während der Lactation einen Schub mit katastrophaler Verwirrtheit durchgemacht, ihre Psychose zeigte keinerlei inhaltliche Beziehung zu dem auslösenden Ereignis. Die zweite Schwester war vom Tode des Vaters besonders beeindruckt und erlebte den Ausbruch der zweiten Psychose bei der Schwester mit. Ihre Erkrankung ist weitgehend als Reaktion auf den Verlust des Vaters verstehbar, dem erschütternden Erlebnis wird wahnhaft die Realität aberkannt. Trotzdem sind die schizophrenen Züge auch in ihrem Krankheitsbilde unverkennbar. Beide Patientinnen wurden in guter Remission entlassen.

KRAUS versuchte seine Fälle nach den JASPERSschen Kriterien: Wahrung der verständlichen Zusammenhänge und Rückkehr in den Ausgangszustand zu ordnen; dabei scheiden 4 Kranke mit mehreren Schüben und 5, welche in irgendeiner Beziehung nicht genügend zu klären waren, aus. Von den verbleibenden 26 kehrten 15 *zum Ausgangsverhalten* zurück, der Rest blieb auch nach Abklingen des reaktiv entstandenen Schubs deutlich verändert. Von den genannten 15 Kranken zeigte nur eine völlige Wahrung der verständlichen Inhalte, bei 9 waren solche nur anfänglich und lückenhaft nachzuweisen, verloren sich bald im Lauf der Psychose, bei 5 Fällen fehlten sie völlig. Unter den 11 Patientinnen, deren reaktiver Schub zu einer Dauerschädigung führte, fand KRAUS keine mit durchgängiger Wahrung der Verständlichkeit, doch haben BORNSTEIN, VAN DER TORREN und WILDERMUTH solche Fälle beschrieben. Anfängliche Anknüpfung an das seelische Trauma zeigten 6, völliges Fehlen eines Zusammenhangs 5 Kranke. Es besteht also keine Korrelation zwischen Verstehbarkeit der Inhalte und Grad der Wiederherstellung, was gegen die Annahme spricht, daß es sich bei den verständlichen Symptomgestaltungen um psychogene „Überlagerungen“ handelt. Selbst bei dem kritisch ausgewählten Material KRAUS' ergeben sich in vielen Einzelfällen noch Zweifel in bezug auf die auslösende Wirkung des seelischen Erlebnisses: einmal insofern, als die anamnestischen Angaben der Angehörigen aus einem begreiflichen Kausalitätsbedürfnis zeitlich vielfach ungenau sind; ferner wird mitunter eine ganze Reihe von Ereignissen verschiedenster Art verantwortlich gemacht, über deren tatsächliches affektives Gewicht man schwer ins klare kommen kann, falls die Kranken selbst nicht dazu Stellung nehmen. So etwa im folgenden Fall:

*Elsa Raßmuth*, geb. 1903 (21/63). Ein Bruder in Anstalt, Diagnose unsicher. In der Jugend unauffällig. Weinte als Kind leicht, im übrigen freundlich, zuvorkommend, gesellig;

<sup>1</sup> LANGE erwägt bei Fällen mit langer Remission nach der ersten Erkrankung den umgekehrten Fall: erster Krankheitsanfall als Reaktion, spätere spontane Schübe.

seit einem Jahr ein Verhältnis. Sie pflegte den Vater, der nach einem Schlaganfall bettlägerig geworden war, machte sich viele Sorgen, hing sehr an ihm. Der Tod des Vaters am 2. 3. 21 nahm sie sehr mit; bei der Beerdigung bleich, sie könne nicht mehr weinen. Am Tage nach der Beerdigung starb in ihrem Arm eine kleine Nichte an Lungenentzündung; am selben Tag erfuhr sie von einer Frau, daß ihr Verlobter ein Verhältnis mit einem anderen Mädchen habe. Am folgenden Tag sehr auffällig, der Arm schmerze ihr, das Herz tue ihr so weh; sie ging auf den Friedhof, behauptete, die neuen Glocken, die die Gemeinde erwartete, seien schon angekommen; wenn sie läuteten, würde es ihr besser. Sie ging zum Pfarrer, erklärte, sie sei dessen Tochter, redete die ganze Nacht vom toten Vater, Krieg, Verhältnis, Glocken, griff alles auf, was ihr vor die Augen kam; starker Durst, sie sei so schwach wie ein kleines Kind; ständig erregt.

Bei der Aufnahme (6. 3. 21) exaltiert, durchdringende Schreie, orientiert, redet vorbei. Spricht auf der Abteilung zunächst nur von den Erlebnissen der letzten Zeit, völlig durcheinander, Klangassoziationen, äußerliche Anknüpfungen, wiederholt die Fragen, deutliche Ideenflucht, mehr wütend als traurig. Trotzig als man sie zurechtweist, sie solle ordentlich antworten. Schmerzliches Verziehen des Gesichtes und sonstige traurige Gesten. Am 8. 3. bereits Bild eines katatonischen Erregungszustandes, stereotype Gesten und Bewegungen. Völlig losgelöst von ihrer Umgebung, gibt nur ab und zu durch ein kurzes Wort zu erkennen, daß sie orientiert ist, verworrene Reden, wiederholt sich immerzu.

Am 27. 3. ist sie plötzlich geordnet; sie weiß, daß sie verwirrt redete, aber nicht, warum sie es tat, erinnert sich an alles, sagt selbst, sie sei nicht gesund. Nach 5 Minuten wieder völlig wie früher; bezeichnet den Arzt als Adam usw. Bei einem etwas geordneteren Gespräch in der Folgezeit maniertes Beiseiteblicken, Zurückstreichen der Haare u. dgl. Als man sie fragt, ob sie sehr unglücklich über den Tod ihres Vaters war: „Ja, das ist schuld — jetzt brauch ich mich nicht mehr aufzuregen, jetzt bin ich kuriert.“ Anfang April viel ruhiger, plötzliches Stocken mitten im Satz beim Sprechen, plötzliches Wechseln von Lachen und Weinen ohne äußeren Grund, verweigert die Nahrungsaufnahme.

Am 1. 5. ist sie ruhig, faßt alles auf, bringt aber nur selten ein Wort heraus; Grimasieren, stereotype Kopfbewegungen. 2. 5. 21 nach Hause geholt.

14. 3. 25: Mitteilung des Bruders: Befinden sehr gut, ein halbes Jahr war sie noch aufgeregt, heute ist sie gänzlich hergestellt, verlobt mit einem Lehrer, richtet ihre Aussteuer.

Eine ziemlich eindeutige Auslösung eines infaust verlaufenden Prozesses veranschaulicht die folgende Krankengeschichte:

*Bertha Staßler*, geb. 1888 (16/271). Von jeher nervös und leicht aufgeregt; gute Schülerin, arbeitete stets als Polisseuse in einer Goldwarenfabrik. Fünf rasch hintereinander folgende Todesfälle in der Familie: 1915 fielen zwei Brüder. 1916 starb der Vater, im September fiel der dritte und letzte Bruder im Feld. Am 20. 11. 16 starb nach achttägiger Krankheit der Ehemann. Sie war von den Todesfällen ihrer Blutsverwandten schwer getroffen und hat sich sehr aufgeregt, wurde aber in den letzten 4 Wochen viel ruhiger. Als aber dann noch der Mann starb, trat am gleichen Abend die geistige Störung auf, die sich am folgenden Tag verschlimmerte. Sie riß sich die Kleider vom Leibe, tobte, schrie, wiederholte immer dieselben Worte: „Nackt und bloß, Christus siegt.“ Im Krankenhaus Pforzheim Nahrungsverweigerung, hochgradig erregt, wiederholt immer dieselben Worte.

Aufnahme in die Klinik am 22. 11. 16. Äußerlich ruhig, gehobene Stimmung, katatonisches Wesen. Religiöse Größenwahnideen: sie habe die Welt erlöst. Steigende Erregung, Vergiftungsideen, Predigen, stereotype Wortwiederholungen, religiöse Formeln, schließlich aber schwerste Tobsucht, sinnloses Umsichschlagen. Religiöse Inhalte, Sinnestäuschungen. Toben von ungewöhnlicher Heftigkeit. Dabei kein deutlicher Affekt; abgehackte, verworrene Worte, nur mit einer großen Anzahl von Pflegerinnen zu halten; Hyoscin ohne Wirkung, muß schließlich infolge Personalmangels (Kriegszeit!) isoliert werden.

9. 12. Zeitweise mit der Sonde gefüttert, etwas ruhiger, leicht stuporös, Temperatursteigerung, körperlich sehr schlechter Zustand. Kochsalzinfusionen usw.

14. 12. Schwerer Stupor, körperlich besser, ißt, wenn sie gefüttert wird. Unverändert nach der Anstalt. Dort zunächst völlig stuporös, Muskelspannungen bei passiven Bewegungen. Ruft nur einmal einer Kranken zu, sie solle still sein; sonst völlig stumm. Im Mai 1917 ab und zu ausfällig, schlägt, zerreißt, nimmt anderen das Essen weg, unzugänglich. Stumpf; zu keiner sprachlichen Äußerung zu bewegen.

1918: Völlig unverändert.

1919: Im Mai einmal kurz andauernde Äußerung zum Arzt. Stets den Kopf unter der Bettdecke, spricht öfters vor sich hin, zeitweise laut, meist ganz verwirrt.

1920: Zerzupft, unsauber, läppisches Benehmen, längere Unterhaltung nicht möglich.

1921: Zeitweise etwas geordneter, nachmittags außer Bett.

1922: Läppisch, einmal gelegentlich gewalttätig, Neigung zum Zerreißen und zum Schmieren.

1923: Zeitweise Durchfälle, erholt sich aber gut. Bringt immer noch verworrenes Gefasel vor.

1925: Oft ziemlich laut, spricht und schimpft in verwirrter Weise; allgemein harmlos.

Dagegen handelt es sich wohl bei der nächsten Patientin nur um die Exacerbation einer schon „latent“ vorhandenen paranoiden Schizophrenie:

*Rosa Grill*, geb. 1861 (16/25). Ein Bruder schwachsinnig. Der Bruder des Vaters geisteskrank. Beide nicht in Anstalten. Schlechte Schülerin, einmal sitzen geblieben. Nach ihrer eigenen Angabe wurde sie als sechsjähriges Kind von einem älteren Bruder geschändet, der sie zwang, bei ihm zu schlafen. Auch der geistesranke Onkel habe sie verführt. Sie sei darüber traurig gestimmt gewesen, habe es aber bald wieder vergessen. Sie schildert sich weiterhin als lustig, gesellig, sie habe gerne getanzt, wollte aber nicht heiraten, sondern ins Kloster gehen. Der Vater habe sie zur Heirat mit einem Witwer gezwungen. Zwar sei die Ehe anfangs gut gewesen, doch habe sie sich nicht glücklich gefühlt. Der Mann war mit seinen Eltern zerfallen, sie mischte sich ein und wurde daraufhin von ihm mißhandelt. Er sei roh und grob gewesen gegen sie. Ferner wird angegeben, sie habe von jeher ein schlechtes Gedächtnis und wisse nach  $\frac{1}{2}$  Stunde nicht mehr, was sie gesagt habe. Sie war seit langem sehr redselig. Las viel in den Heiligenlegenden, wo sie sich ihre Todesart herausgesucht habe. Sie war sehr arbeitsam und fromm; richtig fromm will sie aber erst seit dem Kriege sein.

Im Mai 1915 fiel ein Sohn im Feld. Zu jener Zeit, so erzählte sie nach der Aufnahme in die Klinik, habe sie morgens einen hellen Schein im Schlafzimmer gesehen. Da habe sie gewußt, daß das der heilige Geist gewesen sei. Der Tod habe sie tief geschmerzt, und sie habe gemeint, sie sei schuld am Tode des Sohnes. Objektiv war sie damals sehr tapfer, sprach davon, sie habe ihn gerne geopfert. Man merkte es ihr an, daß es ihr nahe ging, doch hat sie damals gegessen und geschlafen und nicht geweint. Einen weiteren Traum habe sie Anfang November 1915 gehabt. Sie sah zwei Bomben und die Jungfrau Maria. Danach war sie zuerst froh, dann habe sie geweint vor Freude und noch mehr gebetet. Schließlich habe sie von einem Totenwagen geträumt. Im Januar 1916 kam der zweite Sohn schwerkrank ins Lazarett nach Karlsruhe. Sie selbst fuhr zu ihm und war bei seinem Tode am 24. 1. anwesend. Am 25. 1. kam sie von Karlsruhe zurück, antwortete der Tochter, die sie begrüßte: „ich bin nicht mehr deine Mutter, ich bin die Mutter Jesu.“ Sie redete in Predigerton, der verstorbene Sohn sei der Heiland, der Friede komme, sie habe ihn auf den Bahnhöfen verkündet. Zu Hause schrie sie laut, sie habe jetzt zwei Söhne, die Heilige im Himmel seien, den dritten wolle sie auch noch opfern, sonst nehme der Krieg kein Ende. Sie war schlaflos, redete ununterbrochen von den heiligen Söhnen und aß nicht mehr. Am Tag darauf (26. 1. 16) wurde sie mit einer List in die Klinik gebracht. Hier erzählte sie, daß sie während der 8 Tage in Karlsruhe überhaupt nichts gegessen, sondern nur gebetet habe. Nach der Aufnahme rutschte sie auf den Knien umher, schrie, schlug nach dem Arzt, sang theatralisch in stereotypen Wiederholungen ein paar Worte. Die Stimmung war eher heiter. Sie grimassierte in den folgenden Tagen stark, die motorische Unruhe hielt an. Am 31. 1. war sie bei einem längeren Gespräche ausgesprochen zerfahren, dabei lebhaft, führte keinen Gedanken zu Ende, gute Auffassung, fast theatralisch übertriebener Ausdruck. Am 4. 2. lag sie vollkommen ruhig im Bett mit glücklichem Lächeln. Sie sprach viel, schrieb große Briefe über ihr Karlsruher Verhalten an den Pfarrer, sie sei nicht irr, sondern klarer wie zuvor, sie habe schöne Erscheinungen gehabt, sei frischer und freier als je. Dieses manisch gefärbte Verhalten dauerte an, sie war vollkommen uneinsichtig gegenüber den wahrhaften Erlebnissen und wurde so am 15. 2. 16 entlassen. — Im Februar 1925 antwortete sie auf eine Anfrage selbst, sie sei noch einige Wochen aufgeregt gewesen. Im Oktober 1916 sei dann auch der letzte Sohn gefallen. Sie sei aber gesund geblieben und es habe sich keine Spur ihrer Krankheit gezeigt. Der Ton des Briefes zeigt eine ähnliche schwülstige Theatralik wie frühere Schriftstücke. Sie kündigte einen Besuch in der Klinik an, den sie aber nicht gemacht hat, und bedankte sich.

Wir geben weiterhin noch ein Beispiel eines durch ein eingreifendes Schreckerelebnis ausgelösten katatonen Schubs bei einer jugendlichen Patientin aus einer Schizophreniefamilie:

*Gertrud Hausmann*, geb. 1901 (19/51). Mutter und eine Schwester schizophren. Auffällige Züge aus der Kindheit und Jugend sind nicht bekannt. Sie war eine gute Schülerin und 1 Jahr vor der Erkrankung bei einer großen Firma in Mannheim als Zeichnerin beschäftigt. In ihrer Anwesenheit wurde ihr Chef im März 1919 bei Straßenunruhen ermordet. Daraufhin schien sie zunächst sehr aufgeregt und in den nächsten Tagen niedergeschlagen. Einige Tage später fiel in der Nähe der Wohnung ein Schuß. Dadurch erschreckte sie sehr und von da an war sie verwirrt. Sie fühlte sich verfolgt, sah überall Spartakusleute, schrie und jammerte laut, raufte sich die Haare, sah den Satan in allen möglichen Gestalten,

verweigerte die Nahrungsaufnahme, verkannte Personen und geriet mehr in einen katonen Erregungszustand. In einem solchen am 13. 3. 1919 in die Klinik aufgenommen. Sie bot hier erst das Bild einer pathetisch-heiteren Erregung. Mit den Tönen von Operettenmelodien sang sie mit großen Gesten zerfahrene, sich immer wiederholende Redensarten, leere Reimereien und war nicht ansprechbar. Der Mord kam in ihren Reden zunächst nicht vor. Sie wurde sehr bald kopolalisch, wiegte sich hin und her, sang im Dauerbad in wüsten Redensarten. Nach etwa einer Woche wurde sie mehr und mehr negativistisch, zeitweise zornig laut, im übrigen in zusammengekauerter Stellung unansprechbar. Sporadisch gab sie dann auch richtig Auskunft. Am 25. 3. erzählte sie den Mord mit allen Einzelheiten. Sie habe sich natürlich sehr aufgeregt und seither nichts anderes denken können, davon sei sie krank geworden. Aber bereits 2 Tage später ist sie wieder gänzlich gespannt, negativistisch und antwortet sinnlos zerfahren. In der Folgezeit scheint sie zeitweise unter dem Eindruck von Halluzinationen zu stehen. In ihren Reden kommt öfters das Wort „totschießen“ vor. Sie erscheint ängstlich, manchmal liegt sie mit verstörtem Gesicht, halbgeöffnetem Mund, mit furchtsamer Miene im Bett und flüstert ab und zu einmal vor sich hin. Im April wird sie immer unansprechbarer, versinkt schließlich in eine Art Stupor, der aber von vorübergehenden Erregungen unterbrochen wird. In diesen ist sie sehr unproduktiv und ablehnend, nur ganz ausnahmsweise gibt sie Antworten. Anfang Juni beginnt wieder ein schwerer Erregungszustand. Über den Beginn der Erkrankung äußerte sie sich am 24. 6.: „ich weiß selbst nicht, es kam auf einmal, es waren Unruhen in Mannheim, da habe ich gedacht, es kommt das Weltgericht, es war auf einmal so hell im Zimmer, auf der Straße hat einer gehämmert. Ich bin nachts aufgestanden, ich habe so Angst gehabt. Das Licht kam vom Himmel, der ganze Himmel war blutrot. Ich weckte die Schwester und zeigte ihr das Licht. Sie sagte, ich solle sie in Ruhe lassen. Ich war so bedrückt, dann wurde ich krank. Erst habe ich gedacht, es brenne irgendwo, aber dann kam es mir doch wie etwas Besonderes vor, daß mitten in der Nacht Tag war. Alles kam mir so geheimnisvoll vor.“ An den Mord des Herrn R. erinnert sie sich mit allen Einzelheiten und erzählt davon. Nach dieser Rücksprache tritt eine gewisse Beruhigung ein, aber bereits am 6. 7. kommt sie schon wieder in eine schimpfende Erregung. Mit maniertem Lächeln und affektiv zerfahrenem Gerede hüpfte sie im Saal umher, machte treffende Zwischenbemerkungen bei Gesprächen, meist mit stark obszönem Einschlag. Am 25. 7. trat ein sicher *organischer Anfall* ein mit Pupillenstarre, Urininkontinenz, doppelseitigen tonischen klonischen Zuckungen, rechtsseitigem Babinski. Nach dem Anfall noch eine Stunde benommen, dann die frühere katatone Erregung. Lumbalpunktion und neurologische Untersuchung ergaben keinen pathologischen Befund. Mitte August wurde sie in die Anstalt Wiesloch überführt, von wo sie im November 1921 gegen ärztlichen Rat abgeholt wurde. Nach der Entlassung — so berichtete uns 1922 eine Tante — kam es zu einer neuen Erregung, die aber nach einer Wasserkur abgeklungen sei. Bei einer Nachuntersuchung am 12. 6. 22 zeigte die Kranke eine eigenartige, verschrobene, gebundene Freundlichkeit, zeigte keine Neigung frei zu sprechen und zu erzählen.

Der folgende Fall, mit dem wir die Reihe der Beispiele beschließen, zeigt vielleicht am ehesten den Charakter einer schizophrenen Reaktion: ein Arzt, der erkrankt, unmittelbar nachdem sein hebephrener Sohn in unserer Klinik an einer Pneumonie verstorben war:

*Walter Lauter*, geb. 1874 (28/1043). Am 28. 11. 28 wurde der *Sohn* des Patienten, der schon seit 3 Jahren mit den Zeichen einer schleichenden Hebephrenie erkrankt war, nachdem er schließlich vollständig im Beruf versagt hatte, in die Klinik eingeliefert. Er war zuletzt zu Hause deshalb nicht mehr zu halten, weil er die Leute in der Sprechstunde des Vaters attackierte, einem Feldhüter das Rad wegnahm und davonfuhr. Er befand sich in einem schweren Erregungszustand, verfiel dann aber schnell in einen Stupor, war unansprechbar, schien mehr und mehr schlaftrunken und bewußtseinsgetrübt. Es stellten sich gleichzeitig Symptome einer Bronchopneumonie ein, und der Sohn starb am 13. 12. 28.

Am 20. 12. 28 wurde der Vater als Patient in die Klinik gebracht mit der Angabe der Frau, daß er am Tage nach dem Tode des Sohnes nachts unruhig geworden sei. Er selbst erzählte, daß er (ähnlich wie bei einer früheren Erregung) vom Tode seines Vaters geträumt habe. Er habe im Traum die Offenbarung bekommen, daß der abgeklärte Tod des Vaters bedeute, daß sein Vater und Gott eins gewesen seien. Er sprach dann viel vom Tod, der ihm erschienen sei. Seinen Patienten in der Praxis fiel er auf. Als ein Kollege kam, um ihn zu vertreten, saß er mit geschlossenen Augen auf dem Sofa, hielt seine Frau umschlungen, redete dauernd vor sich hin. Als er nachts zu einem dringenden Besuch herausgeklungelt wurde, lief er im Hemd aus dem Haus, sprang über den Zaun, sprach die ihn einholende Frau in seltsam pathetischem Ton an, erklärte, er habe den Dornenweg hinter sich, er habe gesiegt. Auch zu dem Kollegen sprach er vom Tode. Bald ließ er ihn nicht fort, bald verweigerte er ihm den Eintritt ins Schlafzimmer.

Nach der Verbringung in die Klinik am 20. 12. 28 war er in ununterbrochener schwerer motorischer Unruhe. Er redete ständig vom Tode, von Gott, von seinem verstorbenen Sohn, wiederholte die gleichen Redensarten, stellte sich immer wieder von neuem vor, erging sich in leeren Aufstellungen, nahm sehr wenig Nahrung zu sich. Nächtelang saß er im Bett und schlug fortwährend abwechselnd mit den Händen auf die Bettdecke. Schließlich mußte am 27. 12. zur künstlichen Ernährung gegriffen werden, da er fast völlig die Nahrung verweigerte. Auch in der Folgezeit war er nur mit Mühe und Geduld zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Er ließ spontan weder Stuhl noch Urin. Mit geschlossenen Augen lag er im Bett, klopfte auf die Bettdecke und sprach im rhythmischen Ton immer wieder das gleiche. Nachts stand er vielfach am Fenster, schien zu halluzinieren und fragte den Pfleger, ob man nichts gehört habe. Anfang Januar 1929 wurde er freier. Die rhythmischen Bewegungen dauerten an, doch war er herausreißbar. Er klagte darüber, daß er nicht recht denken könne, und schilderte dann, daß er die Sätze, „Hans ist tot, Hermann lebt“ (Namen der beiden Söhne), einfach denken und sagen müsse. Das sei ein unüberwindlicher Zwang, er könne sich gar nicht dagegen wehren; auch den Takt habe er einfach in sich, er habe ihn im Ohr und im Körper und könne nichts dagegen tun, um ihn abzustellen. Am 10. 11. ist sein Zustand weitgehend gebessert, obwohl die rhythmischen Bewegungen und das Sprechen weiter gehen. Auf einige Fragen kann er korrekt Auskunft geben, bis er ermüdet und darüber klagt, daß sich die Gedanken verwirren, daß alles dumpf und verworren in seinem Kopf sei, alles unklar, daß ihm die Sätze entfliehen, daß er den Faden verliere. Auch nach außen ist dieses Absinken deutlich, er schließt die Augen und beginnt dann sofort wieder zu flüstern und im Takt die Hände zu bewegen. Unter anderem gab er an, daß er die beiden Sätze auch von außen her mit seinem Ohr höre. Mit den Angehörigen unterhielt er sich geordnet, bis die Ermüdung einsetzte. Sein Zustand besserte sich sehr schnell, auch die Ermüdungssymptome schwanden. Er war zuletzt unauffällig, liebenswürdig, ansprechbar, freundlich. Bemerkte wurde nur, daß er auch am Schlusse keine natürliche Traurigkeit über den Verlust seines Sohnes hatte, sondern sich ziemlich egozentrisch mit seiner eigenen Erkrankung beschäftigte.

*L.* zeigte einen ausgesprochen pyknischen Körperbau und Habitus. Nach seiner eigenen Angabe war auch sein Vater ähnlich von Statur. Dieser litt zweimal an Psychosen, die ihn auf lange Zeit in die Anstalt führten, Depressionszuständen mit Sinnestäuschungen und Wahnideen, fraglos auch eine in Schüben verlaufende Schizophrenie. Eine Cousine väterlicherseits litt an „Paranoia“, erkrankte in der Pubertätszeit, war jahrelang in der Anstalt, wo sie auch verstorben ist.

Über die persönliche *Vorgeschichte* des Kranken selbst gab uns die Ehefrau an, *L.* sei während der ganzen Ehejahre ein ungemein reizbarer, bei Kleinigkeiten sehr erregbarer Mensch. Schon während der Verlobungszeit habe er nachts ein Teufelsgesicht gesehen, nachdem ein Freund an Lungenentzündung gestorben war. Dies faßte er als eine Mahnung auf, vom Trinken zu lassen und abstinenz zu leben. Auch erzählte er der Frau, daß er in der ersten Zeit der Ehe nachts einmal Albrecht Dürer gesehen habe, und zwar nicht real, sondern in Komplementärfarben. Ähnliches ereignete sich aber nicht mehr. *L.* war ein guter Familienvater, sehr fleißig, gewissenhaft, ungemein genau.

BUMKE will überhaupt nur von *pathoplastischen* Wirkungen der Erlebnisse sprechen und meint, daß sich durch diese pathoplastischen Einflüsse vielleicht die große Mannigfaltigkeit der schizophrenen Symptombilder wenigstens einigermaßen erklären lasse. Er zieht zum Vergleich den Ausbruch der Paralyse bei erheblicher emotioneller, intellektueller oder körperlicher *Beanspruchung* heran und findet es selbstverständlich, daß sich das Leiden zuerst bei ungewöhnlicher Beanspruchung äußert, mit anderen Worten: es handele sich jedesmal um latente Schizophrenien, die unter besonderen Umständen deutlicher in Erscheinung treten.

Nachdem die statistischen Ergebnisse (deren bedingter Wert in diesem Zusammenhang natürlich nicht vergessen werden darf) eine Zunahme der schizophrenen Erkrankungen auch unter den schweren seelischen Wirkungen des *Weltkrieges* nicht festgestellt haben (SONNENBERG), haben die Einzelbeobachtungen, die eine Auslösung zu beweisen scheinen, kein großes Gewicht: Wir sahen einige Fälle, bei denen während des Abtransports zum Ersatztruppenteil bereits die Psychose manifest wurde. Ein Reserveoffizier erkrankte erstmals unmittelbar nach der Mobilmachung, als er eben in die Garnison gereist war, an einer akuten Schizophrenie, um dann jahrelang in katatonem Zustand in der

Anstalt zu verbringen, aus der er schließlich mit einem deutlichen Defekt entlassen wurde. Während z. B. KURT SCHNEIDER drei schizophrene Schübe, die nach „Verschüttung“ während der Kampfhandlungen entstanden waren, einen weiteren nach einem Schreck bei einer Verwundung beobachtete, scheint nach unserem Material der Ausbruch während einer Schlacht, im Trommelfeuer, bei großen Märschen selten vorgekommen zu sein, was insofern auch den psychopathologischen Erfahrungen entspricht, als stärkste Willensanstrengung dem Hervortreten schizophrener Mechanismen nicht günstig ist, vielmehr eine Durchbrechung oder ein Zurückdrängen vorhandener Symptome bewirken kann. Die entgegengesetzte Wirkung der Entspannung, des „Herabsinkens auf ein tieferes Bewußtseinsniveau“, hat ja BERZE immer wieder betont.

Wir sahen dagegen eine Reihe von Fällen, bei denen die Erkrankung in der *Kriegsgefangenschaft* ausbrach; freilich war in keinem der Zusammenhang mit den seelischen oder körperlichen Schädlichkeiten des Gefangenenlebens ein solcher, daß ätiologische Erwägungen ernsthaft in Betracht kamen. Auch der weitere Verlauf war unabhängig von dem Austausch und der Heimkehr.

Immerhin verdienen diese Vorkommnisse ein gewisses Interesse wegen der eindrucksmäßig häufig vorkommenden Schizophrenie *bei Strafgefangenen*, deren geistige Erkrankungen allesamt früher ohne weiteres ursächlich auf die Wirkung der Haft selbst bezogen wurden. Insbesondere die Häufung der chronischen geistigen Störungen bei *Lebenslänglichen* (LEPPMANN, LIEPMANN, TÖBBEN, RUEDIN) nötigt zu der Erörterung, ob es nicht die seelischen oder auch die körperlichen Wirkungen der Haft seien, die diese Erkrankungen bedingen. Diese Umweltbedingungen sind zwar mit starken plötzlichen seelischen Beanspruchungen nicht zu vergleichen; vielleicht ist es nicht belanglos, auf eine gewisse *Verwandtschaft mit dem Milieu der alten Irrenanstalten* mit ihren Isolierzellen hinzuweisen, von deren ungünstigen Einfluß auf den *Verlauf* der Erkrankung man allgemein überzeugt ist. Wäre es nicht auch möglich, daß in solcher Umgebung eine latente Schizophrenie leichter manifest wird? RUEDIN fand unter 47 abnormen Lebenslänglichen 21 Dementia-*praecox*-Kranke bei enger Fassung des Begriffs. Davon erkrankte die Mehrzahl im ersten Jahr der Haft, eine Feststellung, die mit der früher auch von WILMANNs vertretenen, später aber aufgegebenen Annahme, daß den außerbewußten, *somatischen Hafteinflüssen* (Entziehung von Luft, Licht und Bewegung, einförmige Ernährung) eine krankmachende Wirkung zukomme, schwer vereinbar ist. Der Erkrankungsbeginn unmittelbar nach Strafantritt legt den Gedanken nahe, daß die Straftat selbst schon Ausfluß der beginnenden Psychose war, was sich nach neueren Untersuchungen von WILMANNs in vielen Fällen nachweisen läßt.

Im Sinne einer mindestens auslösenden Wirkung der Haft wurde es auch gedeutet, daß die beginnende Schizophrenie hier vielfach *unter dem Bilde* der *psychogenen Haftreaktion* verläuft: Simulation, Ganser-Zustände, Unschuldswahn, Begnadungswahn, querulatorische Züge, szenische Sinnestäuschungen wunscherfüllenden Charakters können über lange Zeit das Symptombild beherrschen und das Grundleiden verschleiern.

Wir geben als Beispiel den Fall eines Unschuldswahns, der bei einem zu Zuchthaus verurteilten Betrüger und Sittlichkeitsverbrecher den Beginn der Schizophrenie darstellt; im klinischen Teil werden ähnliche Vorkommnisse zu besprechen sein (s. S. 373):

*Oskar Edel*, geb. 1871 (93/243). Vaters Bruder geisteskrank. *E.* stammt aus einer achtbaren Familie. In der Schule gut befähigt, doch fiel schon früh seine Lügenhaftigkeit und sein Leichtsinns auf. Er lernte zunächst keinen Beruf, war in verschiedenen Stellen tätig. Mit 17 Jahren kam er auf die Bauschule nach Berlin. Dort soll er in schlechte Gesellschaft geraten sein. Er wurde Vermesser bei Zimmermeistern und beging mit 20 Jahren zum erstenmal eine Wechselfälschung. Er wurde mit 6 Jahren



Gefängnis bestraft und machte dann weiterhin eine Reihe von Betrügereien. Danach vertrieb er als Kolporteur das Bilzche Buch über den kranken Menschen und war auch 14 Tage bei Bilz, wo er der Behandlung zusah. Schließlich verlegte er sich darauf, als Magnetopath und Wunderdoktor aufzutreten. Unter falschem Namen ließ er sich in Karlsruhe nieder und bekam bald eine große Praxis besonders in Frauenkreisen. Oktober 1898 wurde er verhaftet, weil eine Anzeige wegen Notzucht begangen an hypnotisierten Frauen erstattet wurde. Er leugnete zunächst vollkommen, gab dann einen Versuch zu, bestritt aber die Beeinflussung der Patientinnen. Über die Frage, inwieweit die Frauen tatsächlich willenlos waren, erstattete damals FÜRSTNER ein Gutachten. E. wurde zu 5 Jahren Zuchthaus verurteilt. Er nahm die Strafe an und fiel zunächst im Zuchthaus nicht auf. Erst im März 1900 begann er wegen Wiederaufnahme des Verfahrens zu querulieren mit der Behauptung, die Hauptzeuginnen hätten einen Meineid geschworen. Außerdem habe sein Verteidiger gegen seinen Willen auf Revision verzichtet, und er selbst sei daran verhindert worden, Protest einzulegen. Als die erste Beschwerde abgelehnt war, beschuldigte er seinen Anwalt, ihn nicht gebührend in Schutz genommen zu haben. Die Hauptzeuginnen hätten gar nicht vereidigt werden dürfen, da sie über die Vorgänge im hypnotischen Schlaf nichts aussagen konnten. Seine Beschwerden wurden immer dringender, er nannte Richter und Geschworene Mörder, pflichtvergessene Menschen, hielt sich für unterdrückt und um sein Recht betrogen. Im August 1902 verfiel er in einen Depressionszustand. Er sprach wenig, aß und schlief schlecht und machte einen Selbstmordversuch. Im November des gleichen Jahres erkannte er den Brief seines Vaters nicht als echt an, verlangte einen Strick. Er wurde immer unruhiger, begann zu halluzinieren, sprach von Tönen, die aus der elektrischen Leitung kämen. Es bestehen Apparate, mit denen andere hören, was er denkt, liest und spricht. Er hörte befehlende Stimmen, war ängstlich und mißtrauisch und beschäftigte sich mit seiner Gerichtsangelegenheit gar nicht mehr. Am 14. 10. 1903 wurde er in die Heidelberger Klinik überführt. Hier berichtete er ausführlich in geordneter Weise über zahlreiche akustische Halluzinationen, Gedankenbeeinflussung. Im übrigen war er wortkarg, einsilbig, argwöhnisch und mißtrauisch, an allem anderen uninteressiert. Gegen die Ärzte war er abweisend. Allmählich stellte sich ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl mit allerlei hypochondrischen Wahnideen ein. Er klagte über Körpersensationen, an seinen Wirbeln sei böswillig etwas getan worden. Am 27. 2. 04 ist folgende eigentümliche Klage notiert: „ich verwechsle die Arme, wenn ich an die Haut des rechten Unterarms greife, fühle ich es auf der linken Hand, ebenso an der rechten Schulter, das spüre ich an der linken Weiche. Alle Bewegungen spüre ich auf der entsprechenden anderen Seite, nicht durch Druck an den inneren Organen, sondern auf der Oberfläche.“ Allmählich traten eigentümliche Wortneubildungen auf. Seine Schriftstücke wurden immer verschrobener und manierterter. Beispiel vom 25. 9. 04: „An

Die Eingewordene (grandestor arme)  
Armee aus 16. I. 1803 s. K. laufend  
der Franken Allemannen.  
berichtet Völkerrechtspflichtträger.

Sie haben zum abgeschlossenen Völkerrechtsstreitlich, jeder Bestehungspflicht desselben brechend, gehörige Bestände im Niesbrauch, durch völlige Entwertung, durch Verkauf, durch Beschädigung abgezurechten versucht, Gewaltmisbrauchend auszuscheiden versucht, ausgeschieden, gefälscht, vernichtet, Ich bestrafe Sie hiermit aus dieser Unserer Rechtsbeschlossenen Urkund in Unserer, Meiner persönlichen Pflichtleistung Schadenbelastend zur Beibringung erurteilten Bestände. Sie haben Sich des Verrats beschuldigt, Mir, Uns haben bis 1893 Rechtsausreichende Gegenbeweise nicht vorgelegen, weshalb Ich Sie bis auf Weiteres von weiterer Benützung der beurteilten Bestandverluste, Bestände auszuschließen beschlossen habe und befände auch nun laufend wie vor für Staatwerdender Reichsstreitliche Bedeutung jeden Volksvermögensbestandes demselben diesen zuweisend, ausgeschlossen vom früher Republikvollbesitz, ist in dieser Pfändung jeder Kaiserreichsvolkbesitz, des früheren Frankischen Volk's eingeschlossen als Vermögensbestand verwaltet im gleichen Verwaltungsactstreitlich gepfändet

Der Völkerrechtspflichtträger  
H. H. Os. Edel.“

Er klagte über Gedankenlautwerden. Am 2. 11. 04 wurde er in die Anstalt Emmendingen überführt. Auf der Fahrt verlangte er in Bruchsal ins Zuchthaus zurück. In der Anstalt war er bald ruhiger, bald gereizt und schimpfend, produzierte zeitweise einen „völlig dissoziierten Schwulstsalat“. Im Oktober 1908 erkrankte er an einer Pneumonie und starb am 4. 11. 08. Bis zuletzt war er völlig einsichtslos und verlangte zur Abbüßung seiner Strafe ins Zuchthaus zurück.

Wir werden bei der Darstellung der uncharakteristischen Symptome des schleichenden und akuten Krankheitsbeginns zeigen, daß die verschieden-

artigsten psychopathisch-reaktiven Zustandsbilder eine schizophrene Prozeß-erkrankung einleiten können; es kann daher irgendein ätiologischer Schluß aus dem haftpsychotischen Beginn nicht gezogen werden. Es handelt sich auch hier nur um *pathoplastische Einflüsse* des Milieus, der äußeren und der inneren Situation des Häftlings. Es ergeben sich hier ähnliche differential-diagnostische Schwierigkeiten wie bei dem neuroseartigen Beginn, deren Überwindung anfangs oft unmöglich ist. Auch die Versetzung in die Irrenabteilung des Gefängnisses braucht nicht zu einer Änderung des Zustandsbildes zu führen, in welchem erst ganz allmählich die kennzeichnenden schizophrenen Züge hervortreten. Für die Beantwortung der Frage nach der reaktiven Natur der Haftschizophrenien ist auch die Prognose von Wichtigkeit. Da ergab nun die Nachforschung bei 46 *lange zurückliegenden Fällen* der Heidelberger Klinik folgendes: Von diesen in der Strafhaft ausgebrochenen Schizophrenien waren 21 in Anstalten gestorben, 15 lebten noch in Anstalten; nur 5 waren in der Freiheit verstorben, nur einer lebte vagabundierend außerhalb der Anstalt; 4 waren verschollen. Die Prognose der „Gefängnisschizophrenie“ scheint also *besonders ungünstig* zu sein.

Will man sich irgendeine theoretische Vorstellung davon machen, wie ein schizophrenener Schub durch seelische Einflüsse verursacht oder ausgelöst werden könne, welche über die BUMKESche Beanspruchungshypothese hinausgeht, so denkt man wohl an ein somatisches Zwischenglied, dessen Beeinflußbarkeit von der psychischen Seite her sichersteht; als solches bietet sich das *Vasomotorium* einerseits und andererseits das *endokrine System* an, welche beide durch affektive Vorgänge in Mitleidenschaft gezogen werden. Wie ein Angina pectoris-Anfall oder eine BASEDOWsche Erkrankung durch einen Schreck oder einen anderen affektiven Sturm bei entsprechender Konstellation ausgelöst werden kann, ließe sich das auch für den Ausbruch eines schizophrenen Schubes denken. Auch für die Folgen chronischer affektiver Beanspruchungen sind solche mittelbaren Wirkungen auf das Gehirn denkmöglich. Es fragt sich aber, wenn wir die psychogene Provokation der Schizophrenie zusammenhalten mit der psychischen Beeinflussung des im Gange befindlichen Krankheitszustandes, ob wir solche theoretischen Zwischenglieder heute noch benötigen, ob nicht die Störung des labilen seelischen Gleichgewichtszustandes, in welchem sich der sozial eingepaßte „latente“ Schizophrene befindet, einfach durch die äußere Nötigung zur Umorientierung in den veränderten Verhältnissen erschüttert werden kann. Es braucht sich dabei weder um eine Mehrleistung im Sinne der Beanspruchung, noch um besondere affektiv wirksame Faktoren zu handeln, sondern nur um Vertauschung des adäquaten Milieus, in welchem die Einpassung noch gelingt, mit einem solchen, in welchem die gestörte Funktion an die Oberfläche tritt, wie wir es bei der Beschäftigungstherapie alltäglich beobachten können.

Alle derartigen Erörterungen sind solange hypothetisch, als das Wesen unserer Erkrankung in Dunkel gehüllt ist. Immerhin lassen die neuen psychophysiologischen Erkenntnisse bei anderen organischen Hirnschädigungen, den Encephalitis-Folgezustände und verwandten extrapyramidalen Störungen, die schwer erklärbaren seelischen Einwirkungen auf den Schizophrenieverlauf nicht mehr in dem Maße vereinzelt und unbegreiflich erscheinen, wie sie es noch vor kurzem waren (vgl. auch den Abschnitt: Äußere Einwirkungen und Verlauf, S. 562).

### b) Körperliche Auslösung.

**Puerperium, Infektionskrankheiten, Trauma, „symptomatische Schizophrenie“.**

Während die Verursachung einer Schizophrenie durch eine Körperkrankheit oder die Generationsvorgänge im strengen Wortsinn heute kaum mehr angenommen wird, sind doch die Zusammenhänge der Erkrankung mit den

genannten Schädlichkeiten noch *in dreifacher Beziehung* diskussionsfähig: einmal unter dem Gesichtspunkt des „schizoiden Reaktionstypus“, der nicht nur auf psychische und endokrine, sondern auch auf andere somatische Reize ansprechen kann; dabei gibt es noch die beiden Auffassungsmöglichkeiten: eine symptomatische Psychose kann nur pathoplastisch durch eine schizoide Anlage gefärbt sein; oder aber der „Reiz“ der Körperkrankheit setzt die „präformierte“ schizoide Krankheitsreaktion in Tätigkeit. Zweitens kann umgekehrt eine *schizophrene* Erkrankung in ihrem Beginn durch eine gleichzeitig bestehende Körperkrankheit eine *pathoplastische Färbung im Sinne der exogenen Reaktionstypen* (BONHOEFFERS) erhalten, z. B. amentielle oder delirante Symptome aufweisen. Auch dabei wäre zu diskutieren, ob die Körperstörung oder diese zusammen mit der symptomatischen Psychose die Schizophrenie *auslöst*. Schließlich ist drittens der von BUMKE erörterte Vorschlag in den Kreis der Besprechung einzubeziehen, „daß die Schizophreniesymptome nichts anderes sind als *eine bestimmte Form exogener Reaktionen*, die, wenn auch nicht für alle, so doch von manchen Gehirnen für recht verschiedene Schädlichkeiten bereitgehalten werden“. Hieran schließt sich das dieser Meinung sehr nahestehende, aber auch mit dem schizophrenen Reaktionstypus verknüpfte Problem der *symptomatischen Schizophrenie*: schizophrene Symptome als Folge einer ätiologisch faßbaren organischen Hirnkrankheit.

Die vermehrte Beachtung der exogenen Komponente bei der Schizophrenientstehung hat in dem stagnierenden Bereich der Ätiologie der Erkrankung eine gewisse Bewegung erzeugt. Der eingangs entwickelten dreifachen Fragestellung entsprechend haben KRISCH und KAHN eine *ätiologisch orientierte Einteilung* der Schizophrenie vorgeschlagen, die sich zum Teil an der Einteilung der Epilepsie orientiert. KAHN gruppiert die „schizophrenen Äußerungsformen des Irreseins“ nach der folgenden Nomenklatur: „1. idiotypische oder genuine Schizophrenien, 2. schizoide, idiotypisch unterlegte Reaktionsweisen, 3. schizoforme Reaktionsweisen (exogen)“. KRISCH schlägt für die letzte Gruppe die Bezeichnung „symptomatische Schizophrenie“ vor. Über die konstitutions-theoretischen Anteile dieser Gruppierung wird an anderer Stelle gehandelt (BERINGER). MOSER hat in einer kritischen Besprechung dieser ätiologischen Ordnungsversuche jüngst auf die Brüchigkeit der empirischen Grundlage hingewiesen, auf welcher sie aufgebaut sind. Gerade in bezug auf die exogenen Einflüsse seien solche Annahmen höchst problematisch. „Mehr als nur einen zeitlichen Zusammenhang nachzuweisen sind wir bisher mangels Kenntnis pathogenetischer Zusammenhänge noch gar nicht in der Lage, und auf dieser Basis Behauptungen aufstellen, hieße kritiklosen, spekulativen Trugschlüssen . . . Tür und Tor öffnen.“ Die Anwendung eines Einteilungsschemas analog der Epilepsien zur ätiologischen Gruppierung müsse bei den ungleich komplizierteren Verhältnissen zu voreiligen Schlüssen auf unsicheren Voraussetzungen führen, zumal noch so große Unsicherheit in bezug auf die Abgrenzung der schizophrenen Grundsymptome bestehe.

Diesen Einwendungen stimmen wir mit SEELERT zu, wenn auch der heuristische Wert solcher Einteilungsvorschläge und des Suchens nach einer natürlichen, ätiologischen Ordnung nicht bestritten werden soll. Wir werden uns also in unserer Darstellung lediglich an die drei eingangs herausgestellten Gesichtspunkte halten und ihre Erweiterung zu einem ätiologischen System der Zukunft überlassen können.

Die Frage, ob es eine schizoide Reaktionsbereitschaft gibt, welche durch eine körperliche Schädigung oder generative Umstellungen hervortritt, ist auf Grund der Erfahrung bis heute mit Sicherheit nicht zu entscheiden, obwohl manche Beobachtungen sie in bejahendem Sinne zu beantworten scheinen.

Sind deutliche schizoide Züge schon vor Eintritt der Schädlichkeit vorhanden, so werden sie auch in der Erkrankung selbst hervortreten.

Ein eindrucksvolles Beispiel dieser Art hat LANGE mitgeteilt: Eine akute fieberhafte Encephalitis trat in der Form eines schizophrener Primärerlebnisses in Erscheinung bei einer 29 jährigen Oberlehrerin, die sich „durch eine absolute Gleichmäßigkeit, außerordentliche Gemütsruhe, . . . durch eine gewisse Pedanterie, ein stilles, etwas befangenes und leicht ungewandtes Wesen“ auszeichnete. Sie gilt in der Schule als absolut gerecht. Innige Freundschaften hat sie nicht. Sie ist gern allein, hat keinen Gefallen an oberflächlichem Gespräch. Sie geht immer gleich in die Tiefe und wirkt deshalb in geselligem Kreise oft nicht am Platze. Sie ist sehr begabt.

Kurze Zeit vor ihrer Erkrankung hatte sich folgendes zugetragen: Sie hatte früher eine Schülerin, die sich alles mögliche hatte zuschulden kommen lassen, der sie dies aber nicht nachtrug, ja der sie innerlich sogar ein gewisses warmes Empfinden entgegenbrachte, ohne dies jedoch, entsprechend ihrem Grundsatz der unbedingten Gerechtigkeit, nach außen zu zeigen. Die Schülerin mußte wegen neuer Vergehen relegiert werden. Pat. ging dies nahe, und sie überlegte sich ganz ruhig, ob die Schülerin nicht hätte gerettet werden können, wenn sie, Pat., ihr auch äußerlich eine gewisse Anteilnahme entgegengebracht hätte. Über den Beginn der Krankheit schreibt sie selbst: „Am . . . ohne Andeutung irgendwelchen Unwohlseins am Abend leichtes Fieber bei ausgezeichneter Arbeitsstimmung, so daß ich etwas später als gewöhnlich zu Bett ging. Ich konnte nicht einschlafen. Zwei Takte aus einer am Abend gehörten Beethovensonate wiederholen sich immer wieder auf die Worte „Punta Arenas“. Wie ich gerade auf diesen südamerikanischen Namen gekommen, war mir damals schon unerfindlich. Dieser Zustand dauerte bis 2 Uhr. Dann beschäftigen sich die Gedanken mit einem Erziehungsproblem, das mich die Tage vorher stark in Anspruch genommen. Der Gedanken- und Gefühlsverlauf ist mir noch in deutlicher Erinnerung . . . Ich kam auf Grund gewisser Erwägungen zu dem Entschluß, die bisher meinen Schülerinnen gegenüber beobachtete starke Zurückhaltung aufzugeben. Die Durchführung dieses Entschlusses bedeutete für mich eine starke Selbstüberwindung und die Aufgabe bisher für richtig gehaltener Grundsätze. Sie ist objektiv betrachtet eine völlige Umstellung meiner ganzen Erziehungsarbeit geworden und hat sich bewährt. In jener Nacht erschien mir der Entschluß von ungeheurer Bedeutung. Ich erlebte eine völlige Bekehrung und nahm mir fest vor, den Entschluß in der am nächsten Tage notwendigen Unterredung mit meiner Klasse auch wirklich durchzuführen. Als ich am Morgen nach einstündigem festen Schlaf geweckt wurde, schüttelte mich die Erregung und das Fieber. Ich ging trotzdem zur Schule, hielt erst eine Mathematikstunde, um Herr meiner Erregung zu werden und führte dann die Aussprache herbei. Danach fühlte ich mich unendlich erleichtert und gehoben — ich muß überschwengliche Ausdrücke gebrauchen, um den Zustand einigermaßen zu bezeichnen — und um den Eindruck vor mir selbst herabzumindern, erzählte ich das ganze Erlebnis Frau X. Daß diese Worte der Anerkennung fand, statt, wie gehofft, über meinen Gefühlsüberschwang zu lächeln, steigerte meine erregten Bemühungen, ihr das Ganze auseinanderzusetzen. (Pat. brachte damals ganz unverständliches, offenbar zerfahrenes Zeug vor.) Dabei hatte ich sie durch meine erregten, unklaren Äußerungen nur erschreckt, statt aufgeklärt. Am Nachmittag gab ich noch zwei Stunden, nachdem . . . die Erregung sich gelegt hatte. Am Abend wollte ich sogar einer kleinen Einladung folgen, um den Tag so „alltäglich“ wie möglich ausklingen zu lassen, ein leichtes Schwindelgefühl hielt mich davon ab. Fester Schlaf während der folgenden Nacht. Am Morgen finde ich mich in starker motorischer Unruhe und dauernd belanglose Worte vor mich hinsprechend im Bett. Ich sage mir halblaut vor, „ich will nicht reden“, kam aber nicht zur Durchführung der Absicht. Das gelang erst, als sie den Arzt diese Unruhe feststellen hörte. Pat. hatte eine schwere Encephalitis, die sehr rasch in ein lethargisches Stadium übergang. Deliriert hat sie nicht. Sie hat eine klare Erinnerung an die wachen Zeiten, hat sich in diesen kurzen Abschnitten klar und geordnet unterhalten. Jetzt nach 2 Jahren hat sie einen neuen, ziemlich schweren Schub der Encephalitis durchgemacht, der zu einer bis dahin fehlenden starken einseitigen Rigidität geführt hat.

Unbedenklich wird man LANGE zustimmen, daß die Eigenart der Persönlichkeit in einem solchen Fall für die schizophrenieähnliche Erlebnisweise und den „seltsamen uneinfühlbaren Eindruck“ der Psychose verantwortlich zu machen ist. Es bleibt aber eine offene Frage, ob man mit KAHN und LANGE diese Deutung auf Fälle ausdehnen will, in denen keine entsprechenden präpsychotischen Eigenschaften vorliegen, aber irgendwo in der Verwandtschaft („eine schizophrene Tante“: Fall von LANGE) eine Schizophrenie vorkommt. Schließlich wird man überall schizoide Anlagen vermuten können oder gar mit BLEULER das Schizoide in jedem Menschen finden — und damit verliert naturgemäß

die Reaktionsbereitschaft ihre Spezifität und ihren Erklärungswert. Jedenfalls sollte man, wenn man den „exogenen“ Faktoren, welche für die Schizophrenieentstehung in Betracht kommen, nachgehen will, mit der Annahme eines schizoiden Reaktionstypus äußerst sparsam sein, wenn man nicht in Zirkelschlüssen versanden will, wovor KAHN selbst deutlich gewarnt hat. Keinesfalls aber kann man beweisen, daß etwa der Schizoide mehr als der Durchschnittsmensch zu psychotischen Zuständen beim Auftreten von Infektionskrankheiten oder während der Generationsvorgänge neigt. Diese Annahme wurde vor allem durch die scheinbare Häufigkeit des Schizophrenieausbruches während der Generationsvorgänge des Weibes, besonders im *Wochenbett*, gestützt, so daß KRAEPELIN und BLEULER hier einen ätiologischen Zusammenhang vermuteten.

Die im Puerperium und bei der Lactation eintretende *endokrine Umwälzung* ergibt das hypothetische Zwischenglied des Zusammenhangs. In der Tat zeigen statistische Übersichten, wie z. B. diejenige RUNGES, daß fast 37% der im Puerperium ausbrechenden Psychosen der Dementia praecox angehören. Die hierhergehörigen Einzelheiten sind von EWALD im 7. Band dieses Handbuchs bereits erörtert. SEELERT wendet aber gegen die Annahme einer besonderen Häufigkeit der Schizophrenie vor und nach der Geburt, wie uns scheint, mit einer gewissen Berechtigung ein, daß die Zahl der puerperalen Schizophrenen wohl kaum größer sei, als der Wahrscheinlichkeit zeitlichen Zusammentreffens von Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation mit dem Prädilektionsalter des Schizophrenieausbruches entspreche. Er berechnet bei einer Frau, die bis zum 36. Lebensjahr 3 Kinder geboren und genährt hat, eine Wahrscheinlichkeit des Zusammenfallens des Termins der Erkrankung mit der Zeit der Generationsvorgänge von  $\frac{1}{5}$ , bei zwei Kindern  $\frac{1}{7,5}$ , bei vieren  $\frac{1}{4}$ . Irgendwelche ursächliche Schlüsse seien bei so großer Wahrscheinlichkeit nicht berechtigt.

Auch die von BLEULER und WILMANNs betonte ungleich größere statistische Häufigkeit des Schizophreniebeginns im Wochenbett im Vergleich zu den Erkrankungen zur Zeit der *Gravidität*, deren Dauer doch wesentlich länger ist, erlaubt nach SEELERT keinerlei ätiologische Schlüsse. Er hält den zahlenmäßigen Unterschied für ein Produkt äußerer Umstände: Die Patienten befinden sich zur Zeit des Puerperiums in Entbindungsanstalten oder in ärztlicher Behandlung, mindestens in der Betreuung durch eine Hebamme, psychische Anomalien würden dadurch eher bemerkt und gäben Anlaß zur Überweisung in psychiatrische Behandlung. Wahrscheinlich habe ein beträchtlicher Teil der Wochenbett-schizophrenen schon in der Schwangerschaft bestanden, seien aber von den Angehörigen nicht bemerkt worden. Diese Beweisführung scheint uns wenig überzeugend, zumal man selbst bei einwandfreien, verwertbaren Anamnesen häufig das Hervortreten der Krankheitserscheinungen im Wochenbett feststellt. Jedenfalls ist damit die Häufung des Krankheitsbeginns im Puerperium, die relative Seltenheit in der Gravidität, die sicher keine geringere „endokrine Umwälzung“ darstellt, nicht erklärt.

In den allermeisten Fällen macht die Differentialdiagnose einer heilbaren, infektiös-toxischen Puerperalpsychose und der beginnenden Schizophrenie deshalb so große Schwierigkeiten, weil die puerperale Amentia vielfach eine ausgesprochen *katatone* Färbung zeigt. Die psychomotorischen Bilder überwiegen, wie von den Autoren vielfach hervorgehoben wurde, während die anderen exogenen Reaktionstypen: Delirium, Dämmerzustände usw. seltener auftreten. Über die Einzelheiten der Unterscheidungsschwierigkeiten kann auf den Abschnitt über die Differentialdiagnose (S. 590) verwiesen werden. Ob für diese katatoniforme Symptomatik der heilbaren Wochenbettpsychosen besondere Schädlichkeiten des Puerperiums oder das relativ jugendliche Alter der Kranken verantwortlich zu machen ist, ist ungeklärt.

Die Erkennung der in dieser Zeit ausbrechenden Schizophrenien ist aber vor allem auch dadurch erschwert, daß diese umgekehrt vielfach *ein symptomatisches Bild* bieten, Züge der Amentia aufweisen, mit vorübergehender schwerer oder länger dauernder leichteren Bewußtseinstörung einhergehen. So entsteht bei solchen Fällen der Eindruck, daß durch die symptomatische Wochenbett-psychose die chronische schizophrene Erkrankung angekurbelt, ausgelöst, „proviziert“ worden sei. Allmählich treten die symptomatischen Symptome immer mehr zurück, und es bleiben die vorher als Inkohärenz aufgefaßte Zerfahrenheit, die Halluzinationen und psychomotorischen Symptome bei voller Besonnenheit. Im einzelnen kann auf die klinische Darstellung des uncharakteristischen Beginns verwiesen werden, wo auch ein Beispiel einer puerperal entstandenen Schizophrenie mitgeteilt wird (S. 371).

Der schlüssige Beweis, daß in solchen Fällen ohne das Puerperium die Erkrankung nicht manifest geworden wäre, läßt sich aber ebensowenig führen, wie in dem immer wieder erörterten Falle der Auslösung durch eine *fiieberhafte Infektionskrankheit*. Der bei dieser Gelegenheit von BLEULER u. a. gegebene Hinweis auf den *bessernden Einfluß* der Infektionen auf eine chronische Schizophrenie scheint uns deshalb nichts zu beweisen, weil, wie wir an anderer Stelle darlegen werden, bei diesem bessernden Einfluß möglicherweise rein psychische, situative Faktoren wirksam sind. Auch bei den im Verlauf von Infektionskrankheiten oder anderen erschöpfenden Erkrankungen manifest werdenden Schizophrenien bleibt der verursachende, oder auch nur der auslösende Zusammenhang unsicher. Allgemein (BLEULER, WILMANN'S u. a.) wird die Möglichkeit der Auslösung zugestanden, zumal häufig, wenn auch keineswegs regelmäßig, Symptomeinschläge im Krankheitsbild anzutreffen sind, die wir den exogenen Reaktionstypen zurechnen. Auch dafür werden im klinischen Teil Beispiele gegeben werden. Aber aus diesen Einschlägen, z. B. der anfangs vorhandenen Umdämmerung oder Bewußtseinstörung, einzelnen deliranten Phasen, ätiologische Schlüsse zu ziehen, ist jedenfalls verfrüht.

Keineswegs klärend hat auf diesem Gebiet der Vorstoß BUMKES gewirkt, durch den er die schizophrene Symptomatik den exogenen Reaktionsformen einzureihen versuchte. Nicht nur dadurch, daß er den BONHOEFFERSchen Begriff der exogenen Reaktion modifizieren muß in der Richtung auf den KAHN-POPPERSchen schizophrenen Reaktionstypus (nur „*manche* Gehirne“ reagieren schizophren auf recht verschiedene Schädlichkeiten), können sich Mißverständnisse ergeben; er ist auch genötigt, dieser Reaktionsform eine Sonderstellung gegenüber den anderen Reaktionstypen einzuräumen, genau so, wie KRAEPELIN dem schizophrenen Register unter seinen „Erscheinungsformen des Irreseins“ seine gesonderte Position belassen mußte. Gerade der Umstand, daß es in den meisten Fällen gelingt, die symptomatischen Einschläge im Beginn oder im Verlauf einer Schizophrenie von den kennzeichnenden Symptomen der Erkrankung zu scheiden, spricht gegen die BUMKESche Theorie. SEELERT betont, daß die Beobachtung von akzidentellen Krankheiten bei Schizophrenen dazu führe, „hier einen tieferen Unterschied zu sehen, einen Unterschied, den wir bis jetzt nicht fassen und ergründen können“.

Er teilt zwei Fälle lang bestehender Schizophrenien mit, in welchen hinzutretende Gehirnkrankheiten „nicht die geringste Änderung im Verlauf und in der Symptombildung gebracht“ haben und berichtet über ähnliche Erfahrungen bei fieberhaften Erkrankungen. „Es kommt da zur Mischung exogener Krankheitssymptome mit schizophrenen. Vor einiger Zeit konnte ich bei einer schizophrenen Kranken einen schweren Benommenheitszustand mit motorischer Unruhe und einzelnen sprachlichen Äußerungen vom Typus der deliranten Erscheinungen beobachten. Der Zustand kam und schwand mit einem großen Absceß im Rücken. Eine Änderung der Krankheitserscheinungen, die als schizophrene angesehen werden mußten, trat dagegen nicht ein.“ „Ich sah vor kurzem bei einer jetzt 82 jährigen Frau, die eine sich über Jahrzehnte erstreckende paranoische Psychose gehabt

hat, daß der psychische Defektzustand des KORSAKOWSchen Symptomenkomplexes nicht nur die Rückerinnerung an die paranoiden Gedanken unmöglich gemacht, sondern auch zum Schwinden der paranoiden Denkrichtung geführt hat.“

Aber auch der Umstand, daß viele Schizophrene bei fieberhaften Erkrankungen überhaupt keinerlei exogen-symptomatische Symptome bieten, sich also wie die große Mehrzahl der Normalen verhalten, spricht gegen eine engere ätiologische Beziehung zwischen der Schizophrenie und den exogenen Reaktionsformen.

Endlich kann auch die Seltenheit der symptomatischen Psychosen im Vergleich zur Schizophrenie (z. B. nur 0,14% der Wöchnerinnen werden psychotisch [ENGELHARDT]; Schizophreniehäufigkeit der Zwanzig- bis Fünfzigjährigen 0,4%; s. unten) gegen die Annahme BUMKES geltend gemacht werden, daß „manche schizophrene Krankheitsprozesse sehr wohl die schwerer verlaufenden oder gar unheilbar gewordenen Analogien derselben Krankheitsvorgänge sein könnten, die bei geringeren Schädlichkeiten oder bei widerstandsfähigerem Gehirn nur als symptomatische Psychosen in Erscheinung treten“. Alsdann müßte bei der weiten Verbreitung der Infektionskrankheiten und anderer exogener Schädigungen im Gegenteil ein zahlenmäßiges Übergewicht der symptomatischen Psychosen über die Schizophrenie zu erwarten sein, mindestens aber eine symptomatische Labilität der Schizophrenen vor dem Ausbruch der Psychose oder in dem Verwandtschaftskreis der Schizophrenen. Von alledem wissen wir nichts.

Es bleibt schließlich nur die Frage, was das Auftreten schizophrenieähnlicher Zustandsbilder bei anderen organischen Hirnkrankheiten für den ätiologischen Problemkreis beizusteuern vermag. An erster Stelle ist hier die *Hirnverletzung* zu nennen, deren Bedeutung WILMANS wegen der eindrucksmäßig häufigen Erkrankung von Kopfschußgeschädigten des Krieges hervorhob, nachdem vereinzelte Veröffentlichungen aus früheren Jahren (v. MURALT, PFISTER, BERGER, BERTSCHINGER und MEIER) diesen Zusammenhang auf Grund von Einzelbeobachtungen diskutiert hatten. FEUCHTWANGER hat neuerdings versucht, dem Problem statistisch beizukommen, was erst durch den Vergleich mit den Belastungszahlen der Durchschnittsbevölkerung ermöglicht wurde, welche von den Mitarbeitern des Münchener Forschungsinstituts unter RUEDIN errechnet worden sind (SCHULZ, LUXEMBURGER, MAGG, WOLF, GOEPEL, s. S. 32). Aus der Gesamtzahl dieser Autoren ergab sich für die Zwanzig- bis Fünfzigjährigen (1364 Fälle) eine Schizophrenieerwartung von etwa 0,4%; demgegenüber fanden sich unter 1554 Hirnverletzten der Kartei der HECKSCHERSchen Anstalt in München *das Vierfache an Schizophrenien und schizophrenieähnlichen Fällen* (1,68%). Scheidet man aber die „schizophrenieähnlichen Fälle“ (schizophrenieähnliche Reaktionen, Defekte usw.) aus, und beschränkt die Statistik auf *einwandfreie schizophrene Prozeßerkrankungen*, so ergibt sich nur eine geringe Differenz zugunsten der Hirnverletzten (0,55%). Über die Zuordnung des Einzelfalles zur einen oder anderen der hier gebildeten Gruppen (Prozeßschizophrenie, schizophrene Reaktionen, schizophrene Defekte) wird man gewiß streiten können, aber ein eindeutiges Plus der Schädelverletzten an schizophrenen Prozeßerkrankungen ist *nicht* vorhanden. Es hat sich weiterhin bei einer gemeinsamen Bearbeitung des Münchener und Heidelberger Materials gezeigt, daß sich unter 38 schizophreneverdächtigen Kopfverletzten mindestens 14 einwandfreie schizophrene Prozesse fanden, deren Manifestwerden aber *in sehr unterschiedlichem zeitlichen Abstand von 1/4 Jahr bis zu 9 Jahren* nach der Hirnverletzung erfolgte. Nimmt man hinzu, daß ein beträchtlicher Teil dieser Kranken aus Familien stammt, in welchen schizophrene Belastung nachzuweisen war, so wird das Gewicht für die Frage eines ursächlichen Zusammenhangs noch geringer. Dagegen

interessiert auch hier klinisch im Einzelfall das Zusammenspiel und die Überschneidungen der schizophrenen Symptome mit den lokalen oder allgemeinen Erscheinungen der Hirnschädigung (s. Beispiel S. 513).

Obwohl gerade bei traumatischen Hirnschädigungen nicht selten *Hirnschwelung* auftritt, die wiederum in einzelnen Fällen von katatonen Schizophrenien beobachtet wurde (REICHARDT, ROSENTAL), findet sich unter unseren Fällen keiner, bei dem ihr Vorhandensein in Betracht zu ziehen wäre. Dagegen hat STEFAN ROSENTAL 1914 einen Fall einer chronischen paranoiden Schizophrenie bei einer hirndrucksteigernden Erkrankung (Hydrocephalus int. ?) aus der Heidelberger Klinik mitgeteilt, dessen höchst eigenartiger und ungewöhnlicher Verlauf ihn zu Erörterungen über die möglichen Abhängigkeiten Anlaß gab, ohne daß er zu bindenden Ergebnissen gelangte.

Die Krankengeschichte sei nach der ROSENTALSchen Zusammenfassung hier kurz referiert und katamnestisch ergänzt: *Hermann Hockl*, ein 28jähriger, in neuropathischer Hinsicht nicht belasteter Mann, welcher in früheren Jahren angeblich verschiedene Infektionskrankheiten durchgemacht hat, erkrankte 1897 unter nervösen Erscheinungen, welche in Beziehung zu einer chronischen *Hirndrucksteigerung* gestanden haben dürften, ohne daß sich eine Ursache dafür feststellen ließ.

Zuerst litt der Pat. ungefähr *zwei Monate lang* an Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindelgefühl, und taumelte beim Gehen. Diese Beschwerden nahmen dann später zu, so daß er geführt werden mußte. Im Anschluß an diese angeblich fieberhafte Verschlimmerung wurde der Pat. plötzlich verwirrt, antwortete nicht auf Anreden, sondern sprach zusammenhanglos und führte unsinnige Handlungen aus. Diese *geistige Störung* dauerte *nur wenige Tage* und bildete sich rasch zurück. Dagegen nahmen jene auf gesteigerten Hirndruck hindeutenden nervösen Erscheinungen erst nach zwei weiteren Monaten stufenweise so weit ab, daß der Pat. wieder arbeitsfähig wurde. Seit dieser Erkrankung litt er häufig an Kopfw. Insbesondere bei körperlichen Anstrengungen bekam er ein Gefühl von „Durchreißen“ im Kopfe, und es war ihm danach vorübergehend schwindelig. Diese Erscheinungen bezeichnete der Pat. selbst als leichte Grade der geschilderten hochgradigen Störungen und meinte, daß seine ursprüngliche Erkrankung damals noch nicht ganz verschwunden war, sondern in derartiger leichter Form fort dauerte. Auch bemerkten Angehörige, daß der Pat. vergeblich und reizbar wurde, Aber er hat *sieben Jahre lang* nach jener eigentümlichen Erkrankung sonst *keinerlei auffallendere krankhafte Erscheinungen* weder in körperlicher noch in psychischer Hinsicht dargeboten. Im Jahre 1904 traten die allgemeinen Symptome des gesteigerten Hirndrucks (Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindelgefühl) wieder, und zwar in einer viel intensiveren Weise als früher auf. Es bestand eine Pulsverlangsamung; am Augenhintergrund kam es zur Bildung einer Stauungspapille. Beim Gehen taumelte der Pat. hochgradig und zeigte dabei die Neigung, nach rechts zu fallen. Von sonstigen Herderscheinungen wurde noch Nystagmus beim Blick nach rechts festgestellt. Mit Rücksicht auf diese Symptome war es am wahrscheinlichsten anzunehmen, daß ein Tumor des Kleinhirns (im Wurm) vorlag; man dachte aber schon damals auch an einen Pseudotumor im NONNESchen Sinne. Der geschilderte Zustand dauerte zuerst 1 Jahr ohne Veränderung. Dann traten im Herbst 1905 unter heftigsten Steigerungen des Kopfdrucks noch eigenartige Anfälle von Bewußtlosigkeit auf, welche mit krampfartigen Zuckungen in den Extremitäten einhergingen; angeblich dauerten diese manchmal  $\frac{1}{2}$ —2 Stunden. Derartige Zustände kamen anfangs nur jede 1—2 Wochen vor, und haben dann im Laufe des folgenden Jahres an Häufigkeit wesentlich zugenommen. Seit September 1906 sind dieselben nicht mehr zum Vorschein gekommen, trotzdem die übrigen Beschwerden sowie der neurologische Befund noch unverändert geblieben. Aber im *psychischen Verhalten* des Pat. ist zu jener Zeit, *gleichzeitig mit Sistieren der Anfälle eine krankhafte Störung* eingetreten. *H.* wurde seiner Umgebung gegenüber mißtrauisch und begann plötzlich weitgehende Vergiftungsideen und andere Wahnvorstellungen zu äußern. Er wurde auch dementsprechend aufgeregt und beschuldigte seine Frau der Untreue. Es entwickelte sich eine völlig motivlose und unsinnige Eifersucht. Nachts hörte er z. B. Männer, die zur Frau gekommen seien. Im Zusammenhang mit derartigen Erlebnissen beschimpfte er seine Frau in einsichtsloser Weise und bedrohte sogar die Familie mit Totschlag. Als dieses psychotische Verhalten 5 Monate gedauert hatte, trat plötzlich eine weitere Besserung des körperlichen Zustandes ein: Die Kopfschmerzen verschwanden eines Tages, und das Taumeln hatte sich zurückgebildet, so daß *H.* jetzt fast ohne Störungen gehen konnte. In psychischer Hinsicht benahm sich *H.* während eines weiteren Monats geordnet und besonnen, er äußerte keine Wahnvorstellungen und verriet solche auch nicht durch seine Handlungsweise. Danach traten aber die früheren geistigen Störungen wieder in auffallender Weise hervor. *H.* wurde erregt, mißhandelte in roher Weise seine Angehörigen,



weil er sich von diesen beschimpft glaubte. Er hörte offenbar Stimmen und fühlte sich in mannigfacher Weise beeinflusst: so behauptete er z. B. sein Sohn wolle ihn zu Unsittlichkeiten verführen usw. Infolgedessen mußte *H.* anfangs 1907 interniert werden.

In der Klinik trug er manchmal ein völlig ablehnendes, mürrisches Wesen zur Schau, zeigte aber meistens eine alberne Vertraulichkeit und bot dabei im allgemeinen ein stumpfes Verhalten. Schon jetzt wurde eine eigentümliche verschrobene Redeweise mit verworrenen und sinnlosen biblischen Sprüchen beobachtet. Es fehlte dem Pat. jede Einsicht für seine Erkrankung. Die körperlichen Erscheinungen seitens des Nervensystems bildeten sich inzwischen fast vollkommen zurück und kehrten nicht mehr wieder. Aus dem weiteren Verlaufe der Psychose ist noch zu erwähnen, daß einige Remissionen mit äußerlich geordnetem Verhalten eintraten, so daß *H.* noch im Herbst 1907 nach Hause entlassen werden konnte. Niemals aber wurde der Pat. einsichtig, er befand sich im Gegenteil fast dauernd unter dem Einfluß seiner Beziehungsvorstellungen und die heftigen Erregungszustände wiederholten sich mehrfach. Seit Anfang 1910 verbleibt er infolgedessen in der Irrenanstalt. Bei völlig erhaltener Orientierung und nicht wesentlich gestörtem Gedächtnis zeigt jetzt *H.* bis in die letzte Zeit eine wechselnde Stimmung, aber immer ein ausgesprochen verschrobenes Wesen. In schwachsinniger und manierterter Weise äußert er immer noch dieselben Verfolgungs- und Eifersuchtsvorstellungen und führt manchmal völlig verworrene Reden in Form von Predigten, in welchen er seine Schicksale berichtet. In körperlicher Hinsicht bestehen nur geringfügige Residuen des abgelaufenen hirndrucksteigernden Prozesses, vor allem in Form von atrophischen Veränderungen des Sehnerven am Augenhintergrund. Sonst sind noch unbedeutende und geringfügige Differenzen der Bauchdeckenreflexe und nystaktische Erscheinungen beim Seitwärtsbewegen der Augen vorhanden.

Besonders charakteristisch waren die nach Schrift und Inhalt völlig verschrobenen Schriftstücke, die *H.* in großer Zahl verfaßte.

*H.* blieb in ziemlich unverändertem Zustand bis 1915 in der Anstalt. Bei Ausflügen der Kranken hielt er sprachverwirrte religiöse Ansprachen. Im übrigen beschäftigte er sich vielfach mit der Anfertigung stereotyper Zeichnungen und Porträts. Schließlich war er zum Roßhaarzupfen zu bringen, wurde aber in dieser Zeit immer verschlossener. Zeitweise war er gereizt und unzufrieden, zu anderen Zeiten wurde er mit Wickelmachen in der Zigarrenfabrikation der Anstalt beschäftigt.

Ungefähr 4 Jahre hielt er sich dann zu Hause, war aber nach Angabe der Ehefrau recht unverträglich, hielt sich von der Familie vollkommen abgesondert, wünschte allein im oberen Stockwerk zu schlafen, während die Frau mit den Töchtern unten schlief. Wegen Streites mit der Ehefrau kam er 1919 wieder in die Anstalt. Er hatte sie mit dem Beil bedroht und ging dann selbst aufs Bürgermeisteramt und verlangte seine Internierung. Nur ab und zu gab er in der Anstalt über innere Vorgänge Auskunft, erzählte u. a. Jesus sei ihm erschienen und habe ihm aufgetragen, sich mit der Malerei zu beschäftigen.

Bei einer Nachuntersuchung in der hiesigen Klinik im Januar 1921 benahm sich *H.* äußerlich vollkommen geordnet, weigerte sich aber, irgend etwas über seine inneren Vorgänge herauszugeben. Er wurde außerordentlich gereizt, wenn man von seiner Krankheit sprach, verweigerte jede Auskunft über Sinnestäuschungen, indem er ironisch auf die Fragen einging und durchblicken ließ, daß das die Ärzte nichts angehe. Seine Haltung war verschlossene, ironische Überlegenheit. Auffallend waren ausgesprochene Paramimien, besonders wenn er etwas erregt wurde und man ihn über die früheren Krankheitsschübe zu fragen versuchte. Sehr leicht geriet er in ein verschrobenes leeres Deklamieren. Aus Andeutungen war zu entnehmen, daß gewisse religiöse Größenideen ihn beherrschten.

Die körperliche Untersuchung ergab keine Änderung gegenüber 1910, nur fiel auf, daß *H.* eine außerordentlich geringe Stammbehaarung aufweist. Die Schamhaare sind sehr dürrig, haben eine horizontale Begrenzungslinie, an der Brust und in der Achselhöhle fehlt fast jede Behaarung. Eine Röntgenaufnahme des Schädels ergab keine Veränderung an der Sella turcica. Ophthalmologisch fand sich rechts eine blasse Papille mit unscharfer Begrenzung und engen Gefäßen. Links waren Papille und Fundus normal. — 1926 lebt *H.* unverändert in der Anstalt, beschäftigt sich mit einfachen Arbeiten, ist tageweise verstimmt, weicht dann aus, gibt keinerlei Antwort. Bei Besuchen der Frau wird er aus seinen paranoiden Ideen heraus wütend erregt.

BLUMENTHAL hält es in einer Arbeit aus der KLEISTschen Klinik, in welcher er den vorliegenden Fall bespricht, nicht für angängig, von einer Schizophrenie bei hirndrucksteigernder Erkrankung zu sprechen, „ebenso wie es unsinnig wäre, wollte man eine im Anschluß an ein Trauma ausbrechende progressive Paralyse als „traumatische p. P.“ bezeichnen. Es handelt sich unseres Erachtens im Falle ROSENTALS um eine echte *hydrocephale Psychose von paranoid-halluzinatorischer*

*Färbung*“. Ein in vieler Hinsicht analoger Fall von PÖTZL wird dagegen von BLUMENTHAL als eine Kombination von Meningitis serosa mit Dementia praecox aufgefaßt, wobei an die Auslösung der letzteren durch die Meningitis serosa gedacht wird. Die Gründe dieser unterschiedlichen Deutung bleiben undurchsichtig. Uns scheint an der schizophrener Natur der Erkrankung *Hockls* nach dem weiteren Verlauf nicht zu zweifeln. Die Annahme einer zufälligen Kombination ist unbefriedigend, zumal der zeitliche Zusammenhang mehr als im Falle PÖTZLS für eine einheitliche Erkrankung spricht.

In der Literatur ist immer wieder einmal von der Entstehung schizophrenieähnlicher Erkrankungen nach den verschiedensten Hirnschädigungen berichtet, ohne daß sich aber aus diesen Einzelfällen irgend etwas Wegweisendes im Dickicht der ätiologischen Probleme ergeben hätte.

Für das hier behandelte Problem der „exogenen“ Ätiologie sind schließlich noch zwei Vorkommnisse bedeutsam, die in den letzten Jahren auch im Schrifttum vielfach Beachtung fanden: die „symptomatischen Schizophrenien“ bei chronischen und bei malariabehandelten *Paralysen* und diejenigen im Gefolge der *Encephalitis epidemica*.

BOSTROEM hat im Bd. 8 dieses Handbuches den schizophrenieartigen Bildern, welche neuerdings nach der Fieberbehandlung der Paralyse oft beobachtet werden, früher aber als chronische Formen des Leidens — wenn auch viel seltener — schon beschrieben wurden, eine strukturanalytische Deutung gegeben, die im vorliegenden Zusammenhang interessiert. Er unterscheidet einerseits Stillstände des paralytischen Prozesses, halluzinatorische Bilder mit deutlichem Defekt und Resten aus der akuten paralytischen Psychose, und andererseits die Auslösung schizophrener Psychosen bei entsprechend Veranlagten durch die paralytische Hirnerkrankung. Diese selbst bessere sich durch die Fieberbehandlung weitgehend, der in Gang gesetzte schizophrene Prozeß aber nehme seinen schicksalsmäßigen Verlauf. WARSTADT hat allerdings zwei Schizophrenien in Schüben beobachtet, bei dem die Paralyse und die Malariabehandlung ohne Einfluß auf den Verlauf der schizophrenen Erkrankung blieb. CARRIÈRE, der drei entsprechende Beobachtungen aus Norwegen mitteilt und die analogen Beobachtungen aus der älteren Literatur zusammenträgt, spricht von einer Ausbreitung des anatomischen Prozesses auf das „Schizophrenie-Rindengebiet“. Damit sind die drei nächstliegenden Deutungsmöglichkeiten gegeben; die Bilder sind entweder nur schizophrenieähnlich, weisen nur manche Symptome auf, die als uncharakteristisch auch bei der Schizophrenie vorkommen. Das trifft sicher auf einen erheblichen Teil der paranoid-halluzinatorischen Zustände, wie sie zuerst GERSTMANN beschrieb, zu. Mindestens sind Sinnestäuschungen und Wahnansätze vielfach so unverkennbar in einen *organisch-defekten Hintergrund* eingebettet, daß bei näherem Zusehen die Schizophreniediagnose entfällt. Es bleiben aber nach Ausscheiden dieser Fälle eine gewisse Zahl, für welche die BOSTROEMSCHE Deutung zutreffen mag, wonach eine schizophrene Krankheitsbereitschaft vorliegt — der Beweis dafür ist in einigen Fällen des Schrifttums tatsächlich erbracht, indem in der nächsten Blutsverwandtschaft Schizophrenie nachgewiesen wurde, oder die schizoide Anlage des Paralytikers vor der Erkrankung greifbar vorhanden war. Oder solche Voraussetzungen fehlen, auch ihre hypothetische Vermutung findet keinerlei Stütze (der Beweis, daß sie auch in der Ahnenschaft nirgends vorhanden ist, kann nie geführt werden<sup>1</sup>), dann erst könnte man von einer „symptomatischen Schizophrenie“, einer Paralyse, die in den Symptomen der Schizophrenie in Erscheinung tritt, sprechen. (Siehe das Schlußkapitel: Theorie).

<sup>1</sup> BLEULER geht noch viel weiter: „Können wir doch bei niemandem eine latente Schizophrenie ausschließen, so wenig wie eine latente Lungentuberkulose.“

Charakteristisch für die diagnostischen Schwierigkeiten, die dabei immer wieder vorhanden sind, ist BLEULERS Beurteilung des in NISSLS Beiträgen ausführlich dargestellten Falls *Dahl*, neben NISSLS Fall *Ars*, des ersten in allen Zusammenhängen klar erkannten Falles einer chronischen „schizoformen“ Paralyse: Wir geben die Zusammenfassung der Krankengeschichte nach dem Original und fügen BLEULERS Beurteilung bei:

Der Beginn der Erkrankung des damals 30 jährigen Mannes mit vagen Klagen über allgemeines Unbehagen und Schlaflosigkeit, die ziemlich plötzliche Entwicklung eines ziellosen Tatendranges, der sich in planlosen Ausflügen, Heiratsplänen und großen Käufen erschöpfte, die immer deutlicher hervortretende starke Selbstüberschätzung, die Neigung zu anscheinend einfallmäßigen Konfabulationen und endlich die neurologischen Regelwidrigkeiten (Ungleichheit der Pupillen, Unsicherheit des Ganges, Sprachstörung) ließen den behandelnden Arzt die Diagnose progressive Paralyse stellen. Der Verlauf der Erkrankung während der nächsten Monate schien die Diagnose vollauf zu bestätigen, es entwickelte sich eine charakteristische schwachsinnige Euphorie, in der massenhaft widersprechende ungeheuerliche Größenideen vorgebracht wurden. Nach etwa viermonatiger Dauer trat dieses offenbar typische paralytische Bild zurück und ging in eine eigenartige Halluzinose über. Bei anscheinend mehr oder weniger getrübttem Bewußtsein wurde der Kranke durch plastische Trugwahrnehmungen des Gesichts (tanzende Mädchen an den Wänden u. dgl.) und des Gehörs (beschimpfende Stimmen) abgelenkt, er war nur vorübergehend für kurze Zeit zu fixieren und antwortete auch dann zumeist traumverloren und häufig unsinnig. Dieses Zustandsbild war für die Paralyse kaum mehr charakteristisch, wenn auch zugegeben werden muß, daß ähnliche Bilder im Verlaufe dieser Erkrankung gelegentlich zur Beobachtung kommen.

Einige Monate später entwickelte sich der Zustand, in dem der Kranke zur Aufnahme in die psychiatrische Klinik gelangte, und der ziemlich unverändert bis zu seinem Tode bestand. Er war nunmehr völlig besonnen, zeitlich und örtlich orientiert; Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, der Rechenfähigkeit waren nicht nachweisbar. Auch die körperlichen Regelwidrigkeiten schwanden bis auf verstrichene Nasenlippenfalten, lebhaft Reflexe und eine eigentümliche nieselnde Sprachstörung, Zeichen, die für die Diagnose progressive Paralyse kaum verwertbar waren. Der Kranke machte uns Angaben, die darauf schließen ließen, daß sein Leiden sich im Laufe der letzten Jahre schleichend entwickelt hatte: Seit 1902 wurde er von Schulfreunden verfolgt und vergiftet; er bekam unvermutet Durchfälle, man tat ihm Schnupftabak ins Essen, Phosphor ins Bett, das Fleisch hatte eine sonderbare Farbe usw. An seinen Aufenthalt in Neustadt knüpfte er ein kompliziertes Wahnsystem. Ein Wärter, in dem er den Prinzen Oskar vermutete, habe seinen bisherigen Aufenthaltsort und die Klinik durch Platindrähte verbunden, auf denen die Wärter hin- und hergehen, wobei ihre aus Schwefelstäben bestehenden Knochen mit dem Platin in Berührung kommen und in Form eines feinen Schwefelregens auf ihn herabfallen, sein Fleisch durchdringen, ihm starke Schmerzen bereiten usw. Auch das äußere Verhalten des Kranken wich sehr von dem eines Paralytikers ab. Er lag zumeist in eigentümlicher, statuenhafter Starre zu Bett, mit nach hinten gebeugtem Kopfe, die zwinkernden Augen geschlossen, die Hände in steifer Haltung auf der Bettdecke ausgestreckt, hin und wieder leise vor sich himmelmelnd, völlig in Anspruch genommen durch wahnhaft und anscheinend sehr plastische halluzinatorische Erlebnisse. Bei dem völligen Mangel an für die Paralyse kennzeichnenden psychischen und körperlichen Erscheinungen wurde auf Grund der eigenen Angaben des Kranken über die Entwicklung seines Leidens und auf Grund des von uns beobachteten Zustandsbildes, des eigenartig manierten und stereotypen Benehmens, des starren fast stuporartigen Verhaltens, der plastischen Halluzinationen, der blühenden, komplexen Wahninhalte die Diagnose auf den *Endzustand eines schleichenden Verblödungsprozesses aus der Gruppe der Dementia praecox* gestellt.

Die Sektion ergab überraschenderweise den typischen Hirnbefund einer Paralyse. Ausserdem fanden sich Fistelöffnungen auf der rechten Seite, von denen aus man in eine weite, zwischen dem Darmbeinkamm und der 10. Rippe gelegene, mit Eiter belegte Höhle gelang; eine sehr ausgebreitete chronische Lungentuberkulose mit Kavernen und eine tuberkulöse Peritonitis. NISSL übergab BLEULER die Krankengeschichte, der sich folgendermaßen äußerte:

„Es bestehen drei Möglichkeiten:

1. Paranoid plus einem organischen Vorgang, der schließlich doch keine Paralyse ist. Das ist sehr unwahrscheinlich; wenn man eine unbekannt Krankheit annehmen will, so kann man ihr auch die schizophreneartigen Symptome zuschreiben.

2. Eine schwere Katatonie mit organischen Symptomen. Auch das ist unwahrscheinlich; zunächst, weil noch keine solche beobachtet worden ist (obgleich vorübergehend bei starker Hirnschwellung oder irgendwelchen anderen Exacerbationen des schizophrenen

Prozesses leichtere Symptome dieser Art vorkommen können), und weil die psychische Tätigkeit zur Zeit der Produktion der paralytischen Symptome einen viel zu freien Eindruck macht. „Organische“ Katatonien haben, soweit ich bis jetzt weiß, stark verkürzte Assoziationen und eine Art Torpor bis zur Benommenheit. Dieser Patient aber antwortete prompt und faßte (einfache) Fragen richtig auf.

3. Das Wahrscheinlichste wäre irgendeine anatomische Hirnveränderung, sei es ein noch unbekannter Degenerationsprozeß oder eine Art Lues oder eine Art schleichend verlaufende Tuberkulose oder auch eine langsame Vergiftung, z. B. von einer Nierendegeneration aus. In bezug auf das letztere muß ich hinzufügen, daß ich keine so chronisch verlaufenden Fälle gesehen habe, aber warum sollten sie nicht vorkommen? Für eine Hirndegeneration sprechen außer den organischen Symptomen, die zu den indifferenten (aber am häufigsten bei der Schizophrenie vorkommenden) hinzutreten, namentlich auch die „Fäden und Netze“, die hartnäckig festgehalten werden und in der Beschreibung nicht den Eindruck von Erklärungs-wahnideen und auch nicht von eigentlichen Halluzinationen, sondern von Parästhesien machen, die, etwa wie beim Delirium tremens, nach außen verlegt werden. In gleichem Sinne lassen sich wohl der Zinnober, der so große Schmerzen machte, dann die Asche und der Schwefel, ebenso die Plastik der optischen Halluzinationen und die sog. Rheumatismen am Anfang der Krankheit verwenden. Organisch oder toxisch sind auch der Beschreibung nach die Wahnideen (das ganze Deutsche Reich sei überschwemmt, das Sanatorium treibe im Wasser).

Vielleicht fällt es auf, daß ich die Manieren und verschiedene andere katatonieartige Symptome nicht verwerte. Diese Dinge sind aber an sich gar nicht katatonisch; erst wenn man ihren psychischen Zusammenhang, bzw. Nichtzusammenhang einigermaßen kennt, darf man sie für die Diagnose verwerten . . .

In Summa: In der Beschreibung des Falles finde ich viele Symptome, die bei der Schizophrenie am häufigsten sind, keines, das für sie spezifisch ist, und darüber hinaus eine Gruppe, die organischen Gehirndegenerationen (inkl. Vergiftungen) angehört.“

Es ist bemerkenswert, daß, wie die Obduktion ergab, bei *Dahl* alte chronische Eiterungen bestanden, auf die man wohl den atypischen Verlauf der Paralyse zurückführen kann. Seit der Einführung der Fieberbehandlung sind solche Fälle keine Seltenheit mehr; eine große Anzahl findet sich in jeder größeren Anstalt und erweist sich dort als besonders schwierig und unbeeinflussbar; die Rücksichtslosigkeit der Erregungszustände, die Maßlosigkeit der Aggressivität zeichnet sie aus, wahrscheinlich weil sich, wie wir das wiederholt beobachten konnten, zu dem organischen Defekt die schizophrenen Antriebsanomalien hinzugesellen.

Diagnostisch ist ein Abwägen der Symptomatik und des Verlaufs erforderlich, wie sie BLEULER in seinem Brief versucht. Man kann zu einer Erfassung des Wesens der Erkrankung weder durch das Herausheben von einem oder ein paar angeblich „beweisenden“ Symptomen, noch durch Überbewertung eines einzigen bestimmten Krankheitsquerschnittes gelangen. Die Symptome, die psychischen wie die somatischen, müssen *in dem Zusammenhang des Gesamtverhaltens* gesehen, und der *Verlauf* darf nicht als etwas zufällig Dazukommendes betrachtet, sondern die Aufeinanderfolge muß nicht weniger in Betracht gezogen werden als der gerade sichtbare Querschnitt des Krankheitsbildes. Nur auf diese Weise kann eine ätiologische Zuordnung solcher schwer durchsichtigen Fälle vollzogen werden. Jedenfalls sollte man die unscharfe Begrenzung der schizophrenen Symptomatik nicht zum Anlaß nehmen, beim Auftauchen von analogen *Einzelsymptomen* von „symptomatischer Schizophrenie“ zu sprechen. Eine Gruppe „paratypischer schizophrener Bilder“ von heuristischem Charakter zu bilden, wie KRISCH zuletzt vorschlug, das und nicht mehr entspricht dem Stand unserer Unkenntnis in bezug auf die ursächlichen Zusammenhänge und die Hirngebiete, deren angebliches Befallensein vom paralytischen Prozeß die schizophrenieähnlichen Bilder heraufbeschwören soll.

Eine gewisse Erweiterung der Diskussionsbasis ätiologischer Fragen brachten schließlich die Erfahrungen bei der ECONOMOSCHEN Encephalitis. Wir werden im klinischen Teil wiederholt analogische Einzelercheinungen dieser Erkrankung heranziehen können, die uns das Verständnis der schizophrenen Symptome

erleichtern. Von manchen Autoren sind die symptomatischen Analogien bis nahe an die Identität herangeführt, von anderen sind mehr die unbestreitbaren Unterschiedlichkeiten in den Vordergrund gestellt worden (vgl. S. 337). Auf jeden Fall kommt die Symptomatik dieser Erkrankung derjenigen der Schizophrenie außerordentlich viel näher, als z. B. diejenige der organischen Defektpsychosen. Unter den psychischen Störungen haben neben den Zwangsphänomenen und den psychopathieähnlichen Bildern der jugendlichen Encephalitiker vor allem die schizophrenieähnlichen Zustände der Spätencephalitiker zu Diskussionen Anlaß gegeben, über die Abschließendes noch nicht gesagt werden kann.

Die Zahl der bekannt gewordenen Fälle ist noch sehr klein (THEILE, LEYSER, v. DOMARUS, BUERGER und MAYER-GROSS, KWINT, NEUSTADT), der Verlauf ein sehr verschiedener: Während bei manchen das schizophrenieähnliche Zustandsbild als eine vorübergehende Episode der Encephalitis auftrat, beschrieb NEUSTADT einen Fall, der zu einem korsakowartigen Defektzustand führte; die drei Fälle aus der Heidelberger Klinik zeigten dagegen Daueränderungen der Persönlichkeit, die sich mit den Erfahrungen bei „genuinen“ Schizophrenien decken. Außerdem wird je nach der Wertung schizophrener Symptome die Identität von dem einen bestritten, von anderer Seite das Vorliegen symptomatischer Schizophrenien angenommen. LEYSER und NEUSTADT vermissen die schizophrenen Grundsymptome BLEULERS: Schwächung der Affektivität, Gedankenzerfall, Zerfahrenheit, Autismus und betonen das Erhaltensein des Rappports; nur die akzessorischen Symptome BLEULERS setzten das Krankheitsbild zusammen; überdies treten manche schizophrenieähnlichen Symptome in Zuständen veränderten Bewußtseins, z. B. in den Schauanfällen, auf. Demgegenüber lassen sich unsere Beobachtungen weder in die bekannten exogenen Reaktionstypen BONHOEFFERS einreihen, noch schien es uns befriedigend, nach dem Vorgang LEYSERS eine durch die Miterkrankung der subcorticalen Ganglien „modifizierte“ Form der exogenen Reaktionstypen anzunehmen. Zuzugeben ist, daß keiner unserer Fälle die schizophrenen Denkanomalien in sehr ausgesprochener Form aufwies, doch zeigte ein Fall eine Art des Gedankenstockens, das uns eher schizophren als encephalitisch erschien. Über den Grad und die Art der affektiven Anomalien zu einem Urteil zu gelangen, ist bei der Ausdrucksbehinderung der Parkinsonkranken (um solche handelt es sich in fast allen mitgeteilten Fällen) außerordentlich schwer.

So haben auch diese Vorkommnisse bei einer in mancher Hinsicht der Schizophrenie sehr nahe stehenden Erkrankung einen entscheidenden Beitrag zur Ätiologie der Schizophrenie bisher nicht gebracht. Sie sind in eine Reihe zu stellen mit den vereinzelt Schizophrenien, die bei Tumoren, multipler Sklerose, heredodegenerativen Systemerkrankungen beobachtet wurden. Es wird auch fernerhin wichtig sein, solches Material zu sammeln, auch auf die Gefahr hin, daß es auf die Dauer nur für die Fragen der Symptombildung von Bedeutung sein kann, wenn nämlich die ätiologischen Probleme einer Lösung auf ganz anderem Wege, etwa durch die Erbforschung, zugeführt worden sind.

# III. Allgemeine Symptomatologie.

## 1. Die Psychopathologie.

Von

HANS W. GRUHLE  
Heidelberg.

Mit 6 Abbildungen.

### Einleitung.

Man bemüht sich in der Psychopathologie wie in der normalen Psychologie um einen Gegensatz, der jedem Sachkenner sachlich klar ist, der aber in verschiedenen Worten begrifflich eingefangen worden ist. In der Ästhetik spricht man gern von Form und Inhalt, in der Psychologie von Erscheinungen und Funktionen, in der Psychopathologie von Inhalten und Funktionen. Für ein gewisses beschränkteres Gebiet erweist sich die Gegenüberstellung von Gegenstand und Funktion als brauchbar, während sich Akt, Inhalt und Gegenstand (im Sinne von HUSSERL) anders aufbauen.

An einem einfachen Fall aus der normalen Psychologie sei verdeutlicht, was getroffen werden soll. Wenn ich einen Käfer wahrnehme, so verhalte ich mich wahrnehmend, dies ist meine *Funktion*. Ich bin mit dieser Funktion auf einen Käfer gerichtet. Der Käfer wird in meiner Auffassung als „wirklich“ angenommen, und auf ihn bin ich also wahrnehmend eingestellt. Was von dem Käfer, möge er sonst beliebige Eigenschaften haben, in dieser meiner Wahrnehmung mir gegeben ist, ist der *Inhalt* meiner Wahrnehmung. Ich kann auf den Käfer aber auch vorstellend gerichtet sein: Funktion der Vorstellung und Inhalt der Vorstellung. Und endlich kann ich mir den Käfer auch denken, ohne ihn vorzustellen (Funktion des Denkens und Inhalt des Denkens). Wahrnehmen, Vorstellen, Denken sind die drei heute üblicherweise unterschiedenen Funktionen, in denen ich auf einen Gegenstand (Inhalt) gerichtet bin, so, daß meine gesamte Einstellung, d. h. das, was allen diesen drei Verhaltensweisen gemeinsam ist, dem (vermeintlichen) Gegenstand selbst gilt, nicht aber meiner Beziehung zu diesem Gegenstand. Um letztere handelt es sich, wenn ich auf den Käfer liebend eingestellt bin, etwa als Coleopterologe, oder wenn ich ihn hasse, etwa weil er etwas zerstörte. Dann sind also Gefühlsakte (Gefühlsfunktionen) auf den Käfer (als Inhalt) gerichtet. Und endlich kann ich den Wunsch haben, den Käfer zu ergreifen, ihn zu besitzen, dann sind die mannigfachen Funktionen des Willens (ersehen, erstreben, begehren usw.) oder der Willenshandlung auf den gleichen Inhalt bezogen.

Man unterscheidet also üblicherweise die 5 Funktionen des Wahrnehmens (Empfindens), Vorstellens, Denkens, Fühlens und Wollens voneinander, eine Einteilung, die die Hauptbedürfnisse der Psychologie befriedigt, so fragwürdig und unbestimmt die Abgrenzungen auch sind. Auf die zahlreichen Bedenken, die z. B. HUSSERL zu allen diesen Problemen äußerte, kann ich hier nicht eingehen.

Man neigt mit guten Gründen zu der Annahme, daß sich die Funktionen des Empfindens, Wahrnehmens, Vorstellens, Denkens in mannigfacher Weise ineinander verschränken, so daß es kein Wahrnehmen gibt ohne immanentes Vorstellen, selbst kein Empfinden ohne Denken usw. Und dennoch kann man gesichtspunktmäßig die genannten Funktionen derart voneinander trennen, daß am

Denken	etwas	Besonderes	ist,	das	nicht	dem	Empfinden,	Wahrnehmen,	Vorstellen	eignet				
Vorstellen	„	„	„	„	„	„	„	„	Denken	und	nicht	dem	Empfinden	„
Wahrnehmen	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„
Empfinden	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	„	Vorstellen	„

Dabei steckt aber im Wahrnehmen das Empfinden unmittelbar darin, das Vorstellen hat zum mindesten das Wahrnehmen zur Voraussetzung. Empfinden, Wahrnehmen, Vorstellen werden auch als anschauliche Vergegenwärtigung zusammengefaßt, während das Denken die Bezeichnung der unanschaulichen Vergegenwärtigung verdient. Auf einen Inhalt, der die anschauliche Gegebenheit verträgt, z. B. einen Käfer, kann ich auch unanschaulich (denkend) eingestellt sein. Auf Unsterblichkeit oder Freiheit kann ich *nur* denkend gerichtet sein, wenn ich von den anschaulichen Symbolen absehe. Man verwechselt oft die Frage, ob die genannten Funktionen isoliert *vorkommen*, mit der Frage, ob ich sie *gesichtspunktmäßig* isolieren kann. Hier ist natürlich nur von letzterem die Rede.

Der genannten Gruppe von Empfinden, Wahrnehmen, Vorstellen, Denken (dem sogenannten Gegenstandsbewußtsein, den Weisen des Erkennens des Gegenstands) steht die zweite Gruppe des Fühlens und Wollens ebenfalls in gewisser Art zusammengeschlossen gegenüber. Es sind die Funktionen meines sonstigen Verhaltens zu dem irgendwie erkannten Gegenstand: gefühlsmäßig oder strebend, positiv oder negativ mit dem Gegenstand verbunden sein. Es gibt ein intentionales Gefühl ohne Willenseinstellung, doch ist es umstritten, ob es ein reines Wollen ohne Gefühl gibt (nicht realiter, sondern immanent). Beim Gefühl liegt noch der besondere Sachverhalt vor, daß es nicht auf einen Gegenstand bezogen zu sein *braucht*. Gefühl kann ein reiner Zustand sein, ohne Sachbezogenheit: Stimmung. Insofern hat das Gefühl (Gemütszustand) eine einzigartige Stellung: es kann vollkommen des Aktcharakters entbehren. Die ganze obige Funktionsaufreihung vom Empfinden bis zum Wollen *muß* intentional sein: es gibt nicht ein gegenstandsloses Wollen. Aber das Gefühl kann beides sein, intentional und nicht intentional (zuständlich).

Neben diesen seelischen Funktionen, die die phänomenologische<sup>1</sup> Analyse sondert, gilt das Interesse des psychologischen Forschers der Art ihrer realen Verbundenheit, insbesondere der Art des Auseinanderhervorgehens. In der Literatur der vergangenen 2 Jahrzehnte ist der Unterschied des kausalen Auseinanderhervorgehens und des verstehbaren Auseinanderhervorgehens so häufig erörtert worden, daß er hier als bekannt vorausgesetzt werden muß. Beide Arten des Zusammenhangs werden untersucht. Man hat also die einzelnen Funktionen und ihre Verflechtung, ihre strukturelle Verbundenheit zu unterscheiden.

Diese kurzen Bemerkungen waren nötig, um zu zeigen, was eine Psychopathologie der Schizophrenie erstrebt. Sie will untersuchen, was *diese Erkrankung an den seelischen Funktionen und ihren Zusammenhängen* Spezifisches setzt. Zuerst sei das *Empfinden, Wahrnehmen, Vorstellen* untersucht.

<sup>1</sup> Wenn hier der Ausdruck „phänomenologisch“ gebraucht wird, geschieht dies nie im HUSSERLSchen, immer im psychologischen Sinne.

## Das Wahrnehmen.

Die einzelnen Funktionen der Sinnesorgane und ihre zentrale Vertretung, also subjektiv die Empfindungsvorgänge, erweisen sich als ungestört. Die Gesamtheit dieser Vorgänge (realiter kommen sie *einzel*n überhaupt nicht vor) im Wahrnehmungsakt bleibt erhalten. Der große Vorstellungsanteil, der im Wahrnehmungsprozeß steckt, erscheint nicht abnorm. In anderen Worten: der Schizophrene nimmt genau so gut oder schlecht wahr, wie in seiner gesunden Zeit (auch der Wahnkranke). Natürlich kann er in diesen Funktionen zeitweise durch andere abnorme Phänomene irgendwie gestört werden, doch liegt dann bei dieser Störung nichts Spezifisches vor.

Aber *neben* diesen normalen Wahrnehmungsakten stehen abnorme Phänomene dieser Sphäre. Es handelt sich um die vielumstrittenen

## Sinnestäuschungen.

Die einfachste Formulierung, auf die man das Problem brachte, war jene, daß Wahrnehmungen und echte Halluzinationen phänomenologisch identisch seien. Der Unterschied läge nicht im Erlebnis, sondern in der Tatsache, daß der Wahrnehmung ein äußerer Reizkomplex — eben der reale Gegenstand — entspräche, während der Halluzination nichts Äußeres zu Grunde läge. Beide Erlebnisse aber hätten Realitätscharakter, oder Leibhaftigkeitscharakter. Man schied davon mit Recht das Realitätsurteil (JASPERS), denn ein gebildeter Kranker, der „echte“ Stimmen hört, kann sich natürlich auf Grund gewisser Überlegungen und Prüfungen die Gewißheit verschaffen, daß diese Stimmen Halluzinationen sind. Er täuscht sich also nicht über den Charakter der Halluzinationen als Halluzinationen. Dennoch weiß er phänomenal zwischen beiden kein unterscheidendes Merkmal anzugeben. Beide sind leibhaftig, beide drängen sich ihm auf, beide gehorchen nicht seiner willentlichen Formung.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es solche echten Halluzinationen in diesem Sinne gibt. Gegenüber gewissen modischen Bestrebungen, das Halluzinationsproblem aus der *Wahrnehmungslehre* in den *Denkbereich* zu rücken, muß dies betont werden. Der Halluzinant steht auch im übrigen seinen Sinnestäuschungen ganz ebenso gegenüber wie seinen Wahrnehmungen. Man hat ja häufig darauf hingewiesen, daß der schizophrene Kranke zu präzisen Äußerungen darüber imstande ist, ob die Stimmen laut oder leise, von Frauen- oder Männerart, von nahe oder von weither seien, ob sie von rechts oder links, oben oder unten kämen usw. Ja, man ist erstaunt, wie sorgfältig die Kranken ihre „Stimmen“ oft auseinander halten.

„Bestehen meine Verfolger aus einem Mann und einer Frau. Ich kann die Stimmen beider vollständig unterscheiden und einer sucht den anderen in ihrem Geschwätz zu über-treffen.“

Wenn ich beim Zeitungslesen oder bei dem Lesen eines Buches bin, alsdann mal langsam lesend, den gelesenen Text auch von Seiten meiner Verfolger aussprechen hören zu können.

Auch Worte, die ich leise ausspreche, kann ich von diesen Leuten sprechen hören.“

Als ich zum ersten Male diese „Stimmen“ hörte, war ich so erschrocken — es passierte in der Nacht — daß ich vor lauter Aufregung aufstand, an das Flurfenster ging und, da ich fortwährend meinen Namen rufen hörte, diesem Rufen auch laut Antwort gab, bis Nachbarnleute „in der Nacht“ sich diesen Lärm verbat. (Selbstbericht Friedrich Hülsmann 15/280.)

*Häufig* klingt es so gewöhnlich und so leibhaftig:

„Wie ein öffentliches Telephon. Es ist die geheime intime Spotttdressur, das ist Latein und die Hypnose. Bald kommt der Schall von hinten, bald von der Seite, mal laut, mal leise.“ (Anna Ofer, 29/510.)



Bald wieder ist es zwar leibhaftig, aber doch ungewohnt:

Stimmen, die wie ein Hauch auf ihn kommen, wie eine Nadelspitze aus weiter, weiter Ferne.“ — Ein andermal: „er sei lange von einem Hauch umfangen gewesen.“ Man hört ganz genau was es ist: „Das Frauenzimmer auf der Direktion erzählt mir die ganze Nacht Schweinereien.“ (Robert Weiderich 07/186.)

Zuweilen werden die Inhalte in ungewohnter, wenn auch bekannter Sprache mitgeteilt, so wenn ein Kranker plötzlich über Petersburger Angelegenheiten Vorwürfe in *russischer* Sprache hört (Rudolf Wegner 09/6).

Die Inhalte der Stimmen sind den Halluzinanten oft recht verwunderlich, sie wissen gar nichts damit anzufangen, der Stoff ordnet sich nicht in den sonstigen Gesamtzusammenhang ein.

„Die Edith ist der Übeltäter, die Lisbeth, das ist der Verräter, das ist eine Diebin. Leise, leise, fromme Weise.“ (Emilie Bautz, 2. 11. 1929. Für die Kranke selbst ganz unverständlich.)

Der Normale wird von manchen Wahrnehmungen völlig in Anspruch genommen, sie reißen seine Aufmerksamkeit an sich (passive Apperzeption): genau so geschieht es bei manchen Halluzinanten. Man wird bei irgend einer Tätigkeit, der man sich bewußt und konzentriert hingibt, durch beliebige Wahrnehmungen gestört. Man pflegt dann zu sagen, daß man sich gegen seinen Willen abgelenkt weiß: ein plötzlich vorbeirauschendes Flugzeug zerstört die Konzentration. Genau so geschieht es bei den Halluzinanten. Ja zuweilen stürmen äußere Eindrücke in so überraschender Fülle auf allen Sinnesgebieten auf einen normalen Menschen ein, daß er für Augenblicke ganz verwirrt erscheint: genau so vollzieht sich die halluzinatorische Verwirrtheit bei den Halluzinanten. In normalem Zustande kann man sich den wirklichen Wahrnehmungen entziehen, indem man sie flieht oder irgendwie absperrt. Der Halluzinant vermag dies nicht: die in ihm selbst entstehenden Halluzinationen verfolgen ihn unaufhörlich und stören ihn in einer Weise, die unten bei der Denkstörung noch erörtert werden wird. Allmählich aber lernt er es, auf seine Sinnestäuschungen nicht mehr zu achten. In den alten Halluzinanten lernt man oft Menschen kennen, die wieder imstande sind, ihrem Berufe nachzugehen, und die nur zuweilen, wenn es gar zu bunt wird, gegen die Halluzinationen Abwehrbewegungen machen oder Beschimpfungen ausstoßen.

„Der Geist, eigentlich der Verstand, sucht durch Widerstand in Worten sich zu verteidigen. — — Mit der Zeit gewöhnt sich Körper und Geist an dieses Übernatürliche — die Verfolgung.

„Ein lautes Sprechen meinerseits ist meinen Verfolgern unangenehm; ich nehme an, daß der Empfangsapparat meine Stimme zu deutlich aufnimmt und ungewöhnlichen Lärm verursacht.

Kam ich auf die Idee, plötzlich einmal: „Die Polizei, die Polizei kommt“ laut zu rufen. Ich hörte dann ein furchtbares Gepolter, als wenn ein Kasten heftig zugeworfen würde, und ein lautes Durcheinanderlaufen. Durch diesen Ausruf hatte ich etwa  $\frac{1}{4}$  Stunde Ruhe.“ (Selbstbericht Friedrich Hübner 15/280.)

Man hat zuweilen untersucht, wie weit Sinnestäuschungen durch äußere reale Umstände abgeändert werden können, und man hat die Tatsache, daß solche Abänderungen möglich sind (Antiphone, Brillen aufsetzen), in dem Sinne verwendet: die Gedanklichkeit und nicht Sinnenhaftigkeit der Phänomene sei dadurch erwiesen. Diese Folgerung erscheint mir wenig glücklich. Auch unsere wirkliche Wahrnehmung wird ja durch Vorstellen und Denken beständig abgeändert oder — genauer ausgedrückt —: die Wahrnehmung *besteht* in der durch Vorstellen und Denken erst organisierten Empfindung (Gestaltung). Aber man denke auch an die Tatsache, daß ein grünes Nachbild, wenn man es auf einen (realen) roten Schirm projiziert, vergraut, daß also auch hier, wie bei der Sinnestäuschung subjektive Momente mit objektiven in Wechselwirkung treten.

Die echten Halluzinationen sind allerdings kein spezifisches Merkmal der Schizophrenie. Bei gewissen Vergiftungen (insbesondere beim Alkoholdelir und der Trinkerhalluzinose), seltener bei der Paralyse und Hirnlues, der Arteriosklerose, den Tumoren, noch seltener bei der Epilepsie, kommen sicher echte Sinnestäuschungen vor. Aber die Schizophrenie ist doch jene Krankheit, bei der man die Halluzinationen am klarsten finden und untersuchen kann. Insbesondere die langjährigen akustischen Halluzinationen sind allein der Schizophrenie eigentümlich. Die echten optischen Halluzinationen sind relativ selten. Es entspringt meistens der Oberflächlichkeit der Beobachter, wenn sie in den Krankengeschichten der Schizophrenen *häufig* von „Erscheinungen“ als von optischen Halluzinationen reden. Auf den Sinnesgebieten der Körperoberfläche dagegen kommen wiederum reichlichere Sinnestäuschungen vor.

Neben diesen echten Halluzinationen gibt es zweifellos Erlebnisse der Schizophrenie, die nicht diesen reinen Wahrnehmungscharakter tragen. Hierher gehört z. B. das Gedanken-Lautwerden (CRAMER). Die Kranken erkennen diese Gedanken noch als ihre *Gedanken* an, aber sie sind eben doch laut. Freilich leugnen die Kranken oft den reinen Stimmcharakter, sie betonen, es höre sich *anders* an, als wirkliche Stimmen, die durch die Ohren gehört werden. Wenn diese Kranken dann nicht selten hinzufügen, daß *diese* Stimmen *im* Kopf seien, während die „anderen“ Stimmen wirklich von außen an sie herankommen, so muß man sich vergegenwärtigen, daß ja die Ausgefragten in der Selbstbeobachtung meist nicht geschult sind. Gerade weil sie zwei Sorten von Stimmen unterscheiden, die eben phänomenal verschieden sind, sind die Kranken leicht geneigt, die wirklich wahrnehmungsmäßigen Stimmen nach außen zu verlegen, die andersartigen Stimmen oder lauten Gedanken aber in ihr Inneres, in ihren Kopf hineinzunehmen. Denn — so lautet der Gedankengang solcher Kranker häufig: wenn *diese* Stimmen *nicht* von außen kommen, dann können sie ja nirgendwo anders als in meinem Kopf sein. Das Verlegen in den Kopf ist also ein Urteilsakt, nicht eine unmittelbare topische Wahrnehmung. Schließlich gibt es das gleiche Phänomen gleichsam noch abgeschwächer, d. h. der Leibhaftigkeits-, der Sinnencharakter tritt noch mehr zurück. Und dennoch haftet den inneren Erlebnissen dann noch ein Rest von Sinnenhaftigkeit an, wofür dann die Kranken je nach Bildungsgrad verschiedene Beschreibungen vorbringen. *Jeder* Wahrnehmungsakt hat *Grade* der Leibhaftigkeit, (im Gegensatz zu JASPERS). Diese Leibhaftigkeit darf nicht mit Deutlichkeit, Merkmalsreichtum, Vividness und dgl. verwechselt werden. Es gibt äußerst unbestimmte Sinnesindrücke, z. B. leise unbestimmte Geräusche, die doch den vollen Leibhaftigkeitscharakter haben. Und es gibt merkmalsreiche bestimmte Eindrücke, die einen sehr unsicheren Wahrnehmungs- (= Leibhaftigkeits-) charakter besitzen. Hierzu tritt dann noch mehr weniger formuliert das Existenzialurteil (siehe die früheren JASPERSschen Ausführungen). Weder der Merkmalsreichtum eines Objektes, noch seine Deutlichkeit (Bestimmtheit) hat mit der Leibhaftigkeit prinzipiell etwas zu tun. Man kann einen Ton hören, bei dem man ungewiß ist, ob er das reine Geigen-a ist oder eine Spur höher; man kann diesen Ton laut oder leise hören; man kann sich außerdem noch darüber klar werden, ob er aus näherer oder weiterer Entfernung kommt, ob er (neben seiner absoluten Höhe) noch durch Geräuschbeimengungen (Kratzen) verunreinigt ist usw. Dies alles sind Qualitäten und Quantitäten seiner Inhaltlichkeit. Ganz davon verschieden ist die Weise seines Gegebenseins, diese bezieht sich auf die Funktion (ED. HIRT, P. SCHRÖDER).

Neben dieser Weise des Gegebenseins steht aber noch das Moment des *Ichgehalts*. Ich kann dieses Geigen-a nämlich so erleben, daß ich den deutlichen Eindruck habe, es kommt von außen, ich bin ihm ausgeliefert, ich selbst habe

zu seiner Entstehung nichts hinzugetan. Oder ich kann es erzeugen, — nicht etwa nur singend, sondern in meiner Phantasie. In beiden Fällen aber bin ich durchaus beteiligt: *ich* bin es, der das a das eine Mal wahrnimmt, das andere Mal vorstellt. Unter normalen Umständen ist dieses „Ich“ gar nicht beachtet: ich nehme naïv wahr und stelle naïv vor. Aber in manchen abnormen Zuständen ist dieser Ichgehalt alteriert, z. B. bei der sogenannten *Entfremdung der Wahrnehmungswelt*. Dann nehme ich ebenso wahr wie immer, sofern das Objekt in Betracht kommt: ich unterscheide die Töne oder Farben usw. richtig. Aber es ist zwischen mir und den Dingen — so sagen manche — eine Glaswand; — ich habe zu den Dingen eine andere Beziehung; das Subjekt-Objektverhältnis ist alteriert; es ist alles so fern, so seltsam. Der gute Selbstbeobachter sieht ein, daß es nicht die Außenwelt ist, die wirklich verändert ist, sondern man selbst ist anders und steht anders zu allem. Auf einer weiteren Stufe ist die Wahrnehmungsaktion noch stärker alteriert. Der Kranke hat dann am Wahrnehmungsinhalt sozusagen nichts auszusetzen: dieser ist klar, merkmalsreich usw. wie in anderen Fällen auch. Aber dennoch ist die Tätigkeit des Wahrnehmens aufgezwungen, wird nicht als eigene anerkannt. Es ist dann nicht *meine* Wahrnehmung, sondern eine mir aufgezwungene Wahrnehmung, etwas mir Gemachtes. Es ist interessant, daß die Kranken solche Halluzinationen zuweilen als „unverschämt“ bezeichnen. Man kann durch Befragen feststellen, daß damit nicht etwa gemeint ist, die Stimmen hätten einen unverschämten Inhalt. Im Gegenteil, sie sagen harmlos „schon wieder der blaue Jumper“. Aber daß „sie“ es überhaupt sagen, erscheint dem Kranken unverschämt. Es steckt auch nicht etwa primär ein Wahn dahinter (dieser kommt oft später), daß „sie“ generell unverschämt sind und den Kranken überhaupt belästigen. Sondern im Akte des Stimmenhörens liegt das Gemachte, das Ichfremde, die hilflose (daher „unverschämt“) Ausgeliefertheit an ein Unbekanntes. Die modernen französischen Forscher (de CLÉRAMBAULT, MINKOWSKI), die das Phänomen des *Automatismus* besser als die deutschen Gelehrten studiert haben, machen doch, wie mir scheint, diese Unterscheidung nicht, die mir wichtig dünkt.

Auch die normale Wahrnehmung ist in gewissem Sinne ein Automatismus. Ein reales Geräusch überfällt mich, ich kann mich ihm im Augenblick nicht entziehen, ich bin ihm ausgeliefert, ich bin an seiner Entstehung oder objektiven Formung ganz unbeteiligt. Ebenso bei der echten Halluzination. Diese entsteht ebenfalls ohne das leiseste Bewußtsein meines Zutuns, ich bin ihr ausgeliefert. Sie kommt „von ungefähr“, wie man früher sagte. Und insofern ist die Halluzination natürlich ein Automatismus, man möchte fast sagen, ein objektiver Automatismus: der Sinnesgetäuschte glaubt an der Entstehung ebenso unbeteiligt zu sein, wie der Normale, der von einem Einfall sagt: *er* fiel mir ein. Der Einfall ist Subjekt, ich bin Schauplatz, und dennoch ist es *mein* Einfall.

Das oben erwähnte Phänomen dagegen ist etwas anderes. Da ist der Kranke nicht nur in diesem Sinne Schauplatz, sondern er ist überwältigt, gezwungen, vergewaltigt von einem „andern“, von einer höheren Macht, oder welche Namen wohl immer diesem „andern“ gegeben werden mögen. Später wird hiervon nochmals die Rede sein. Die These „die echte Halluzination ist ein Automatismus“ ist also zweifellos richtig, aber sie hat eine doppelte Bedeutung, je nachdem man das eine oder andere oder beides meint.

Diese Ichstörung an den Halluzinationen darf nicht verwechselt werden mit ihrem Leibhaftigkeitsgehalt. Man kann alle Grade an einem Wahrnehmungsphänomen auseinanderhalten von der ausgeprägtesten Leibhaftigkeit bis zur unbestimmtesten Unleibhaftigkeit (gewöhnlich Vorstellungscharakter genannt). Und man kann am Wahrnehmungserlebnis ferner alle Grade des Ichgehalts

feststellen von der stärksten Icherfülltheit bis zur vollständigen Ichlähmung (Automatismus sensu strictiori).

Da die normale Psychologie leider von diesen Unterscheidungen so gut wie keine Notiz nimmt, sei hier nochmals zusammengestellt, was überhaupt am Wahrnehmungserlebnis vorkommt:

1. die Eigenschaften des Objekts sind *deutlich bis undeutlich*, klar bis unscharf, lebhaft bis verwaschen, (scharfe Konturen, grelle Farben in der Sonne, unscharfe Konturen, unbestimmte Farben im Nebel); — ferner merkmalsreich und merkmalsarm; — deutlich abgehoben als Auflage vom Grund oder gestaltschwach;

2. die leibhaftige Gegebenheit (Wahrnehmungscharakter) bis zur bildhaften Gegebenheit (Vorstellungscharakter) in allen Graden;

3. die icerfüllte Gegebenheit (maximaler Ichgehalt) bis zur Ichleere, ja Ichlähmung (Vergewaltigtsein, Automatismus).

Alle drei Momente sind phänomenal wirklich verschieden. So kann ein sehr undeutlicher Eindruck (z. B. der eines Tones) doch durchaus leibhaftig sein (wirklich gehört) und dabei „gemacht“. Oder ein sehr klares, merkmalsreiches Bild kann durchaus icerfüllt, ichnahe sein, wobei zweifelhaft bleibt, ob es leibhaftig gegeben oder nur vorgestellt, oder nur einiges an ihm leibhaftig gegeben und das andere phantasiemäßig ergänzt war. Denn auch das kommt noch vor, daß an einem Erlebnis manche Momente leibhaftiger und bildartiger Natur sich mischen (Illusionen, Pareidolien).

WOLPERT (1927) macht den Versuch, die Halluzinationen den leibhaftigen Gegebenheiten *nicht* zuzurechnen. Er bringt mit dem Wahrnehmungscharakter das Kennzeichen des „Gemachtwerdens“, die unangenehmen Inhalte, das Unlustgefühl derart in Zusammenhang, daß ihm ein Unterschied zwischen Halluzination und Wahnidee *nicht* mehr aufleuchtet. Damit werden Unterschiede, um deren genaue Heraushebung man sich seit vielen Jahren bemüht, grundlos wieder preisgegeben. Selbst wenn die Halluzination eine Wahnidee wäre, bliebe doch die Frage bestehen, warum die eine Wahnidee als Halluzination erscheint und die andere nicht. — So wichtig es psychologisch ist, Halluzinationen, Ichstörung, Gefühle, Wahnideen auseinander zu halten, so sehr tritt dem heutigen Interesse die Unterscheidung von Illusionen und Halluzinationen zurück. Sie hatte nur solange in der Psychiatrie einen Sinn — von ESQUIROL bis NEUMANN hat man großen Wert auf den Unterschied gelegt —, als man die Wahrnehmung für eine Angelegenheit der Sinnesorgane hielt und in der Illusion eine „falsche Interpretation der Sensationen“ (NEUMANN) sah. Heute, da viele Psychologen schon dem normalen Wahrnehmungsganzen eine starke Durchsetzung mit Vorstellungs- und Denkfunktionen zuordnen, wird also in der Illusion, fast möchte man sagen der Normalzustand erblickt: *jede* Wahrnehmung ist eine Interpretation der Empfindungen (anders BOUYER und E. MINKOWSKI). CARL SCHNEIDER unterscheidet die Illusionen als Vermischungen wahrnehmungs- und vorstellungsmäßiger Momente von den Dymorphopsien, bei denen der Gegenstand mit sich selbst (der Bedeutung nach) gleich bleibt, aber sein Aussehen ändert. „Die Menschen kamen wie angeschaukelt, sie gingen ganz in sich zusammen“ (C. SCHNEIDER, Fall 108). An sich ist gegen die Unterscheidung natürlich nichts einzuwenden, nur fragt man sich, ob der Vorgang wirklich so verschieden ist, wenn sich X zwar sehr ändert, aber X bleibt, oder ob er sich in etwas anderes verwandelt (über die Verwandlungen siehe auch unten).

Die Frage taucht auf, warum diese Ausführungen in einer Darlegung der schizophrenen Phänomene nötig waren. Aber sie mußten einer Darstellung dessen vorausgehen, was etwa an den schizophrenen Halluzinationen spezifisch sei.

Die oben angeführten 3 Gesichtspunkte gelten an sich für *alle* normalen und abnormen Wahrnehmungsakte. Schon oben wurde zugegeben, daß die echten Sinnestäuschungen nicht nur bei der Schizophrenie, wenn auch hier besonders langfristig und deutlich, vorkommen. Aber wenn ein Vergifteter — als Beispiel möge der Alkoholdelirant gelten — echte Sinnestäuschungen erlebt, so sind sie zwar oft deutlich und voll der Leibhaftigkeit, aber man wird nie erleben, daß dieser Delirant etwas von Vergewaltigtsein usw. erzählt. Er steht seinen Sinnestäuschungen genau so naiv und natürlich (voller Ichgehalt) gegenüber, wie der Normale, der Realia erlebt. Man könnte die Ursache darin suchen, daß der Delirant wie mancher andere Vergiftete „benommen“, d. h. desorientiert und nicht in der Lage ist, über sich und seine Phänomene nachzudenken und auszusagen. Aber auch der Alkoholhalluzinant mit seinen akustischen Phänomenen sagt niemals etwas von jenem Vergewaltigtsein, von einer Ichlähmung. Auch er, der doch ganz klar und besonnen ist, erkennt seine Stimmen als völlig real und ebenso natürlich an, wie der Delirant seine kleinen beweglichen Gebilde. Es kann also nicht allein die besonnene Klarheit des Schizophrenen sein, die das Bewußtsein des Vergewaltigtseins ermöglicht. Es muß ein Specificum am Wahrnehmungs- (Halluzinations-) phänomen selbst sein, welches die schizophrenen Halluzinationen charakterisiert. Ich habe mir Mühe gegeben, sehr viele schizophrene Halluzinanten auf dieses Phänomen hin zu prüfen. Ich fand es nur äußerst selten, daß ein Schizophrener seinen Täuschungen so naiv gegenübersteht, wie ein Delirant seinen kleinen Tieren. In den allermeisten Fällen litt der erstere außerordentlich unter diesem Empörenden, was ihm da gemacht, angetan wird. Wenn eingewendet werden sollte, es sei die danebenstehende andere Grundstimmung des Deliranten (alkoholisch-humoristisch), die eine andere Stellung zu den Sinnestäuschungen bedinge, so sei wiederum an den Alkoholhalluzinanten erinnert, der nichts von Humor, vielmehr Angst hat und dennoch nichts von Ichstörung und nichts von jener spezifisch schizophrenen Haltung gegenüber jener Vergewaltigung zeigt.

Man darf also formulieren: Wenn die Halluzinationen auch nichts Spezifisches an der Schizophrenie sind, so haben sie doch (besonders die akustischen und taktilen Täuschungen) meist einen Umfang und eine Dauer, wie sie sonst kaum bei einer anderen Psychose beobachtet werden. Zudem haben sie oft ein Charakteristikum, die beschriebene Ichstörung, die als ein Grundsymptom der Schizophrenie ihr eigentümlich ist (*troublé dans leur annexion au moi: de Clérambault*).

Man kann dem ganzen Halluzinationsproblem noch dadurch eine andere Wendung geben, daß man formuliert: der Halluzinant habe keine „Sinnes“-täuschungen, sondern er habe nur die *Wahnidee*, Sinnestäuschungen zu haben, d. h. er habe z. B. die Wahnidee, Stimmen zu hören. Wenn dies als Gedanke auch in diesem Zusammenhang mehr als ein dialektischer *Scherz* erscheint, so erlangt eine solche Überlegung doch größeren Wert für die Auffassung der Körperempfindungssensationen. (FALRETS [1854] „innere Halluzinationen“.) Zweifellos gibt es Hautempfindungstäuschungen, die ganz den Charakter der echten Sinnestäuschung tragen. Ich war selbst einmal (durch Zufall) zugegen, als eine halluzinationsgeplagte Schizophrene ein Kohabitationserlebnis in aller Realität erdulden mußte. Wenn aber manche schizophrene Kranke äußern, die Rippen würden ihr abgebrochen, oder der Rückstrang werde verstaucht, oder es seien Katzen im Leib, so ist man schon wesentlich ungewisser, welcher Anteil dieses Gesamterlebnisses sinnesmäßiger und welcher denkmäßiger Art (wahnhaft oder symbolhaft) ist. Die Auffassung liegt ja nahe, daß gewisse an sich ungegliederte (ungestaltete) Sensationen der Haut oder der Organe hier vorstellungs- oder denkmäßig ausgedeutet werden. Ja, bei der Haut

erscheint diese Auffassung noch plausibler, weil auch der Normale eine irgendwie geartete „reale“ Hautsensation oft gar nicht deutet, d. h. auf einen Ursachekomplex, oder Gestaltkomplex bezieht, sondern schlechtweg hinnimmt, so wie sie ist. Man pflegt vielleicht zu vergleichen: es war, wie wenn mich ein Wind anwehte, oder es stach wie mit Nadeln und dgl. Aber man steht diesen Sensationen — wenn man so sagen darf — viel uninteressierter, weniger auf „Bedeutung“ eingestellt, gegenüber, während man in optischen und akustischen Eindrücken fast selbstverständlich den Sinn sucht. Im Prinzip unterscheiden sich aber die Haut- und die Ohr- usw. Sphäre kaum.

KOPF sondert ganz richtig:

- |                  |   |
|------------------|---|
| 1. Reale         | Empfindungen, normal aufgefaßt, wahnhaft gedeutet |
| 2. „             | „ abnorm „ „ „                                    |
| 3. Halluzinierte | „ normal „  |
| 4. „             | „ wahnhaft „                                      |
| 5. Wahnerzeugte  | „   |

Weitere Beispiele aus der Körperempfindungssphäre siehe am Schluß dieses Abschnitts.

WERTHEIMER hat einmal die halb ernste, halb scherzhaftige Bemerkung gemacht, wenn ich im Nebenzimmer hertahör vernehme, so hänge es ganz von meinem Wissen ab, daß dort ein indischer Herr Tahör oder eine Hertha (die hören soll) wäre, ob ich die Laute so oder so auffasse (bzw. gestalte). Dies gilt prinzipiell für alle Sinneseindrücke.

Es ist für die Schizophrenie kennzeichnend, daß sich fast alle Sinnessphären an den „Täuschungen“ beteiligen, wenschon in recht verschiedener Häufigkeit. Ich habe den Eindruck (freilich ohne Zählungen), daß akustische Sensationen am häufigsten seien, dann folgen die Sensationen der Berührung (besonders an den Geschlechtsteilen), des Gesichts, Gleichgewichts, des Geruches, Geschmacks, Schmerzes, Bewegungs- und „Drucksinns“. Ich habe selten Halluzinationen des Temperatursinns, niemals des Kraftsinns und des sogenannten Vibrationsinns erlebt.

Der körperlich eingestellte Forscher könnte aus diesen Feststellungen Belege für seine Meinung entnehmen: Halluzinationen seien abnorme Gedanken oder Vorstellungen, aber nicht wirkliche „Täuschungen“ der Sinnesorgane oder ihrer zentralen Vertretungen. Denn wären sie dies, so wäre nicht einzusehen, warum sich nicht *alle* Sinnesgebiete in gleicher Weise beteiligen, d. h. körperlich gesprochen, alle Sinnesorgane in gleicher Weise erregt werden sollten. Die obige Skala abnehmender Häufigkeit sei diejenige abnehmenden Interesses: dem Menschen sei das Gehörte (die Sprache) am wichtigsten, dann folge das Gesehene usw. ähnlich wie in obiger Reihenfolge. Dieser Einwand des Somatikers, die Halluzinationen seien also psychogene (im weitesten Sinne) Gebilde und aus der Körperlichkeit herauszuweisen, ist in der Tat sehr beachtenswert. Er gipfelt in der These, *alle* Halluzinationen seien Denk- oder Vorstellungsgebilde, denen nur abnormer Weise der Charakter der Leibhaftigkeit verliehen sei. Die entgegengesetzte These lautet: die Halluzinationen seien wirkliche Erregungen der Sinnesorgane oder ihrer zentralen Vertretungen, die denkerisch gestaltet würden. Beide Thesen haben Konsequenzen. Die erste Auffassung verwundert sich, wenn die Inhalte der Sinnestäuschungen aus dem Lebens- und Beschäftigungskreis des Halluzinanten herausfallen. Die zweite ist erstaunt, daß die Inhalte in diesen Kreis hineinpasse. Aber man verwechsle hier nicht — wie so oft — statische und genetische (Verstehens-) Gesichtspunkte. Das Problem ist in erster Linie phänomenologisch. Wie schon in den einleitenden Sätzen ausgeführt wurde, ist ein *Denkinhalt* prinzipiell unanschaulich. Das Denken an eine Marmorvase ist von dem Vorstellen einer Marmorvase verschieden. Nur

die letztere Vergegenwärtigung hat *anschaulichen* Charakter, sie teilt diesen anschaulichen Charakter mit der Wahrnehmung einer Marmorvase, nur daß die Wahrnehmung noch dazu den *Leibhaftigkeits*charakter besitzt. Daß eine Sinnes-täuschung, also die optische Erscheinung einer Marmorvase, Leibhaftigkeitscharakter besitzt, ist unbestritten. Wenn nun behauptet wird, eine Halluzination sei nur ein Gedanke, so hieße das, die leibhaftige Gegebenheit der gesehenen Marmorvase sei eine nicht nur unleibhaftige, sondern sogar unanschauliche Gegebenheit, kurz, es entstände ein Widersinn. Eine gesehene Marmorvase kann immer nur entweder etwas Wahrgenommenes sein (also entweder eine real begründete oder subjektiv halluzinierte Wahrnehmung) oder etwas deutlich Vorgestelltes (eine Pseudohalluzination), niemals etwas Gedachtes.

Etwas schwieriger liegt der Sachverhalt bei den „*Stimmen*“. Etwas Gedachtes, z. B. das Urteil „diese Vase ist aus Marmor“, kann von manchen Menschen unformuliert vollzogen werden, als reiner Gedanke. In den meisten Fällen aber formuliert man (wenn auch nur in stiller Vergegenwärtigung und vielleicht nur im Einwortsatze „Marmorvase“) das Urteil sprachlich. Diese sprachliche Formulierung ist der Sprachentwurf, ein spezieller Bewegungsentwurf, eine Bewegungsgestalt. In der Art ihrer Gegebenheit unterscheiden sich die einzelnen Menschen sehr voneinander. Für den ersten ist der Entwurf schlechtweg vorhanden, ohne daß er sich dabei körperlicher Sensationen oder akustischer Phänomene bewußt ist. Der Zweite hat den Entwurf schon unmittelbar vor der Ausführung bereit in dem Sinne, daß er die Worte schon gleichsam auf den Lippen hat; Mundstellungsbereitschaften sind schon sinnlich gegeben. Ein dritter (motorischer Typus) spricht die Worte schon vor sich hin, ähnlich wie unsere Sprachforscher von den Lesenden aus vorchristlich-römischer Zeit annehmen, daß sie noch laut, zum mindesten flüsternd lesen *mußten*, wenn sie den Sinn des Gelesenen verstehen wollten. Endlich gibt es auch noch einen vierten Typus, der diese Worte des Sprachentwurfs zu *hören glaubt* (innerliche Stimmen), dann meist in seinem eigenen Tonfall. Sieht man einmal von der oben erörterten, in die Realität des Pathologischen sich vielfach eindringenden Ichstörung ab, so zeigt sich also schon in der normalen Sprache eine Skala der Gegebenheiten von der reinen Unanschaulichkeit des „nur“ gedachten Gedankens (unformuliert) bis zu der motorischen (kinästhetischen) Weise des sprachlich formulierten gesprochenen oder der des gehörten Gedankens. Wenn es also einen Sinn haben kann, zu behaupten, die „Stimme“ sei nichts als ein Gedanke, so kann damit verständigerweise phänomenal nur gemeint sein, sie sei ein formuliert laut ausgesprochen gehörter Gedanke. Z. B. im Halbschlafdenken die „hypnagoge“ Halluzination „Du mußt jetzt aufstehen“. Gegen eine solche gedankliche Fassung wäre nicht viel einzuwenden. Da wir aber in der umfassenden Erfahrung des Alltags (außerhalb des Einschlafens) es so gut wie nie erleben, daß unsere Gedanken von uns selbst *laut* gehört werden, zumal nie mit „fremder“ Stimme, so hätte man guten Grund, die akustischen Halluzinationen (eben die Stimmen) von den übrigen Gedankenphänomenen dennoch als etwas Besonderes abzutrennen.

CARL SCHNEIDER neigt dazu, die Unterschiede, die zwischen den objektiv realen Wahrnehmungen und den Sinnes-täuschungen bestehen, so zu betonen, daß fast nichts Gemeinsames übrig bleibt. Die alte Lehre, Halluzinationen seien echte Wahrnehmungen ohne äußeren Anlaß, wird also von SCHNEIDER vollkommen preisgegeben. Er drückt das so bestimmt aus: Gesichtstäuschungen Schizophrener sind niemals „leibhaftige“ Täuschungen (S. 66) und: die akustischen Halluzinationen sind mit der Wahrnehmung des Gesunden „ganz unvergleichbar“ (S. 71). Wenn zwei Forscher von großer Erfahrung sich einander so widersprechen, daß der eine das genaue Gegenteil vom andern behauptet,

so liegt der Grund zu diesem Widerspruch meist nicht in der Fülle verschiedenen Beobachtungsmateriales, sondern in verschiedenen Grundanschauungen. Ich bin der Überzeugung, daß die meisten Halluzinationen Schizophrener leibhaftige Täuschungen sind und mit der Wahrnehmung des Gesunden sehr wohl verglichen werden können. Wenn C. SCHNEIDER zur Stütze seiner entgegengesetzten These anführt, daß die Kranken ihre Halluzinationen von den eigenen Wahrnehmungen *sehr wohl unterscheiden*, so hat das sehr verschiedene Gründe. Die Meinung, bei phänomenal identischer Erlebnisweise könnten die Erkrankten über ihre plötzlichen Halluzinationen gar nicht erstaunt sein, hat manches gegen sich. Der Halluzinant lernt schnell begreifen, daß er seine Stimmen *allein* hört (die Leute seiner Umgebung bestreiten ja deren Realität); er hört sie außerdem oft aus der Luft, Decke, Wand (im Gegensatz zu seinen bisherigen Erfahrungen); die Inhalte der Stimmen sind oft beschimpfend, oft sinnlos, was in der Realität seiner Umgebung kaum vorkommt; der Tonfall seiner Stimmen ist oft nicht der seiner Freunde und Bekannten; so ist es nicht verwunderlich, wenn er sich zwei Welten schafft, die des halluzinierten und die des realen Bereiches. Phänomenale Unterschiede braucht man hierzu nicht heranzuziehen. Man versetze sich als Gesunder in die Lage, daß man plötzlich, allein in seinem Zimmer, durch eine fremde Stimme beschimpft wird: — man würde sich wohl darüber genau so aufregen, wie der Halluzinant, dem dies zuerst begegnet. C. SCHNEIDER spricht der Erscheinungsweise der Halluzinationen ferner Uneindringlichkeit und Flüchtigkeit zu. Ich kann dem keineswegs generell, sondern nur für einzelne Fälle zustimmen. Auch halte ich die Meinung SCHNEIDERS, sowohl der anschauliche als der unanschauliche Erlebnisanteil des Halluzinierenden sei in einer besonderen Erlebnisweise gegeben, für empirisch nicht begründbar. Beides ist zuweilen, aber keineswegs immer der Fall, und wenn es der Fall ist, so liegt der Grund meist darin, daß sich zur anschaulich „normal“ gegebenen Stimme eine Ichstörung oder ein Phänomen anderer Herkunft gesellt.

QUERCY versucht ebenfalls das Wesen der Halluzination als eines Sonderphänomens zu erschüttern; er verwendet BERGSONSche Gedankengänge und führt zwischen Wahrnehmung und Erinnerung noch ein Erinnerungsbild ein. Eine Halluzination sei eine nach außen projizierte Erinnerung, der das Bewußtsein dieser Projektion fehle. Mit solchen rein formalen Definitionen wird man natürlich dem phänomenalen Problem der Halluzination nicht gerecht. Das gleiche gilt von BOUYER, der einen halluzinatorischen Zustand physiologischer Art von einer halluzinatorischen Anlage als einer geistigen Haltung unterscheidet. BOUYER macht darauf aufmerksam, daß man nicht wisse, ob ein Kranker dasselbe meine wie ein Gesunder, wenn er sagt, er sehe oder höre etwas. Ähnlich wie wir auch von unseren Träumen sagten, wir hätten etwas gesehen oder gehört, und wie dieses Sehen und Hören doch von dem im Wachzustande sehr verschieden sei, so sei eben der Kranke doch ein Gesamt Kranker, der mit seinen Worten vielleicht etwas ganz anderes meine. Gerade dieses trifft auf den Schizophrenen *nicht* zu. Man kann sich mit ihm oft so gut aussprechen, daß man ganz genaue Kontrolle hat, ob er mit seinen Worten etwas anderes meint. Der Schizophrene ist eben kein Träumer, sein Bewußtsein ist klar. Gerade dies ist das Moment, daß das Studium der Psychologie der Schizophrenie so ergebnisreich macht. Hier sei noch eine Probe für die Leibhaftigkeit der Stimmen mitgeteilt:

Die Stimmen lagen mir in den Ohren; wenn ich mir die Finger in die Ohren bohrte, ließen die Stimmen nach. Wenn ich die Ohren fest zuhielt, hörte ich nichts. Später: „es ist aus meinen Ohren heraus, allmählich hat es sich verloren“. Walter Schaper 19/357.

Soweit reicht die phänomenologische Betrachtung. Geht man darüber hinaus und zur Einordnung dieser Stimmen, also der wirklich gehörten Gedanken,



in den augenblicklichen seelischen Gesamtzusammenhang des Halluzinanten über, so zeigt sich, daß der Halluzinant diese seine Gedanken nicht als die seinen anerkennt, nicht etwa wegen der oben erörterten Ichstörung — sie gesellt sich nur zuweilen dazu — sondern weil er eben an das, was da gesprochen gehört wurde, im Augenblick gar nicht gedacht hat. Wenn sich ein schizophrener Kranker gerade anschickt, an einem Schaltbrett Sicherungen zu montieren und hört plötzlich die Stimme „damals warst du noch klein“, so ist er über diese Halluzination vor allem deswegen betroffen, weil er in diesem Augenblick keineswegs an seine Kinderzeit oder dgl. gedacht hat. Der Inhalt der Sinnes-täuschungen ist ihm ein absolutes Novum, nicht anders, als wenn wirklich ein Fremder diese Worte plötzlich gesprochen hätte. Kommt noch — wie so häufig — dazu, daß diese Stimme wirklich fremden Tonfall trägt und aus bestimmter Richtung erschallt, so liegt hier wirklich ein so eigenartiger Sach-verhalt vor, daß mir seine Absonderung als spezielles Phänomen „Sinnes-täuschungen“ in der Tat empfehlenswert erscheint, und daß mir die These: Stimmen sind nur Gedanken, wenig glücklich erscheint.

Ehe aber auf die Frage, ob die „Inhalte“ der Stimmen in die augenblickliche Situation passen und dgl., ehe überhaupt auf das Problem der Inhalte eingegangen wird, sei noch eines schwierigen Phänomens aus dem Bereich der *Körpersensationen* gedacht. Wenn ein Schizophrener sagt, die eingenommene Nahrung ergebe sich in den Schenkel, so macht es sich jene Deutung eines solchen Erlebnisses am leichtesten, die diesen Ausspruch als gar nicht wirklich gemeint nimmt, sondern auf die gleiche Basis wie etwa die andere Äußerung stellt: man habe ihm durch elektrische Fernwirkung den Arm gehoben. Im letzteren Falle erlebe der Kranke das automatisch sich vollziehende Heben des Armes und deute es gedanklich als das Ergebnis einer angeblich elektrischen Fernwirkung. Im ersteren Falle erlebe der Kranke eine Sensation im Schenkel, und da er gleichzeitig esse, bringe er beides in einen wahnhaften (also auch gedanklichen) Zusammenhang. — Man wird dagegen nicht viel einwenden können. In andern Fällen aber liegt der Sachverhalt komplizierter: z. B. es spräche ihr aus der Schulter. Damit meint die Kranke nicht etwa, daß sie Laute aus der Gegend ihrer eigenen Schulter höre, sondern sie hat ganz offenbar zugleich mit dem Hören der Stimmen Sensationen an der Schulter. Die Annahme liegt nahe, zwei gleichzeitige auffällige Erlebnisse würden eben in *einen* Erlebniszusammenhang gebracht *wegen* dieser Gleichzeitigkeit. Aber hierzu liegt ja an sich gar kein Zwang vor. Wenn ein Rheumatiker zufällig einmal Magenschmerzen bekommt, so wird er diese und die Gelenkschmerzen doch nicht ohne weiteres in irgend einer Weise verschmelzen.

Man hat daher auf jene Fälle den Begriff der *Synästhesie* anzuwenden versucht. Aber dieser Begriff ist unscharf. Man faßt darunter Fälle, in denen z. B. eine Tonart eine bestimmte Farbe zu haben scheint, ohne daß aber bisher genügend beachtet wurde, ob der betreffenden Person bei der Tonart die Farbe nur einfällt (als Vorstellung oder Denkinhalt), oder ob sie wirklich zugleich sinnlich erlebt wird. Aber man rechnet z. B. auch jenen Sachverhalt zuweilen hierher, daß einer Person die Ziffer 10 stets rot erscheint. Ein solcher Sachverhalt läßt sich meistens als eine intensiv gefühlsbetonte Erinnerung deuten, ähnlich wie einem Alemannen beim Begriff Heimat immer Tannenwald „vor Augen“ steht. Aber noch weitere, wieder anders gelagerte seelische Tatbestände werden zu den Synästhesien gerechnet, so daß mit einem so ausgeweiteten Begriff kaum mehr zu arbeiten ist. — Die Frage, ob ein solches Phänomen wie „Stimme aus dem Arm“ zu den Synästhesien gerechnet werden könne, hat also nur Sinn, wenn man Synästhesien scharf definiert, als „regelmäßiger Synchronismus zweier wirklicher Sinnesempfindungen aus verschiedenen Sinnesgebieten“. Psychologisch gefaßt würde

dies hier bedeuten: Gehörshalluzination verbindet sich mit Berührungshalluzination des Armes zu einem Ganzen; somatologisch hieße es: eine innere Gehörserregung bewirkt gleichzeitig eine Erregung der Armhautsinnesregion. Alle diese Fragen müssen meines Erachtens noch unbeantwortet bleiben. Ich selbst wage nicht einmal eine Vermutung, zumal ich auch Fälle kenne, in denen ein Stimmengeplagter gleichzeitig Körpersensationen hatte und beide dennoch *nicht* zu einem Ganzen verschmolz.

Was endlich den *Inhalt* der Sinnestäuschungen betrifft, so würde, wie schon oben angedeutet, die Auffassung der Halluzination als eines *gedanklichen* Phänomens gleichzeitig die Folgerung einschließen, daß die Inhalte aus dem Lebens- und Gedankenkreis des Kranken sinnvoll entstammen. Bei den echten Sinnestäuschungen ist dies aber in der Tat nur sehr selten der Fall. Ja man hat es — übertreibend — geradezu zum Kriterium machen wollen, daß die echten Halluzinationen dem augenblicklichen Sinnzusammenhang als Fremdkörper erscheinen, während die Pseudohalluzinationen sich ihm einfügen. Beides ist zu sehr schematisiert. Ein Phanodormdelir (BÜRGER 1929) erzeugt regnende Stärke, Käfer, Hasen, Schilf bei einem kaufmännischen Agenten, — eine Methylalkoholvergiftung Wasserfälle, hohe Bäume, laufende Tiere bei einem Elektrotechniker, während ja vom gewöhnlichen Alkoholdeliranten bekannt ist, daß neben solchen „fremden“ Inhalten auch Gegenstände seiner gewöhnlichen Beschäftigung auftauchen (Beschäftigungsdelir). BERINGER konnte bei seinen Meskalvergifteten sowohl Kratzen, Knirschen, Jahrmarktslärm, — wogende Helligkeit, schiefe Querstreifung in Grün und Blau feststellen, als auch jubelnde Fanfare vieler Instrumente, ferne Frauenschöre, verschnörkeltes Füllhorn, französische Lilie, Landschaften, menschliche Figuren, — in der Mehrzahl „ohne offensichtliche Beziehung zu dem Interessenkreis der Persönlichkeit“ (S. 48). Auch bei der Schizophrenie enthalten die Sinnestäuschungen überwiegend Inhalte, die diesem Interessenkreise fern sind. Vor allem die Stimmen bringen oft nichts als gemeine Schimpfworte oder sinnlose Ausrufe oder einfache Aufforderungen; zuweilen begleiten sie alles, was der Kranke tut, mit konstatierenden Bemerkungen („jetzt trinkt er Bier“), oder aber sie erzählen auch etliches aus dem früheren Leben des Kranken („ich weiß doch selber, was ich früher erlebt habe, was brauche ich mir das alles nochmals erzählen zu lassen“). Schon die Tatsache, daß die meisten schizophrenen Halluzinanten über den Inhalt der Sensationen entrüstet sind, spricht dafür, daß die Täuschungen nicht der eigenen Gedankenwelt entstammen, sondern autochthon, elementar sind. Hier liegt übrigens eine Stütze für die Theorie, daß die Schizophrenie eine organische (somatische) Erkrankung ist.

Sehr schön sagt NEUMANN 1859, die Gedanken erscheinen uns, wenn wir einmal in den Zustand des Halluzinierens geraten, als Worte. Dieser — einer der klügsten unserer psychiatrischen Vorgänger — erkennt also den *Zustand*, wir sagen heute die Funktion, des *Halluzinierens* als das Krankhafte, vollkommen unabhängig von den Inhalten. Ich möchte mich dieser Meinung — jedes Kompromiß ablehnend — ganz ausdrücklich anschließen: auf die Inhalte kommt es überhaupt nicht an; Wünsche, Strebungen, verdrängte Affekte kommen als Ursache nicht in Frage (Gegensatz zu den Pseudohalluzinationen).

Daß neben den echten Halluzinationen bei der Schizophrenie aber auch Pseudohalluzinationen (= Hallucinations réflexes de Gaultier de Beauvallon 1883), Illusionen und dgl. vorkommen, steht fest. Doch liegt in ihnen nichts spezifisch Schizophrenes. Sie interessieren eigentlich nur vom Gesichtspunkt der individuellen Determinierung der Inhalte und gehören daher nicht in dieses Kapitel.

Sehr selten sind die Fälle, in denen es zu einem *halluzinatorischen Delirium* kommt. Ich kenne sie ganz vereinzelt, sowohl bei Gefängniskatationen, wie in

der Freiheit, wie in der Anstalt. Es handelt sich dann um szenenartige Erlebnisse, bei denen nicht nur wie im Kino komplexe Geschehnisse visuell akustisch abrollen, sondern bei denen der Kranke auch selbst beteiligt ist und mitspielt, ganz ähnlich (nur meist phantastischer) wie beim Beschäftigungsdelir des Alkoholdeliranten. Eine Amnesie besteht hernach nicht, doch täuschen die Kranken sie gelegentlich vor, weil sie dem Ausfragen entgehen wollen. Für diese seltenen Fälle kann man eine Desorientiertheit während dieses halluzinatorischen Delirs (zuweilen mit Verzücktheiten) nicht leugnen. Der Ausdruck Dämmerzustand scheint mir aber selbst für diese Zustände nicht angemessen zu sein (im Gegensatz zu KLEISTS Sprachgebrauch).

Endlich sei noch eines Phänomens gedacht, das sich psychologisch sehr schwer fassen und kaum einordnen läßt. Es gibt Schizophrene, die eine große Zahl „Geschichten“ erzählen, die sie angeblich erlebt haben. Sie sehen, wie sich die Erde auftut und Gestalten entsteigen, wie ein Seil über den Ozean gespannt ist, an dem sie turnen, wie zwei große Kirchen auf dem Marktplatz miteinander verschmelzen usw. Es klingt ganz ähnlich wie Traumbildungen, mit gleichem Szenenwechsel, gleicher Phantastik und gleicher Lebhaftigkeit. Die Schilderungen werden zwar als erlebt vorgebracht, aber immer wieder anders erzählt, so daß sie zuweilen fast an die Konfabulationen eines Korsakowsyndroms erinnern. Es handelt sich nicht um Wahnideen, noch um Sinnestäuschungen, noch auch um oneiroide Zustände (MAYER-GROSS); die Kranken erzählen diese „Mordsgeschichten“ ganz ruhig, ganz selbstverständlich, klar und geordnet, wie wenn jemand von einer Reise erzählt (KRAEPELINS Paraphrenia confabulatoria).

Nur kurz sei noch der zahlreichen *Mißempfindungen* gedacht, die sich bei Schizophrenen im Körper einstellen. Besonders in Kopf und Leib werden ja oft Schmerzen oder in höchst seltsamen Ausdrücken Sensationen beschrieben, die zuweilen das Bild so beherrschen, daß der psychiatrisch nicht geschulte praktische Arzt gar nicht auf den Gedanken einer seelischen Störung kommt, sondern den Körper behandelt. Die sogenannte hypochondrische Form der Hebephrenie findet sich ja so häufig in Erholungsheimen, Lungenheilstätten und dgl., weil die Diagnose des behandelnden Arztes sich mit nervöser Erschöpfung, Zusammenbruch, Überarbeitung usw. begnügt oder eine beginnende Tuberkulose vermutet. Solche Diagnosen sind beim Unkundigen umso begreiflicher, als diese Kranken oft nicht nur über allgemeine Schwäche klagen, sondern in der Tat ein elendes, blaßes Aussehen ohne Turgor haben. Psychologisch ist man recht in Verlegenheit, wie man diese Parästhesien auffassen soll. Mir ist es sehr unwahrscheinlich, daß es sich dabei um Symbolverkleidungen handelt, daß also irgendwelche Komplexe psychogen das Symptom herbeiführen, wie der seelische Ekel das körperliche Erbrechen. Ich halte vielmehr an der organischen Entstehung auch dieser Parästhesien fest, wenngleich ihre *Beschreibung* zuweilen aus Erlebnissen oder Wahnbildern heraus geformt wird. Nur muß ich zugeben, daß es mir nicht möglich ist zu entscheiden, ob es sich wirklich um periphere organische Sensationen gleich dem Pelzigsein der Tabiker handelt, oder ob Halluzinationen oder Illusionen der Körperempfindungssphäre vorliegen. — Besonders häufig ist die *Gemeinempfindung* des Körpers alteriert (inkorrekt oft Gemeingefühl genannt): die schizophrenen Kranken klagen über Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche, inneres Gebrochensein und dgl.

Hier folgen noch einige typische Beispiele für die schizophrenen Körperempfindungen:

Er hatte die Empfindung, ein blasenähnliches Geschöpf zu sein, während es gelte, sich beim Weltensturm zum Schaum gefaßt zu machen. (Was mag hieran wahnhaft, was halluzinatorisch sein? Fall Hahnenfuß von MAYER-GROSS und BERINGER, S. 230.)

Im Gesäß sei alles voller Schmerzen. Der Stuhlgang gehe nicht mehr wie früher, mitunter müsse er stundenlang auf dem Abort sitzen. Inwendig sei es schmerzhaft, außen seien die Empfindungen wie stumpf; die Knochen seien gespalten. Auf die Frage, woher er das wisse, berichtet er, er sei einmal als Geist aus dem Jenseits zurückgekommen, und als er wieder in seinen Körper hineinfuhr, habe ihn der Geist das sehen lassen. Es sei ein Riß hüben und drüben, lauter weißer Eiter; vielleicht sind die Kreuzwirbel unten abgebrochen. Er habe das Gefühl, wie wenn alles nur noch an einem Faden hänge. „Das schneidet und brennt beim Bücken, da muß ich sehr vorsichtig sein. Ich kann nichts couragiert anfassen“ . . . . (Ferdinand Spaniel 99/58.)

„Irre klagen sehr häufig über seltsame Empfindungen in der Haut. William Parke sagte, es befänden sich Schweinefinnen oder Blindschleichen in seiner Haut, oder es wäre ihm, als ob Drähte durch dieselbe gezogen würden. Thomas Emmett wurde von kleinen Thierchen, welche man gewöhnlich Heimchen nennt, geplagt; sie hatten sehr lange, scharfe Schnäbel, welche sie in die Haut bohrten, und ihn an allen Theilen seines Körpers so quälten, daß er weder Tag noch Nacht Ruhe hatte. Seine Leiden währten Monate hindurch unaufhörlich fort. Ein Anderer wehklagte und jammerte (er war melancholisch), daß ein Theil seiner Haut brenne, wie Feuer, während der übrige kalt sey, als ob kaltes Wasser über denselben gegossen sey. Auf der äußeren Oberfläche war indes bei allen diesen Individuen nichts Krankhaftes wahrzunehmen.“ Aus KNIGHTS Irresein 1829, S. 92.

Beispiel für sexuelle Sensationen:

Sie sei hier das reinste Probetier. Sie werde geschlechtlich gebraucht, wisse aber nicht von wem. An den Genitalien selbst fühle sie alles mögliche, sie habe das Gefühl gehabt, als ob ein männliches Genitale in ihres eingeführt sei, das habe ihr furchtbaren Schmerz gemacht, gleich als ob alles in ihr zerrissen würde. Alles das sei ganz scheulich gewesen. Sie hätten auch an ihrer Gebärmutter alles mögliche getrieben, wodurch sie sehr starke Schmerzen gehabt habe. Vorgestern habe sie auch das Gefühl gehabt, als ob irgend eine Gestalt auf ihr liege. Auch jetzt im Augenblick habe sie das Gefühl, als wenn sie gebraucht werde. Sie komme dadurch ganz herunter, es mache sie wahnsinnig. (Anna Wiedemer 23/58.)

Es kam „so komisch wie Liebe“ über sie, so innig, aus dem Herzen heraus. (Lina Barth 23/158.)

Mir hat alles weh gethan, vom Kopf bis zu den Füßen, sogar das Haar tat weh. Als ob das Blut entzweigerissen würde. Es war mir dann auch, als wenn ich ein schlechtes Leben führte. Ich hatte öfters die Fühlung, daß jemand bei mir lag. Die Haare sprangen mir auseinander, das Herz fiel herunter. (Anna Mager 20/390.)

Einmal wurde sie nachts von einer Gestalt, die sie aber nur ganz undeutlich — wie verwischt — rechts von ihrem Bett sah, angehaucht; „dreimal machte es, wie wenn Wind gegen mich kommt, der Hauch lag richtig auf mir, ich schluckte ihn“. (Lina Barth 23/158.)

Manchmal fühle sie etwas, das ihren ganzen Körper umgebe und halte, wie dicke Luft, die sich dann wieder verdünnt. (Therese Tugend 18/41.)

„Ich fühle, wie an einzelnen Haaren ganz plötzlich gezogen wird. — Im Schlafe, d. h. kurz vor dem Erwachen, spüre ich, wie an meiner „Fliege“ unterhalb der Unterlippe gezogen wird und die Unterlippe sich ruckweise bewegt. In der Nase habe ich des Öfteren ein elektrisierendes Gefühl nach dem Gehirn zu, als wenn ich ersticken müßte. Zuzeiten habe ich an meinem Gesäß ein Gefühl, als wenn jemand ein brennendes Streichholz darunter hielte; plötzlich wird der eine Teil des Gesäßes so warm, daß ich vom Stuhl aufstehen muß.“ (Selbstbericht Friedrich Hülsmann 15/280.)

Ihre Haut sei verändert, so glatt wie Wachs, — — besonders an der Stirnhaut, sie müsse immer nachfassen. Sie habe ein Gefühl, als habe sie ein Kind bekommen und müsse nun auf die Nachgeburt warten. Das Wasser im Bade trage sie stärker als sonst. (Emilie Bauer 29/493.)

Auch diese Haut-, Gleichgewichts- usw. Sensationen sind abhängig von der Umgebung oder besser von der geistigen Verarbeitung der Umgebung:

„Daß die körperlichen Belästigungen nicht so fühlbar sind, wenn ich Gummiabsätze und -sohlen unter den Stiefeln trage, ferner auch auf den Chausseen, an welchen sich kein Telephon- oder Telegraphendraht, keine Eisenbahn oder nebenbei kein fließendes Gewässer befindet, die Schmerzen nicht so schwer zu ertragen sind.“ (Selbstbericht Friedrich Hülsmann 15/280.)

*Raum- und Zeitanschauung* sind an sich in der Schizophrenie nicht gestört. Doch werden von manchen Kranken seltsame Phänomene beschrieben, die nicht leicht einzuordnen sind. Es sind die *Phänomene der Änderung, der Wandlung*. Auf allen Sinnesgebieten sind sie zu beobachten. Optisch verzerren sich plötzlich die Gesichter der Umstehenden, sie nehmen einen tückischen Ausdruck an oder erscheinen wie Tierfratzen. Akustisch wandeln sich zuweilen die Stimmen

der Anwesenden in Tonfall und Dialekt. Taktil scheint es einem Kranken, als wölbe sich sein Hinterkopf immer mehr vor, so daß er dies durch beständiges Hin-fassen kontrolliert. So schildert Hahnenfuß (BERINGER-MAYER-GROSS, S. 221), daß er zeitweise unfähig war, Höhe und Tiefe richtig zu erfassen, unfähig, die Lage der übrigen Kranken in ihren Betten richtig wahrzunehmen. Statt der Köpfe sah er oft nur eine kompakte, unerklärliche Masse. Ähnliche seltsame Anomalien werden auch von der Zeitanschauung berichtet (F. FISCHER), doch sei hier auf beide Bereiche nicht näher eingegangen, da die Phänomene für die Schizophrenie nicht pathognostisch erscheinen, sondern auch bei Vergiftungen, Fieberdelirien usw. vorkommen.

Auch wenn man die echten Sinnestäuschungen für ein unableitbares organisches Symptom hält, ist es ganz unmöglich, zugrunde liegende Körpervorgänge aufzuzeigen. Schon BERGMANN sagte 1854 auf der Göttinger Naturforscherversammlung, die Halluzinationen beruhen auf einer Hyperästhesis derjenigen Bereiche des Gehirns, wo die Sinne ihre Wurzeln, ihren Reflex und Resonanzboden haben. Aber NEUMANN fügt 1859 hinzu, es werde zu einer willkürlichen Spielerei, wenn man jede einzelne psychische Abweichung auf ein besonderes weißes oder graues Fleckchen im Gehirn reduzieren wolle. Dies gilt noch heute zu Recht. Inwiefern sich bei der Motorik eher Aussichten auf eine sog. Lokalisation eröffnen, wird dort auseinandergesetzt. Wenn LÉVY-DARRAS (1927) die Halluzinationen als Erregungen der Rindenzentren einfach der Neurologie zuweist, so versteht er eben nicht den Unterschied von Bewußtseinsphänomenen und Körpersymptomen und bleibt etwa auf dem Standpunkt GRIESINGERS.

Man hat — abgesehen von den Sinnestäuschungen — auch im Wahrnehmungsakt des Schizophrenen insofern noch Abnormes zu finden geglaubt, als die innere Zusammenfassung dabei zerstört sein soll. In anderen Worten: man hat eine Störung der sogenannten Aufmerksamkeit beschuldigt, auch die Wahrnehmung mit zu schädigen. Hiervon wird unten noch besonders gesprochen werden.

### Das Vorstellen.

Das Vorstellen, hier natürlich im engeren Sinne verwandt, nämlich als anschauliche Vergegenwärtigung, erscheint bei der Schizophrenie ebenso wenig gestört, wie die Wahrnehmung im engeren Sinne. Die Schizophrenie interessiert ja dadurch den Forscher so stark, daß die seelischen Funktionen an sich alle erhalten bleiben. Sie werden gelegentlich „gestört“, aber nicht zerstört. Beim eigentlichen Denken freilich scheint eine Ausnahme vorzuliegen. Aber die Fähigkeit, sich anschaulich etwas zu vergegenwärtigen, bleibt an sich uneinträchtigt. Wenn manche Kranke doch zuweilen klagen, sie könnten sich etwas gar nicht mehr vorstellen, z. B. ihren Vater, oder ihr Heimathaus oder dgl., so liegt ähnlich wie beim gehemnten Zirkulären der Fehler nicht am Vorstellen selbst, sondern an der hinzugesellten Gefühlsbetonung. Wenn sich der Normale ein stark gefühlsbetontes Ganze vorstellt, wie das Elternhaus, so ist ja eben dieses optische Ganze in allen seinen Einzelheiten erfüllt von „Stimmung“. Im Alltag kann man sich dieser sentimentaln Haltung kaum entziehen. Aber beim Schizophrenen ist das vielfach anders. So sehr man sonst bestrebt ist, am seelischen Geschehen als einem Ganzen die einzelnen Momente nur gesichtspunktmäßig, nicht realiter zu sondern: — hier handelt es sich um eine wirkliche Lösung des einen vom andern. Man kann jenem Teil der psychoanalytischen Lehre ganz fern stehen, daß der gelöste Affekt wie ein Teufel herumfahre und auf irgendeine assoziative Besetzung gleichsam lauer; — man muß dennoch zugeben, daß eine wirkliche Trennung von Vorstellungsganzem und Gemütsbetonung möglich ist, ja sich realiter bei der Schizophrenie in größtem Umfange vollzieht.

Dies meint der Schizophrene, wenn er sagt, er könne sich das Elternhaus nicht mehr recht vorstellen, oder allgemein, seine Vorstellungen seien so blaß und dgl. Nicht die reine Veranschaulichung ist defekt, sondern die sonst dabei gewohnte „Stimmung“ fehlt oder bleibt schwach.

### Das Denken.

Jene Hoffnungen KRAEPELINS, man könne auch in die Funktionen der Psychosen Licht durch die experimentelle Psychologie bringen, haben sich nicht oder doch nicht in jener Weise erfüllt, wie er es meinte. Mit der eigentlichen Leistungspsychologie kommt man hier nicht voran. Aber es ist dennoch sehr lehrreich, einem Schizophrenen in seinen akuten Stadien kleine Aufgaben zu stellen, wie z. B. ein vorgezeigtes Bild zu beschreiben, eine pointierte Geschichte wieder zu erzählen, ein Sprichwort zu erklären. Dabei ergeben sich zweifellos schwere Störungen. Freilich sind diese Störungen nicht dauernd. Man kann die Sachlage vielleicht am besten so formulieren, daß man sagt, der Schizophrene sei zeitweise — freilich oft auf viele Jahre — an der Betätigung seiner formalen Intelligenz<sup>1</sup> gehindert, aber diese selbst bleibt erhalten. Es lag wohl nur an ungenügenden psychologischen Unterscheidungen, daß man ursprünglich das Wort der Demenz auch hier bei der „Dementia praecox“ verwendete, obwohl es selbstverständlich auch den älteren Autoren nicht zweifelhaft blieb, daß z. B. die senile Demenz und die schizophrene Demenz grundverschieden seien. Schon PINEL macht darauf aufmerksam, daß die Urteilskraft manchmal ganz erloschen sei, die Vorstellungen kämen ohne alle Ordnung und ohne richtige Folge, und ein andermal sei die Urteilskraft in vollkommener Lebhaftigkeit und Stärke tätig. — Dann schwankt die Auffassung des Defektes bei den Autoren längere Zeit hin und her. FALRET (1876) wirft *démence précoce*, *débilité intellectuelle*, *imbécillité*, *idiotie partielle*, *idiotie trotz treffender Einzelbeschreibungen* noch völlig durcheinander. Selbst KRAEPELIN war sich über Art und Umfang der „Verblödung“ noch keineswegs klar — NEISSER schon viel eher — und erst in neuester Zeit setzte sich die Meinung deutlich durch: „Die sog. Verblödung ist nur ein Schein“ (MAEDER, Untersuchung S. 243). Aber man behalf sich mit der Annahme von verschiedenen *Arten der Demenz*, indem man nur das Endergebnis (die Leistung) als schwer zerstört im Auge hatte. Nicht nur aus äußeren Gründen wandte man sich vom Namen *Dementia praecox* immer mehr ab: eine eigentliche Demenz, d. h. eine wirkliche Zerstörung der Denkfunktionen tritt nicht ein. Die Maschine bleibt intakt, sie wird nur gar nicht oder falsch bedient. Man kann es verstehen, daß manchem Psychologen dieser Gedanke nicht liegt: im Menschen beruhe die formale Intelligenz wie ein Werkzeug, dessen er sich in dieser oder jener Weise bediene. Es ist ja auch keineswegs gemeint, daß etwa dieses Werkzeug bei allen Menschen gleich sei, und daß die so sehr verschiedenen Leistungen nur auf einer verschiedenen Handhabung dieses Werkzeuges beruhen. Natürlich hat jedes Individuum ein individuelles Werkzeug, und bei der Demenz leidet dieses Werkzeug auf individuelle Weise Schaden. Man kann aus psychiatrischer Erfahrung auch keine Erkrankung anführen, bei der dieses Werkzeug als „Teil“ etwa allein Not litte, während die übrigen seelischen Funktionen heil blieben. Wenn aber die Schizophrenie als ein Krankheitsprozeß den Organismus befällt, so wird man der Sachlage in der Tat am besten durch die Annahme gerecht, daß die rein formalen Denkfunktionen potentiell intakt bleiben. Selbst ein ganz zerfahrener, völlig lebensuntauglicher, in der Anstalt seit vielen Jahren

<sup>1</sup> Formale Intelligenz und Gesamtfunktion des Denkens wird hier gleichbedeutend gebraucht.

dahinvegetierender Schizophrener überrascht — wenn man ihn nur richtig zu nehmen weiß — plötzlich durch einwandfreie Funktionen des Begreifens, Urteilens, Schließens. Es erscheint wie ein Rückfall in frühere Lehren von Teilen der Seele oder in die alte Vermögenspsychologie, wenn man das potentielle Intaktbleiben der formalen Intelligenz behauptet, und dennoch bleibt hier keine andere logische Formulierung übrig, wenn man den Tatsachen unvoreingenommen gerecht werden will.

Dies war vorauszuschicken, ehe die Störungen des Denkens beim Schizophrenen geschildert werden. Als uninteressant und unspezifisch sei nur kurz jener gedacht, wenn der Kranke durch „andere“ Erlebnisse im normalen Denken gestört wird. Wenn lebhaftere Sinnestäuschungen seine Aufmerksamkeit an sich reißen, wenn starke Wahnerlebnisse sein Gemüt erregen, so vermag er sich natürlich nicht „beim Denken zu halten“. Dies erscheint kaum anders, als wenn ein normaler Denker durch heftige Körperschmerzen gestört wird. Manches „Abreißen des Fadens“, manche verkehrte Antwort, manche Denkzerfahrenheit ist also in diesem Sinne sekundär. Aber daneben gibt es eine eigentümliche Alteration des Denkens, die aus keiner „anderen“ aufzeigbaren Störung abgeleitet werden kann<sup>1</sup>.

Man hat in der Psychologie des normalen Denkens leider noch keine Terminologie, die allgemeine Anerkennung gefunden hätte. Die Funktionen des Denkens selbst entbehren vielfach noch genauer Bezeichnungen. Insbesondere unsere deutsche Sprache hat, wie jede ursprünglich gewachsene Sprache, natürlich gar keine Veranlassung gehabt, sich für jene subtilen Unterscheidungen der Denkfunktionen zu interessieren. Deshalb gelingt es nur recht dürftig und leider nicht ganz ohne metaphorische Einkleidung, zu beschreiben, was als das Wesentliche schizophrener Denkstörung erscheint.

Alle Denkopoperationen, die sich auf das *praktische* Verhalten des Alltags beziehen, bleiben im allgemeinen erhalten. Der Kranke zieht aus irgendwelchen Beobachtungen des Augenblicks die entsprechenden Schlüsse, er weicht Hindernissen aus, sucht einer Gefahr zu entgehen, fügt bei einer einfachen Tätigkeit die „richtigen“ Handlungen aneinander usw. Wenn das im Stupor etwa nicht geschieht, oder wenn die später zu beschreibende „Verschrobenheit“ anderes vortäuscht, so ist dies nicht unter die Denkstörung zu subsummieren. Auch wenn es sich um die einfache sprachliche Verständigung handelt, so erfaßt er die Begriffe durchaus und folgt dem Sinn der Rede, sofern sie kurz ist. Auch kleine schnell zu erledigende Aufgaben werden meist rasch richtig gelöst. Dabei erweist sich auch die Funktion des *Erinnerns* und *Merkens* als ungestört.

Schwierigkeiten entstehen bei komplizierteren Aufgaben. Man darf nicht etwa vermuten, daß es eine übergroße Ermüdbarkeit sei, die hier deutlich werde (wie oft beim Hirnherdkranken). Sondern schon im Augenblick der Erfassung einer komplizierteren Denklage versagt der Schizophrene. Mehrere Voraussetzungen zugleich zu bewältigen, einen Gedanken auf längere Sicht hin beizubehalten (eine Tendenz länger determinieren zu lassen) ohne auf Abwege zu entgleiten, einen Denkinhalt direkt und symbolisch zugleich zu fassen, bei einer Metapher aus dem realen Bildinhalt Schlüsse zu ziehen, die dann wieder symbolisch rückwirkend gedeutet werden müssen und dgl., dies alles übersteigt zeitweise die Denkkraft des Schizophrenen. Es fehlt die Spannweite des Denkens, der intentionale Bogen (BERINGER). Der Kranke heftet sich besonders gern an Einzelheiten und verliert den Hauptgedanken, er zieht eine ganze Anzahl richtiger Einzelschlüsse und versagt dann bei ihrer Synthese. Liefert man ihm einen Ansatz, so vermag er den richtigen Schluß zu ziehen, aber *selbst* die Ansätze

<sup>1</sup> Über abgeleitet, primär und sekundär usw. wird unten noch gesprochen werden.

zu finden, das vermag er nicht. Gelegentlich kann man es auch so formulieren: er denkt ein Stück mit, aber er denkt nicht weiter. Es fehlt stark an der Spontanität des Denkens. Wenn der Normale auf „zwei Kinder fielen in den Fluß, das eine wurde herausgezogen, das andere —“ sofort mit der Ergänzung reagiert „ertrank“ so sagt etwa der Schizophrene: „Ja woher soll ich wissen, was mit dem andern ist, da kann man sich viel denken“. Die hier gemeinte Störung hat bestimmt nichts mit irgend welchen Alterationen des Gedächtnisses zu tun. SELZ hat darauf aufmerksam gemacht, daß bei manchen Denkaufgaben eine Art Schema entworfen wird (meist analogisch), in dem gleichsam ein Loch bleibt, und nun setzt die nicht vage, sondern gerichtete Tätigkeit des Assoziierens den gesuchten Inhalt in die Lücke dieses Schemas gleichsam ein. Auch um solche Mechanismen — man könnte sie auch anders denken — handelt es sich hier nicht. Würde man einem Schizophrenen ein solches Schema zurecht machen, so würde er in die Lücke ohne weiteres das Richtige einsetzen. Bei ihm wird es eher daran fehlen, daß er sich *kein* solches Schema zurecht macht.

Dem Schizophrenen ermangelt auch keineswegs der Reichtum der Einfälle. Im Gegenteil: ganz überraschende und oft auch reichliche Einfälle stellen sich ein, aber ihre Ordnung unter dem Gesichtspunkt der Aufgabe fehlt<sup>1</sup>.

1. *Mit dem Hut in der Hand kommt man durchs ganze Land. — Was heißt das?*

Was für einen Hut? — Ich weiß nichts — (?) Wenn man irgendwohin geht, dann setzt man anstandshalber einen Hut auf. Wenn es im Sommer sehr heiß ist, dann laufen die Herren ohne Hut, dann hängen sie ihn an eine Schnalle. (?) Wenn die Herren auf der Straße grüßen, dann nehmen sie den Hut herunter. — Ich weiß nichts mehr. (15jährige Schülerin Lotte K. Erster Schub einer periodischen Katatonie.)

2. *Neue Besen kehren gut. — Was heißt das?*

Sobald die Hausfrau einen neuen Besen hat, kehrt er gut, sie kann aber auch alte sehr lange ausnützen und sich dadurch die neuen Besen zu erhalten suchen. Man hat auch oft altes Material, das verwendet werden kann. Es ist nicht gesagt, daß es immer neue Sachen sein müssen. (?) Es liegt sehr viel an der Hausfrau, wenn sie ordentlich angezogen ist; man sagt auch, Kleider machen Leute, vor allem aber muß die Gesundheit da sein.

Man könnte bei dieser Antwort fast auf den Gedanken kommen, die Kranke (29 Jahre alte Frau Anna R., erster stürmischer Schub einer Schizophrenie) habe die Aufgabe gar nicht verstanden. Aber das trifft sicher nicht zu. „Besen kehren“ löst sofort Hausfrau und Zugehöriges aus; „Neu“ erweckt alt, Ausnützen alten Materials und dgl.; „neu“ erweckt wohl auch „ordentlich angezogen sein“, dann schweift die Kranke in den Gedanken hinein ab, daß es Kleider allein nicht machen, daß man auch gesund sein müsse. Gerade in dieser Abschwweifung liegt vielleicht die relativ tiefste Erfassung des Themas von den neuen Besen. Sie will wohl sagen, daß es auf die Neuheit ebensowenig ankäme, wie auf die Kleider, das dahinter Steckende, die Gesundheit sei das Wichtigste. Und daß sie überhaupt erfaßt, daß es sich um ein Sprichwort handelt, geht wohl daraus sicher hervor, daß sie selbst ein weiteres anführt „Kleider machen Leute“. — Obwohl man also kaum von einem einzigen Einfall sagen kann, er sei verfehlt, so muß man doch die Gesamtlösung als verfehlt bezeichnen. Im Gegensatz zu 1. fehlt hier die Symbolbedeutung nicht, d. h. nicht die dauernd determinierende Tendenz, daß es sich überhaupt um eine Symboldeutung handle. Und trotzdem vermag sie in den Kern des Sprichwortes nicht einzudringen.

3. *Pferd tragt frei neben beladenem Esel einher und will nicht tragen helfen. Esel bricht tot zusammen. Pferd muß nun Last und dazu den toten Esel tragen. — Was bedeutet die Fabel?*

Das Pferd läuft nebenher, um sich auf dem ersten Weg auszuruhen, und dem Esel war die Last zu schwer, deshalb fiel er hin und brach zusammen. Schließlich vielleicht brach er zusammen, das brachte seinen Tod herbei allmählich, und das Pferd selber hilft ihm in der Not — ach so — das Pferd tat es ja nicht, das Pferd hat auch Verstand, so aber nicht wie ein Mensch. Da muß schon ein Mensch dabei gewesen sein, um die Last dem Esel

<sup>1</sup> Die folgenden Beispiele sind einer Arbeit von HEDWIG HADLICH entnommen.



abzunehmen und sie dem Pferd aufzuladen. (Fritz H., 18jähr. Schneiderlehrling, zerfahrene Hebephrenie, erster Schub.)

Daß hier Pferd, Esel Last usw. verstanden worden sind, steht außer Zweifel. Auch daß eine Not besteht, wird begriffen, obwohl der Ausdruck in der Fabel selbst nicht vorkommt. Auch daß dieser Not durch das Pferd in gewisser Hinsicht abgeholfen wird, wird erfaßt, nur fehlt einmal ganz der wichtige Begriff „zu spät“ und die Tatsache des „toten Esel auch noch tragen“. Ferner entsteht die eigenartige, allerdings sogleich korrigierte Entgleisung: Pferd hilft selber. Und endlich taucht nirgends, auch nur angedeutet, die Erkenntnis des Symbolcharakters der ganzen Fabel auf. Der Kranke bleibt an den Einzelheiten hängen und verliert sich hilflos.

Solche Beispiele könnten beliebig vermehrt werden (s. HADLICH). Von leichten Entgleisungen bis zu schwerster allgemeiner denkerischer Hilflosigkeit gibt es alle Zwischenstufen. Das Kennzeichen ist immer das Fehlen des übergeordneten Gesichtspunktes, das Verharren im Einzelnen, die Kürze der geistigen Schritte, und — besonders frappant — das Ausbleiben des speziellen Symbolbewußtseins selbst dann, wenn der Kranke noch erkennt, daß es sich allgemein um einen Symbolbezug handelt. Bei den hier gewählten Aufgaben, Sprichworte oder Fabeln zu deuten, könnte man zu der Meinung verleitet werden, es könne nur gerade diese Deutung nicht geleistet werden. BERINGER hat indessen nachgewiesen, daß ganz Ähnliches auch bei anderen Aufgaben vorliegt: ein Defekt des intentionalen Bogens, der großen Übersicht, des zentralen Ordnungsgesichtspunktes.

Es scheint mir kaum möglich, diese Störung unter den Gesichtspunkt der assoziativen Lockerung oder dgl. zu bringen. Wenn der Ausdruck Assoziation überhaupt einen präzisen Sinn bergen soll, so kann er nur den des „Aneinandergeknüpftseins“ haben. Sicherlich sind viele unserer Vorstellungs- und Denkinhalte aneinander geknüpft, und sicherlich besteht häufig die — an sich uneinsichtige — Tendenz, den einen Inhalt zu aktivieren, wenn der andere auftaucht. Die Funktionen des eigentlichen Denkens und ebenso hier ihre Störungen scheinen mir aber durchaus sui generis zu sein und mit jener toten Verknüpfung nichts zu tun zu haben. Es ist auch nicht leicht, unter Assoziationslockerung sich irgendetwas klar zu denken. Man könnte diesem Ausdruck dann noch am ehesten zustimmen, wenn es sich um eine Gedächtnisstörung handelt, etwa derart, daß jemandem zu einer Vokabel das entsprechende Wort der anderen Sprache nicht einfällt, oder wenn sich zu einem optisch vorgestellten Inhalt der Name nicht einstellen will. Zuweilen wird der Ausdruck der Lockerung aber auch gebraucht, wenn sich zu einem Inhalt nicht der gewohnte Partner gesellt, also nicht zu Straßburg Münster, zu Hamburg Hafen, sondern wenn eine entlegene Beziehung einen Inhalt herbeiführt, z. B. zu Straßburg Fischart, weil dessen glückhaft Schiff von Zürich nach Straßburg fuhr, oder zu Hamburg Tätowierung, weil es dort Werkstätten für Tätowierung gibt. Dies als eine Assoziationslockerung zu bezeichnen, ist eigentlich schon etwas abwegig. Jedenfalls könnte man *dieser* Lockerung allenfalls gewisse Denkverschrobenheiten, nicht aber die Denkstörungen obiger Beispiele subsummieren. Es ist meines Erachtens vielmehr eine spezifische *Denkstörung*, die hier angenommen werden muß, und die mit Assoziationsregeln nichts zu tun hat.

Sieht man sich um, mit welchen sonstigen Denkstörungen die obige schizophrene Form wohl noch verglichen werden könnte, so werden seit langem der *Traum* und seine abgeschwächte Form, das *Einschlafdenken* und *Müdigkeitsdenken* genannt. Die Beziehungen zum Traum sind schwer kontrollierbar, da man sich über den Traum meist recht schlecht Rechenschaft geben kann. Man kennt aus dem Traum meist nur eine Abfolge von anschaulichen Inhalten

und Worten und verwundert sich gewisser Traummechanismen (Verschmelzung, Verdichtung, Verschiebung, Symbolisierung), die hier nicht näher besprochen werden sollen. Aber gerade mit diesen hat die beschriebene Denkstörung sehr wenig gemein. Gewisse Ähnlichkeiten mit dem Einschlafdenken sollen nicht gelegnet werden (CARL SCHNEIDER), scheinen mir aber etwas äußerlich zu sein. In Betracht kommen vor allem das Entgleiten des Fadens, das Sprunghafte der Einfälle, das Klammern an Einzelheiten.

GRIESINGER hat (II. Aufl., S. 108) nicht nur „auf die große Ähnlichkeit des Irreseins mit Traumzuständen“ hingewiesen, sondern auf die Änderungen der Sinneseindrücke, die „Verworrenheit der Intelligenz“, Verkehrtheiten, „verwirrt durcheinander laufende Vorstellungen“ usw. im Einschlafen aufmerksam gemacht, wie denn auch ZUVOR schon GUISLAIN, MOREAU, MAURY, HOLLAND ähnliches hervorgehoben hatten (ferner BERINGER, MAYER-GROSS, KÜPPERS).

STRANSKY legt großen Wert darauf, daß er schon 1903 auf die Beziehungen des Einschlafdenkens zum schizophränen Denken hingewiesen habe. JUNGS Vergleich, man solle einen Träumenden unter wachen Menschen umhergehen lassen, dann habe man das Bild des Schizophrenen, ist schwer verständlich. Denn ein Träumender setzt sich mit der Umwelt sogut wie nicht auseinander, abgesehen von der Verarbeitung einiger Leibreize. Auch ist der Träumende bewußtseinsgetrübt, der Schizophrene nicht. Wo also das Tertium comparationis steckt, bleibt unklar.

Ferner scheinen Ähnlichkeiten mit der *Verwirrtheit* zu bestehen. Sowohl die strukturelle Verwirrtheit bietet Ähnliches, z. B. wenn der eigentliche Denkvorgang nicht normal abrollt, wenn z. B. das Begreifen eines Gemeinsamen im sonst Verschiedenen, also das Begriffbildern notleidet. Es gibt zweifellos schizophrene Kranke mit vorübergehenden gestörten Denkfunktionen s. str. Auch die apperzeptive Verwirrtheit bringt schizophrenieähnliche Bilder, z. B. bei der übermäßigen Ablenkung durch innere oder äußere Sensationen. Während soeben vom Denkvorgang selbst die Rede war, handelt es sich hier um die Einverleibung jenes Materials, das man dem Denkvorgang darbietet. Aber die schizophrene Denkstörung läßt sich nicht in diese Verwirrtheiten analytisch auflösen, wengleich sie ihnen Momente entlehnt; sie ist mehr, sie ist sui generis.

Hier folge ein Beispiel für eine Sprachverwirrtheit, die sicher eine Denkverwirrtheit ist. (Stenogramm, Frau Philidor 28/423.)

Ja, wenn du Rosa Luxemburg heißt, mußt du den Krieg auch bezahlen. Rot war das Bleistift, das das Fräulein gestern geschrieben hat. Da liegt jetzt, lieg ich jetzt, fällt jetzt der Schornstein um? Oder ist das wieder der da oben im Himmel. Warum sollen wir drei verschwinden, oder soll die Welt untergehen. Es plätschert und die Männer, die feinen Leute, kennen wir diese? . . . . Stehle ich. Wenn ein Buch, sie haben ein Buch. Die Sonne bringt es an den Tag. Einmal kommt ein Wirbelsturm und dir habe ich gewunken und du hast mich ausgelacht, bist gegenüber gehängt und hinunter. Gehen wir alle ins Grab und die Blümchen. Wiedersehen, wie habe ich ihnen einstmal gesagt, Kuckuck rufts.

Von der *Verworrenheit*, d. h. der *scheinbaren Verwirrtheit* bei klarem Denken, wird unten bei der *Sprache* noch die Rede sein.

Auch subjektiv wird die Denkstörung deutlich und in immer neuen Wendungen zu fassen versucht:

Das Denken sei ganz zerstört, es entstehen stumme Gedankenkriege (GRUHLE, Selbstschilderung). Die Gedanken überstürzen sich, sind nicht mehr klar ausgedacht. Eine ins Extreme gezogene Zerfahrenheit. Alles geht kreuz und quer. Ich weiß wohl, der Gedanke läuft mit, aber nur in der Ferne sehe ich ihn. Ich kann die Gedanken nicht mehr dirigieren, sie springen, sind konfus. Das Denken ist irgendwie ein anderes, eine Hetz. Mal schwimmen die Gedanken fort, mal sind sie verlangsamt, aber es ist wie ein Auto, das im Schnee stecken geblieben ist, der Motor arbeitet weiter, aber die Räder drehen sich immer auf der Stelle. Früher habe ich abgeschlossen gedacht, jetzt kann ich zu keinem Abschluß kommen (BERINGER 1926). Es ist, als ob ich 1000 Saiten im Kopf hätte, die in allen Tonarten durcheinander klingen, und eine Hand würde immer dazwischen greifen. Ohne eine Minute Ruhe.

Möchte doch mein Kopf sein Denken verlernen, er ist bis zum Rande gefüllt (Auguste Kurbel 08/75). Die Menge der im Gehirn aufgespeicherten Kenntnisse mischt sich durcheinander. Unwillkürliche Gedanken, die später mit klarem Verstande erkannt, mich selbst schaudern machen (Benedek bei CARL SCHNEIDER, S. 162). Ich denke immer die Untergedanken, nicht die Obergedanken, mein geistiges Gesichtsfeld ist unnebelt. — Sich kreuzende Gedanken, Kampfgedanken. Der Gedanke irrt umher in der Leere. Er hat keine volle und freie Denkungsart (BERZE, Insuffizienz). Vgl. auch BERZE-GRUHLE S. 104.

Man könnte der soeben versuchten Schilderung der schizophrenen Denkstörung den Vorwurf machen, sie sei bestenfalls eine *Habitusschilderung*, sie versuche ein anschauliches Bild von der Störung zu entwerfen, ohne aber in eine systematische Zergliederung der Störung einzutreten. Dies ist richtig. Worin aber könnte eine solche Zergliederung beruhen?

CARL SCHNEIDER versucht die vorkommenden Mechanismen („Formmomente“) aufzuzeigen: unsinnige Wiederholung oder Verdoppelung einzelner Inhalte, Kontamination, Substitution, Verschmelzung, schrittweises Erfassen, keimhafte Formulierung, Faseln, Entgleiten, Mattheit, Uneindringlichkeit, Flüchtigkeit. Sicher kommen alle diese Verhaltensweisen gelegentlich vor, ja man könnte wohl noch mehr Formen anführen. Aber es fehlt noch der Generalnenner. Manche Störungen des Denkens sind diesem nicht allein eigen, sondern entspringen allgemeinen Funktionsstörungen der schizophren erkrankten Seele, wie sie besonders unter der Überschrift der Willenssphäre unten noch behandelt werden. So sind Iterationen, Perseverieren, Stereotypien, gemachte Einfälle, Verlust der determinierenden Tendenz usw. im Gesamtbereich des Verhaltens, nicht nur beim Denken zu beobachten. Auch ganz plötzliche *Unterbrechungen des Denkvorgangs*, teils durch eine Leere, teils durch positive Einfälle, haben im Handeln, im Fühlen, im Wahrnehmen ihr Gegenstück. Schon PINEL macht (S. 146) darauf aufmerksam, daß die Ideen manchmal ohne irgendeinen Zusammenhang und ohne Ordnung entstehen. — Ist bei dem Beispiel HEDENBERGS, daß eine Kranke von einem Manne angeblasen wird und daraufhin schwanger zu sein glaubt, immerhin noch eine Denkbeziehung metaphorischer Art „möglich“, so teilen andere Kranke oft solche Denksprünge mit, die für sie selbst wie für den Hörenden ganz unbegreiflich sind. Dabei sind nicht *Wahnbeziehungen* gemeint, über deren „Unbegreiflichkeit, Unableitbarkeit“ noch am gehörigen Orte die Rede sein wird, sondern *wahnfreie Denkbeziehungen*.

Man sollte vor allem jene Fälle, in denen der Kranke das Versagen gegenüber einer selbst- oder fremdgesetzten Aufgabe merkt, von den anderen sondern, in denen er selbst *kein* Defektbewußtsein hat. Beim bewußten Versagen vermag man noch am ehesten aufzuzeigen, wo es fehlt. In den anderen Fällen aber, in denen sich ein Schizophrener ganz natürlich und frei „anders“ verhält, soll man nicht sofort das Minusmoment herausstellen. Der Kranke will ganz anderes und er will auf ganz andere Weise. Deswegen muß man mit Urteilen wie „unsinnige Wiederholungen“ und dgl. recht vorsichtig sein. Was dem normalen Zuhörer keinen Sinn zu haben scheint, kann für den Kranken sehr wohl sinnerfüllt sein, ähnlich wie musikalische Figuren eines Primitiven nur dem Europäer sinnlos erscheinen, nicht aber dem Primitiven selbst. Ferner muß man große Zurückhaltung üben, wenn man nur schriftliche Kundgaben eines Schizophrenen kennt, ohne sich mit ihm selbst darüber unterhalten zu können.

Wenig ergiebig scheinen mir die beiden Analysen zu sein, die bisher vom HUSSELSCHEN Standpunkt aus unternommen worden sind. JAKOB FROSTIG sucht logische Einordnungen, bringt aber meines Erachtens zur Psychologie des schizophrenen Denkens nichts Positives bei. Er formuliert z. B. „es gehe dem Ausdruck des Schizophrenen die Funktion ab, kollektive Strukturen in einem Bedeutungsakte zum Zwecke einer gruppengerechten Erfüllung zu signalisieren“

(S. 56). Ähnlich lauten auch seine übrigen Aufstellungen: einfache Sachverhalte werden mit unnütz komplizierten Ausdrücken umgeben. Auch DOMARUS bleibt oft außerhalb der eigentlichen Psychologie. Eines seiner Beispiele sei hier mitgeteilt. DOMARUS hat seit einem Jahrzehnt das abnorme Denken, besonders der Schizophrenie studiert. Er zeigt an einem Beispiel einen Denkverlauf einleuchtend auf. Ein Bonner Schizophrener behauptet, Christus, Zigarren und Geschlechtliches sei dasselbe. Die Analyse ergibt, daß alle drei Gegenstände umrundet werden, Christus vom Heiligenschein, die Zigarre vom Papierring, das Weib vom Sexualblick des Mannes. Insofern berge das Beispiel Sinn. Das Paralogische des schizophrenen Denkens besteht also hier darin, daß eine allen drei identische Eigenschaft den Denkenden dazu veranlaßt, sie gleichzusetzen. Aber was heißt hier gleichsetzen? Der Kranke dürfte kaum gemeint haben, daß diese drei Gegenstände untereinander wirklich identisch sind; in abgekürzter Sprechweise hat er vielleicht nur gemeint, sie bedeuten ihm Gleiches, ebenso wie jemandem Breslau, die Oder und der Zobten Schlesien bedeuten kann, und er dann abgekürzt sagt: Mir sind Oder, Breslau und Zobten eins. Dies Denken wäre dann nicht wirklich *paralogisch*, sondern nur etwas absonderlich sprachlich gefaßt. DOMARUS scheint vielleicht ähnliches zu meinen, wenn er ausführt, der betreffende Kranke habe bei Christus, Zigarre und Sexuellem das gleiche *Gefühlserlebnis*. Ganz abgesehen aber von dem anscheinend hier eigenwillig verwendeten Worte „Gefühl“ ist dieses Überzeugungserlebnis wohl ein Erlebnis gemeinsamer *Bedeutung* der drei genannten Gegenstände und rückt aus der Sphäre einer Denkstörung nahe an den Wahn.

Man wird bessere Einsicht in schizophrenes Verhalten erlangen, wenn man sich gewöhnt, es als andersartig und nicht sofort als minderwertig zu betrachten. Wir sind als Normale kaum geneigt, an den alltäglichen Begriffsbildungen, die uns durch unsere Erziehung überliefert worden sind, Kritik zu üben, falls es sich nicht gerade um wissenschaftliche Unterscheidungen handelt. Aber schon die Psychologie des Kindes sollte uns lehren, daß man Begriffe auch „anders“ bilden kann. Wenn ein Kleinkind zuerst beim Perpendikel der großen Standuhr die Laute „Tiktak“ gehört hat und diese Laute in der Folge stets nicht nur mit dieser Uhr, auch nicht nur mit allen hin und her bewegten Gegenständen, sondern überhaupt mit allem mäßig Beweglichen verbindet (nur für kleine Bewegungen, nicht für die Eisenbahn), so hat man als Erwachsener kein Bedürfnis, für diesen teils ausgeweiteten, teils eingeschränkten Bereich einen Sonderbegriff zu formen. Wenn ein anderes Kind alle Sachlagen, bei denen eins unter dem anderen verschwindet, mit einem einzigen Worte benennt, so liegt der gleiche Sachverhalt vor: der Erwachsene interessiert sich nicht dafür, *ein* Wort zu erfinden für: Schubkasten in Tisch hineinschieben, Ball unter das Sofa rollen lassen, Kugel aus dem Gesichtskreis gleiten lassen, Taschentuch in Tasche stecken, Hut über Kopf stülpen, Topf mit Deckel bedecken usw. Man kann vom Erwachsenen-Standpunkt aus solche Bildungen nicht als abnorm, höchstens als unnütz bezeichnen. Wenn einem Schizophrenen an gotischen Kirchen auffiel, daß sie aus rotem Sandstein gebaut, verwittert und mit vielen Türmchen, Fialen usw. versehen sind und wenn er diese Kirchen nun hinfort „sandsteingerötete Verwitterungsspitzengebäude“ nennt, so kann man diese Bildung vielleicht als verschroben (darüber siehe später) und abwegig bezeichnen, nicht aber als sinnlos oder gar falsch. Das Motiv dieser Bildungen mag hier abnorm sein, die Bildung selbst ist es nicht. METTE bringt eine Reihe schöner Beispiele bei. (S. auch BRAHN.)

Autoren, die solchen Gedankengängen wenig freundlich gegenüberstehen, weisen daraufhin, daß der Psychologe leicht geneigt sei, in Aussprüche Schizophrener einen Sinn hineinzugeheimnissen, der real gar nicht darin liege. Dieser

Einwand ist sehr beachtlich. Beim Wahn wird seiner nochmals gedacht werden. Es ist nicht zu verkennen, daß es läppische, pubertätshaft kindische, verschrobene Hebeephrene gibt, bei deren Aussprüchen man, ohne den Sinn ganz zu leugnen, zugeben muß, daß es sich um eine witzelnd spielerische Denkbeziehung handelt (siehe unter Sprache), oder daß eine Pseudoweisheit vorgetragen wird, die hinter überraschender Form Banalitäten birgt. Einige Proben mögen das Gemeinte veranschaulichen:

Die Hauptsache ist, man muß immer im Bilde sein. (Ein alter schizophrener Landstreicher.)

Wer gut zielt, trifft nach jeder Richtung.

Jeder Mensch sagt unbewußt mehr, als er sagen will.

Das Leben ist das längste und feinste Schachspiel.

Es ist eine große Kunst, richtig zu schweigen. (DIETRICH WULLENWEBER 18/469.)

Ich glaube, das Ganze wird sich durch das Ganze auflösen. (In KAHLBAUMS Katatonie, S. 35.)

Bewußtsein ist eine allgemeine subjektive Form der objektiven Formen; folglich muß absoluter Raum = Bewußtsein sein, und immer muß absolute Zeit = Bewußtsein sein. Zeitraum ist eine allgemeine objektive Form aller objektiven Formen, folglich auch = Bewußtsein. (Aus IDELERS religiösem Wahnsinn, S. 213.)

Aber es erscheint nicht richtig, solche Aussprüche im engeren Sinne zur *Denkstörung* zurechnen. Das formale Denken ist ja auch hier intakt, erst im „höheren“ Sinne ist es eine Störung. Nicht selten kann man unmittelbar *neben* solchen verschroben erscheinenden Gebilden vollkommen korrekte, d. h. übliche Gedanken feststellen, jedoch nicht wie beim Hirnherdkranken, der vielleicht auch auf eine völlige Entgleisung eine normale Funktion zufällig folgen läßt, sondern willkürlich, nach freier Wahl, bald schizophren, bald normal.

Das Begriffebilden des Schizophrenen ist also — noch einmal sei es betont — an sich — in potentia — normal, wie überhaupt die ganze formale Intelligenz schon oben als ungestört bezeichnet wurde. Er vermag z. B. aus einer Reihe von Gegenständen oder Sachverhalten genau wie der Normale ein gemeinsames Moment herauszugreifen und von dem übrigen positiv zu abstrahieren. Aber er greift eben — ähnlich dem angedeuteten Verfahren des Kindes<sup>1</sup> — *anderes*, als üblich ist, aus den Gegenständen heraus.

Die Funktionen des Begreifens, Begriffebildens, ja selbst des Urteilens und Schließens erscheinen trotz der oben mitgeteilten Beispiele von Sprichwörtern und Fabeln normal. Wenn oben dennoch jene groben Defekte aufgezeigt wurden — es waren freilich nur vorübergehende Störungen — so lagen sie in einer anderen Sphäre: in der Spontaneität, Initiative, Erfindung oder welche Worte jener obersten Funktion der Persönlichkeit wohl gegeben werden mögen. Urteilen, schließen, begreifen<sup>2</sup> sind gleichsam geistige Handgriffe, wie gewisse Techniken eines Handwerks Handgriffe sind. Will man ein „Werk“ fertigstellen, so bedarf es nicht nur dieser Handgriffe, so nötig sie sind, sondern auch der Erfindung, der Komposition, des Entwurfes, der Idee, der Konzeption, des produktiven Einfalls, der Erleuchtung, des „Aha“-Erlebnisses, oder welche Worte wohl auch gewählt werden mögen. Jedes dieser Worte trifft eine andere Nuance, aber alle haben sie als Kern die Initiative, das eigentliche geistige Schaffen. Man bemüht sich ja in der Psychologie häufig, diese beiden Faktoren zu sondern, indem man der formalen die „höhere“ Intelligenz gegenüberstellt. Und man hat mit Recht häufig darauf hingewiesen, daß die Tests der Intelligenzprüfungen, sofern sie

<sup>1</sup> Diese Beziehung auf das Kind ist nur ein *Vergleich*. Eine wirkliche gemeinsame Funktion, etwa ein Zurücksinken auf eine tiefere Schicht, auf eine kindliche Stufe oder dgl. soll nicht einmal angedeutet werden. Ich halte solche Theorien, wie auch die Hypothesen von БУСНОВСКИ, СТОРОН usw. für äußerlich und unergiebig.

<sup>2</sup> „Urteilen, schließen, begreifen“ werden hier für die Denkfunktionen immer nur repräsentativ verwendet; es ist nicht etwa damit gemeint, daß es die einzigen Funktionen seien.

geschickt ausgewählt sind, ein vortreffliches, aber lediglich auf den Bereich der *formalen* Intelligenz beschränktes Hilfsmittel sind. Der sogenannten höheren Intelligenz steht die experimentelle Psychologie begrifflicher Weise recht hilflos gegenüber, wenngleich in den Proben zur sogenannten praktischen Intelligenz (BOGEN-LIPMANN, naive Physik), auch ein Teil der Spontaneität des Denkens mit eingefangen wird.

*Die schizophrene Denkstörung ist also im Wesentlichen eine Störung jenes „höchsten“ Anteils der Persönlichkeit, der Denkinitiative.* Jene schlechten Ergebnisse der Sprichwörterprüfung beruhen also auf dem Mangel an Spontaneität der Kontrastierung (keine Last: zuviel Last, toter Esel: lebendes Pferd; Hut in der Hand: Hut auf dem Kopf; neue Besen: alte Besen); aber dies bedeutet nicht etwa einen Mangel an Erinnerungen, an Assoziationen; es ist da nichts weggefallen, keine „Lockerung“ eingetreten. Denn es ist ein großer Unterschied, ob mir bei dem einen das andere *einfällt* (dies ist erhalten), oder ob ich spontan auf den Gedanken komme, diese beiden in ihren Konsequenzen *zu kontrastieren*. — Jene schlechten Ergebnisse beruhen ferner auf dem Mangel des Einfalls der Symbolbeziehung. Man muß überhaupt den Einfall haben, daß etwas etwas bedeuten kann, erst dann kann einem der spezielle Symbolgehalt (Allegorie) gedächtnismäßig zur Verfügung stehen. Und wenn oben von der Weite des intentionalen Bogens (BERINGER) die Rede war, so liegt eben auch darin der spontane Akt, die Intention so weit zu spannen, nicht nur die Beziehung Schritt für Schritt aufrecht zu erhalten (fast getrieben von den wohl erhaltenen Assoziationen), sondern die Beziehung spontan über ungewöhnliche (nicht oder schlecht erinnerte) Zusammenhänge hinweg vorzutreiben. Meines Erachtens beruht hierin auch die subjektive Spiegelung des Versagens, die schizophrene *Ratlosigkeit*, zum größten Teil. Auch die normale Ratlosigkeit gegenüber einer Situation (praktisch oder denkerisch) entsteht ja aus dem Fehlen der Einfälle: nicht der assoziativen Einfälle, sondern der produktiven Einfälle, der Initiative zum aktiven Verhalten, d. h. zum Beherrschen der Situation und zum Eingreifen in die Situation. In dem Augenblick, in dem ich eingreife, d. h. meine Spontaneität entbunden ist, bin ich nicht mehr ratlos.

Die hier versuchten Analysen der Denkstörung sind von der Auffassung KLEISTS (Basler Vortrag 1929) grundsätzlich verschieden. Er faßt sie als paralogisch und alogisch auf und setzt sie mit Störungen Hirnherdkranker in Beziehung. Mit diesen sehr konsequent durchgeführten Versuchen haben die hier gewählten Formulierungen nichts Gemeinsames. (Zur Denkstörung siehe außer dem mehrfach erwähnten großen Werke CARL SCHNEIDERS — er stellt die Denkstörung in 68,4% seiner Schizophrenien fest — MAYER-GROSS, BERINGER, BÜRGER-PRINZ, KRONFELD, JAHREISS in diesem Handbuch, PAUNCZ, MAEDER.)

*Das Wesentliche der schizophrenen Denkstörung scheint mir also in einer Initiativstörung zu beruhen.* Die zweite Rolle spielt die Verschrobenheit (hierüber später). Mit allen diesen Ausführungen ist indirekt schon das Problem der *Sprache* angeschnitten.

## Das Sprechen.

Zu dem unendlichen, seit zwei Jahrtausenden durchgedachten Problem, Denken und Sprechen, Idee und Sprache, liefert auch die Psychopathologie wichtige Beiträge. Man kann den Schizophrenen geradezu beobachten, wie er Sprache schafft. Er tut dies bewußt in drei ganz verschiedenen Richtungen.

1. Einmal befindet er sich in der gleichen Lage wie der Techniker, der für einen neuen Apparat oder ein neues Heilmittel einen neuen Namen sucht. Der Schizophrene erlebt seltsame Körpersensationen oder eigenartige Gefühle, für die ihm seine Sprache keine Bezeichnung bereitstellt. Dennoch will er sich aus-

drücken, nicht nur expressiv — darüber siehe später — sondern bezeichnend, darstellend, rational. (So schon MARTINI 1856, NEISSER 1898, BROSIUS.)

So kommt es also zu *Neologismen*. Entweder werden gewohnte Worte, oft in eigenartigen Zusammenstellungen, gewählt, um das Neue auszudrücken, oder es werden wirklich neue Sprachklänge erfunden. Im ersteren Falle sind es oft Fremdworte, oder selten gebrauchte Worte, die mit neuem Sinn erfüllt werden. Warum im einzelnen Falle gerade dieses und im anderen jenes Wort gewählt wird, ist Gegenstand nicht der allgemeinen, sondern der speziellen Psychiatrie. Die echte Neubildung ist natürlich nicht ganz zufällig geformt. Wenn man Worte gesagt oder aufgeschrieben bekommt wie „Andrang, Seelendrang“, so spürt man darin noch den Wunsch, eine abnorme Körperpersensation oder das Gedankenmachen oder sonst eine Beeinflussung auszudrücken. Hört man aber Hexenbettelbubenbrennofen, strakabil, deseratomé, studieren, so kann man wohl kaum in Verstand oder Einfühlung mehr mitgehen.

Leibstrom im Gehirn, Anzug an meinen Nerven, Nerveneinlagen und -anschlüsse, Konfessivnerv, Menschheitsrechnung, Kasten der Optik der Lage, Doktorurie, Topotiv (= Druck), die Positive auslassen (= prügeln); Vernunftblut, Rechnungsblut, Kraftblut, Blutexaminiernerven oder Esskort, Korporaturrechtliche Nerven, der Prozeß des Abwages, die Orthodixen (= kleine Krönchen aus Elfenbein), Sallischur oder Exzellenzsprache, Anhaltleute (= Leute, die warten). (MAEDER 1910.)

Rückenpreßwuchslegie, Müdigkeitsbefehle, Röhrechenwindrichwüchse, Wurzelzucker, exemtrisch, Herkelesung, Rehasche, unterjektern, Schreben, ankoien, bekuren, mir schleiert (Carl Schneider).

Französisch: anstatt je professe: je professoralite; — anstatt ogival: archival; — anstatt le doctorat ès sciences: le doctorat lieense; — anstatt finir: kabilier; (Fall 8 von TEULÉ).  
Untervut, Kasinnendecke, Tierfellhautwarenkistenmenschheit, Sauerstoffwaldwebe, Dominolinsenstilausstellung. (August Klotz, Weinsberg 1923.)

(Siehe zu den Wortneubildungen: NEISSER, ITTEN, FROSTIG, MENNINGER v. LERCHENTHAL, CÉNAC, TANZI, TUCZEK jr., BRAHN.)

Man könnte auch hier die *allgemeinen* Prinzipien der Sprachschöpfung auf den speziellen Fall anwenden. Sicher wird man in manchen Fällen das onomatopoetische Verfahren aufzeigen können, bei anderen wird assoziativ eine Spracherinnerung (vielleicht im Analogieverfahren) aufgetaucht und dann verwendet worden sein. Aber auch diesen Zusammenhängen nachzugehen, ist Aufgabe der speziellen Psychiatrie oder der Analyse der einzelnen Fälle. Man darf jedoch keinesfalls annehmen, daß die einzelnen halb oder ganz neuen Worte, die der Schizophrene bringt, *immer* echte Wortschöpfungen aus dem Bestreben heraus wären, Neuerlebtes neu auszudrücken. Vielfach ist das Motiv zur eigenartigen Sprachformung wohl die später noch zu erörternde *Verschrobenheit*. Zuweilen fügt er nur einzelne neue Worte in den im übrigen noch korrekten Satz ein, zuweilen häuft er diese Worte, endlich verschränkt er auch den Satzbau. Bei der Glossolie wird sogleich noch davon die Rede sein.

2. Die akustischen *Sinnestäuschungen* der Schizophrenen bringen — wie oben erwähnt — ja häufig Worte und Sätze, die mit dem gerade ablaufenden Gedankenvollzug in *keinem* sinnvollen Zusammenhang stehen. Es sind zwecklose Begleitbemerkungen oder wüste Beschimpfungen, unbegreifliche Anforderungen usw., zuweilen aber sogar — ähnlich wie in der Traumsprache (KRAEPELIN, HOCHÉ) — ungeformte, bedeutungsleere Wortgebilde. Der Kranke vermag sich gelegentlich dieser „Stimmen“ so wenig zu erwehren, daß er sie mitspricht, oder daß er ihnen opponiert. So geraten zuweilen diese Sprachgebilde in seine sonstige — normale — Rede hinein und stören sie (NEISSER).

3. Aus mannigfachen Motiven — oft aus Wahnbeziehungen — greift der Schizophrene nicht selten zu einer *Geheimsprache*, nicht unähnlich dem Bestreben mancher rezenter Primitiver, bei besonders feierlichen oder gefährlichen Gelegenheiten (Tabusituation) eine völlig neue oder doch andersartige Sprache zu verwenden.

Solche Sprachen sind wiederholt beschrieben worden, sie ließen sich von jenen Forschern, die die Mühe der Erlernung nicht scheuten, wirklich übersetzen (v. DOMARUS 1921, TUCZEK jr., LUCIE JESSNER, TEULIÉ BRAHN). Aus dem TUCZEKschen Fall finden folgende Beispiele hier Platz (französische Sprachstudien des Sohnes der Kranken beeinflussten ihre „Sprache“ stark):

Das Bett = le Kuchen, weil die Mutter, als sie krank war, das Nudelbrett zum Kuchenmachen ans Bett bringen ließ.

Die Schwester = den Holz, weil „Schwe“ die erste Silbe im Lande Schweden ist und also durch die zweite Silbe „den“ ersetzt werden kann. Die zweite Silbe von Schwester, „ster“ führt zum Ster Holz und wird also durch „Holz“ ersetzt.

Die Kuppel = le Moggel per per sie. Kuppel zerfällt nämlich in Ku — pp — el. Ku = Kuh, wofür man im Dialekt Moggel sagt. — pp = P. P. = per per (? ?) — el = französisch elle = deutsch „sie“.

In allen drei Fällen kann man also eigentlich nur in etwas gewandelter Bedeutung von Sprach„störungen“ sprechen, da die Kranken ja *gewollt, absichtlich* — im zweiten Falle am wenigsten ausgeprägt — zu diesen eigenartigen Sprachschöpfungen kommen. Dem gegenüber stehen jene Kranke, bei denen deshalb schon eher das Wort von der „Störung“ berechtigt ist, weil sie *ungewollt*, wenn auch keineswegs unbewußt, zu ihrer eigenartigen Redeweise kommen. Wieder sind es verschiedene Umstände, die die Störung dieses Sprachverhaltens selbst bedingen. Es würde als eine von vornherein unergiebig-e Einstellung erscheinen, wenn man nur nach Minusmomenten suchen wollte, wenn man also alles, was von der normalen Sprachgebung abweicht, als ein Versagen eines defekten Apparates ansähe. Besonders die Tatsache, daß ein Schizophrener häufig *neben* seiner schizophrenen Sprache durchaus geläufig die normale Sprache spricht, macht an einer wirklichen Beeinträchtigung seiner Sprachpotenz irre. Der Schizophrene verhält sich auch keineswegs wie der Hirnherd-krankte, der ja auch in der Beherrschung des Sprachapparates je nach Ermüdung usw. sehr wechselt, sondern er hat beide Potenzen nebeneinander, die normale und die schizophrene. Selbst bei Endzuständen, in denen kaum je mehr ein ganz normales Sprachverhalten besteht, stellt sich bei einer gelegentlich fieberhaften Erkrankung der ursprüngliche normale Sprachduktus wieder ein.

*Die schizophrene Sprachstörung (sogenannte Sprachverwirrtheit) ist also nicht ein Defekt des Sprachapparates oder der Sprachfunktion, sondern eine Anomalie jener Instanzen, die sich der Sprachfunktion bedienen.* Man würde irren, wenn man daraus schloße, daß es also eine Störung des Denkens sein *müsse*, da ja eine andere Instanz, die sich des Sprechens bediene, nicht angenommen werden könne. Freilich kommt eine solche Denksprachstörung bei der Schizophrenie vor, wenn auch selten. In Zuständen der Schizophrenen Ratlosigkeit verwirrt sich das Sprechen in der Tat in ganz ähnlicher Weise, wie es sich bei „normaler“ Ratlosigkeit verwirrt. Wenn ein Redner seinen Gedankengang verliert und verwirrt weiter spricht, wenn ein Affektverwirrter konfuse Zeug redet und so fort, so liegt in der Tat eine ähnliche innere und eine ähnliche Sprechsituation vor, wie beim denkzerfahrenen Schizophrenen. STRANSKYs experimenteller Sprachverwirrtheit vermag ich dennoch nicht viel Bedeutung beizumessen.

Stenogramm Frau Philidor: 28/423.

„Ich kenne noch die Überführung, was sagten sie? Ich kann kochen, das Röschen und die Hexe und der Staub und der Wirbelsturm. Kannst sagen, dann bist Du auch ein Weib und sind wir nur ein Weib, dann sind nur eins. Der kann auch zittern, weiß ich, wie er weint. Lügner, Du willst die Welt bezahlen. Du hast sie eingefangen.“

Es lassen sich sprachliche Äußerungen aufweisen, bei denen die Ursachen der Verworrenheit recht kompliziert sind. Die eben erwähnte Denkstörung behindert eine klare Darlegung, halluzinatorisch geformte Worte (siehe obigen Punkt 2) fügen sich nebst Neologismen (Punkt 1) in eine Erklärung der Wahnideen ein. Da diese Wahnideen aber von dem Erleidenden selbst gar



nicht recht verstanden werden und wegen der neu auftretenden Ichstörungen gar nicht begriffen werden können, entsteht nun ein ganz konfuses Schriftstück, das nur deshalb notwendigerweise sprachkonfus ist, weil es erlebniskonfus und insbesondere denkkonfus ist. Eine *Sprachstörung* im engeren Sinne, d. h. eine die Sprache isoliert treffende Störung liegt also für eine genauere Analyse gar nicht vor.

„Über *Salatspannung*.“ Wenn zwei Personen in ein und dieselbe Richtung und Gewichterscheinungen geschoben werden, und es zeigt sich in bestimmten Punkten das Verträgnis nicht, so ist es eben ein Fehler, der sich wegen mangelnden Geistes eben nicht ausgleicht. Richtig ist es, daß, wenn sich diese Sache nicht mit Vernunft erleutert, ist eine Spannung vorhanden, die sich bis zu Unzuträglichkeiten steigert und den Persönlichen Druck an mir auszuüben sucht. Es ist einfach zu erklären: auf der einen Seite ist die unbedingte Rechtlosigkeit, auf der anderen Seite die starrköpfige Dummheit Schuld. Ich leiste auf einen oder zwei Löffel voll Salat entschiedenen Verzicht. Denn ich habe meine Beobachtungen zu lange gemacht! die sich in Gedankenideen dahin kundgeben: Von einem Salatpersönchen mit Fassern nimmt man nicht gerne etwas, oder Herr verzeih Ihnen! denn sie wissen nicht, was sie tun.“ (Joseph Maler 1919.)

Dies ist aber *nicht* die pathognostische schizophrene *Sprachverworrenheit*<sup>1</sup>. Bei dieser handelt es sich meines Erachtens hauptsächlich um ein Ausdrucksphänomen. In der Sprache liegt eben ein Doppeltes: Sprache als rationale Kundgabe, als darstellende Funktion und Sprache als Ausdruck affektiver Momente, als Expression. Man darf jedoch bei dem letzteren Problem nicht außer Acht lassen, daß, wie soeben schon angedeutet, ein heftiger Affekt Sprachverwirrtheit — gegen den Willen des Betroffenen — erzeugen kann. Dann wirkt sich der Affekt so aus, daß er störend in den auf die rationale Kundgabe gerichteten Sprachverlauf eingreift, genau wie ein heftiger Affekt störend eingreift in einen sonstigen geregelten Ablauf motorischer Art (Unsicherwerden des Akrobaten). Auch solche Sprachalterationen kommen beim Schizophrenen vor. Ich kenne Schizophrenie, die nur in der Aufregung (Aufregung freilich meist aus schizophrenen Motiven) sprachverworren werden. Aber es gibt endlich eine spezifische schizophrene Sprache, bei der man keinen Anlaß hat, Störungen des Denkens oder des Grades der normalen Affekte anzunehmen (*Schabelitz*), sondern bei denen ein seelisches Verhalten besonderer Art vorliegt. Man muß also unterscheiden:

1. Sprachanomalien aus Denkstörung, ein vorübergehendes sekundäres Minusmoment
2. „ „ „ Affekteinbruch „ „ „ „ „
3. „ „ „ Expressionstendenz „ „ „ „ Plusmoment

Man braucht bei den ersten beiden Formen kaum zu verweilen, da sie für die Schizophrenie nicht kennzeichnend sind. Die 3. Anomalie indessen kommt als ein Psychosesymptom wohl ausschließlich bei der Schizophrenie vor. Die Franzosen reihen diese seltsame Sprache schon seit längerer Zeit — FLOURNOY schlug es wohl zuerst vor — der *Glossolie* ein und bemühen sich um feinere Unterscheidungen. SÉGLAS' Dysphasies werden von TEULIÉ z. B. untergeteilt in Langages néologiques syntactiques, néologiques verbaux et néologiques par leur syntaxe et par leur vocabulaire. Die letzteren seien die Glossolalies vraies, die oben erwähnten Kunstsprachen. CÉNAC stellt diesen echten Glossolalien die Glossomanies gegenüber: Reimereien und Silbenspiele als Ausdruck einer allgemeinen Erregung, eines automatisme mental. TEULIÉ macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Sprachen oft nur gesprochen werden, wenn der Kranke spontan, ja manchmal nur, wenn er spontan von seinem Wahnsystem spricht. Aber dieser französische Autor und andere bringen in die Glossolie

<sup>1</sup> Man unterscheidet zweckmäßig die wirkliche Verwirrtheit (z. B. im Fieberdelir) von der Verworrenheit, in der jemand nur verwirrt erscheint, ohne es zu sein. Ein schlechter Redner kann z. B. seine Gedanken vollkommen sauber und klar zur Verfügung haben und drückt sich infolge mangelhafter sprachmotorischer Begabung dennoch verworren aus.

auch Ideenflucht, Reimereien, andere Aussprache, übermäßige Schnelligkeit und andere sehr heterogene Symptome hinein und erweitern dadurch den Umfang des Begriffes Glossolalie derart, daß er kaum noch brauchbar ist. Es empfiehlt sich mehr, den Bereich des Begriffes in der Art der Religionspsychologie zu fassen, als ein Zungenreden als Ausdruck heftiger Gemütsbewegtheit (s. BERZE-GRUHLE).

Man muß bei diesem Problem die Frage aufwerfen, ob diese „schizophrene Sprache als Ausdruck“ wohl gegenüber den übrigen Glossolalien charakteristisch ist. Es gehört zum Wesen der *Glossolalie*, daß sie aus innerer Nötigung entsteht. Der Zungenredende findet in der gewöhnlichen Sprache keine Befriedigung mehr, er will ja nicht etwas Rationales, in Begriffe Faßbares, mitteilen, sondern er will seine außerordentliche innere Spannung, seine Ekstase, seine mystische Einheit mit Gott oder was immer es auch sein möge, entladen, abreagieren. Wenn der Gottesdienst nicht an die Vernunft, an das Ethos des Gläubigen, sondern mehr an seine Gefühle, an seine Stimmungen, an seinen Drang nach Hingabe, an den Wunsch zu verehren, das Streben nach Vergessen des Alltags appellieren will, spielt schon die lateinische Sprache eine besondere Rolle. Sie hat für den Ungebildeten eine unbestimmte Heiligkeit und erzeugt das Erlebnis der Erhabenheit, Inbrunst und dgl. Singt der ungelehrte Gläubige selbst die lateinischen Worte, so betätigt er schon eine Art Glossolalie. Ähnliches gilt für die dichterisch gehobene Sprache, zu der sich normale erregte Ungebildete in ungewöhnlichen Stimmungen bequemen. Das Gleiche liegt meines Erachtens vor, wenn ein erregter Schizophrener plötzlich seinen Dialekt bei Seite läßt und ohne rationale Gründe hochdeutsch spricht. Die Autoren des Zungenredens haben schon häufig darauf aufmerksam gemacht, daß es gleichsam Grade habe (GRUHLE 1922, S. 61 und OESTERREICH). Der höchste Grad liegt beim Schizophrenen vor, wenn er die eigentliche spezifische schizophrene Sprachverwirrtheit (besser Sprachverworrenheit) hervorbringt. Sie ist ja häufig beschrieben worden und zahlreiche Beispiele finden sich in den Lehrbüchern und Einzelstudien. (BERZE-GRUHLE; CARL SCHNEIDER stellt ihr Vorkommen in 7,1% der frischen, in 25,5% der länger als 6 Jahre dauernden Fälle fest.) Deshalb seien hier nur wenige Proben gebracht. Zuerst finden einige leichte Glossolalien hier Platz, bei denen nur in einigen eigenartigen Wortwahlen und einer gewissen Feierlichkeit der spezifische Ausdruck liegt:

„Wenn diese sehr unglücklichen hochheiligen Götter funkeln sollen und sollen sich verwandeln, so brauche ich vier Stunden zum Beten und komme zu dem Resultat: das Gebet ist ein richtiger Krystall. (Robert Weiderich 07/186.)

„Wer hilft uns durch das Helfen aller Hilfe“ (Fall Mebes bei PRINZHORN.)

NAECKE machte schon 1894 auf Fälle aufmerksam, bei denen die Absonderlichkeit der Sprache nicht in den Worten, sondern nur in einer anderen Stimmung bestand.

Dann mögen Formen folgen — wie in der gehobenen dichterischen Sprache — bei denen der Kranke noch etwas mitteilen will (darstellendes Sprachmoment) und *außerdem* diese Mitteilung in eine expressiv gehobene Form kleidet. Ich deute die folgende Probe so, daß der Kranke von seinen Sinnestäuschungen und Beeinflussungen erzählen will und dies begrifflich und wortmusikalisch durchführt:

„Wer nicht glaubt an überirdische Mächte, der wird auch niemals gewünschte Erscheinungen haben oder gar keine / und wer keine Erscheinungen hatte, der besitzt auch keine Beweise zu seinem Glauben und wird nur zweifelhaft, ohne Fundament weiterbauen / und solange Ihn das menschliche Dasein begleitet, wird er in die für Ihn tote Nacht schauen, ohne daß ein Geräusch eines in schwerer Seide gehüllten Engels sich über Seinem Bette beugend Ihm das Vorhandensein einer hohen himmlischen Macht beweisen kann / viel

weniger, daß Sich Ihm die hohe Krone, welche Tag und Nacht über alle Menschen schwebt, sich für Ihm entfaltet.“ (PRINZHORN'S Bildneri, Fall Sell, S. 259.)

Dann folgen wenige Beispiele, bei denen schon deutlicher die expressive Tendenz durchdringt und den Satzbau und die Einzelworte sprengt:

Nach der besitzenden erkennenden Liebe Gottes die Ehre und die Erfüllung des verlangenden Daseins durch den Menschen so der Frieden erhält und reichet der Segen.

Nach Christus lebt Wachen und Wäcken  
so fühlt sein Dasein zum Erretten  
und seliger Frieden hat das Heilen,  
wie Hingabe gibt für Gott nicht Scheiden.  
Wie die Ehre hat Lebensblüthen  
so helfe uns, das Wundertüten  
Wie in allem deckt Geistesringen  
so bleibe uns Gott, Erkennen, Bedienen.

(Fall Hermann Mebes, Mappe 381. [Siehe PRINZHORN'S Bildneri]).

Ferner zwei Proben von Pseudotiefe, bei der wohl nur das Expressivmoment der Ergriffenheit echt ist, und die Worte nicht ihrem eigenen geistigen Gehalt, sondern nur dieser Tendenz dienen:

Im Namen des Fürsten in Finsternis  
Im Namen des Fürsten in Licht  
Heilige, allmächtige Quellen  
Heiligen, ewigen Lebens  
Im Namen der heiligen allmächtigen Erde  
Dem heiligen, allmächtigen Gott  
Im Namen aller allmächtigen Geister  
Im Lichte, im Schatten  
Blut alles Blutes in allem Leibe  
Blut alles Blutes in allem Geiste  
Blut alles Blutes in aller Erde  
Geist alles Geistes in allem Geiste  
Geist alles Geistes in aller Erde  
Geist alles Geistes in allem Leibe  
Heilige Erde in heiligem Leibe  
Heilige Erde in heiligem Geiste  
Heilige Erde in heiligem Blute  
Mensch aller Menschen in allen Menschen usw.

(AUS KRAEPELIN, 7. Aufl. des Lehrbuches von 1904, S. 230.)

Hunger, das ist Seele. —  
Denn das Erkennen  
Des Elends  
Gilt Dir die große Erkenntnis  
Was Leben ist  
Was Leben heißt  
Was Reichtum  
Was Glück  
Was Liebe  
Was Freude ist.

Was ist der Mensch?  
Das Wachstum der Erde  
Was ist die Erde?  
Die Kraft Gottes!  
Was ist die Kraft Gottes?  
Das Wachstum.

(Bertha Schmilitz, Näherin, Stuttgarter Bürgerspital 12/1929.)

Endlich sei noch ein vollkommenes Kauderwälsch mitgeteilt, das wohl kaum mehr analysiert werden kann (Wortsalat):

Blauspitz — (Bismarckblickstecherfreund) vom Herzerz ad 2 Löwenglobusauge Wallenstein: Forellensilber Mondsucht = Sonambulie = Kizele am Bahnhof. Hellsicht (II) ad II der Mond als wallender Steinspiegel vom ewigen Leiden Jakobs v. Persien.

(August K. in Weinsberg, siehe PRINZHORN'S Bildneri S. 168.)

Diese Proben zeigen also, daß neben dem zersprengten Satzbau noch immerhin Wörter vorhanden sind, die einen Sinn bergen können. Man wird im Einzelnen schwer sagen können, welche dieser Wörter ihn auch im Augenblick des Sprechens oder Schreibens noch wirklich lebendig enthalten, oder welche nur noch musikalisch erlebt werden, etwa in der Art wie Kinder ganze Liedtexte singen, ohne davon viel zu verstehen, oder wie RICHARD WAGNER aus dem bei J. GRIMM gefundenen Worte heilawac (heilbringendes Wasser) weiwaga, wogen, wigen, wallen, wellen (Rheingold) schuf, oder Lichtenberg scherzhaft (und mehr als scherzhaft) sagt: Despaviladera heiße spanisch eine Lichtputze: man solle glauben, es heiße wenigstens ein kaiserlicher Generalfeldmarschalleutnant.

Verglichen mit der Schizophrenie sind die glossolalischen Reden der Ekstatiker meist musikalischer, bedeutungsärmer. Oft handelt es sich nur um sinnlos aneinander gereihte Silben oder rhythmisch wiederholte Ausrufe (vgl. Halleluja, Kyrieelison); sowohl beim religiös Entzückten, wie auch im medialen Trancezustand (GRUHLE 1922). Dies weiß schon der Apostel Paulus: Die Glossolie entbehre des Geistes, des logisch verstehbaren Inhaltes. Sie ist nur ein „tönendes Erz oder eine klingende Schelle“ (1. Kor. 13, 1). Niemand versteht den Zungenredner (Kor. 14, 2), er tönt wie eine Kithara oder Flöte, die nicht unterschiedene Töne von sich gibt (14, 7). Es „betet mein πνεῦμα, meine Denkkraft aber ist unfruchtbar“ (14, 14).

Probe aus der Pfingstbewegung (MOSIMAN S. 79):

O — tschin ku — li mah — se. Kossa monna. — Schi — le — ah masch — kasch.  
Kum — schi — la — scha. — Schello mo dal badbad wotschikrei.

Auch der Schizophrene bringt gelegentlich *Verbigerationen*, in denen nur Laute und Silben iteriert werden. Aber hier liegt wiederum ein anderer seelischer oder seelisch-körperlicher Mechanismus vor. Es gibt erregte Katatoniker, bei denen sich die elementare motorische Erregung natürlich auch im Sprachlichen äußert. Ihre einförmigen Lautgebungen haben mit „Sprache“ eigentlich nichts mehr zu tun, dienen auch weniger einem bestimmten Affekt als einem affektlosen Erregungszustand.

Man wird dabei an die Lallmonologe der Säuglinge erinnert: Lautgebung und Zungenbewegung als Spielzeug.

Es ist ein Reimen im Denken. Es treibt ein Wort das andere, es hört nicht auf, geht alles in einem Lauf. Es ist gerade beständig wie Eingebungen. Das hat mit Erlebnissen gar nichts mehr zu tun. Gott weiß, es hört einfach nicht mehr auf.

Ach quält mich Tag  
Ach quält mich jach  
Der Herr ist Christus allein  
Ich führ ihn ein  
Sie haben gelogen gebogen  
Sie haben  
Mein Name ist nicht nützend  
Ich habs gesehen  
Habs stille geduldet  
Hab mit einer Schuld gedult  
Ich habs getragen nach Juden Art  
Ich bin zu zart  
Die reichen mir die Eichen (Rosa Guillery 97/97.)

Endlich muß aber nochmals jener Fälle gedacht werden, die schon oben bei den Neologismen mit gemeint waren: Fälle, bei denen die eigenartige Sprache der *Verschrobenheit* entspricht und entspringt. Hier ist also die Störung eine gedankliche und doch zugleich expressive: der Kranke *will* aus Verschrobenheit einen Begriff nicht mit dem ihm gewohnten Worte bezeichnen. Das Motiv dieses anderen Wollens kann eine besondere schizophrene Stimmung sein (daher gehört das Phänomen zum Ausdruck, zur Expression), es kann aber auch eben in jener geänderten Haltung, Lebensform, in jenem Gebaren oder welche

Ausdrücke man wählen möge, liegen, die man mit „Verschrobenheit“ zu fassen sich bemüht (darüber später). Dies sei durch folgende Beispiele belegt:

Diese blödsinnige Minna hat ja unser Haus ungefähr zur Wartburg gemacht.

Ich hätte mit Freuden Wassereimer geschleppt und mich dann als Christin weiterentwickelt. (Carl Schneider.)

Das rein Männliche, dem das Lebenslicht unmittelbar wird in den Augen und Gliedern, und das im Todesgeföhle sich wie in einer Virtuosität fühlt und seinen Durst zu wissen erfüllt. (HÖLDERLIN an BÖHLENDORF 2. 12. 1802.)

Es ist das Problem des „*schizophrenen Stils*“, dem ich eine kurze Studie widmete (Verhandlungen des Hamburger Psychologenkongresses 1931), nachdem ALEXANDER METTE mit einer ausgezeichneten Arbeit vorangegangen war. Der Schizophrene wird eben auch dann, wenn sein Leiden stillsteht, und er eine neue Basis seiner seelischen Existenz zu gewinnen sucht (BERZE), nicht mehr der alte; sein Habitus, seine Motorik (siehe HOMBURGERS Kapitel), seine Schrift, seine Sprache erhalten einen neuen Stil. Dieses Problem verdiente eine tiefgreifende wissenschaftliche Studie.

„Nun aber trotz Hingangs auch dieser Nachzitterungen einen Ton nach dem andern anschlagend, wie der Tag oder eine Aufforderung es bringt, ohne daß Musik oder anderes selbst diese Töne spielt. Auch ist kein Behalten der Töne möglich, die ich anschlug (mit Ausnahme oder um dieses Unhaltbare zu verhindern noch für einige Zeit schuf ich das Notbewußtsein der Zettel; auf Grund deren ich allein noch mich mit Ihnen sachlich unterhalten kann, sonst wüßte ist nämlich nicht, was los ist, und Sie hätten nur den Geist vor sich, der stets verneint)“ (METTE, S. 46.)

Würde man auch diese Wort- und Satzgebungen noch mit dem Terminus Glossolalie bezeichnen, so würde man den Inhalt dieses Begriffes (gegenüber der ekstatischen Glossolalie) erheblich ausweiten, wenngleich eine abnorme Stimmungsgrundlage beiden gemeinsam bliebe.

Schließlich aber „verfügen“ manche Schizophrene über den sprachlichen Apparat nicht mehr in demjenigen Sinne, daß sie „frei“ wären. Sie unterliegen auch hierin einer Macht (s. später unter Bewußtsein). Die gemachten Gedanken werden hier zu gemachten Sprachgedanken. In den normal intendierten und begonnenen Satz schieben sich „fremde“ Gebilde ein. Es ist für die gesamte psychologische Sprachlehre von größtem Interesse, daß diese Einschiebsel bald mehr gedanklich gemeint sind, bald mehr peripher motorisch. Im ersteren Falle kann man sich als Normaler den Sachverhalt — freilich ein wenig populär — vielleicht am besten so vergegenwärtigen, wie wenn man selbst in einer Rede, d. h. in einer sprachlichen Formulierung eines Gedankens begriffen wäre und dabei reale Sprachvorschläge in Gestalt von Zurufen erhielte, die man in seiner eigenen Sinn- und Satzgestaltung mit verwenden müßte. (Siehe oben unter Sprachhalluzinationen.)

Im zweiten Falle sind es Sprachmuskeln, die nicht gehorchen wollen oder durch Parästhesien funktional gestört werden. Über Mißempfindungen am Gaumen, Zunge, „Gurgelknopf“ klagen Schizophrene nicht so selten<sup>1</sup>. Wenn man sich freilich erinnert, wie man selbst in der Artikulation des Sprechens gestört wird, wenn man einmal ein kleines aphthöses Geschwürchen am Zungenbändchen oder von einer Cocainpinselung beim Zahnarzt her eine Taubheit am Zungenrand hat, so sollte man vermuten, daß auch der von Parästhesien geplagte Schizophrene *artikulatorische* Störungen aufwies. Aber dies ist nie der Fall. Seine Klagen erstrecken sich stets auf die Wortgebung selbst. Man hat bisher noch wenig auf jene Fälle geachtet, in denen dem Kranken Bewegungen „gemacht“ werden. Der gelehrte STAUDENMAIER berichtet in einer Selbstbiographie von solchen Symptomen. Man muß unterscheiden,

<sup>1</sup> Auch religiös ekstatische Glossolaliker klagen zuweilen über Mund- usw. Beeinflussungen: die gebräuchlichen Worte passen nicht in ihre Mundstellung hinein. (GRUHLE 1922.)

ob die Kranken zu wirklich ausgeführten Bewegungen veranlaßt werden, oder ob sie nur Tendenzen dazu als „gemacht“ in sich spüren, oder ob sie sich insofern täuschen, als nehmen sie irgendwelche Haltungen ein, die sie realiter aber *nicht* darbieten. Dieselben Möglichkeiten liegen natürlich für die Sprache als Bewegungstotale vor. Es taucht hierbei das interessante Problem auf, ob also diese „gemachten“ Sprachbewegungen von vornherein (rein „organisch“ verursacht) des Sinnes entbehren und ihn erst hernach erhalten, oder ob sie ihn von vornherein bergen; dann wären sie doch ideogen. Und es wiederholt sich die Fragestellung aus dem Halluzinationskapitel: Wenn primär organisch bedingt, warum dann gestaltet?

In manchen Fällen kommen Wortfindungsstörungen mit peripheren Sensationen zusammen.

Es komme ihm so hart an, daß er beim Sprechen jeden Buchstaben mit der Zunge suchen müsse und daß manchmal Verstellungen der Worte herauskommen, daß er selbst erschrecke. Ein anderes Mal, da rutsche alles von ihm, wie von einem Spiegel. — Er wisse gar nicht, was das sei, er müsse da Sachen sagen, die er gar nicht sagen wolle; er fühle, wie die Worte förmlich aus ihm herausgezogen werden. — „Es kommt bei mir zuweilen etwas so Eigenartiges, etwas so Zerstückeltes, so Bummelerhaftes in meine Erzählungen, ich weiß es nicht, woher es kommt. — Das sind immer so Wörter, die für mich dazwischen fallen, ich selbst spreche viel kürzer. — Ich spüre, daß ich in der Sprache zurückgehalten werde, im Polnischen wie im Deutschen.“ (Robert Weiderich, 07/186.

Es sei nochmals zusammengefaßt: Bei der Schizophrenie kommen folgende Sprachanomalien vor:

I. *Gewollt* neue Formen:

1. Neuartige Erlebnisse drängen nach neuer Kundgabe: Neologismen und Verwandtes.

2. Sprachhalluzinationen (Stimmen) drängen nach Lautwerden.

3. Neue, besonders wahnhaftige Erlebnisse drängen nach einer Geheimsprache.

II. *Ungewollt* neue Formen:

1. Kundgabe in sich gestörten Denkens.

2. Kundgabe des durch einbrechende Affekte gestörten Denkens.

3. Ausdruck besonderer Gemütszustände (Glossolie).

4. Sinnfremde Reimereien, Verbigerationen, Wortwitze u. dgl.

5. Schizophrener „Stil“.

Ein Forscher, der gewohnt ist, möglichst viele verschiedene Befunde auf *ein* Grundphänomen und *eine* Ursache zurückzuführen, wird diesem Stande der Erforschung schizophrener Sprache großes Mißtrauen entgegenbringen: dies alles sei viel zu kompliziert. Ein eigentlicher Sprachforscher hingegen dürfte sich weniger verwundern. Denn auch die normale Sprache ist nicht ein Ganzes im Sinne eines Ergon, sondern eine vielfach bedingte Funktion im Sinne einer Energiea (W. v. HUMBOLDT). Die sensorische und motorische Körperfunktion der Sprache, die seelischen Triebfedern dieser Funktion im Gemüte (Ausdruck) und im Verstand (Mitteilung) ergeben erst in ihrem Zusammenwirken die Einheitsfunktion. Deshalb erscheint es mir unergiebig, an die Sprache in dem Sinn heranzugehen, daß man ihre Störungen einfach als ein Minusmoment wertet, und dieses entweder genetisch überhaupt nicht verfolgt oder aber nur auf eine ihrer Quellen bezieht.

Der *Aphasiker*, der in irgend einer Weise eine Störung seiner Gehirnmechanismen erlitten hat, ist zwar so gut wie niemals allein in seiner Sprachgebung gestört, behält aber *neben* diesen anderswohin orientierten Störungen doch im allgemeinen die Tendenz, sich wie bisher in seiner gesunden Zeit zu verhalten, d. h. das was er denkt und vorstellt in der üblichen Weise mitzuteilen. Dies gelingt ihm aber nicht mehr. Die moderne Aphasieforschung (GOLDSTEIN, HEAD) ist am Werke, die gesamten bisherigen Befunde theoretisch umzubauen

und zu untersuchen, von welchen Aufgaben, Situationen, Umständen usw. diese Störung der Sprache abhängt. Wie immer diese Bedingungen der Störung sein mögen, man vergewaltigt diese logisch nicht, wenn man sie wirklich als eine *Minusleistung* des Vollzuges bei einer an sich korrekten Tendenz anspricht. Der Vollzug kann schon gedanklich, affektiv oder motorisch (zentral oder peripher) oder sensorisch (zentral oder peripher) minderwertig sein.

KLEIST hat nun den Versuch gemacht, auch die schizophrene Sprachstörung analogisch aufzufassen. Oben wurden Fälle angeführt, in denen tatsächlich aus verschiedenen Gründen eine Minderleistung beim Schizophrenen vorliegen kann. Gleichzeitig aber wurde bemerkt, daß gerade diese Minusleistungen für die Schizophrenie *nicht* pathognostisch seien. KLEIST verwendet seine Aphasieanalogie aber auch auf die spezifisch schizophrene Sprache, die gewöhnlich als schizophrene Sprachverworrenheit (Wortsalat) bezeichnet wird.

KLEIST nimmt an (auch A. SCHNEIDER 1927, FLEISCHHACKER), beim Schizophrenen läge wirklich vor: ein Verlust an sprachmotorischen Erinnerungsspuren, eine Unordnung von Lautgefüge und Wortstruktur; Unvermögen einzelne Laute zu bilden (Aphasie der Lautbildung); Wortfindungsstörungen; Wortschatzverarmung; Störungen der Wortfolgen und des Satzgefüges; Monotonie in Rhythmus und Tonhöhe usw. Ich selbst sehe *keinen* Anlaß zu den KLEISTschen Annahmen. Wie ich oben schon bei der Denkstörung erwähnt habe, bleibt die Intelligenz der Kranken als Potenz erhalten. So bin ich auch der festen Überzeugung, daß *der gesamte Sprechfunktionskomplex als Potenz bei der Schizophrenie erhalten bleibt*. Gegenüber der KLEISTschen rationalistischen Theorie könnte ich meine eigene Auffassung als voluntaristisch bezeichnen. Der schizophrene Glossolaliker (Sprachverworrene) *kann anders sprechen*: er kann je nach Wunsch, Situation, Stimmung usw. jeden Augenblick seine Sprechart ablegen und zur normalen Sprache zurückkehren. Es handelt sich um kein Minus-Können, sondern um ein Anders-Wollen. Wenn es schizophrene Endzustände gibt, die *dauernd* an ihrer verschrobenen Sprache festhalten, so geht es ihnen wie manchem Philosophen, der von seiner absichtlichen Kunstsprache später nicht mehr lassen konnte<sup>1</sup>. Dazu tritt beim Schizophrenen noch das Symptom der Stereotypie und der Impulsverödung.

KLEIST (1930) meint, die sensorisch-aphasische Natur gewisser schizophrener Sprachstörungen sei bewiesen, andere haben „Beziehungen“ zu den motorischen Aphasien. Er begründet diese Auffassung von seinem Standpunkte aus sehr einleuchtend. Schwierigkeiten macht freilich der Umstand, daß diese Kranken ihre Aphasien oft nur dann anwenden, wenn sie von ihrem Wahnsystem sprechen. Andere können mitten in der Verwendung ihre Aphasie plötzlich aufhören, wenn man sie ablenkt und auf ein anderes Thema bringt. Diese und andere Umstände haben zu der hier vertretenen Auffassung geführt: Die schizophrenen Sprachstörungen haben mit den verschiedenen Formen der Aphasie gar nichts gemein. KLEIST irrt, wenn er neuerdings sagt (Baseler Vortrag 1929), es sei *unnötig*, zur Erklärung der dort beschriebenen schizophrenen Sprachstörungen andere, außerhalb des Sprachlichen liegende seelische Funktionsstörungen heranzuziehen. Man könnte ebenso unrichtig formulieren, es sei unnötig, anatomisch-neurologische Störungen heranzuziehen. Es handelt sich nicht um ein entweder oder, sondern um grundsätzlich verschiedene Betrachtungsweisen, die beide nebeneinander ihr Recht haben. Meine Auffassung steht also der KLEISTschen Auffassung kompromißlos gegenüber. Ich ging auf diese ausführ-

<sup>1</sup> Man denke an Karl Christian Friedrich Krause und seine Worte: menschheitinnigend, Uring, Inling, Umendling, Empfindnis, Rednis, folgetumlich, mißgemein, Ingeistnis usw. Krause war nicht schizophren (1781—1832).

licher ein, nicht um sie zu bekämpfen, sondern um die verschiedenen möglichen Theorien aufzuzeigen. — Wenige Worte seien noch dem Begriff der *Paralogie* gewidmet. Dieser Ausdruck trifft nicht deutlich Aufzeigbares. Den besten Sinn hätte das Wort in jenen Fällen, in denen jemand etwas Bestimmtes meint, dies aber sprachlich nicht so trifft, wie er es sprachlich treffen *wollte*, wobei die beiden Unterfälle zu unterscheiden wären, ob er sich seiner sprachlichen (nicht denkerischen) Entgleisung bewußt ist oder nicht. Die Beurteilung einer sprachlichen Äußerung als richtig oder unrichtig kann nur an der Absicht des Sprechenden — vorausgesetzt, daß er die Sprache beherrscht — nicht aber an irgend einem allgemeinen Kanon geprüft werden. In diesem Sinne ist auch das Versprechen des Normalen Paralogie. Er intendiert Orplid und sagt Orstig. Es ist nichts anderes, als wenn ich beim Schlittschuhlaufen eine bestimmte, auf dem Eis als Linie nachprüfbare Figur zu bilden vorhabe und nachher bei der Prüfung der Leistung eine ganz andere Figur vorfinde. In diesem Sinne stände also die Paralogie der Paraphasie sehr nahe. Wenn man aber gerade diesen Sachverhalt *nicht* treffen will, sondern nur eine von der gewohnten abweichende Ausdrucksweise meint, so wird der Inhalt des Begriffes Paralogie vollkommen verschwommen. Wenn KRAEPELIN z. B. das Abgleiten des Gedankengangs auf nicht zugehörige Bestandteile als Paralogie bezeichnet, so empfiehlt sich diese Wortverwendung zwar nicht, denn nach unserem Wortgebrauch handelt es sich dabei nicht um eine Sprachstörung, sondern um eine Denkstörung, aber man müßte sich mit dieser „Paralogie KRAEPELIN“ eben abfinden. Wenn man aber feststellen kann, daß KRAEPELIN das Durcheinandermengen verschiedener, ähnlich klingender Worte ebenfalls als Paralogie benennt, so ist *dies* eine wirkliche Sprachstörung, die mit der ersten Paralogie meines Erachtens gar nichts gemein hat. Aber schließlich scheint es an manchen Stellen KRAEPELINScher Ausführungen, daß auch dann der Ausdruck Paralogie noch verwendet werden soll, wenn sich der Sprechende metaphorischer Umschreibungen bedient. Hierbei vermag man KRAEPELIN nicht mehr zu folgen, denn man findet in dieser dreifachen Bedeutung des Terminus Paralogie kein tertium comparationis.

Andere bemühen sich, im *Vorbeireden* das Wesentliche der Paralogie zu sehen. Aber der Ausdruck Vorbeireden deckt nichts Eindeutiges. Wenn ein Verhafteter im GANSERSchen Dämmerzustand erklärt, der Arzt sei ein Friseur (Gemeinsames: der weiße Kittel), so nennt man dies üblicherweise Vorbeireden. Wenn ein Hebephrener äußert, der Arzt sei ein von Weisheit ganz Ausgeweißter, so ist das Tertium ebenfalls der weiße Kittel. Dennoch wird das Zustandekommen beider in mancher Hinsicht wirklich ähnlicher Äußerungen wohl recht verschieden sein. Was ist nun Paralogie? Die eine Art des Vorbeiredens oder beide? Ja, manche Autoren benennen Vorbeireden auch noch jene Antwort, wenn ein Haftpsychotiker auf die Frage, wie lange er schon im Gefängnis sei, 20 Jahre (anstatt 20 Tage) entgegnet. Soll dies dann auch noch unter die Paralogie fallen, so wird dies Wort vollkommen nichtssagend. Wenn C. SCHNEIDER (S. 35) definiert, Paralogien seien „widersinnige Bezüge, welche aus Verschmelzungen, Entgleisungen und faseligen Gedankengängen resultieren“, so trifft er kein Sprachmoment, sondern ein — zudem recht unbestimmtes — Denkmoment.

### Zusammenfassung.

Abgesehen von jenen Fällen, in denen ein Impulsüberschuß (Erregungszustand) sich „zufällig“ des Sprechemechanismus bemächtigt und sinnlose Reimereien, Wortiterationen und dgl. hervorbringt, ist also meines Erachtens *die schizophrene Sprache ein Sekundärsymptom*; sie läßt sich verständlich aus anderen Ursymptomen ableiten.



## Der Wahn.

Es ist bekanntlich bisher niemandem geglückt, aufzuzeigen, worin das Wesen des Wahns besteht. So volkstümlich auch das Wort selbst erscheint, — alle Versuche einer Definition blieben bisher vergebens. Meist wurde die Entstehung und das Wesen des Wahns durcheinandergeworfen. Hier soll vorerst nur vom *Wesen des Wahns* die Rede sein. Orientiert man sich inhaltlich an der allgemeinen Erfahrung, so findet man gleichgültige und gefühlsbetonte, persönlichkeitsfremde und egozentrische, angenehme und peinliche, klare und unbestimmte, anschauliche und unanschauliche Inhalte. Auch die oft hervorgehobene *Unbelehrbarkeit* des Wahnkranken ist kein Kriterium, das auf *alle* Wahnformen paßt. Es ist auch gänzlich abwegig, wenn der Laie meint, die Wahnhalte müßten absonderlich, übertrieben, unwahrscheinlich und dgl. sein; — sie sind vielmehr oft ganz banal und alltäglich. Man hat darauf hingewiesen, daß die Wahngebilde stets symbolische Deutungen seien, insofern ein objektiv harmloses X dem Kranken ein wichtiges Y bedeute. Das ist vielfach unrichtig: es gibt manche Wahnideen, die an sich bestehen, ohne daß sie sich an ein vertretendes Objekt anschließen. Zudem würde ja eine Symbolbeziehung an sich nicht krankhaft sein. Aber auch an den Strukturen der Wahnideen selbst läßt sich nicht immer Krankhaftes aufzeigen (s. auch HEDENBERG). Nirgends kann also ein Kennzeichen des Wahns gefunden werden.

Man hat weiter darzulegen versucht, daß eine gewisse Überwertigkeit, im Sinne einer großen Platzbeanspruchung im psychischen Feld, die Wahnidee auszeichne. Aber abgesehen davon, daß sie dann mit der überwertigen Idee kollidiert, trifft diese Überwertigkeit auf viele Wahnideen auch gar nicht zu. Völlig unrichtig ist auch die gelegentlich geäußerte Behauptung, die Wahnidee sei aufgezwungen, ichfremd, ein Automatismus. Vielmehr sind die Wahnideen, die den Namen des Automatismus verdienen, Ausnahmen. Man muß also zugeben, daß das Wesen der Wahnidee nicht in ihr selbst beruht. Vielmehr wird sie *erst durch ihre Einfügung in den Gesamtzusammenhang als Wahn gekennzeichnet*.

Man nimmt von irgendwelchen Annahmen, die jemand vorbringt, an, er habe einen *Anlaß* zu diesen Annahmen, sei es, daß es sich um die Annahme von Existenz oder von Geltung handelt. Wenn jemand z. B. von der Existenz eines Menschen in einer bestimmten Räumlichkeit überzeugt ist, so hat er von diesem Spuren gefunden, wenn er ihn nicht sogar selbst gesehen oder gehört hat. Wenn jemand an die Geltung einer Regel glaubt, so kann er sich den Zusammenhang vieler Geschehnisse nicht ohne die Gültigkeit dieser Regel denken. Manches Gleichartige im Geschehen gab ihm Anlaß, eine Regel dahinter zu vermuten.

Der *echte Wahn* hat zu seinen Annahmen keinen Anlaß. Der Kranke weiß primär. Wenn ein Kranker (Robert Weiderich 07/186) glaubt: „Und dann ist noch etwas geplant: es sollte ein Sohn erstochen werden von diesem Reich oder einem angrenzenden“, so vermag er (Sinnestäuschungen geleugnet) hierfür keinen Grund anzugeben, er weiß es eben. Nichts in seinen äußeren Erlebnissen, nichts an inneren Konsequenzen veranlaßt ihn zu diesem Wissen. *Solche* Fälle primären, vollkommen uneinfühlbaren Wahns sind relativ selten. Da der Wahnkranke sich bei seiner Annahme auf gar nichts stützt, so kann man ihm in solchen Fällen den Wahn auch nicht ausreden; er erklärt auf Einwände zuweilen sehr höflich, er gebe gern zu, daß er sich irren *könne*, glaube es aber in *diesem* Falle wirklich genau zu wissen. — Der Explorant steht zum Wahnkranken wie das Kind zum Gläubigen: wenn der liebe Gott allgütig sei, müsse er doch längst alles Unheil vertilgt haben? Antwort: Er ist auch undurchschaubar, wir kennen

seine tieferen Absichten nicht. — Explorant: die Verfolger müßten Sie doch schon längst umgebracht haben? Antwort des Wahnkranken: „die können mehr wie Brot essen.“

In anderen Fällen knüpft der paranoide Schizophrene an irgend ein äußeres Erlebnis an, das er sogleich mit Symbolbedeutung erfüllt. Wenn einem Gebildeten eine weitausschreitende Jünglingsgestalt mit Flügelschuhen und dgl. Merkur und damit den Handel bedeutet, so hat er dies eben einst gelernt. Wenn aber einem Schizophrenen, der eine Reise unternimmt, die Worte des Eisenbahnbeamten auf dem Bahnsteig „Fertig, Abfahrt“ — Worte, die er doch hundertmal gehört hat — eines Tages plötzlich die Ankündigung des jüngsten Gerichts enthalten, so liegt für diese Deutung doch nicht der geringste Anlaß vor. Der Kranke vermag auch keineswegs zu sagen, wie er plötzlich zu dieser Deutung komme: er weiß es eben.

Die Uhr zeigte 8; daraus ersah ich, daß ich mich von nun an ganz der Religion ergeben müsse. — Der Kamm brachte mir die Taufe. (Hedenberg.)

Bei seinem Herumirren fallen ihm Zwiebeln ein, die er einst von seiner Braut empfing und im Garten einlegte. Er meint nun plötzlich, diese Zwiebeln seien daran schuld, daß er so verwirrt sei. Er zieht sie aus der Erde, steckt sie ein, betrachtet sie im Wald allein. Da kommt es ihm vor, als symbolisierten sie seinen Körper, Nieren, Geschlechtsteile, After. Und dort, wo die Zwiebeln schimmelig waren, glaubte er nun krank zu sein. (Peter Weller 23/251.)

„Im Schaufenster waren Kleider, rot und weiß, das bedeutet, daß ich von anderer Abkunft bin.“ (Jastrowitz.)

„Ich achtete auf die Zeichen am Weg.“ (Heidenhain.)

Man hat immer wieder den Versuch gemacht, die Ursache solcher wahnhaften Symbolbeziehungen im *Wahrnehmungsakt* selbst zu suchen<sup>1</sup>. Wenn eine Kranke erklärt, sie hätte dem Benehmen eines vorbeikommenden Schutzmanns sofort angemerkt, daß er sie für eine Prostituierte halte, habe aus der Bemerkung einer fremden Frau in einem Geschäft „ja, ja, die Zeiten werden immer teurer“ sofort den Vorwurf herausgehört, daß *sie* daran schuld sei, so soll das angeblich daran liegen, daß die tatsächliche Wahrnehmung jenes Schutzmanns usw. phänomenal verändert sei. Dies ist meiner bestimmten Überzeugung nach nicht der Fall. Spricht man mit intelligenten, nicht denkgestörten Kranken solche Fälle durch, so stellt sich heraus, daß die Kranke selbst versichert: es war ein Schutzmann, wie andere auch, er hatte keine besonderen Gebärden, sagte nichts, ging ruhig vorbei usw., aber sie wußte sofort, daß . . . Zuweilen hört man vielleicht, der Schutzmann habe sich auffallend geräuspert, aber ganz abgesehen davon, daß sich doch Schutzleute beim Treffen von Prostituierten nicht zu räuspern pflegen, meint die Kranke wohl auch nur, daß eben das Räuspern symbolerfüllt erschien. Die bedeutsame Frage, die oft erst die Wahngedanken herauslockt: „Was fiel Ihnen denn auf?“, wird freilich auch gelegentlich so beantwortet, daß subjektiv wirkliche Erlebnisse d. h. Wahrnehmungsakte geschildert werden. Aber wenn man in den Kranken dringt, nun endlich zu sagen, *was* daran eigentlich das Auffällige war, so geht nur die Schilderung weiter, aber das spezifisch Auffällige bleibt in der Schilderung aus. „Da kam ein Fräulein mit einem Kinderwagen, und das Kind hatte ein Häubchen auf (ja, und was war daran Besonderes?) und dann stellte sich ein Hund an die Ecke, und ein Mann piiff (ja, das alles ist doch alltäglich, was war denn die Hauptsache?) Und dann kamen zwei junge Mädchen Arm in Arm, und ein Arbeiter trug eine Leiter: es war einfach schrecklich.“ Aber *was* das Schreckliche, oder *was* die Hauptsache sei, erfährt man nie. Sicher ist es *an* den Ereignissen nur das Bedeutungsmäßige, der Symbolgehalt, aber dieser gehört zum Wahrnehmungserlebnis als solchem nicht hinzu. Gelegentlich hörte ich von einem Schizophrenen erzählen, alle Autos

<sup>1</sup> Ganz unmöglich ist ZIEHENS Formulierung, der Wahnkranke stütze sich auf ungenügendes, oft verfälschtes Wahrnehmungsmaterial.

hätten gerade gehupt, wenn sie an *ihm* vorbei gefahren seien, oder: sie habe zuhause gesessen und sich gewundert, daß alle unten vorbeifahrenden Gefährte immer gerade vor *ihrem* Hause einen Hopser gemacht hätten (GRUHLE, Selbstschilderung). Aber selbst in diesen Fällen bleibt meines Erachtens eine Alteration des Wahrnehmungsvorgangs zweifelhaft. Nur die Ichbezogenheit (Eigenbeziehung, NEISSER) ist abnorm, aber diese gehört nicht zur Wahrnehmung.

*Das ganz plötzliche, dem Kranken selbst oft sehr verwunderliche Auftauchen der Ichbeziehung ist das primäre, unableitbare Krankhafte.* Auch wenn er sich gar nichts Bestimmtes dabei denken kann, weiß er doch, *er sei gemeint.* Beliebige Stellen im Text der Zeitung beziehen sich auf ihn, der Geistliche predigt über ihn, — man legt ihr eine illustrierte Zeitung hin, damit sie aus dem einen Bilde etwas (was, weiß sie nicht) entnehme.

Es ist wohl schon ein weiterer Schritt im Fortgang der Krankheit, wenn der Kranke weiß, *was* irgendetwas bedeutet: — Als die Krone und die Blätter des Birnbaums im Garten winkten, habe sie gedacht: Dr. H. winkt mir jetzt (Emilie Bauer, 29/493). Selten kommt es auch vor, daß nicht eine reale, sondern eine halluzinierte Wahrnehmung paranoisch gedeutet wird:

(Halluzination): Eine flammende Person nimmt von einem Wandbord eine Zigarrenschachtel und stellt sie auf den Tisch. (Deutung): Das bedeute eine Warnung vom Allmächtigen, daß er nicht straucheln solle. (Ludwig Nicolas 15/497.)

Aber diese plötzlich unableitbar auftauchende Ichbeziehung ist nicht die einzige Form des Wahns, sie ist nur die häufigste. Es war eine unberechtigte Verallgemeinerung, wenn NEISSER, dessen kluge Gedanken wohl nur deswegen so wenige Fachleute befruchteten, weil sie verstreut an verborgenen Stellen standen (seit 1891!), seine richtig gesehenen „krankhaften oder fehlerhaften Eigenbeziehungen“ als das *einzige* Spezialphänomen des Wahns betrachtete, und wenn SPECHT 1901 formulierte, eine Wahnidee liege nicht vor, wenn das Ich im Mittelpunkt fehle. Man wird ihm (ähnlich BLEULER und HEVEROCH) sicher zugestehen, daß es kaum wahnkranke Schizophrene gibt, bei deren *Gesamteinstellung* der egozentrische Bezug wenigstens im Anfange fehlt. Aber zu den *einzelnen* Wahnideen und ihrer phänomenologischen Festlegung *gehört dieser Gesichtspunkt der unmotivierten Eigenbeziehung nicht als conditio sine qua non.*

ROBERT WEIDERICH 1907/186: „Es sind Regenten über Regenten ermordet worden“.

Der Augenblick, als er auf die grade Chaussee kommt, bedeutet das 37. Lebensjahr. (HEIDENHAIN'S Paranoiafall.)

„Als sei eine Art Motor in meinem Bett gewesen, der den Faden der Zeit und der Ereignisse rein gesetzmäßig und mechanisch abwickelt. — Unterirdisches Gewölbe, in dem sich Schätze befinden, und die von Engländern gehoben werden.“ „Im Bellheimer Walde sei eine geheimnisvolle Stelle, woselbst ein Schacht gegraben und irgend etwas hervorgeholt werden müsse; vielleicht daß dies im Zusammenhang mit einem abgeschiedenen Geist stand.“ S. 223. — „Als würden sich hier Cyclophen und sonstige abgeschiedene Wesen in tieftraurigem Zustande versammeln.“ S. 230. „Als fände im Garten ein Schlachtfest statt mit Menschenopfern, angesichts des Anblicks weißer, im Winde wehender Wäsche“ (233). (Fall Hahnenfuß von BERINGER-MAYER-GROSS.)

Eine Blume an ihrer Bluse bedeutet, daß ein — ihr nur wenig bekannter — Mann sterben solle. (Hedenberg.)

KOLLE teilt in seiner primären Verrücktheit einige Beispiele nicht egozentrischen Wahns mit: die Frau sei ein Zwitter, halb männlich und halb weiblich; — ein junger Mensch in ihrem Hause sei homosexuell.

Als der Zimmergenosse fragte, ob es nicht Zeit wäre, das Licht anzudrehen, erkannte ich, daß jener Professor Freud sei. (Hedenberg.)

Glaubt man, den schizophrenen Wahn mit dem Kennzeichen des „Symbolbewußtseins ohne Anlaß“ getroffen zu haben, so bleibt dabei noch vollkommen unaufgeklärt, warum der eine Erlebnisteil etwas bedeutet, der andere nicht.

Keineswegs das Ganze, sondern nur ein Teil der Wahrnehmungen ist sinnerfüllt. Daß 3 Frauen im Laden zusammen stehen, bezieht sich, nach der Meinung der gerade eintretenden Wahnkranken, auf sie. Daß aber die Verkäuferin gerade heute eine wirklich auffallend grelle Bluse anhat, bezieht sich angeblich *nicht* auf sie. Auch dieses bleibt für den Normalen vollkommen uneinflussbar.

Das *wahnhaft* *Primärerlebnis*, mit dem das Leiden zuweilen ohne Vorboten beginnt, beansprucht noch besondere Aufmerksamkeit. Der Kranke wird dabei durch die ganz plötzlich einsetzende Störung überrascht und erschreckt. Er steht so stark unter dem Eindruck der Phänomene, daß er oft ratlos, zuweilen verwirrt erscheint. „Soldaten aller Waffengattungen“ — die Leute sind „immer so miteinander gesprungen“ — „der Regen war so stürmisch“ — „die kleinen Kinder waren nicht mehr so drollig und fröhlich“ — „die Wagen gingen so langsam“ — „die Sonne war nicht mehr so hell“ — „alles war so doppelt, wie wenns ganz anders wäre auf der Welt“ — „alle Glocken läuteten“ — „unbekannte Lichter erschienen“. Obwohl ich hier absichtlich Eindrücke aus verschiedenen Sinnesgebieten zusammengestellt habe<sup>1</sup>, bin ich doch auch hier der Überzeugung, daß die Störung nicht in der Wahrnehmung, sondern im Symbolerlebnis beruht. Hier wissen die Kranken oft noch nicht, *was* hinter den Erlebnissen steckt; sie sind nur überzeugt, *daß* alles etwas Ungewöhnliches anzeigt<sup>2</sup>, und so finden sie Ausdrücke wie Karfreitag, Weltuntergang, Anbrechen der neuen Zeit, jüngstes Gericht, Kommen des Antichrist, Meuterei usw.<sup>3</sup>. Die Ratlosigkeit ergibt sich oft gerade aus dem Umstande, daß der Kranke nur weiß, daß — aber nicht was<sup>4</sup>. Zur Ratlosigkeit kommt Angst (sekundär), und so wirken diese beiden Momente zusammen, die Außenwelt nicht nur „ängstlich“ d. h. verfälscht zu deuten, sondern vielleicht auch den Wahrnehmungsvorgang selbst zu stören (sekundär). Klar formuliert würde also die Auffassung auch des primären Wahnerlebnisses lauten: *Wahrnehmungsalteration durch das Wahnerlebnis, nicht Wahnerlebnis durch die Wahrnehmungsstörung*.

Für meine Auffassung sprechen auch die Äußerungen mancher Kranken selbst, die etwa berichten: Man könne sich der Ereignisse nicht erwehren; eine (real) gehörte Äußerung habe ihn scharf hergenommen; alles was geschah, war zu stark; die Kinder unten auf der Straße sprachen schmerzhaft oder doch belästigend<sup>5</sup>. Diese Kranken legen also das Auffällige ausdrücklich *nicht* in den Inhalt, auch sind sie noch gar nicht bis zur Annahme einer *bestimmten* Bedeutung fortgeschritten, und dennoch ist etwas Aufregendes *an* den Ereignissen, welches nicht im Wahrnehmungsakt steckt. Auch wenn die Kranken ein Bild abnehmen oder nach der Wand drehen, ist es nicht etwa eine Erinnerung (Komplexauslösung), sondern oft ein unbekanntes, aber aufregend Bedeutungsvolles, was von dem Bild ausgeht. Dienstmädchen erzählen nicht selten, ihre Herrschaft sei in der letzten Zeit so furchtbar nervös geworden; ein 23jähriges Mädchen berichtet, die Eltern kamen ihr hypnotisiert vor, so spaßig. Die Eltern seien ihr *mehr* verrückt vorgekommen, als sie sich selbst. (Emilie Bauer, 29/493).

Man muß also vier Verhaltensweisen der Wahnkranken unterscheiden:

1. der Kranke merkt am äußeren Erlebnis keine Veränderung, nur spürt er deutlich — ohne Kennzeichen angeben zu können — daß es auf ihn gemünzt sei (reine Ichbeziehung, Beziehungswahn).

<sup>1</sup> Zum Teil aus WETZELS Weltuntergangserlebnis.

<sup>2</sup> Schon CL. NEISSER und BERZE wiesen darauf hin.

<sup>3</sup> WETZEL: Weltuntergangserlebnis.

<sup>4</sup> Z. B. „Irgend etwas ging vor in der Stadt. Etwas Besonderes, nicht recht Faßbares. Irgendeine Not bestand (WILHELM KÜFER 25/543).

<sup>5</sup> Weitere Proben in meiner Psychologie der Schizophrenie 126.

2. der Kranke verlegt das Auffällige, dessen er sich bewußt ist, in das Außenobjekt (alles ist komisch).

3. der Kranke fühlt sich selbst dabei eigenartig verändert und findet dafür die seltsamsten Formen der Beschreibung (oft Phänomen 2 und 3 vereint). Z. B. sie habe gedacht, die Welt bleibe stehen. Es sei ihr vorgekommen, als habe sie einen neuen Erdteil entdeckt. — Sie habe so zwischen Himmel und Erde geschwebt (Emilie Bauer, 29/493).

4. der Kranke spürt primär, daß etwas etwas bedeute („irgend eine Not bestand“, „es sollte ein Sohn erstochen werden von diesem Reich“), er selbst bleibt aber unbeteiligt.

Gerade so, wie der Wahrnehmungsakt als solcher ungestört vollzogen wird und das Symbolhafte ihm nur irgendwie anhaftet, jedes eine Sache für sich, so vermag der paranoische Schizophrene auch hinter dem Pfluge zu gehen im Glauben, ein Weltheiland zu sein. Man hat vom logisierenden Standpunkte des Gesunden aus häufig bemängelt, daß dies ein Widerspruch in sich selbst sei, und hat gar daraus den Schluß gezogen, daß dahinter eine Schädigung des Urteilsvermögens, also schließlich eine Demenz stecke (MEYERHOF). Dies ist eine ganz abwegige Auffassung. Ein schwarz-rot-goldenes Band kann das eine Mal eben ein einfaches Band sein und das andere Mal das Symbol der Zugehörigkeit zu einer politischen Richtung. Darin liegt doch kein Widerspruch logischer Art. Und wenn GRIESINGER, HITZIG, JASTROWITZ, KOCH, KRAEPELIN, SALGO, BECKER, SPITZKA und andere das nicht verstehen, sondern einen Intelligenzdefekt annehmen, so sind sie meines Erachtens in einem grundsätzlichen Irrtum befangen, der sich auch *nicht* etwa dadurch löst, daß sie unter Intelligenz etwas anderes verstehen, als andere Forscher<sup>1</sup>. *Wahn und Intelligenz haben nichts miteinander zu tun.*

Ich müßte zu weit ausholen, wollte ich alle älteren Versuche, den Wahnbegriff zu fassen, kritisch durchsprechen. Es ist dies auch psychologisch kaum möglich, da die Autoren meist ganz verworrene psychologische Grundbegriffe benutzen oder aber den reinen Schematismus der Assoziationspsychologie anwenden. Dieser ist aber meines Erachtens auch hierfür in jeder Hinsicht unzureichend<sup>2</sup>. Ich greife als einziges Beispiel KRAEPELIN heraus: Wahnideen sind krankhaft verfälschte Vorstellungen, die der Berichtigung durch Beweisgründe nicht zugänglich sind. — Abgesehen davon, daß S. str. eine Idee keine Vorstellung ist — daß eine Vorstellung überhaupt nicht verfälscht werden kann<sup>3</sup> —, daß es psychologisch unwichtig ist, ob eine Vorstellung mit der Wirklichkeit übereinstimmt oder nicht, daß also eine Vorstellung als solche auch nicht berichtigt werden kann — stecken auch sachliche Unrichtigkeiten in KRAEPELINS These. Denn Wahnideen brauchen nicht immer krankhaft im engeren Sinne zu sein (psychopathische Paranoia, z. B. die Formen FRIEDMANN'S), und endlich gibt es Wahnideen, die durchaus berichtigt werden.

Es ist meines Erachtens überhaupt kein glücklicher Versuch, die Wahnidee an inhaltlichen Momenten oder an der Frage zu orientieren, ob diese Inhalte der *Wirklichkeit* entsprechen (KRAEPELIN, ZIEHEN, BUMKE). Die Idee des Kentauren entspricht nicht der Wirklichkeit und ist doch keine Wahnidee, aber selbst wenn jemand einst den Gedanken hatte, es gebe realiter Kentauren am Pelion, so war das eben ein Irrtum, wie andere im griechischen Volksglauben. Die Aufgabe ist, ein *psychologisches Merkmal* an der Wahnidee zu finden. Das Moment der Wirklichkeit des gedachten Inhalts ist aber *kein* psychologisches Merkmal. Aber auch das oben schon berührte Merkmal der Unkorrigierbarkeit (SÉRIEUX, SVENSON, KRAEPELIN, BLEULER, STRANSKY, R. VOGT, MEYERHOF, BUMKE)

<sup>1</sup> Wenngleich auch dies natürlich zuweilen wichtig ist. NEISSER hat schon 1897 darauf aufmerksam gemacht.

<sup>2</sup> Ähnlich HEDENBERG. Seine zwei interessanten Studien sind unter anderem auch dadurch wichtig, daß er nordische Quellen, die dem deutschen Leser aus sprachlichen Gründen unzugänglich sind, ausführlich heranzieht.

<sup>3</sup> Ähnlich und sehr treffend HEDENBERG: Eine Vorstellung könne nicht krank sein und könne daher auch nicht gesunden.

versagt, da es zahlreiche Ideen gibt, die unkorrigierbar, aber nicht wahnhaft sind. — Man hat ferner darauf hingewiesen, daß eine Wahnidee immer singulär (individuell) sei, während doch normale Ideen von anderen geteilt würden. Dies ist kein glücklicher Einfall. Denn abgesehen davon, daß manche Wahnideen doch induziert werden können, daß man selbst von „Wahnideen im Völkerleben“ gesprochen hat, daß ferner der Kranke selbst oft gar nicht daran glaubt, daß er allein „wisse“, ist das ganze Moment außerpsychologisch.

Neben der These, Wahnideen *seien* krankhaft verfälschte Vorstellungen, findet sich auch gelegentlich die Annahme, jene gehen aus krankhaft veränderten Vorstellungen hervor. (WESTPHAL d. Ä., CRAMER, MOELI, FRIEDMANN). Was sich die Autoren darunter denken, läßt sich kaum aufklären, denn solche „Vorstellungen“ werden nie aufgezeigt. Tatsächlich dürfte es sich auch nur um eine unbestimmte Ausdrucksweise handeln. Die Assoziationstheorie nannte beinahe *alle* seelischen Vorgänge und Inhalte „Vorstellungen“, und da damals die Lehre sehr einfach, freilich völlig oberflächlich dahin lautete, Vorstellungen seien reproduzierte Empfindungen, so findet sich wirklich auch die Meinung vertreten (MEYNERT, DUCASSE, VIGOUROUX, CRAMER), abnorme *Empfindungen* seien der Ausgangspunkt der Paranoia. Das ist ganz undiskutabel, denn niemand hat diese angeblichen abnormen Empfindungen bisher nachgewiesen. Auch bei der schon oben erwähnten *Intelligenzstörung* bleibt die Meinung der betreffenden Autoren stets offen, ob die Paranoia in einer Intelligenzstörung bestehe, oder ob sie aus ihr hervorgehe. Weder die eine, noch die andere Meinung läßt sich stützen. Endlich gab es eine Gruppe von Gelehrten (GÉRENTE, SANDBERG, GODFERNAUX, HITZIG, LINKE, TILING, WERNICKE, STÖRRING, SPECHT, MARGULIÉS), die in einem pathologischen Affekt den Ursprung des Wahnes sahen. Aus einer abnormen Gemütslage solle die Eigenbeziehung verständlich hervorgehen. Freilich erscheint es jetzt — in historischer Rückschau — merkwürdig, daß keiner jener Forscher diese Gemütslage nannte oder beschrieb. Ganz harmlose alltägliche Gefühle wurden vielmehr als Wahnmotive genannt, und lediglich CRAMER spricht 1902 von einem „bisher nicht gekannten unerklärlichen Gefühl der Insuffizienz“. Ich konnte ein wirkliches Insuffizienzgefühl niemals finden. Vielleicht meint CRAMER aber die Ratlosigkeit; dann dürfte heute wohl niemand mehr diese Meinung teilen. Vielleicht ist sie die Folge des Wahns, vielleicht ist sie ihm ursächlich (primär) gleich geordnet; — kaum aber dürfte der Wahn aus der Ratlosigkeit hervorgehen. — SPECHT nahm, in der Erkenntnis, daß sich kein spezielles abnormes Gefühl als Quelle der Paranoia aufzeigen lasse, ein Gemisch normaler Gefühle als Ursprung an; dessen Fixierung und Intensitätssteigerung wurde hervorgehoben. Doch muß man auch dieser Hypothese gegenüber auf den Umstand verweisen, daß tatsächlich diese SPECHTSchen Mischgefühle wenn überhaupt, dann nur in einer kleinen Zahl von Fällen nachweisbar waren. SPECHTS Arbeit bleibt aber noch heute sehr beachtenswert.

Besondere Aufmerksamkeit beansprucht die Theorie BERZES. Auf seine früheren Darlegungen gehe ich nicht ein, da er ja selbst seine Meinungen 1929 neu faßte (BERZE-GRUHLE). BERZE erhebt einen interessanten Einwand: Wenn ein Wahrnehmungsinhalt einen besonderen Sinn berge (z. B. 3 Marmortische den Weltuntergang bedeuten), so dürfe man eine solche Behauptung nicht zu wörtlich nehmen. Der Kranke habe den Gedanken des Weltuntergangs und sehe zufällig gleichzeitig 3 Marmortische; auf Grund seiner Denkstörung (Gedankenverschmelzung) vereinigen sich beide Inhalte zu einer Gesamtgegebenheit; die Evidenz, die eigentlich nur dem Wahrnehmungsinhalt zukomme, strahle nun auch auf den andern Erlebnisbestandteil (Weltuntergang) über. — Gegen diese gewiß sehr erwägenswerte Hypothese scheint mir zu sprechen, daß es sicher viele Wahnfälle ohne jede Denkstörung gibt, daß sehr viele Denk-

störungen ohne Wahn vorkommen, und daß viele Symbolerlebnisse an den Gegenständen nicht synchron auftauchen.

Endlich seien noch die Arbeiten von HEDENBERG erwähnt, die unabhängig von den üblichen Gedanken eigene Wege gehen.

Zuletzt sei noch eine Gruppe von Autoren durch einige Beispiele gekennzeichnet, die nicht das Wesen des Wahns, noch auch die aufzufindenden Ursachen oder Motive zu erforschen streben, sondern in Ermangelung solcher Motive Gefühle oder Tendenzen usw. konstruieren, *erfinden*, aus denen sie dann den Wahn verständlich ableiten.

Zuerst sei des originalen Versuches von HEINRICH SCHULTE gedacht (1924), den Wahn aus der mangelnden Realbeziehung zur sozialen Gruppe zu verstehen. SCHULTE ist zwar insofern modischer Strömung zugänglich, als er nicht etwas vorträgt, was er bei den Wahnkranken wirklich findet, sondern was er erfindet. Aber seine Theorie ist überraschend und für manche Fälle des Wahns auch überraschend einleuchtend, — freilich gerade *nicht* für den schizophrenen Wahn. Wenn SCHULTE ausführt, manche Menschen plagten sich mit dem Bewußtsein einer Kluft zwischen sich und den Mitmenschen, wenn er weiterhin etwa formuliert: einsam sein kann man nicht; aber verfolgt sein kann man, — so wird man gern zugeben, daß diese Einfühlung auf manche Psychopathen und auf manche Lebenssituationen ausgezeichnet zutreffen mag, aber dieses Bewußtsein der Kluft (warum soll es übrigens ganz plötzlich entstehen?) findet sich eben tatsächlich bei den allermeisten Wahn-Schizophrenen nicht. Wendet man ein, es sei subliminal, so bedient man sich jenes dialektischen Kniffs, über den bei dem Problem primär und sekundär noch mehr ausgesagt werden soll.

Hier seien nur speziell noch jene modernen Theorien erwähnt, die gerade den Wahn betreffen. Man kann erforschen:

- das Wesen des Wahns,
- die Ursachen und Bedingungen des Wahns,
- die Motive des Wahns,

und man hat sich auch — oft freilich etwas konfus — dem Studium dieser 3 Faktoren schon seit langem hingegeben. Es blieb der neuesten Zeit vorbehalten, auch nach dem *Zweck des Wahnes* ausdrücklich zu fragen (KAHN). Manchem Forscher mag diese Frage freilich verwunderlich erscheinen. Denn wenn man etwa hören würde, der Paralytiker erleide eine Zerrüttung seines Denkens, damit er nicht über die Schwere seines Leidens nachdenke und also etwa unglücklich werde oder sich gar umbringe, so würde man meinen, ein solcher Gedanke entstamme vielleicht der spätromantischen Pseudowissenschaft. Das wäre ein Irrtum. Gleiche Gedanken werden heute ernsthaft erwogen (SCHILDER). Freilich begehen dabei die Autoren meistens den oft erörterten Fehler, Zweck und Motiv einer Handlung zu verwechseln. Das Motiv (der Beweggrund) einer Handlung (im weitesten Sinne) ist niemals ihr Zweck. Die Frage nach dem Zweck ist die Frage, wohin die Handlung zielt. Die Frage nach dem Motiv: woher sie stammt. Die Frage nach dem Motiv umgreift die Herkunft der Zwecksetzung. Sie lautet also: aus welchem Beweggrunde stammt die Zwecksetzung und die zur Zweckerreichung führende Handlung.

Jene Autoren (z. B. MAEDER, HEIDENHAIN, KAHN, OTTO und FRITZ KANT, KRAPP usw.) nennen bald einen Zweck, bald ein Motiv. Freilich ist weder der Zweck im Bewußtsein des Kranken aufzufinden, noch ist das Motiv aufweisbar. Es ist die Kunst dieser Autoren, das Unterbewußtsein zu erhellen und in der Tiefe Motiv oder Zweck erscheinen zu lassen. KAHN (1929) ist z. B. der Meinung, daß „das Erlebnis der Vereinsamung eine der wesentlichsten treibenden Kräfte“ in der Wahnbildung sei (S. 439). Nun wird vom Gefühl der Vereinsamung noch später die Rede sein. Es ist wirklich oft (nicht immer) aufzufinden, freilich, wie ich dies

auffassen möchte, nicht als Motiv, sondern als *Folge* des Wahns. Vor dem schizophränen Wahnerlebnis ist es natürlich zuweilen anzutreffen, wie es ja auch außerhalb der Schizophrenie manchen Menschen gibt, der sich einsam fühlt. Aber KAHN tauscht Grund und Folge miteinander aus. Doch faßt er an anderer Stelle noch schärfer zu (440), indem er nicht vom Einsamkeitsgefühl oder dem Einsamkeitsbewußtsein, sondern von der *Neigung der Persönlichkeit zur Vereinsamung* sagt, sie stehe an der Wurzel *jedes Wahns*. Daneben stehe die gesteigerte Ichbezogenheit. Nach meiner Auffassung *besteht* der Wahn in diesem unmotivierten Bezug, hat aber nicht in ihm seine Wurzel. — Aus der unerträglich gewordenen objektiven Wirklichkeit (nur im Unterbewußtsein wurde sie unerträglich, wegen der Einsamkeit, obwohl eine Neigung zur Vereinsamung im Unterbewußtsein bestand) wird der Kranke in die subjektive Wirklichkeit des Wahns gedrängt (gemeint ist wohl: er drängt selbst). Das Erlebnis („Erlebnis“ im Unterbewußtsein) der vitalen Gefährdung ist eine notwendige kausale Konstituente der Wahnformel (443 und 446<sup>1</sup>). Der Wahn hat Sinn, Bedeutung, Zweck der Rettung des Selbstwertes, und diese führt mittelbar oder unmittelbar zur Selbstwerterhöhung (453).

Wenn OTTO KANT 1930 S. 641 meint, es werde wohl niemand bezweifeln, daß sowohl beim Liebeswahn eines alternden Dienstmädchens gegen ihren Herrn als auch beim sexuellen Beeinflussungswahn einer Klinikkranken „analoge Triebkräfte eines anders nicht realisierbaren Liebeswunsches am Werke sind“, so irrt der Autor: gerade dies soll bezweifelt werden, sofern mit dem „am Werke sein“ eine Kausalbeziehung gemeint ist. KANT irrt, wenn er meine früheren Ausführungen so deutet, dem Wahn sei ein Unheimlichkeitserlebnis vorgeordnet: dies wäre ja gerade der Irrtum der romantischen Psychologie. Dem Wahn ist nichts vorgeordnet. Zwischen den Ansichten jener Forscher, die ursprünglich auf FREUD zurückgehen, und den hier vorgetragenen gibt es keine Vermittlung.

Diese Formulierungen der „Tiefenpsychologie“ wurden hier nicht aufgeführt, um gegen sie zu polemisieren. Da sie aprioristisch sind und freier dichterischer Versenkung entstammen, sind sie auch unangreifbar. Sie durften hier nicht fehlen, da sie den neuesten Stand der „Forschung“ kennzeichnen. Daß ich diese Tiefenpsychologie nicht zur Wissenschaft rechnen kann, dürfte aus allen meinen Ausführungen hervorleuchten.

Die ersten Ansätze zu einer *Psychopathologie* bemächtigen sich des Wahnproblems im psychologischen Sinne kaum. Das sonst seine Zeit überragende Buch WACHSMUTHS (1859) kennt keinen Wahn in phänomenaler Hinsicht. Die Bücher von EMMINGHAUS (1878) und STÖRRING sind ganz unergiebig. Lediglich HAGEN und NEISSER bringen originale, kluge Gedanken. Der erstere (1870) lehrt: der Wahn bestehe in keiner Störung des Vorstellens und Denkens und nicht in einem Mangel an Kritik und habe im Grunde nichts mit Sinnestäuschungen zu tun (Studien S. 50): „Das Falsche ist vielmehr das An sich, das Wesen, der Sinn, den sie in die Wahrnehmung hineinlegen, der *Gedanke* an die Herkunft des Gegenstandes oder an die Absichten der Menschen dabei. Es wird etwas *hinter* den Phänomenen gesucht, etwas *gemerkt*, und dies sofort als wirkliche Wesenheit genommen, dessen Ausdruck das Wahrgenommene ist.“ — „Solche Gedanken fliegen . . . den Wahrnehmungen gewissermaßen an (51) . . . Die erste und allgemeinste Wirkung hiervon ist immer, daß die Wahrnehmungen eine besondere Beziehung zum Ich erhalten, den Charakter des Auffallenden, persönlich Bezüglichen annehmen . . . Selbst bei den gleichgültigsten Anlässen regt sich in ihm ein *Tua res agitur*“ (54—55). NEISSER baute diese Gedanken in seinen „krankhaften oder fehlerhaften Eigenbeziehungen“ dann ab 1891 weiter aus und kommt moderner Fassung schon nahe, wenn er lehrt, das Kennzeichnende

<sup>1</sup> Daß ein unbewußtes Erlebnis ein Motiv zu einem Verhalten sein kann, mag einleuchten, daß aber ein unbewußtes Erlebnis eine *causa* eines Verhaltens ist, ist schwer durchzudenken.



liege nicht in dem mehr oder weniger dauernden Obwalten von bestimmten Wahnideen, sondern in dem andauernden *Prozeß der Wahnbildung*<sup>1</sup>. Als sich in dem Heidelberger Forscherkreise dann jene Ansichten über den Wahn allmählich festigten, die JASPERS in seiner Psychopathologie zuerst exakt formulierte, waren zwar jene Meinungen HAGENS und NEISSERS nicht bekannt, doch gebührt ihnen zweifellos der Dank für die erste befriedigende Fassung des Problems. Heute stehen den hier vorgetragenen Beschreibungen und Abgrenzungen besonders HEDENBERG und KOLLE nahe, und DOMARUS scheint Ähnliches treffen zu wollen, wenn er formuliert (1929, S. 59), der Wahn sei von Sinnestäuschungen und logischen Störungen scharf zu trennen und bestehe in einer „Verschiebung der Sinnggebung im krankhaften Sinn.“

Wie es ein Irrtum ist, die krankhafte Symbolbeziehung des Wahnkranken überhaupt mit der *Intelligenz* zu konfrontieren, so ist es ein ähnlicher Irrtum, wenn mancher Autor einen Wahnkranken dann als desorientiert bezeichnet, wenn dieser die Personen seiner Umgebung verkennt. Ja es kommt sogar vor, daß nach dem Gedankengang: Personenverkenntung — Desorientiertheit — Verwirrtheit — Dämmerzustand — von einem Schizophrenen behauptet wird, er habe Dämmerzustände. Wenn das Wort „Dämmerzustand“ überhaupt noch einen klaren Sinn behalten soll, möge man es für Trübungen des Bewußtseins vorbehalten. Ein Wahnkranker indessen, der im Dauerbad sitzend sagt: er sei im Fegefeuer, und der zu diesem *Wahngehalt* vielleicht durch die Wärme des Wassers und der Badestube angeregt worden ist, ist doch natürlich nur doppelorientiert, aber beileibe nicht in einem Dämmerzustand<sup>2</sup>. Will man für solche Fälle wirklich das Wort Desorientiertheit beibehalten, so muß man es wenigstens durch das Attribut „wahnhaft“ spezifizieren. Die Desorientiertheit im eigentlichen Sinne sollte für das — völlig anders unterbaute — Erlebnis der wirklichen Verkenntung, des sich wirklich nicht Zurechtfindens, vorbehalten bleiben, wie beim senilen oder alkoholischen Delir. Schon das febrile Delir liegt psychologisch etwas anders.

Der echte Wahn hat funktional nichts mit irgend welchen früheren Erlebnissen des Kranken zu tun; er entspringt keiner bestimmten Charaktereigenschaft, hängt nicht etwa mit konstitutionellem Argwohn, Mißtrauen, mit Eifersucht, Unsicherheit, Ängstlichkeit und dgl. zusammen<sup>3</sup>. Im Gegensatz zu manchen neueren, zum Teil an FREUD orientierten Forschern, bin ich überzeugt, daß der schizophrene Wahn auch keine Flucht in die Psychose darstellt, keinem inneren Lebenskonflikt entstammt, auf keine Komplexe oder dgl. zurückgeführt werden kann, wenngleich frühere Erlebnisse in seiner *Inhaltgebung* auftauchen. Das Interesse gilt nicht in erster Linie der Frage nach dem speziellen Inhalt der Wahnidee (z. B. warum er von einem Ehepaar verfolgt wird), nicht einmal der Frage, warum jemand überhaupt verfolgt wird, sondern *warum jemand überhaupt Wahnideen hat. Ich halte den echten Wahn für ein Primärsymptom der Schizophrenie, für ein unableitbares, unverständliches, organisches Symptom.*

Die wissenschaftliche Erfahrung ergibt jedoch Ideen, die aus anderen Primärsymptomen abgeleitet sind und daher nicht ohne weiteres den bisher geschilderten Wahnideen gleichgesetzt werden können. Wenn ein Kranker z. B. echte Sinnestäuschungen hat, etwa leibhaftige Stimmen derart hört, daß

<sup>1</sup> Der historisch Interessierte lese den Bericht über die interessante Sitzung in Leubus 1892 (Allg. Z. 49), als KAHLBAUM, WERNICKE, NEISSER ihre Meinungen austauschten.

<sup>2</sup> Über eine Ausnahme siehe unter Bewußtsein.

<sup>3</sup> Im Gegensatz zu KRETSCHMER. Bei dessen sog. sensitivem Beziehungswahn wird eine primäre, zum Wahn disponierende Eigenschaft meines Erachtens fast nie gefunden, sondern erdeutet.

er meint, sie kämen von Leuten im Nebenzimmer, — wenn er sich ferner wiederholt davon überzeugte, daß in diesem Zimmer keine Leute sichtbar sind, so wird er doch zu Folgerungen des Denkens gedrängt, die entweder lauten können: ich bin krank, ich habe Sinnestäuschungen, — oder: jene Stimmen müssen mir auf übernatürlichem Wege zugeleitet werden, sei es durch Hypnose, Radio, Telepathie oder dgl. Es muß also Leute geben, die dies vermögen. Und da der Inhalt der Stimmen in Beschimpfungen, Vorwürfen und dgl. besteht, so müssen es Feinde sein. So entsteht in solchen Fällen aus Halluzinationen ein *sekundärer* Verfolgungswahn. (WERNICKE: Erklärungswahn.)

„Ich glaube auch, daß bei diesen Sachen die Camera obscura im Freien und vielleicht auch ein Phonograph oder Telephon ohne Draht eine Rolle spielen“. (Friedrich Hülsmann 15/280.)

Wenn er etwas liest oder schreibt, so glaubt er, daß jemand durchs Fenster hindurch ihm zusehe, da er einzelne Worte des Gelesenen oder Geschriebenen vom Fenster her hört. (Joseph Moll 31/531.)

Man kann nicht leugnen, daß solche theoretische Ableitungen ein wenig populär sind und nicht sehr befriedigen. Deshalb behält auch die andere Auffassung ein gewisses Recht, welche annimmt, Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen seien *beide* primäre nebengeordnete schizophrene Symptome. Einer dritten Theorie, die oben bei den Halluzinationen schon gestreift wurde, kann ich *keine* zwingende Bündigkeit zusprechen: der Meinung, der Wahn sei ein primäres Denkerlebnis und finde in den Sinnestäuschungen nur gleichsam eine anschauliche Vergegenwärtigung. Dann wären also die Halluzinationen sekundär. Stimmt man für einen Augenblick dieser Annahme zu, so müßte man doch von dem *Inhalt* der Sinnestäuschungen erwarten, daß sie tatsächlich den Wahn verdeutlichen, erklären, metaphorisch verbrämen und dgl. Das ist tatsächlich aber nicht der Fall. Die Inhalte der Halluzinationen sind zwar oft beschimpfend, drohend und dgl., daneben aber stehen oft ganz beliebige banale Bemerkungen, die mit dem Wahn inhaltlich gar nichts zu tun haben. Ja gelegentlich bringen Stimmen allerlei Mitteilungen (ohne Gefühlsbetonung), über die sich die Kranken selbst höchlichst verwundern. Und endlich widerspricht dieser 3. Theorie doch der Umstand, daß die Fälle von Halluzinationen *ohne* Wahn zwar selten sind, aber doch — zum mindesten über Monate — vorkommen.

Neben diesen aus Halluzinationen entspringenden sekundären Wahnideen gibt es noch andere sekundäre Gedanken, die sich aus dem primären Wahn selbst ableiten. Eine einmal gefaßte Wahnidee kann natürlich denkerisch Folgerungen haben, genau wie eine vom Normalen gemachte Annahme. Endlich kann natürlich auch aus Stimmungen, schizophrenen aufgezwungenen Gefühlen und anderen schizophrenen Erlebnissen ein Sekundärwahn hervorgehen. Es würde sich dann um eine — fast möchte man sagen — normale Reaktion auf ein abnormes Einzelphänomen handeln (darüber siehe später).

Bei einem ausgebauten Wahngebilde vermag man oft nicht mehr zu unterscheiden, was primär und was sekundär entstand. Der häufig gebrauchte Ausdruck des *Wahnsystems* erscheint wenig glücklich. Den Rang eines wirklich folgerichtig durchkonstruierten Denksystems erreicht der Wahn fast nie. Nicht nur sein Urgrund ist, wie erwähnt, unerkennbar uneinfühlbar, sondern auch im zeitlichen Ablauf wie im Denkaufbau werden immer wieder neue Faktoren (neue primäre Wahngedanken, Sinnestäuschungen usw.) unerwartet eingestreut, die schlechtweg da sind, ohne sich in ein System zu fügen. Immerhin kann man bei manchen paranoiden Schizophrenen das Streben sehr deutlich wahrnehmen, die abnormen Phänomene gedanklich zu verknüpfen. Bei diesen ist das Wahngebilde dann meistens auch beständig und wird nur langsam ausgebaut. Bei anderen indessen

wechsellern die Wahnideen stark und werden mit phantastischen Änderungen und Ausschmückungen konfabulatorisch vorgebracht (sogenannte Paraphrenia confabulatoria oder auch phantastica). Die ersteren, mehr „logisierenden“ Kranken behalten meistens auch im äußeren Wesen und in der Sprache ihr früheres Gebaren und ihre gesellschaftliche Haltung bei (siehe MAYER-GROSS' klinisches Kapitel).

Die Inhalte der Wahnideen sind determiniert durch persönliche Erfahrung, Geschlecht, Alter, Bildungskreis usw. Dies auseinanderzusetzen ist Aufgabe der speziellen klinischen Psychiatrie. Auffallend ist das Vorwiegen der *Unlustbetonung* bei Sinnestäuschungen wie Wahnideen. Besonders im Anfang des Krankheitsprozesses ist dies sehr deutlich. Man darf nicht einwenden, daß es doch nicht verwunderlich sei, daß die so häufigen Beschimpfungen, Vorwürfe der Sinnestäuschungen und die Verfolgungsinhalte der Wahnideen Unlust *erwecken*. Es ist wohl richtiger anzunehmen, daß die meisten Wahngedanken, ja die Wahnstimmung, die noch gar keinen bestimmten Inhalt hat, *von vornherein* unlustbetont sind (unheimlich, ängstlich, spannend, ungewiß, aufregend, unübersehbar). Ganz gefühlshre Wahnideen sind selten. Ich habe vollkommen unbeteiligt neutral vorgebrachte Wahnideen fast immer nur bei *älteren* Fällen gesehen. Wenn man z. B. SCHREBER'S Denkwürdigkeiten durchsucht, findet man solche Wahngelhalte ohne Ichbezug und ohne Gefühlsbetonung massenhaft. Bei KOLLE kommen 4 Fälle mit Lustwahn auf 49 Fälle mit Unlustwahn.

Häufig werden bei schweren zerfallenen Wahnkranken die einzelnen Äußerungen und Handlungen so verwickelt, daß man sie kaum mehr analysieren kann. Man weiß nicht, was primär, was sekundär, was durch Sinnestäuschungen eingegeben ist (siehe MAYER-GROSS).

„Wo Menschen ungerecht zugrunde gehen, da wird ein Denkmal errichtet. — Die Ritter in der Kirche von Salzburg sind auch ganz abgefeymte Buben, die durch Andacht vergiftet haben. — Die wundervollen bemerkenswerten Leute, die vergiftet sind, finden keine Ruhe. Sobald sie an einer Stelle vorübergehen, wo ein Mensch erschlagen ist, werden sie angehalten usw. (Stenogramm; Robert Weiderich, 07/186).

„Um Ehrenbrüchen und Schädigungen bei Instinkten und Seelen vorzubeugen, teile ich mit, daß etwa beim Lesen zum Vorschein kommende unterschobene Worte oder Deutungen, die solche Wirkung haben könnten, für Instinkte und Seelen keinerlei Geltung haben. . . . . Allen, denen unsere deutsche Ehre, unser deutsches Vaterland und die Zukunft der Menschheit mit der Befreiung aus der Geistes-Knute am Herzen liegt, bitte ich zur Aufdeckung der Wahrheit behilflich zu sein. Da die Instinkte größtenteils geknechtet sind, diese aber solch großen Einfluß auf die Bewußtseine haben und die Leitung der englischen Welt-Herrschaft schon jahrelang die Vorbereitungen zur Verschleierung betreibt, verhehle ich mir nicht, daß diese Aufgabe sehr schwer ist.“ (Gedruckter Aufruf von Heinrich Hambach.)

Zur primären Verbindung von Sinnestäuschungen und Wahnideen diene noch eine Probe als Beispiel: Die Angehörigen legen ihm rotes Papier in die Wohnung, damit er gezwungen werde, darauf hinzusehen, und wenn er dann darauf hinsieht, hört er rufen, „der guckt“. (Joseph Moll 31/531.)

Man hört nicht selten die Behauptung, bei der Schizophrenie käme am häufigsten neben dem Verfolgungswahn der *Größenwahn* vor. Dies ist eine psychologisch unbedachte Aussage. Eigentlicher Größenwahn, bei dem alle oder die Mehrzahl der abnormen Phänomene das Wahrzeichen der Größe (wie bei manchen Paralyse) oder der Kleinheit (wie bei vielen Melancholien) haben, kommen bei der Schizophrenie wohl sehr selten vor. Das Wort Größenwahn sollte, wenn es psychologisch verwendet wird, für jene Fälle mit allgemeiner Übersteigerung vorbehalten bleiben. Wenn dagegen ein Schizophrener aus der subjektiven Tatsache, Gegenstand allgemeiner Beachtung oder Verfolgung zu sein, sich den sekundären Schluß ableitet, er sei eine bedeutende außergewöhnliche Persönlichkeit, die noch zu großen Aufgaben berufen sei, so sollte man dies keinesfalls Größenwahn nennen. Ich selbst fand noch nie einen

schizophrenen Fall, der allein lustbetonte Halluzinationen, nur lustbetonte Beziehungsideen und daher einen Größenwahn, zum mindesten in der Form der manischen Übersteigerung, hatte. Dagegen könnte ich Fälle anführen, bei denen die Selbstüberschätzung der eigenen Person, die Vermutung, noch zu Großem berufen zu sein und dgl. keinesfalls nur jenen eben angedeuteten erschlossenen Charakter hatte. Dabei würde ich der Tatsache, daß in solchen Fällen auch die Halluzinationen einen lustbetonten, verheißenden Inhalt hatten, keine zu große Bedeutung beimessen. Denn es könnten aus der Selbstübersteigerung gleichsam rückwärts die Inhalte der Sinnestäuschungen gefüllt werden. Aber ich konnte manche seltenen Fälle nicht anders auffassen, als daß *zugleich* mit den Beziehungsideen alsbald die Heilands- usw. gedanken auftauchten (also primär). Zu einem eigentlichen Größenwahn kam es in solchen — auch sonst meist atypischen Fällen — aber ebenfalls nicht.

Er hatte dabei das Gefühl, daß sein Tun eine weittragende Bedeutung habe, wie wenn in ihm eine höhere Macht sei, bei den „Eroberungen, die mir damals im Bett ins Benehmen gekommen sind“. (Ludwig Nicolas 15/497.)

Durch seine Wahngedanken weiß sich der Schizophrene auch oft bewegt zu paranoischen *Handlungen*. Er reagiert eben auf seine eigenen Wahnideen, z. B. will er „es seinen Verfolgern schon zeigen“. Wenn eine Kranke mitten in einem Innenhof einen leeren Korb voll heimlicher Freude ausklopft in der Überzeugung, „es denen nun einmal gründlich gegeben zu haben“, so ist das eine wahnhafteste Geste, abnorm motiviert, normal determiniert, normal ausgeführt.

Sie arbeitet die Vokale seines Namens in eine Blusenkante hinein, um ihn damit zu ketten. (Carl Schneider.)

Hedenberg schildert prächtig ein Grammophonplattenduell (S. 407.)

Aber bei schweren Fällen kommt es aus Wahnmotiven oft auch zu ganz absonderlichem, verschrobenen Gebaren:

Er aß Fetzen von Kleidern und Büchern, leckte den Speichel von anderen auf, trank den Spucknapf leer, aß Fliegen. Häufte im Garten kleine Steinchen zusammen, kniete nieder, betete sie an und segnete sie. Küßte dem Pfleger die Füße. (Robert Weiderich 07/186.)

Wenn eine Vorstellung in mir aufsteigt, z. B. die eines Gesichtes, so vermag ich in den meisten Fällen gemäß dem *Bekanntheitscharakter*, der ihm anhaftet, auszusagen, in welchem Zeitabstand das reale Erlebnis jenes Gesichtes zurückliegt. Bald werde ich diese Zeitabständigkeit von der Gegenwart genauer, bald nur sehr unbestimmt schätzen können, bald werde ich ganz im Ungewissen bleiben, „wohin ich dieses Gesicht tun soll“. Es ist ja auch vielen Laien schon bekannt, daß es ein *déjà-vu*-Erlebnis gibt, bei dem eine solche Erinnerungsgewißheit ohne nachweisbaren Grund auftaucht, sei es, daß der Erlebende zum richtigen Urteil kommt: es ist bekannt, aber ich habe es noch *nie* erlebt, sei es, daß er wirklich zur fälschlichen Überzeugung kommt, es entstamme seiner Vergangenheit (s. GRUHLE, Psychologie des Abnormen).

Dieser Bekanntschaftscharakter ist nun zuweilen auch ein Attribut der Wahnidee, bald einer einzelnen, bald sehr zahlreicher (vgl. BERZE-GRUHLE, S. 134). Der Kranke behauptet z. B. in seinem 45. Lebensjahr, von seiner Gotteskindschaft schon auf der Schule gewußt und gehört zu haben. Man rechnet solche Äußerungen gewöhnlich zu den sogenannten *Rückdatierungen*. Aber gerade diese beruhen wohl auf einer abnorm auftauchenden Erinnerungsgewißheit. Ein anderer hat ein ähnliches Erlebnis in der Form, er wisse alles voraus, ein dritter hat das übliche *déjà-vu*-Phänomen aber nicht nur einzeln, wie bei manchen Psychopathen, sondern zuweilen bezogen auf fast alles, oder wirklich alles, was sich um ihn abspielt. Man könnte also daraus folgern, daß bei Schizophrenen eben das *déjà-vu*-Erlebnis wie auch sonst vorkäme, und daß dabei für das schizophrene Leiden

höchstens jenes Merkmal pathognostisch sei, daß das Symptom sehr umfangreich und oft wochenlang dauernd vorkomme. Bei dieser Auffassung würde die Besprechung des Phänomens nicht in dieses Wahnkapital gehören. Aber man kann die ganze Idee, etwas sei schon einmal dagewesen, während dies tatsächlich nicht zutrifft, ja auch selbst als eine Wahnidee auffassen. Die oben versuchte Formulierung, der Wahngedanke sei ein primär auftauchender Symbolbezug ohne Anlaß, trifft ja auch für diesen Sachverhalt zu. Denn daß ich einen beliebigen sich vor mir abspielenden Vorgang überhaupt zu meiner Vergangenheit in Beziehung setze („schon erlebt“ oder schon „gelesen“ oder „schon geträumt“ oder „schon erzählt bekommen“), ist ja ein Ichbezug ohne Anlaß. Und wenn ich von allem, was sich um mich ereignet, behaupte, ich habe es *vorausgewußt*, so ist dies ja ebenfalls ein Ichbezug ohne Anlaß: beliebige Geschehnisse werden wahnhaft in *meine* Sphäre, in *mein* „Wissen um etwas“ hineingezogen. Am schwersten lassen sich jene Fälle psychologisch einordnen, wenn die Kranken behaupten, sie merkten den äußeren Geschehnissen ganz genau an, daß alles so, wie es sich ereigne, genauestens vorbestimmt sei.

Das Bekanntheitserlebnis (*Erinnerungsgewißheit*, Richtigkeitsbewußtsein) erstreckt sich sowohl auf Wahrnehmungs- wie Vorstellungserlebnisse; es kann nicht eigentlich zur *sinnlichen* Gegebenheit gerechnet werden, aber es haftet ihr doch irgendwie an; es kann auch keineswegs zur vorstellungsmäßigen Vergegenwärtigung gezählt werden, aber es gehört auch ihr in irgend einer näher nicht beschreibbaren Weise an. Es ist sicher kein Denkerlebnis in dem Sinne, daß ein auftauchender Inhalt mit anderen Inhalten verglichen und aus diesem Vergleich dann also ein *Urteil* abgeleitet wird. Das Bekanntheitserlebnis ist also nicht das Endergebnis einer logischen Operation. Sondern es ist unmittelbar gegeben (wenn auch in äußerst verschiedener Nuance), und zwar im wirklichen Sinne so unmittelbar — dies wird am *déjà-vu*-Erlebnis besonders deutlich — daß man es auch nicht als Ergebnis eines äußerst abgekürzten automatisierten Denkprozesses auffassen kann (vgl. dazu G. E. MÜLLER und K. BÜHLER). Bei dieser Sonderstellung des Bekanntheitserlebnisses innerhalb der Ordnung seelischer Phänomene muß also die Frage offen bleiben, ob es bei der Schizophrenie — an sich normal — aus nicht aufklärbaren Ursachen (objektiv ohne Anlaß) beim Kranken real erscheint, oder ob er die Wahnidee hat, das Bekanntheitserlebnis zu haben. Ja es ließe sich sogar nicht viel Stichhaltiges gegen einen Autor einwenden, der das Erlebnis den Sinnestäuschungen beordnen würde, und der eine frische Wahnidee mit dem *déjà-vécu*-Charakter (ich weiß, daß ich ein natürlicher Sohn Ludwigs II. bin, schon etwa seit 20 Jahren), also einordnen würde als eine Wahnidee mit halluzinatorischer Erscheinungsweise. Bei dieser Verwickeltheit der Sachlage dürfte es einleuchten, daß die einfache Bezeichnung des Symptoms mit den Worten „*fausse reconnaissance*“ der Erkenntnis nichts nützt (BÜRGER). NEUMANN unterscheidet in seinem Lehrbuch (1859, S. 111) sehr schön bei den „*Verwechslungen*“ die Empfindungsspiegelung (= *Fata Morgana*) als *Déjàvu* des Wahrnehmens von der Gedankenspiegelung als dem *Déjàvu* des Denkens.

Im Lazarett kam es ihm vor, als spräche sein Nebenmann immer gerade das, was er im selben Moment gedacht hatte. Er sprach ihn immer an mit dem Gedanken, den er selbst gerade hatte. „Tiefdunkle Vorstellungen, die an einen Zeitpunkt erinnern, den man schon einmal durchlebt zu haben glaubt. Es ist wie ein Traum. Man glaubt bestimmt, Vorgänge zu erleben, die man schon einmal erlebt hat. Man kann es entwicklungsgeschichtlich oder metaphysisch deuten; so wie man aber den primären Vorgang zu reproduzieren versucht, verschimmt es wie eine Seifenblase. Man glaubt einmal früher gelebt zu haben; daß das Leben eine Wiederkehr ist; man erinnert sich an frühere Zeiten. Im Moment ist es deutlich. Es treten die ganzen kindlichen Entwicklungsstadien wieder auf, wie man in die Welt tritt. Als Kind sucht man die Welt zu erfahren, die man in der Realität noch nicht erprobt hat, unabhängig von der Wirklichkeit. Insofern als das Kind der Wirklichkeit

von seinem Standpunkte aus näher kommen kann, als der Erwachsene, der nur nach Zwecken denkt. Die embryonalen Vorgänge sind teilweise vorkindlich, teilweise kindlich im ersten Kindheitsstadium. Inhaltlich etwa als Lebens- und Stimmungsgefühle, Nativvorstellungen in kindlicher Phantasie; rein schauend, nur insoweit denkend, im Erfassen der Zusammenhänge. Im Unmündigkeitszustand demgemäß ebenfalls kindische und kindliche Vorstellungen, die an jenen zeitlich zurückliegenden Zustand erinnern und daher in Zusammenhang mit ihm gebracht respektive identifiziert werden. Von dieser Gedankenreihe aus, nämlich etwas zum zweiten Male zu erleben, ist es nur ein Schritt, schon zum zweiten Male gelebt zu haben. (Eugen Hühlinger 22/471.)

Endlich bleibt noch zu untersuchen, inwiefern der Wahn für die Schizophrenie pathognostisch sei. Der Wahn an sich ist es nicht. Es gibt auch primäre Wahndecken außerhalb der Schizophrenie z. B. bei der Paralyse. Aber manches von dem, was schon erörtert wurde, ist für die schizophrenen Wahndecken kennzeichnend. Die Wahngedanken des Paralytikers sind meist viel schwankender, unbestimmter, wechselnder. Sie sind mehr Ausdruck seiner expansiven oder depressiven Grundeinstellung. Die Behauptungen, tausend Schlösser, zehntausend Frauen und dgl. zu haben entspringen wohl mehr einem Ausdrucksbedürfnis für die seiner Meinung nach reale Omnipotenz. Man könnte fast die These riskieren, der Paralytiker habe nur die eine Wahndecke seiner ungeheuren Macht, und diese führe er gleichsam nur anschaulich aus. Diese Maßlosigkeit der expansiven Paralyse kommt ja auch oft in den ausschweifendsten (scheußlichsten) Schimpfworten zum Ausdruck. Auch wenn sich depressive mit expansiven Stimmungen mischen, gewinnen sie zuweilen eine Abreaktion im Ausdruck, z. B. wenn ein gequält erregter paralytischer Offizier äußert, daß er „Brillanten scheiße“. Formal kann man auch diese Äußerung natürlich als eine Wahndecke bezeichnen. Aber jeder Sachkenner wird zugeben, daß zwischen dieser und der üblichen schizophrenen Wahndecke, eine frisch gestrichene Bank bedeute „etwas Entsetzliches“ phänomenal und genetisch ein tiefer Unterschied besteht. Häufig machen die Wahndecken der Paralytiker auch gleichsam keinen Anspruch darauf, fest gefügte Ideen zu sein: es ist so ein Dahergerede, ein Faseln mit immer wechselnden Inhalten. Leider hat das psychopathologische Interesse für die Paralyse stark nachgelassen, seitdem man die Diagnose wesentlich auf körperliche Symptome gründete. Der Psychiater, gemäß seiner ganzen Ausbildung natürlich vorwiegend medizinisch vorgebildet, ist allzu geneigt, das Interesse für die seelischen Symptome aufzugeben, sobald sein diagnostisches Bedürfnis durch Körperanzeichen befriedigt wird. Eine neue psychopathologische Bearbeitung der Paralyse würde durchaus lohnen. SCHILDER hat es 1930 versucht.

Schon in der Tatsache, daß der Paralytiker seine Wahndecke meist selbst nicht sehr ernst nimmt, sondern sie ständig abändert oder ersetzt, ähnelt er dem Maniacus des manisch-depressiven Irreseins. Auch dessen Wahndecken, wenn man sie überhaupt so benennen will, sind teils lustige Augenblickseinfälle, teils Veranschaulichungen seiner Selbstüberschätzung und manischen Stimmung. Zwar kann man bei ihm zuweilen von einer Größeneinstellung im strengeren Sinne sprechen, aber alles bleibt in gewissen Grenzen und wird nicht als geformte Idee ernsthaft fixiert.

Ähnliches gilt von der *Depression des manisch-depressiven Irreseins*. Auch diese melancholischen Wahndecken, wenschon sie wesentlich klarer und auch stärker fixiert sind, als bei der Manie, dienen mehr der Veranschaulichung pessimistischer Grundstimmung. Die Behauptungen, die eigenen Kinder seien gemetzelt, der Mann säße im Gefängnis, die Wohnung sei ausgeräumt, das Geschäft sei zusammengebrochen, der beamtete Sohn sei dienstentlassen und dgl. sind nur gleichsam verdichtete Befürchtungen angstvoller Grundstimmung. Mit schrecklichen Gedanken, ewig brennen zu müssen, 10 000mal verdammt zu sein, keinen Namen mehr zu haben, gar nicht mehr vorhanden zu sein, nur noch aus

einem Trugbild zu bestehen, innen verfault zu sein usw. dienen die Kranken nur der Tendenz, sich selbst zu quälen und als das Wichtigste hinzustellen, was es überhaupt gibt (wahrer Kleinheitswahn). Also auch diese melancholischen Wahngedanken — abgesehen davon, daß sich auch ihre Inhalte meist im Lebens- und Umkreis der Kranken halten — sind etwas ganz anderes (in Ursprung und Bau) als die schizophrenen Wahnideen. Freilich muß man zugeben, daß eine ängstlich agitierte ratlose Melancholie und eine ängstlich ratlose Schizophrenie mit Weltuntergangserlebnis diagnostisch oft sehr schwer zu trennen sind, ebenso wie eine zerfahrene konfabulatorische Paraphrenie von einer zerfahrenen, wahnhaft erregten Paralyse zuweilen kaum gesondert werden kann.

Das *Senium* hat meist nur dürftige Wahnideen (Bestehlung), die zum Teil auf Merkfähigkeitsstörungen beruhen, zum Teil genetisch der Entstehung bei Psychopathen verwandt sind, jedenfalls aber in Wesen und Genese sich vom schizophrenen Wahn unterscheiden.

Anders sind die Wahnideen der *Trinkerhalluzinose*, des *Eifersuchtwahns* der Trinker und die seltenen Wahnbildungen bei *Epilepsie* orientiert. Wesentliche Unterschiede zwischen ihnen und dem schizophrenen Wahn lassen sich meines Erachtens *nicht* aufweisen. Ich selbst habe in meiner Erfahrung nicht wenige Trinker, deren Verfolgungswahn ich lange für eine etwas verschleppte, nicht ganz typische Alkoholhalluzinose hielt, bis der weitere Verlauf sie dann als Schizophrenien enthüllte. Auch anderer Kranker gedenke ich, die anfangs einen so isolierten Eifersuchtwahn hatten, daß sie für Alkoholiker gehalten wurden, obwohl kein besonders starker Alkoholverbrauch nachgewiesen war. Erst sehr genaue Untersuchungen förderten dann auch andere Wahninhalte heraus und ließen eine Schizophrenie vermuten, die durch die weitere Entwicklung bestätigt wurde (GRÄTER, BINSWANGER beschreiben ähnliches).

Jene chronischen Halluzinosen und Wahngebilde verblörender Epileptiker sind ja öfter ausführlich geschildert worden (GLESE, VORKASTNER). Man hat hin und her überlegt, ob es sich um Kombinationen von Schizophrenie und Epilepsie, oder um eine sogenannte symptomatische — im Gegensatz zur idiopathischen — Schizophrenie handelt. Trotz aller Mühe bleibt die Frage noch ungeklärt. Sie wird im speziellen Teile noch erörtert werden (MAYER-GROSS).

Abschließend sei nochmals festgelegt: *Der Wahn des Schizophrenen ist ein unableitbares Primärsymptom. Er ist von anderen Wahnformen in vielfacher Hinsicht unterschieden* (mit Ausnahme der Alkoholhalluzinose und der Epilepsie).

### Die Aufmerksamkeit.

In der Erfassung der Außenwelt, mag sie sich wahrnehmend, vorstellend, denkend vollziehen, steckt eine Zuwendung zum real oder halluzinatorisch gegebenen Objekt. Die Intention des Erfassenden ist auf einen Gegenstand gerichtet. Aber diese Intention kann Grade haben, oder wenn diese Fassung manchem nicht ganz einwandfrei erscheint: bei beibehaltenem Akt (Intention) vollzieht sich die Aktion des Erfassens mit einer verschiedenartigen Intensität. In anderen Worten: es handelt sich um das Problem der *Aufmerksamkeit*. Ein Geschehnis der Außenwelt kann meine Aufmerksamkeit in solchem Grade an sich reißen, daß ich von mir aus gar nichts dazu zu tun brauche und meist dabei ganz passiv erlebe. Aber diese Passivität kann wiederum doppelt verstanden werden. Wenn ich den Eintritt eines Ereignisses mit Spannung erwarte, an dessen Zustandekommen ich selbst nicht mitwirken kann, so bin ich hinsichtlich des Ereignisses zwar auch ganz passiv, meine Aktivität ist aber in stärkster Aufmerksamkeitsspannung auf den Moment des Beginns gerichtet. Wenn ich indessen durch ein Ereignis (z. B. beim Radfahren durch Platzen

des Schlauches) plötzlich überrascht werde, und meine Aufmerksamkeit darauf hingerissen wird, so war ich dabei wahrhaft passiv und erst in den folgenden Augenblicken aktiv beteiligt, wenn ich dann den Schaden besehe.

Für diese Aufmerksamkeitszuwendung gibt es ja unendlich viele Nuancen. Ich habe nie den Eindruck gehabt, daß diese Funktion bei der Schizophrenie gestört sei. Ich sah in schwersten Störungen die Fähigkeit, auf etwas (z. B. die Sinnestäuschungen) aufzumerken, vollkommen erhalten. Ich sah in vielen Fällen Ereignisse die Aufmerksamkeit Schizophrener energisch an sich reißen (besonders in der Angst). Aber auch in den Fällen des Stupors schien nichts zu der Annahme zu drängen, daß es gerade die Störung der Aufmerksamkeit sei, die das eigenartige stuporöse Verhalten bedinge, oder auch daß sie damit verknüpft sei. Wenn manche Autoren gar die häufig hervorgehobene Indolenz der Schizophrenen mit einer Aufmerksamkeitslähmung zusammenbringen wollten, so erscheint mir das (besonders) wenig glücklich, denn die Frage des Interesses, der Gefühlsbetonung gehört in einen anderen Zusammenhang. Am ehesten könnte man noch den Versuch machen, die Denkstörung mit einer Aufmerksamkeitsstörung in Beziehung zu setzen. Man kann nicht leugnen, daß die bei den Denkaufgaben häufige vorzeitig einsetzende Ermüdung als ein Nachlassen der Aufmerksamkeitsspannung angesehen werden könnte. Doch ist dies an der Denkstörung nur ein Moment zweiten Ranges. Worauf diese Denkstörung noch zurückgeführt werden könnte, wurde oben ausführlich dargelegt. Für die Annahme einer Aufmerksamkeitsstörung setzten sich vor allem MASSELON und WEYGANDT ein. Aber schon PINEL schrieb (S. 23): „Oft bleiben sie während des Anfalls unbewegt und still in einem Winkel ihrer Zelle stehen, stoßen alle Dienste, die man ihnen leisten will, mit Härte von sich und bieten nichts als das Äußere einer wilden Stumpfheit dar. Heißt das nicht die Aufmerksamkeit auf den höchsten Grad spannen und sie mit der äußersten Lebhaftigkeit auf ein einziges Objekt richten? (Über BERZES Theorien siehe später.)

### Das Bewußtsein.

Über die Störungen des Bewußtseins bestehen deshalb so viele Meinungsverschiedenheiten, weil man sich die verschiedenen „Seiten“ des normalen Bewußtseins nicht klar zu machen pflegt. Man kann an ihm unterscheiden:

1. Die Klarheit, Helligkeit des gegenwärtigen Zustandes.
2. Die Einheitlichkeit des Bewußtseins in der Zeit (Vergangenheit bis Gegenwart).
3. Den Ichgehalt des Bewußtseins<sup>1</sup>.

Der erste Gesichtspunkt ist der einfachste. Wenn ich auf ein Objekt der Außenwelt mit vollster Aufmerksamkeit gerichtet bin — wenn ich z. B. im Laboratorium den Ablauf eines Experiments verfolge, so bin ich im Besitze der hellsten Klarheit meines Bewußtseins. Welche einzelnen Funktionen auch von mir betätigt werden: *jede* dieser verschiedenen Funktionen kann im klarsten Lichte des Bewußtseins erfolgen. Diese Helligkeit hat jedoch Grade. Rein theoretisch könnte man es schon als eine leichteste Bewußtseinstrübung bezeichnen, wenn die Schwellenwerte meiner Sinnesempfindungen durch die Tagesermüdung, durch Gifte heraufgesetzt werden. Mit fortschreitender Schädigung wird die Trübung stärker (Fieber, Rausch), bis schließlich Benommenheit, *Somnolenz*, *Bewußtlosigkeit* (Ohnmacht, Narkose) einsetzt. Man pflegt diese Grade der Helligkeit meist am Wahrnehmungsvorgang zu messen, weil sich hier eine Prüfung durch Fragen besonders leicht anstellen läßt. Man hat jedoch allen Anlaß anzunehmen, daß die gleiche Trübung in gleicher Weise

<sup>1</sup> Vgl. GRUHLE: Die Weisen des Bewußtseins 1931.



auch die Funktionen des Vorstellens und Denkens trifft. Natürlich kann ein *Ergebnis* einer solchen Bewußtseinstrübung eine Desorientiertheit (Fieber, Rausch) und Verwirrtheit (Fieberdelir, Typhusdelir) sein, doch wäre es un begründet, deshalb Desorientiertheit und Verwirrtheit mit Bewußtseinstrübung zu identifizieren<sup>1</sup>.

Solche echten Bewußtseinstrübungen im Sinne der Klarheitsstörung scheinen mir bei der Schizophrenie außerordentlich selten zu sein. Ich kenne viele verwirrte Phasen der Schizophrenie, besonders halluzinatorische Verwirrtheiten. Aber dies sind keine Bewußtseinstrübungen. Nur vereinzelt sah ich dagegen Verläufe, bei denen es zu traumhaften Verwirrtheiten (MAYER-GROSS' Oneiroid) bis zu fast *delirösen Zuständen* kam.

„Es war ein Traum und auch wie am Tag. Es wunderte mich, daß die Schwester kam. Es erschien ein Herkules wie im Spiegel, daß er beten sollte. Im Hellen waren auch an der Wand kleine Figuren blau und weiß, als wenn sie sich bewegten. Er selbst fuhr in einem kleinen Boot. Er hatte keine Angst. Die kleinen Figuren sahen sehr schön aus, wie eine Spiegelung.“ (Rudolf Wegner 09/6.)

Freilich kam ich auch bei diesen Beobachtungen niemals von dem Gedanken frei, es liege eine Bewußtseinstrübung von jener Art vor, wie sie etwa bei hysterischen Persönlichkeiten beobachtet werden. Man hat bei diesen stets den Eindruck, daß sie von ihren (inneren oder äußeren) Erlebnissen gleichsam überwältigt werden, und daß sie so gleichsam sekundär in eine Bewußtseinsstörung geraten (hysterisches Delir). Durch einen suggestiven Machtspruch oder auch einen großen Schrecken können sie momentan aus dieser Störung wieder herausgerissen und in hellste Klarheit zurückversetzt werden. Wenn es also scheinen könnte, als läge hier doch ein (subliminaler) *Wunsch* zur Trübung vor (Abwendung von zerstreuen den Außeneindrücken, alleinige Zuwendung zum subjektiv Wichtigen, populär: Flucht in die Psychose), und wenn man also daraus einen grundsätzlichen Unterschied zur *echten* Trübung zu konstruieren versuchen könnte, so muß man doch daran denken, daß auch ein alkoholisch schwer „Benebelter“ durch einen großen Schrecken oder heftigsten Zorn sprungartig aus der Trübung in die hellste Klarheit hinüberwechseln kann. Jener wichtig *scheinende* Unterschied zwischen hysterischem und organischem Delir dürfte eben doch nicht wichtig sein. Freilich bleiben andere Unterschiede.

Jedenfalls scheint mir das äußerst seltene schizophrene Delir genetisch durchaus dem psychogenen Delir zu ähneln: sekundäres Symptom nach heftigster innerlicher Erregtheit hier durch äußere Erlebnisse (z. B. Liebesangelegenheit oder Verhaftung), dort durch schizophrene Halluzinationen, Wahnerlebnisse, Denkstörung, Ichstörungen.

Periodische Bewußtseinsstörungen im Sinne von Dämmerzuständen (KLEIST) sah ich bei Schizophrenen nie. Ich kenne auch nur wenige Fälle, bei denen sich traumhafte Verworrenheitszustände im eben skizzierten Sinne wiederholten. Pathognostisch sind sie nicht.

BLEULER spricht häufig von *Benommenheitszuständen* bei Schizophrenie, doch glückte es mir nicht, sicher zu erfassen, was er damit meint; er scheint auf eine Denkstörung hinweisen zu wollen. Wenn er von einer Störung der Zusammensetzung der Sinneseindrücke zu einem Ort- und Zeitbild, von einer Alteration der Empfindung und Wahrnehmung, illusionärer Umdeutung der Sinnesreize und noch manchem anderen spricht und dies alles Bewußtseinstrübung nennt, so ist mit einem derart ausgeweiteten Begriff nicht viel anzufangen. Dies ergibt sich auch daraus, daß BLEULER an jahrzehntelange Dauer von Bewußtseinsstörungen bei vereinzelt en Schizophrenen glaubt. Eine ähnlich unbestimmte Fassung des Bewußtseinsbegriffes liegt auch der Arbeit von

<sup>1</sup> S. GRUHLE: Psychologie des Abnormen und Baseler Vortrag.

MEDOW zugrunde. WIEG-WICKENTHAL schließt mit Recht für die allermeisten Fälle eine Bewußtseinsstörung aus. Auch *amentielle Syndrome* sind bei Schizophrenie ungemein selten und nie pathognostisch.

Die zweite „Seite“ des Bewußtseinsphänomens, die Einheitlichkeit des Bewußtseins in der Zeit (Vergangenheit bis Gegenwart), äußert sich ja verschieden. Man kann schon die einfache *Amnesie* hierher rechnen. Ein Zeitabschnitt wird aus der „Durée“ (BERGSON) herausgeschnitten. Dabei möchte ich als echte Amnesie wiederum — wie soeben bei der Trübung — nur die organische Amnesie heranziehen. Die psychogene Amnesie (subliminale Ausschaltung), die durch irgend einen psychotherapeutischen Kniff langsam oder plötzlich wieder aufgehellt werden kann, so daß Zeitraum oder Komplex in die Kontinuität wieder eingefügt werden, gehört meines Erachtens nur bedingt, d. h. gleichsam als unecht in diesen Bereich.

Man hat ja neuerdings<sup>1</sup> auch die organische Amnesie aufzuhellen, d. h. den Stoff wieder einzuschalten versucht. Aber man muß besser unterscheiden: Ein Zeitabschnitt kann total aus der Erinnerung gelöscht sein (z. B. beim Schädeltrauma), oder es fehlen nur die Eindrücke von *außen* aus diesem Zeitraum. Theoretisch müßte man auch an die Möglichkeit des Wegfallens allein der *inneren* Erlebnisse in einer Phase denken. Aber praktisch kommt das wohl nicht vor. Handelt es sich um eine Aufhellung einer angegebenen Amnesie durch Ausfragung oder Hypnose, so muß man also prüfen, ob man die äußeren Eindrücke oder die inneren Erlebnisse wieder zurückrufen kann. Ein mit sich selbst (mit Problemen, mit starken Affekten, mit Krankheitssymptomen) stark beschäftigter Mensch kann innerlich so konzentriert sein, daß er von allen inzwischen sich abspielenden Außenereignissen gar keine Kenntnis nimmt. Es kann also vorkommen, daß ein unter der gewaltigen Wirkung eines Primärerlebnisses (Halluzinationen und Symbolwahn) stehender Schizophrener so gut wie nichts von dem bemerkte, was um ihn und mit ihm vorging. Er hat in diesem Sinne also eine Amnesie. Und in der Tat werden *solche* Amnesien nicht so selten beobachtet. Man würde irren, wenn man rückschließend aus *solcher* Amnesie folgern würde, es habe damals bei dem Primärerlebnis also eine Trübung (im obigen Sinne) bestanden (also Amnesie durch Einengung, nicht durch Trübung).

Bei dem Streit, der neuerdings um die Aufhellbarkeit organischer Amnesien entstand, handelt es sich ja meistens um *epileptische* Ausnahmestände. Ich bin überzeugt, daß es epileptische Trübungen gibt, bei denen in der Tat die Außenwelt nicht perzipiert oder zum mindesten nicht apperzipiert wird, bei denen aber die Innenvorgänge (abnorme Gefühle, Auftauchen bestimmter angstvoller Bilder, Befürchtungen usw.) sich nicht nur leidlich klar vollziehen, sondern auch gemerkt und dann später aufgehellt werden. Mustert man die bisher veröffentlichten Fälle aufgehellter organischer Amnesien durch, so zeigt sich fast immer, daß die Wiedererweckung der Erinnerungen sich im wesentlichen auf die *inneren* Vorgänge beschränkte. Aber alle Trübungen des Bewußtseins haben Grade, so daß auch eine teilweise Wiederherstellung der Kenntnis äußerer Erlebnisse meines Erachtens nicht gegen die organische Natur der Trübung spricht.

Es gibt also Amnesien als Ergebnis

1. einer Einengung (Nichtbeachtung)
2. einer Trübung (Vergiftung, epileptischer Ausnahmestand, epileptischer Anfall, psychogener Ausnahmestand, Schädeltrauma)
3. einer nachträglichen Vernichtung (durch Schädeltrauma, Strangulation, vielleicht auch durch Vergiftung, selten beschrieben auch bei epileptischen Zuständen; dies wäre der retrograde Anteil der organischen Amnesien)

<sup>1</sup> RUFFIN: Siehe dort auch die Literatur und bei GRUHLE, Epilepsie, in diesem Handbuch.

4. einer nachträglichen Ausschaltung (Komplexamnesien).

Nur 2 und 3 scheinen mir den Namen der *echten Amnesie* zu verdienen. Aber 2 und 3 kommen bei der Schizophrenie nach meiner Erfahrung nicht vor. I. a. W.: *Es gibt keine echten Amnesien bei Schizophrenen*. Daß Schizophrene versichern, sie wüßten von diesem oder jenem Erlebnis nichts mehr, kommt freilich recht häufig vor. Genauere Nachforschungen ergeben aber dann meist, daß es sich um ein „nicht mehr wissen wollen“ handelt, oder daß Typus 1 vorliegt.

Auch das höchst interessante Phänomen der *reduplizierenden Paramnesie* (PICK) kommt meines Erachtens bei Schizophrenie nicht vor.

Die zahlreichen Fälle von alternierendem Bewußtsein, die (im deutschen Sprachbereich seit KARL PHILIPP MORITZ) beschrieben worden sind, gehören wohl alle entweder (häufiger) psychogener oder epileptischer Genese zu. Es handelt sich stets um den Sachverhalt, daß ein Zeitabschnitt des Lebens sich weder rückwärts noch vorwärts mit der übrigen Lebenszeit zu einem Kontinuum vereint, sondern isoliert, abgesondert bleibt. Dabei nimmt die Gesamtpersönlichkeit in ihrer *durée* von diesem Zeitabschnitt keine Notiz. Psychologisch liegen hierüber noch keine befriedigenden Studien vor. Man nimmt meist von vornherein an, daß der abnorme Zeitabschnitt (= A) ganz isoliert und fremd der übrigen Persönlichkeit gegenüber stehe. Das ist durchaus nicht der Fall. Selbst bei Psychopathen, bei denen der normale Zustand z. B. durch eine Betätigung als Geistlicher in einem bestimmten Lebensraum gekennzeichnet war, während er in A in ferner Stadt abrupt einen Kramladen führte, weiß der Krämer zwar nichts von dem Geistlichen, aber er weiß von seiner Sprache, seiner Schulbildung, seinen erlernten Denkprozessen usw. Und umgekehrt, der Normale weiß hinterher angeblich nichts von den Erfahrungen, die er in A sammelte. Es ist auch unrichtig, anzunehmen, daß die Handlungen in A verworren oder sinnlos oder dgl. sein *müßten*. Dies *kann* nur zutreffen. Wenn man solche Persönlichkeitsspaltung (in der Zeit) auch als Dämmerzustand bezeichnet, so ist das eine recht unglückliche Benennung. Denn umdämmert im Sinne mangelhafter Aufnahme der Eindrücke von außen, oder unklarer Innenvollzüge, überhaupt umdämmert, benommen im Sinne mangelnder Klarheit, Helligkeit ist der Kranke in A meist *nicht*.

*Solche Phasen alternierenden Bewußtseins kommen bei der Schizophrenie nicht vor*. Ein einziger atypischer Fall der Literatur (MORSELLI) wäre allenfalls hier einzureihen.

Ganz verschieden von der Helligkeit und der Zugehörigkeit zur *Durée* und dennoch dem Bewußtsein wie jene Phänomene zuzurechnen, ist der *Ichgehalt der Bewußtseinslage, des Bewußtseinsvorgangs*. Wenn ich irgend einen seelischen Prozeß vollziehe, sei es, daß ich wahrnehme oder vorstelle oder denke, gestimmt bin usw., so kommt allen diesen Vorgängen ein *Ichgehalt* zu. Dieser Gehalt hat Grade. Am Sinneneindruck, der sich mir aufdrängt, glaube ich selbst recht unbeteiligt zu sein, aber er ist doch immerhin *meine* Wahrnehmung. Wenn mir bei der Betrachtung eines Bildes eine Melodie einfällt, so habe ich diese Melodie zwar nicht intendiert, ich war Schauplatz, aber immerhin, ich erfasse die Melodie als eine *mir* wohlbekannte, von *mir* früher erlebte. Selbst wenn ich — der Zwangsvorstellung nicht unähnlich — eine Melodie nicht aus meinem Kopfe bringe, wenn sie mich, wie man zu sagen pflegt, verfolgt, so bin ich darüber zwar unwillig, komme aber nie auf den Gedanken, anzunehmen, daß mir diese Melodie von einer fremden, ichfremden Macht angewünscht worden wäre. Dieser letztere Fall liegt aber sehr häufig vor bei der Schizophrenie. Beliebige seelische Vollzüge erhalten plötzlich den Charakter des Ichfremden. Auf den Inhalt kommt es dabei nicht an. Ob die schizophrene Hausfrau soeben den

Entschluß faßt, Wasser ans Feuer zu stellen, ob der gelehrte STAUDENMAIER Beeinflussungen seines Denkens durch die „Personifikationen“ erfährt (S. 29) oder seine gewöhnliche Brustatmung in eine extreme Bauchatmung verwandelt wird (S. 28): in allen diesen Fällen „weiß“ der schizophrene Kranke, daß dies nicht *seinen* Entschlüssen, Wünschen, Absichten usw. entspringt, sondern ihm „gemacht“ wird. (Nach CARL SCHNEIDER in 14,2% der Fälle.) Die Hausfrau hat hunderte Mal Wasser ans Feuer gestellt, ohne dabei Sonderliches zu erleben: jetzt aber weiß sie plötzlich von diesem einen Mal, daß es ihr „gemacht wird“, obwohl sachlich in Bezug auf Zeit, Umstände usw. gar nichts Sonderbares zu konstatieren war. Die Störung kann Wahrnehmungen, Vorstellungen, Denkvorgänge, Gefühle, Willensregungen treffen, und daß sie allen diesen seelischen Vollzügen sich gesellen kann, ist ein Hinweis darauf, daß ihr Wesen nicht in Anomalien jener speziellen Akte, sondern in dem, allen eigenen, Ichgehalt begründet ist. Dabei ist interessant, daß diese schizophrene Ichstörung oder Ichlähmung *nicht* in jener Linie liegt, die von der Entfremdung der Wahrnehmungswelt über das Doppelich zur Besessenheit führt. Auch diese Alterationen sind Ichstörungen, freilich solche anderer Art. Da sie bei der Schizophrenie nicht vorkommen, ist hier nicht der Ort, darauf einzugehen. In meiner Psychologie des Abnormen habe ich die Hauptunterschiede zu skizzieren versucht.

Das Phänomen der schizophrenen Ichlähmung oder -störung greift den Kranken sehr an. Es scheint ganz ähnlich zu sein, als wenn man wirklich durch das „Angreifen“ einer fremden Hand unversehens gepackt würde, sei es körperlich, sei es geistig. Daß daraus dann sekundär Wahnideen („fremde Macht“, Telepathie, Hypnose und dgl.) gebildet werden, erscheint recht einleuchtend. Es ist interessant, daß dabei die Schizophrenen *selten* die Ausdeutung nach der religiösen Seite vornehmen, während die Besessenheit und ähnliche Phänomene ja religiöse Sinngebungen geradezu bevorzugen. — Auch *Ratlosigkeit* ist ja ein häufiges Ergebnis der Ichstörung.

Man könnte geneigt sein, das Symptom der Ichstörung den *Willenserscheinungen* einzugliedern. Wenn man hört, daß manche Kranke vom Willensentzug oder davon sprechen, daß sie nicht mehr ihre Willensfreiheit hätten, so scheint das in diese Richtung zu deuten.

Die „Machtsphäre des Ich“ ist gestört, das „Gefühl der Herrschaft oder Macht über die Bewußtseinsinhalte“ fehlt (LIPPS); man ist „im Banne“, kann „nichts dagegen machen“. (Walter Schaper 19/357.) „Ich werde eingestellt, es wird vorgeschoben, daß ich so sein muß, dann wird es zurückgezogen. — Es ist ein anderer Wille, eine Willensübertragung. — Es war ein Drang, eine Beeinflussung. — Ein anderes Gehirn stand mit dem ihren in Verbindung. (Therese Tugend 18/41.) — Ich bin in meiner Persönlichkeit herabgesetzt. — Das Bewußtsein wird entzogen. — Die eigene Persönlichkeit ist gestört. — Der Geist ist gestohlen. — Das Bewußtsein ist verfallen. — Ich glaube, daß ich ein herabgesetztes, undeutliches Ichgefühl habe (BERZE). — Und eine komplizierte Probe, in der Schilderungen der Ichstörung mit Wahngedanken durcheinandergehen:

„Ich bin mir vorgekommen wie eine Reagiermaschine auf jeden Gestank und jeden Geruch, je nachdem ich wo bin, das ist wie wenn ich mit dem ganzen zusammenlebte, das Denken und die Gerüche und die Tiere. Ich weiß gar nicht, warum alles nach mir funktioniert, ich weiß nicht warum plötzlich so ein Duft mit den Dingen kommt, es ist doch zu kompliziert. Da Wetter wird jedenfalls mit Elektrizität gemacht, das weiß ich bestimmt.“ (Mathilde Bachmann 26/530.)

„Etwas selber ist an mir so adlig, da komm ich mir so dämonisch vor.“ Es sei etwas an ihr, das sei so feindlich; das was sie wolle, scheitere, und das was sie nicht wolle, da werde sie reingeführt. „Seelisch bin ich vollkommen ruiniert, da hab ich aufbauen wollen, da ist Bruch, so geht es nimmer.“ (Elise Marion 29/158.)

In der Tat findet jede, auch die normale Persönlichkeit sich selbst, d. h. ihre subjektive (psychologische) „Freiheit“ am wenigsten in der Wahrnehmung — obwohl sie auch dort durch Gestaltung und Auswahl deutlich wird, — mehr

in der Vorstellung und im Denken, noch mehr im Gefühl, am meisten aber in jener „Ansicht“ der Gesamtpsyche, die man als Willen bezeichnet. Daher nehmen die Kranken gern ihre beschreibenden Worte aus der Willenssphäre.

Beispiele, die vorwiegend die Ichstörung an den *Gedanken* beschreiben.

„Ich bemerke so etwas Zaghaftes, etwas Unsicheres, man hat keinen Entschluß. Ich möchte bloß die Person vor mir sehen, die mir das angerichtet hat, da gehen einem ja Verstand und Haare aus.“ (Robert Weiderich 07/186.)

„Die Bande hält meine Gedanken an. Lesen kann ich dann auch nicht, sie drehen mir die Augen um. Die haben sich ganz auf mich verlegt.“ (Anna Ofer 29/510.)

„Sollten diese mir nicht Sachen in meine Gedanken hineinfügen können, die ich unbedingt zu meinem eigenen Schaden vollbringen muß?“ (Friedrich Hülsmann 15/280.)

Ich glaube, daß CARL SCHNEIDER der Einzigartigkeit des Phänomens nicht gerecht wird, wenn er es mit dem Fehlen des Sinnbezugs, Entschwinden der intendierten Richtung u. dgl. in Zusammenhang bringt. Eine Frau ist in ihren Vorbereitungen für das Mittagessen so weit, daß sie nun Kartoffeln schälen will. Der Plan ist im Augenblicksrahmen sinnvoll und erscheint ihr dennoch „gemacht“. Ob die Ichstörung im Einfügen fremder oder im Abziehen eigener Gedanken besteht, ist phänomenal gleich.

Es spannt so furchtbar ab, wenn man sich nur durch die größte Wachsamkeit vor der Verdreherei schützen kann.“ — „Eine Art Widerstreit der eingegebenen Gedanken mit dem wirklichen eigenen Denken.“ — „Die Gedanken kommen unbewußt. Manchmal zwingt mich, etwas anderes zu denken und kämpfe so gegen die fremden durch eigene Gedanken. Aber ich komme nicht auf; dann habe ich beide Gedanken, die eigenen und die fremden, nebeneinander“ (BERZE).

Eine Maschine auf der Straße brachte ihm die Nekrophonie bei oder Elektrophonie, um ihm die Gedanken aus dem Kopfe zu ziehen. Der Apparat hieß Syringe. Eine erzwungene Beichte wurde abgenommen. Es war ihm etwas von der Quintessenz des Gehirns weggenommen. Er empfand die Gedanken der andern und mußte sie unaufhörlich repetieren. (Franz Struckmann, Illenau 1901—07.)

„Man pffppte mir einen fremden Gedankengang ein, die natürlichsten Verrichtungen wurden gestört.“ (LEIDESDORF 1865, S. 212.)

Beispiele für die Ichstörung bei *Gefühlen*:

Sie habe das bestimmte Gefühl, irgend jemand müsse sie gern haben, aber sie wisse nicht wer. Es sei ein beglückendes Gefühl. „Oder bin ich vielleicht das Werkzeug zu etwas anderem?“ (Emilie Bauer 29/493.)

Gefühl, als wenn sie keinen festen Stand hätte, als sei was Fremdes in ihr vorgegangen, was Unnormales. — Als sei sie wieder ein Kind. Sie habe sich so ganz kindlich gefühlt, habe der Mutter ganz vertraut. (Die Gleiche.)

Beispiele für die Ichstörung bei *Willensregungen und Handlungen*:

Auch auf der Waage habe es sie einmal richtig weggedreht. — Zum Hühnerhof habe es sie so komisch hingezogen. Das Ziehen ist ein Zustand, den sie gern erklärt hätte. Es ist doch irgend etwas in mir, etwas Fremdartiges. (Die Gleiche.)

„Alienomotorische Einflüsse“ und „propriomotorische Handlungen“ (BERZE).

Beispiele für die Ichstörung in der *Körperbeherrschung*:

Die 5 Sinne seien zerteilt und zerstört und einer gebe es dem andern weiter. Die Augen werden nach rechts gezogen. Im Rücken laufe es hin und her. Sie meine, es sei Magnetkraft im Blut. Manchmal sei es, wie wenn die Schläfen abgerissen und an die linke Seite des Leibes gesetzt wären. — Beim Laufen kommt sie manchmal nicht von der Stelle. Es ist dann, wie wenn die Magenspitzen sich auseinanderzerren wollten. (Elisabeth Tula 21/275.)

Da habe ich auch am Leibe etwas gespürt, eine Übertragung, eine Gefühlsübertragung, und da bin ich in eine solche Erregung gekommen, daß ich mir das Leben nehmen wollte. — In mir ist immer so ein gewisser Aufruhr. Ich spür in mir einen gewissen Magnetismus; die Glieder tut er hemmen, im Handeln und im Gehen. Ich werde gewissermaßen von gewissen Stellen weggezerrt, ganz unbewußt. Dieser Magnetismus muß eine Übertragung sein. Ich spür auch einen Hypnotismus im ganzen Haus, das ist ja mit dem verwandt. (Therese Tugend 18/41.)

Der von der französischen Forschung bevorzugte Ausdruck „*Automatisme*“ (BAILLARGER) erscheint zu sehr willensmäßig geformt. Das gemeinte Phänomen und seine Störung geht über die Willensseite hinaus. Deshalb erscheint mir die deutsche Bezeichnung der Ichstörung treffender. Aber die Franzosen haben das Problem klar gesehen. Ihre jüngeren Forscher zeigen sich unzufrieden mit

dem automatisme JANETS, er ist gar zu unbestimmt und enthält ganz Heterogenes und phänomenal Verschiedenes. Schärfer scheint (im unableitbaren, schizophränen Sinne) der Begriff bei SÉGLAS gefaßt zu sein. Aber zu einer klaren Trennung der schizophränen Ichstörung von der Besessenheit kommen auch die jüngeren Autoren, soweit ich sehe, nicht. Wenn z. B. LÉVY-VALENSI den Satz prägt: «Les possédés sont les plus typiques des dépossédés», und wenn Hyperidéation, hypermnésie, embrouillage, aprosexie, amnésie, pensées étrangères, rêves imposés zur dépossession de la pensée und zum automatisme supérieur gerechnet werden, so scheint mir gerade die feinere symptomatische Unterscheidung, die den Franzosen doch sonst so sehr eignet, zu fehlen. Auch die Unterscheidungen in automatisme sensitivo-sensoriel (Halluzinationen), automatisme moteur (gemachte Bewegungen), automatisme supérieur (rein geistige Ichstörung) birgt nicht viel Erkenntnis, da die eigentliche Ichstörung den Halluzinationen meistens fehlt (siehe oben) und die Unterscheidung in motorische und rein geistige Ichstörung belanglos ist. Aber die einzelnen Beschreibungen, die die französischen Autoren dem Phänomen widmen, sind oft ausgezeichnet: fuite ou vol de la pensée, prise de la pensée, commentaires de la pensée, pensée divulguée, (LÉVY-VALENSI), Pensée devancée ou écho anticipé de la pensée (DE CLÉRAMBAULT). Auch ist es lehrreich, die Ausdrücke der französischen Kranken mit denen der Deutschen zu vergleichen: «Ma pensée est mise dans la rue», — «C'est comme si mes projets étaient sur un écran», — «on m'a travaillé pour extérioriser ma pensée» (LÉVY-VALENSI). Vgl. dazu auch G. PETIT, SCHULHOF, BÜRGER und (in anderem Sinne) KÜPPERS.

Schon oben wurde angedeutet, daß die Ichstörung den Kranken sehr alteriert. Besonders bei den feineren, ersten Anzeichen des Symptoms reagiert der Schizophrene durch das Bewußtsein, daß in ihm etwas Besonderes vorgeht, daß er nicht mit anderen teilt. So leitet die daraus entstehende Stimmung der Einsamkeit, Weltfernhheit hier über zu den

### schizophrene Störungen der Gefühle.

Ich wage es keineswegs, zu behaupten, daß jene charakteristische schizophrene Grundstimmung, die so viele Kranke besonders im Anfang des Leidens plagt, *nur* das verständliche Ergebnis, oder die kausale Wirkung, oder die subjektive Spiegelung der Ichstörung ist. Ich halte es auch durchaus für möglich, daß jene kennzeichnende schizophrene Grundstimmung ein primär gesetztes Symptom ist.

Eine Stimmung (eine Gefühlslage, ein Gemütszustand) beruht bald mehr in sich, bald ist sie mehr auf die Außenwelt gewendet (Gefühlsakt). Im ersten Falle zeigt sich im Beginne der Schizophrenie häufig ein Verändertheitsgefühl, das nicht leicht in den gewöhnlichen sprachlichen Kategorien von Traurigkeit, Angst, Unruhe, Beklemmung, Unzufriedenheit, Gereiztheit oder dgl. eingefangen werden kann (vgl. das Gedicht in GRUHLE, Psychologie der Schizophrenie S. 88). Es ist vielmehr eine Nuance für sich, für die eine schizophrene Kranke (Therese Tugend 18/41) einmal den klassischen Ausspruch wählte: „Vor zwei Jahren habe ich angefangen zu welken“ und eine andere: „Ich habe mich selbst verloren, bin so wehrlos verändert“. (Lenore Banting 10/74.)

Der zweite Fall, die veränderte gemüthliche Einstellung zur Welt, wird an vielen schizophrene Verläufen, besonders im Beginne, deutlich. Es sind nicht eigentlich die feinen Gefühlsbetonungen des Interesses, welche fehlen. Manchmal verfolgen die Kranken die Ereignisse ihrer Umgebung sogar mit großer Aufmerksamkeit. Aber „das da draußen“ scheint sie nichts mehr anzugehen, sie haben das Bewußtsein des genau beobachtenden, aber peinlich unbetheiligten

Zuschauers. Sie verloren la notion du réel, während der Psychastheniker la fonction du réel einbüßte (HENRY CLAUDE). «Les choses se présentent isolément, chacune pour soi, sans rien évoquer. J'ai mon jugement, mais l'instinct de la vie me manque. . . J'ai perdu le contact avec toutes espèces de choses» (MINKOWSKI, S. 37). Zuweilen ergeben sich die beginnenden Schizophrenen gerade aus dieser Stimmung heraus der Philosophie. Freilich vermögen sie auch hier nicht den tieferen, zwischen den Zeilen liegenden Gehalt einer weltanschaulichen „Stimmung“ zu erfassen, aber sie begreifen nicht nur formalistisch den Sinn ihrer Autoren, sondern sie wissen oft in dialektisch gewandter Form die Gedankengänge zu erfassen und wiederzugeben. Nur bleibt alles unlebendig, steif, spröde, gläsern, starr.

Hölderlin: „Ich bin wie ein alter Blumenstock, der schon einmal mit Grund und Scherben auf die Straße gestürzt ist und seine Sprößlinge verloren und seine Wurzel verletzt hat . . . ich friere und starre in den Winter, der mich umgibt. So eisern mein Himmel, so steinern bin ich.“ (Zitiert nach N. v. HELLINGRATH: Hölderlins Wahnsinn. München: Bruckmann 1921. S. 54.)

Heidelberg, den 11. Juni 1926.

Liebe Frau Weber:

In diesen dunklen Tagen von Wirren, Selbstvorwürfen und allerlei Gedanken freute ich mich herzlich von Ihnen l. Frau Weber, einen aufrichtigen Brief zu erhalten. In diesem Briefe merkte ich nun, daß Sie mich richtig verstehen. Ich habe wirklich einen großen Schritt in die Tiefe getan. Gedanken von nie Erlebtem tauchen in mir auf. Ich fühle mich verlassen von aller Welt, selbst von meinen Nächsten und zu denen zählte ich Frau Oberin Hoffmann. Ich glaube jetzt, daß ich nun wieder berufslos dastehe, und alle Lebensfreude ist mir genommen. In Gedanken bin ich bald da und dort und irre in der Welt herum. Ich glaubte fest zu stehen und bin nun vollständig zerbrochen. In die Zukunft schaue ich nicht gerne. Die Gegenwart ist so schwer und drückend und ich versetze mich gerne in Vergangenes, wo ich mich auch noch freuen konnte. Ich bin ein Blümlein, das gebrochen von niemand beachtet am Wege liegt. Meine Verwandten beachten mich nicht mehr oder nur noch verächtlich. Sturm und Wind gehen über mich hin nur hie und da leuchtet ein Sonnenstrahl in mein krankes Herz hinein. Ich zweifle sehr an meinem Emporkommen, denn schreckliche Gedanken kommen an das Tageslicht. Wie ist es nur möglich, daß ein Menschenkind so tief in den Abgrund gestürzt werden kann? Ich suchte mich festzuhalten und stehe jetzt ohne Stütze da. Ich betete und flehte und kann dies nun kaum mehr tun. Ich bin, wie ein Lichtlein, das bald ausgelöscht sein wird. Menschen- und Gottesgericht ist über mich herein gebrochen. Viele Menschen werden meiner flüchtig gedenken, die aber nicht gut von mir denken. Die heilige Schrift birgt so viel Schönes, Ernstes und Tiefes, meine Augen aber sind jetzt trübe. Meine Nerven sind zerstört und ich kann die Worte darin manchmal nicht fassen. In dieser Zeit überlegte ich mir oft, was aus meinem Kinde werden könnte das nicht gepflegt wird. Ich habe daheim viel Schönes erleben dürfen, aber zur Entwicklung eines Menschen gehört auch Rauhes. Ich könnte noch viel schreiben, aber ich schweige und erlaube mir Sie, liebe Frau Weber, in Liebe zu grüßen

Ihre Herta.

(Ungekürzter Brief von Herta Höring 26/205.)

Die veränderte Grundstimmung des schizophrenen beginnenden Prozesses mag auch eines der Hauptmotive sein, die bisher unbescholtene, nicht asoziale Männer zum schweren *Verbrechen* führen (siehe WETZELs Kapitel über die sozialen Auswirkungen des Leidens). Die völlig unverständlichen Mordtaten sozial positiv eingestellter Individuen erweisen sich nicht selten als erstes deutliches Symptom schizophrener Umwandlung; aber man erkennt diese Umwandlung erst hernach rückschauend, wenn der Ausbruch des aktiven Krankheitsprozesses in der Straftat die Diagnose sicherstellt. KARL WIEMANNs ist im Begriff, eine Monographie über diese Zusammenhänge zu veröffentlichen.

Manche Kranke klagen darüber, daß sie sich fast zwanghaft in die Motivzusammenhänge anderer hineinversetzen müssen, freilich nicht mitfühlend impulsiv, sondern kalt berechnend, rationalistisch konstruierend. Es handelt sich also meist um keine echte, sondern eine intellektualistische Hypersensibilisierung, aber auch das erstere kommt vor:

Sie habe das Gefühl gehabt, als habe sie jene Frau so gut wie noch nie verstanden; früher sei sie ihr eher unsympathisch gewesen. (Emilie Bauer 29/493.)

Oder sie berichten, daß ihnen der innere Zusammenhang im Seelenleben der anderen oft kristallklar, peinigend durchsichtig gegeben ist (MAYER-GROSS, HINRICHSSEN, BERZE). — Es ist also keineswegs geschickt, auch für diese Einstellung der Schizophrenen die alten, von KRAEPELIN bevorzugten Schlagworte „stumpf-gleichgültig“ zu gebrauchen.

Die hier geschilderte Einsamkeitsgrundstimmung des Schizophrenen, das Gefühl, nicht zur Welt zu passen, außerhalb zu stehen, ist alles andere eher als ein Lustgewinn. Der Begriff des Autismus ist *hierauf* nur in dem *subjektiven* Sinne

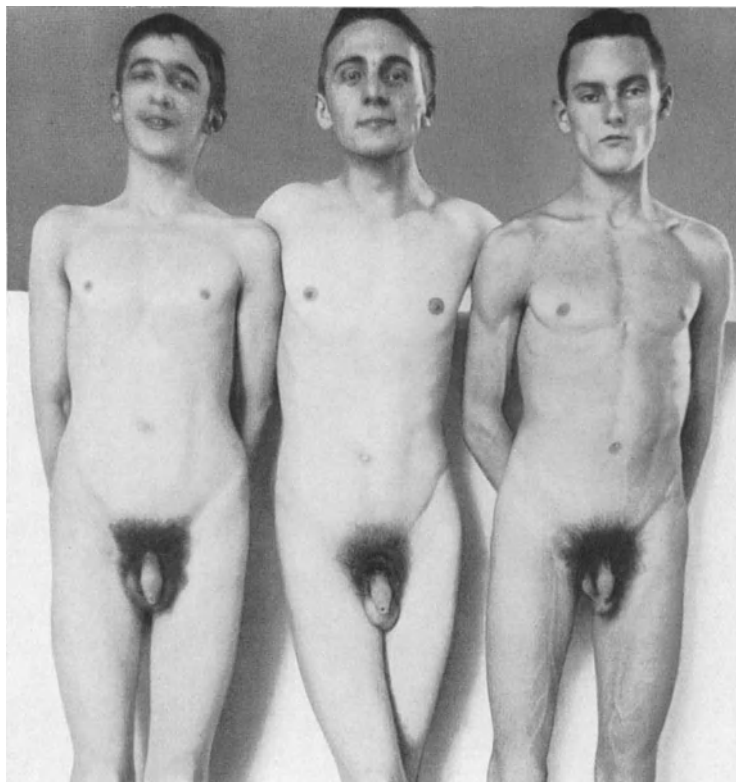


Abb. 1. Drei schizophrene Jünglinge. (Aufgenommen von A. WETZEL, Stuttgart, November 1928.)

der Weltentfremdung anzuwenden; gestört ist „le sentiment, d'être d'accord avec la vie et avec soi-même“ (MINKOWSKI). Es sei aber keineswegs bestritten, daß aus dieser Grundstimmung der Autismus als ein Sekundärsymptom hervorgehen kann (Autismus nach CARL SCHNEIDER in 49 % aller Fälle).

Der Versuch, dem Leser einen anschaulichen Eindruck von der schizophrenen Einsamkeitsstimmung zu geben, möge sich neben wissenschaftlichen Worten auch der Bilder bedienen. Es ist ALBRECHT WETZEL-Stuttgart gelungen, in besonders markanter Weise drei schizophrene Jünglinge zusammen zu photographieren. Besser als es Worte vermögen, verdeutlichen Gemütsausdruck und Haltung das Läppische, gespannt Arrogante und Traurige der schizophrenen Gemütsverfassung.

Während man sich in kulturwissenschaftlichen Werken nicht scheut, auch Porträts von Persönlichkeiten zu bringen, die nicht durch die Kamera, sondern



durch die persönliche Auffassung eines Künstlers gewonnen sind, ist dies in naturwissenschaftlichen Abhandlungen nicht üblich gewesen, seitdem man die photographische Technik besitzt. Ich wage dennoch den Versuch, zu der Übung der physiognomischen Literatur vor 1850 zurückzukehren und zwei Porträts von Gertrud Jakob abzubilden. Die Künstlerin hat es meines Erachtens verstanden, das Wesentliche schizophrener Mimik und Haltung so prägnant herauszuarbeiten, wie es nur der Stilisierung des Künstlers, nicht der Lichttechnik möglich ist. Aber diese Eindringlichkeit stellte sich hier wohl nur ein, weil sich zur künstlerischen Form die psychiatrische Fachkenntnis der Autorin gesellte.

Bei dem früher so häufig gefällten Urteil, der Schizophrene sei stumpf und gleichgültig, übersah man den Unterschied von Funktion und Inhalt.



Abb. 2.

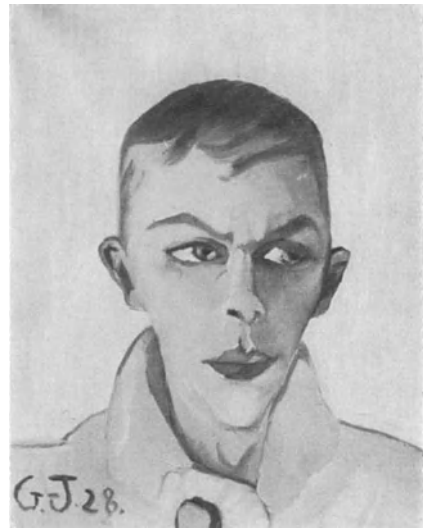


Abb. 3.

Abb. 2 u. 3. Porträts von Schizophrenen von Gertrud Jakob.

Der Schizophrene erschien (z. B. für KRAEPELIN) deshalb stumpf, weil er den bisher gewohnter Weise gefühlsbetonten Gegenständen sein Interesse entzog. KRAEPELIN trug sein Ethos in seine Psychiatrie hinein. Er meinte, daß man normalerweise bestimmten Kulturwerten zugewandt sein, sie hochschätzen, pflegen usw. *müsse*. Da der Schizophrene diese Forderung nicht erfüllt, galt er als stumpf. Ferner logisierte KRAEPELIN stark: er liebte es, auseinanderzusetzen, daß ein Paranoiker, der sich für einen Weltverbesserer halte, sich doch unmöglich bei seiner Internierung in geschlossener Anstalt beruhigen dürfe. Tue er es dennoch, so sei er eben stumpf. Und so wurde in den älteren Krankengeschichten und Abhandlungen aus KRAEPELINS und seiner nächsten Schüler Zeit die Schwächlichkeit, geringe Nachdrücklichkeit, Lahmheit des Affektes und dgl. gern hervorgehoben. Es soll nicht bestritten werden, daß bei gewissen sogenannten „versandenden“ Hebephrenien und vor allem bei vielen (keineswegs bei allen!) Endzuständen eine allgemeine Herabsetzung der Affektivität vorliegt. Man unterscheide auch im Sinn von BERZE als „stumpfe“ Phasen des Leidens. Aber es wäre gänzlich unrichtig, diese Verengung schlechtweg für die ganze Schizophrenie zu behaupten. Manche Katastrophen sind größter Leiden-

schaft fähig; aus der Indolenz der Stuporen wird man *nicht* auf ein Minus ihrer Affekte schließen dürfen, und die paranoiden Schizophrenen bewahren sich oft nicht nur für die Ideen ihres Wahns stärkste Gefühlsbetonung, sondern sie bleiben auch sonst durchaus gemütsregbar.

Sowohl KRAEPELIN wie KLEIST schwebte bei ihren Forschungen immer ein Normaltypus vor, der allzustarke *inhaltliche* Forderungen enthält; ihr ganzer Normtypus ist überhaupt zu sehr auf „Soll“ und nicht auf „Sein“ eingestellt, zu sehr ethisch und zu wenig anthropologisch. Deshalb neigen beide dazu, wie schon oben bei der Sprache erwähnt wurde, zuerst bei der geistigen Störung nach einem „Minus“ und nicht nach dem „Anders“ zu suchen.

Abgesehen von der Einsamkeitsstimmung des Schizophrenen liegt die sogenannte Gefühlsstörung nicht in den Gefühlen selbst, sondern in ihrem *Verband*, in ihrer Verbundenheit mit den Inhalten. Diese persönliche, subjektive Umwertung aller Werte ist ja jener Zentralpunkt, der zu der These berechtigt, daß *das schizophrene Leiden die Persönlichkeit zerstört*. Man versteht ja unter Persönlichkeit meist nicht die Struktur der seelischen Funktionen, also etwa — in der Terminologie KERSCHENSTEINERS — nicht den biologischen und intelligiblen, sondern den *ethischen* Charakter, d. h. jene persönliche Weise, in der sich der biologische und intelligible Charakter mit den Werten des Lebens auseinandergesetzt hat. Der Charakter im rein psychologischen Sinne ist die Struktur der Funktionen, oder im Bilde gesprochen, das leere Gefäß in seiner bestimmten Form; die Persönlichkeit ist der durch die Funktionen *erfüllte* Gehalt, das gefüllte Gefäß. Es soll hier keineswegs den assoziations-psychologischen, etwas primitiven Annahmen FREUDS zugestimmt werden, daß die Affekte frei in der Seele flottieren, verdrängt und eingeklemmt werden und beliebige Inhalte besetzen können. Aber es ist dennoch nicht zu leugnen, daß sich die affektiven Bindungen langsam oder plötzlich auch beim Normalen lösen können (z. B. in der Schwangerschaft). Wenn ein einfaches Beispiel gestattet ist, so sei an den Umstand erinnert, daß die ästhetischen Werte, zu denen man sich im 3. und 4. Lebensjahrzehnt bekennt, nach dem 50. Lebensjahre wohl noch ertragen, aber nicht mehr bevorzugt werden (langsame Lösung), und daß bei der religions-psychologisch häufig beschriebenen Erleuchtung (Bekehrung) eine plötzliche Umorientierung der Gefühlsbindungen erfolgt. Beides, die langsame und die plötzliche Lösung kommt bei der Schizophrenie vor. Weder die Ursache noch der Grund ist bekannt. Der Ausdruck Schizophrenie erscheint aufs erste hier besonders glücklich, trifft er doch die „Spaltung“ alles von allem. Wenn man aber weiterhin schildert, wie nun ein förmliches Chaos, eine Anarchie der Gefühle einsetzt, so ist eine solche Auffassung vielleicht wieder zu stark von der „Minuseinstellung“ des Forschers bedingt. Für den Beobachter, für den Außenstehenden scheint in der Tat die Gefühlssteuerung beim Schizophrenen verloren gegangen zu sein. Ob man dies indessen vom Standpunkt des Schizophrenen selbst annehmen kann, bleibt zum mindesten fraglich. Man beachte jedenfalls, daß der Kranke selbst über den Mangel innerer Führung nicht zu klagen pflegt. Es hieße freilich diese Auffassung nach einer falschen Seite hin überspannen, wenn man annehmen wollte, daß gar eine Verständigung der Schizophrenen untereinander auf Grund einheitlicher, ihnen spezifischer Wertorientierung möglich wäre. Wenn man gelegentlich von *schizophrenem Weltgefühl* oder gar *schizophrener Weltanschauung* hört, so sind dies meines Erachtens leere Literarismen. Lediglich jene Annahme erscheint vertretbar, daß der *einzelne* Schizophrene zu einer *höchst* chaotischen, sondern geformten Wertstruktur kommt, vielleicht in dem Sinne BERZES (Stillstand des Prozesses, Wiederaufrichtung einer *Einheitlichkeit*) sondern im Sinne einer spezifischen (individuell einzigen) *schizophrenen* Innenorientierung.

Wem es Freude macht, Folgerungen nachzusinnen, die sich aus schizophrener Grundstimmung, schizophrener Weltabgewandtheit oder Weltopposition für die Zeitstimmung und Zeiterissenheit ergeben, findet in dem dichterisch-lockeren Aufsatz von PRINZHORN 1927 sicher manche Anregung.

### Die Willenssphäre.

Nachdem bisher schon so oft der funktionale Charakter dieser Untersuchung hervorgehoben worden ist, erscheint es fast überflüssig, nochmals zu betonen, daß der Wille hier nicht als der gute oder der feste oder der gerichtete usw., sondern nur als der leere Wille betrachtet werden soll. Es scheint, als ob das Wesentlichste am Willen mit dem Worte *Impuls*, Regung getroffen wird. In der Tat ist der „Anfang“, das Einsetzen des seelischen Vorganges das Willensmittelbarste. Aber auch das Tempo, die Kraft, die *Ablaufskurve* des Vorganges gehört zum Willen hinzu, auch wenn mancher Autor geneigt ist, von anderem Gesichtspunkte aus diese Momente dem Temperament einzugliedern. Endlich ist es noch eine Tendenz zur Beharrung, die nicht übersehen werden darf, und die KERSCHENSTEINER verdienstlicherweise aufmerksam gemacht hat. Wenn man auch seinen Ausdruck „Aufwühlbarkeit des Gemütsgrundes“ als allzu aphorisch nicht aufnehmen mag, so muß man doch zugeben, daß der damit gemeinte Sachverhalt recht wichtig ist. Es handelt sich darum, daß eine einmalentschlußmäßig festgelegte Tendenz, also ein „Grundsatz“, nicht nur erinnert wird, sondern seine Wirksamkeit, seine Determinierung dauernd ausübt. Die dritte Seite des Willensproblems ist also die *Bestimmbarkeit durch Grundsätze*, wobei diese Grundsätze vorläufig „leer“ zu denken sind.

Bei der Schizophrenie wird häufig eine Abnormität der *Zahl der Impulse* beobachtet, sei es, daß im Gegensatz zur früheren gesunden Persönlichkeit ein Plus oder ein Minus einsetzt (*Erregungszustand* und Abulie oder *Stupor*). Meines Erachtens ist dieses Symptom in vielen Fällen primär. Wenngleich in zahlreichen anderen Fällen quälende Sinnestäuschungen oder angsterzeugende Wahnideen die Erregung erst *sekundär* herbeiführen mögen, so kennt doch jeder Sachverständige zahllose schizophrene Erregungszustände, die ähnlich wie bei anderen organischen Psychosen, psychologisch unabilitybar sind. Freilich ist dieses primäre Symptom für die Schizophrenie keineswegs pathognostisch. (Über die schwierige Unterscheidung zwischen Impulsvorrat und Aktivität [BERZE] siehe den nächsten Abschnitt.) Eher gilt dies für das Gegenbild, den *Stupor*. (Nach CARL SCHNEIDER in 17,4% aller Fälle.) Abgesehen von dem „Pseudostupor“ der Emotion kommt ein wahrhaft stuporöses Bild außerhalb der Schizophrenie höchstens noch zuweilen bei der Encephalitis lethargica vor. Auch bei jenem schweren geistigen Siechtum, das sich bei fortgeschrittenen Fällen von Paralyse, Hirntumor usw. zeigt, handelt es sich mehr um ein allmähliches Erlöschen der Impulse, während im Stupor meines Erachtens noch ein aktiver, ein gleichsam krampfiger Einschlag vorhanden ist. Insbesondere bei den gespannten („harten“) Stuporen wird ja zum mindesten die Muskulatur isometrisch innerviert: es wäre vielleicht nicht allzu gezwungen, anzunehmen, daß auch seelische Prozesse zu gleicher Zeit krampfhaft und abwechselungslos festgehalten werden. Bei den Zuständen der *Hemmung* handelt es sich wohl um einen grundsätzlich anderen Mechanismus. Wenn man freilich formal festlegen wollte: die Hemmung betrifft nicht die Zahl, sondern nur die Durchführung der Impulse, so würde man wohl allzu schematisch verfahren. Schon der gleicherweise verwendete Name des Stupors für die schwersten Zustände depressiver Hemmung macht ja auf die Ähnlichkeit zwischen beiden Symptomen aufmerksam. Aber so ähnlich beide Zustände äußerlich erscheinen mögen,

so ist diese Ähnlichkeit eben wohl *nur* äußerlich. In beiden Fällen ist eben die Regsamkeit des Organismus auf ein Minimum reduziert.

Jeder Gesunde beobachtet an sich die Erschwerung alles seelischen Geschehens in einer normalen reaktiven Traurigkeit. In leichteren depressiven Affekten ist man nur „schlecht aufgelegt“, in schwerer „Niedergeschlagenheit“ — man denke an den ursprünglichen Sinn dieses deutschen Wortes — wie gelähmt. Obwohl man im Rückblick auf die ältere Psychiatrie des vorigen Jahrhunderts sicher recht vorsichtig sein wird, Denk- und Willensstörungen aus dem Affekt abzuleiten, so ist doch diese normale Erfahrung von Depression und Hemmung so einleuchtend, daß man analogisch auch bei der schwersten Form, dem depressiven (melancholischen) Stupor die gleiche Genese annehmen mag. Dadurch wird der tiefgreifende Unterschied zum schizophrenen Stupor deutlich.

Der Kranke hat eine Sperrung, aber die Hemmung hat den Kranken. Denn hier spricht nichts für eine affektive Entstehung. Hier liegt auch kein Anlaß vor, die Metapher der Hemmung zu benutzen, denn diese setzt ja immer voraus, daß eigentlich „etwas“ da ist, was eben gehemmt wird durch etwas (den Affekt), das hemmt. Aber mir scheint es aus den schon oben angedeuteten Gründen auch wenig einleuchtend, das Bild der *Sperrung* aufrecht zu erhalten (es sei denn für den propädeutischen akademischen Unterricht). Denn dieses Bild erinnert natürlich an den Sperrhaken, der in ein Zahnrad plötzlich einschnappt. Welche seelische Funktion sollte wohl aber als Sperrhaken gedacht werden? Beim Fehlen genauerer Einblicksmöglichkeit in den Mechanismus des Stupors bleiben freilich alle Überlegungen freie Spe-

kulation. Ich kann indessen die Vermutung nicht unterdrücken, daß es sich beim schizophrenen Stupor nicht nur um ein Minus von Impulsen, ein wirkliches passives Erlöschen der seelischen Vorgänge bei Erhaltung der Körperfunktionen handelt, sondern eine Art krampfhaftes Arretieren erscheint mir wahrscheinlicher. Am unwahrscheinlichsten dünkt mir die Annahme mancher Autoren (BLEULER), daß der Autistische sich nur von der Welt abkapselt, um seinem Innenleben, insbesondere seinen Wahnideen leben zu können. Das mag für einen hysterischen sogenannten Stupor gelten, nicht jedoch für den Schizophrenen. Man erinnere sich auch daran, daß manche Schizophrene, die bald hernach eine günstige Remission erleben, über die Vorgänge im Stupor gar nichts zu erzählen vermögen, obwohl sie versichern, dazu besten Willens zu sein. Die Ausrede, im Stupor spielten sich eben zahllose seelische Prozesse im Unterbewußtsein ab, von denen hernach der Kranke natürlich garnichts aussagen könne, fordert doch vom Forscher ein allzu großes Opfer an Intelligenz.

In mancherlei Hinsicht gehört auch die *Katalepsie* hierher. Versteht man doch darunter den Sachverhalt, daß ein Kranker eine ihm gegebene oder von selbst intendierte Stellung nicht sogleich wieder fallen lassen kann, sondern oft lange Zeit beibehält. Er erstarrt gleichsam in seiner Stellung. Ob er



Abb. 4.  
Katatoner Stupor. Kein Momentbild, sondern lange Zeit bewahrte Stellung. (Man beachte den abgehobenen Kopf.) (Anna Ellinger 29/92.)

Symptom überhaupt eine seelische Begründung hat oder nur eine somatische Ursache, ist heute wohl kaum zu entscheiden. Man nimmt meist an, daß die Ausdauer, die die schizophrenen Kranken bei der Beibehaltung manchmal recht unbequemer Stellungen zeigen, ganz erstaunlich sei, diejenige der Gesunden weit übertreffe und wohl nur aus dem Fehlen der Ermüdungsempfindungen erklärt werden könne. Ja man hat sogar an eine besondere Art der Muskelinnervation in dem Sinne gedacht — ähnlich wie beim steifen Stupor — daß *diese* Art der Muskeleerregung nicht zu den üblichen objektiven und subjektiven Ermüdungszeichen führe. Dies bleibt wohl vorläufig eine unbeantwortbare Frage (ISSERLIN). Versuche, die in der Heidelberger psychiatrischen Klinik angestellt worden sind, haben ergeben, daß der Unterschied zwischen der gesunden und der katatonen Haltungsausdauer zwar nachweisbar, aber keineswegs so bedeutend ist, als man von vornherein zu glauben geneigt ist. Es ist



Abb. 5.



Abb. 6.

Abb. 5 u. 6. Katatonisches Handgeben einer fast stuporösen Kranken.  
(Elisabeth Werner 09/110). Von der linken bis zur rechten Stellung vergingen Minuten.  
Man beachte auch das teigig ausdruckslose Gesicht.

nicht uninteressant, daß echte Katalepsie immer seltener wird. Die häufigen Fälle, die KRAEPELIN gern zu demonstrieren pflegte, waren wohl ein wenig klinische Kunstprodukte (im Sinne von CHARCOT). (Nach CARL SCHNEIDER findet sich Katalepsie in 3,2% aller Fälle.)

Weitere Bilder von Stuporen bringt die Monographie von BERZE-GRUHLE S. 158 f.

Mag also im Stupor eine mehr spastische (sit venia verbo) Komponente liegen, mag es sich nur um ein Stillstehen der seelischen Maschinerie handeln, jedenfalls liegt eine Anomalie der Impulse nach der negativen Seite hin vor. Aber über das Plus und Minus hinaus ist auch die *Durchführung der Impulse* gestört (BÜRGER). Früher mehr als heute sah man Fälle, in denen der einzelne Willensimpuls entweder frühzeitig erlischt oder sehr bald vom Gegenimpuls vernichtet wird. Gemeint sind jene katatonischen Kranken, die z. B. beim Handgeben — das KRAEPELIN besonders gern demonstrierte — nicht in rundem, einmalig intendierten Bewegungsentwurf die Hand des anderen fassen, sondern bald hin, bald zurückzucken, so daß schließlich der Endeffekt ausbleibt und

der Kranke zuweilen in starrer Regungslosigkeit, zuweilen sogar in verlegenem Lächeln verharret. Vgl. die Abbildungen 5 u. 6, die nicht Momentphasen eines Ablaufs darstellen, sondern lange eingehaltene Dauerhaltungen der Kranken.

Man hat dieses Hin und Zurück, dieses Ja und Nein als *Ambivalenz* bezeichnet. Aber dieser Begriff ist noch recht unklar und sehr umstritten. Man kennt die Erscheinung, nicht aber ihr Zustandekommen, noch vermag man das Wesen der Störung zu ergründen. Der zuweilen herangezogene Vergleich der Ambivalenz mit der gleichzeitigen oder sukzessiven Innervation von Agonisten und Antagonisten scheint mir fehlzugehen, wengleich bei vielen normalen Handlungen die Aufeinanderfolge von Bewegung und Gegenbewegung das Übliche ist (Ausnützung des Rückstosses, ISSERLIN). Sicher liegt auch bei schwierigeren Entscheidungen im normalen Seelischen das Ja und Nein, Für und Wider solange gleichermaßen bereit (Zustand des Zweifels), bis die Entscheidung gefallen ist, dann aber wird die beschlossene Handlung glatt und ohne merklichen Gegenimpuls ausgeführt. Bei der Schizophrenie sind aber (oft langfristig) Impuls und Gegenimpuls nicht nur aneinandergebunden, sondern verharren in ewig wechselndem Hin und Herspiel. Auch die Erscheinung des *Negativismus* gehört wohl hierher, d. h. die Tatsache, daß irgend ein Befehl beim Kranken die Gegenregung auslöst, ja daß sogar eine Handlung, die der Kranke zufällig in seiner Umgebung bemerkt, in ihm die Tendenz setzt, das Gegenteil auszuführen oder anzudeuten. Man hat darauf aufmerksam gemacht (KLEIST), daß ähnliche Symptome „des Gegenhaltens“ usw. auch bei anderen organischen Gehirnleiden vorkommen, und daß also das Phänomen vielleicht gar nicht psychisch, sondern rein körperlich bedingt sei: Dann würde diese Tendenz zum Gegenimpuls aus der Psychologie der Schizophrenie ganz entfallen und würde zu den körperlichen Begleiterscheinungen des Leidens gehören. Die Frage der Hirnlokalisation der Störung, der KLEIST besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat, ist zwar sehr interessant, doch würde ihre Beantwortung keineswegs gleichzeitig die Entscheidung bringen, ob es sich um eine körperlich oder seelisch primäre handelt. In beiden Fällen bleibt der motorische Negativismus wie die motorische Ambivalenz eine Impulsstörung.

Man hat den Begriff der Ambivalenz ausgeweitet und nicht nur motorische Impulse und Gegenimpulse darunter verstanden, sondern auch jede seelische Einstellung, die zwischen plus und minus schwankt, z. B. die der Gefühle, darunter verstanden. BLEULER setzt diese Gefühlsambivalenz in Beziehung zum normalen Schwanken, zum Zweifel, zur zwiespältigen Einstellung gegenüber einer Sache (die gleiche Sache aus dem einen Grunde lieben und aus dem anderen mißachten). Aber gerade wenn diese Beziehung bejaht wird, wäre ja zwischen der schizophrenen Ambivalenz und diesem normalen Schwanken *kein* Unterschied, oder nur ein Unterschied der Begründung. Ich glaube vielmehr, daß in der Ambivalenz etwas *grundsätzlich* Verschiedenes vom Normalen steckt, nämlich die *gleichzeitige* Setzung von Ja und Nein, möge sich diese auf einen motorischen Vorgang oder ein Gefühl oder einen rein geistigen Entschluß beziehen. Der Einwand, daß dies *logisch* unmöglich sei, ist unerheblich, da logische Einwendungen gegen psychologische Fakten stets fehl am Platze sind. Gerade diese prinzipielle Einsetzung im Akt von Ja und Nein ist dem Normalen vollkommen fremd und insofern eine primäre (unableitbare) schizophrene Impulsstörung.

Noch andere Seltsamkeiten der Impulse kommen vor; so finden sich schizophrene Fälle, bei denen ein Akt sogleich wiederholt wird, sei es, daß ein in der Umgebung des Kranken *beobachteter* Vorgang eine Wiederholung im Kranken auslöst (sogenannte Echosymptome, Echolalie, Echopraxis), sei es, daß er eine

*Eigenregung* nicht einmal, sondern gleich mehrmals vollzieht (Iteration, Perseveration, Verbigeration); — meist bei Erregungszuständen. (Siehe schon oben unter der Überschrift „Sprache“.) Auch hierbei sei darauf hingewiesen, daß ähnliche Symptome bei anderen organischen Hirnstörungen (Hirnherden und dgl.) vorkommen, so daß diese Gemeinsamkeit die Auffassung dieser Impulsstörungen als elementar organisch (primär) — freilich nicht als schizophränen pathognostisch — berechtigt erscheinen läßt. Ich hätte nichts einzuwenden, wenn ein Forscher *diese* Impulsstörungen gleichsam aus den „seelischen“ Störungen ganz herausnehmen und den rein somatischen zuteilen würde.

Schwieriger zu deuten ist das Symptom der *Stereotypie*. Während man bei der Einordnung der Iteration die Theorie bereithalten kann, daß ein jeweils vollzogener oder vorgestellter Vollzug auf pathologisch verändertem Felde die Tendenz setzt, sich *sogleich* wieder zu vollziehen, liegen ja zwischen den einzelnen stereotypen Aktionen meist *längere* Fristen. Zudem sind Stereotypien oft so deutliche Symbolhandlungen oder -äußerungen, daß man hier den seelischen Faktor nicht gut ausschließen mag. KLAESI hat ja der einzelnen Determinierung stereotyper Handlungen eine schöne Studie gewidmet, aber auch er interessiert sich mehr für die Frage, warum sich gerade *diese* Stereotypien vollziehen, und nicht so sehr für das funktionale Problem, warum Stereotypieen überhaupt vorkommen. Man müßte wohl auch hier feiner sondern. Ausdrücklich sei auf den FREUDSchen Fehler hingewiesen, daß die Aufdeckung der Determinierung eines Symptoms auch die Ursache des Symptoms aufdecke. Dies ist ein Denkfehler. Man findet gelegentlich auch jenen Sachverhalt als Stereotypie eingeordnet, wenn ein Kranker dauernd durch bestimmte Körpersensationen geplagt wird und als Abwehr die gleiche Handlung sehr häufig ausführt. So verschob eine Kranke (Amanda Abel) täglich vielmals mit charakteristischer Bewegung ihre Kleidung am Hypochondrium, weil angeblich ihre Rippen „abgebrochen wurden“. Ein solches Verhalten ist ja fast normal, weil auf immer neu gesetzten Reiz immer die gleiche, jeweils neu intendierte Abwehrbewegung folgt, nicht anders, als wenn ein Gesunder immer wieder nach einer ihn real umsummenden Wespe schlagen würde. Freilich kann eine solche ursprüngliche Sinnhandlung später zur Stereotypie werden. Unter der echten Stereotypie sollte auch nicht eine häufig wiederholte Ausdrucksbewegung verstanden werden (im Gegensatz zur Zweckbewegung) — nicht also die einförmig wiederholten Gesten mancher ungeschickter Redner, noch auch die Verlegenheitsbewegungen —, sondern lediglich der Weiterbestand gewisser Bewegungen, die weder durch neue Sinnesreize jeweils hervorgehoben sind, noch einen äußeren Zweck haben, noch Ausdruck wirklich vorhandenen inneren Geschehens sind. Gedenkt man solcher Stereotypien beim Normalen, so erinnert man sich gewisser — ursprünglich vielleicht einmal als witzig erlebter — Modeworte, oder es fallen einem jene geistig verödeten Kartenspieler ein, deren ganze Spielunterhaltung aus stetig wiederkehrenden, vollkommen erstarrten Redewendungen besteht. Beim „Normalen“ läßt ja eine starke gewohnheitliche Verwendung solcher Stereotypien (Zitatenmanier) stets auf eine geistige Einengung, Unlebendigkeit, Unproduktivität oder doch mindestens Ungeschicklichkeit, Unbeholfenheit schließen. Solche Umstände mögen als Hilfsmomente vielleicht auch bei der Schizophrenie hereinspielen, denn in der Tat sind die meisten echten Stereotypien Symptome *fortgeschrittener* schizophrener Zerfallsprozesse und auch Anstaltsprodukte. (Bei CARL SCHNEIDER in 14,4% aller Fälle.) Die moderne Therapie, die die schizophrenen Kranken nicht mehr sich selbst überläßt, sondern zu sozialisieren versucht, hat mit zahlreichen anderen katatonen Symptomen auch die Stereotypien weitgehend vertrieben.

ABÉLY formuliert: «Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes coordonnés, sans aucun caractère spasmodique; remarquables par leur fixité et leur répétition sous une forme immuable; intentionnels à l'origine, mais susceptibles de devenir automatiques.» Man wird sich gern dieser Umschreibung des französischen Autors anschließen können, ohne doch zu übersehen, daß mit diesem gewandten Satz nicht viel gesagt ist. Man könnte die Vermutung wagen, daß die schizophhrenen Stereotypien im engeren Sinne — im Gegensatz zu den soeben gekennzeichneten Stereotypien des Normalen — *Ausdrucksbewegungen* sind, freilich nicht Ausdrucksbewegungen im gewöhnlichen Sinne, sondern in jener Art, daß sie symbolhaft eine ganze Stimmung durch ein ursprünglich damit verknüpftes Etwas ausdrücken. Ein solcher Zusammenhang würde den FREUDSchen Komplexen viel näher stehen. Wenn eine schizophrene Kranke wochenlang „ach meine arme Mutter“ ruft und diesen Ruf auch dann nicht unterläßt, als diese — gar nicht besonders „arme“ — Mutter sich freundlich an ihr Bett setzt, so ist dieser Ruf nur ein allgemeines, von früher übernommenes Symbol für ihre dysphorische Gesamtlage. Wenn eine andere schizophrene Kranke wochenlang schreit „Freitag abend hab ich mein letztes Schä“, so kann man dies so auffassen, daß sie in ihrer subjektiv verzweifelten Lage eines Ausdrucksrufes bedarf und nun zu einer Bemerkung greift, die sie an den Ausbruch der Erkrankung, die Internierung und somit an ihr ganzes Elend erinnert, und in dem sie ihren ganzen Jammer zusammenfaßt. Denn es ließ sich feststellen, daß diese Stereotypie bedeuten sollte: „Freitag abend (gemeint ist vor der Internierung) habe ich mein letztes Schä“-Ichen Kaffee zuhaus getrunken. So rückt eine solche echte Stereotypie etwa am nächsten irgendwelchen Flüchen, Verwünschungen und dgl., zu denen manche Menschen neigen, ohne sich im einzelnen mehr des wirklichen Sinnes der verwendeten Worte bewußt zu werden. Der Fluchende braucht nur einen Ausdrucksruf für seinen Unmut. In ähnlicher Weise ist wohl das Verhalten mancher Epileptiker aufzufassen, wenn sie als Aura oder im epileptischen Anfall immer einen einförmigen Satz wiederholen. So drückte ein epileptisches Mädchen in dem häufig wiederholten Ausspruch „herrliche Seele aller Welten“ (innerhalb des Anfalls) wohl nur den ekstatischen Grundzustand, nicht aber eine bestimmte Sinnerfüllung aus. Wenn aber KLÄSI von einem Fall erzählt, der eine bestimmte Bewegung häufig wiederholte, um den heiligen Geist an der richtigen Stelle herauszulassen, so wäre das im strengeren Sinne keine Stereotypie, wenn wirklich dieser angegebene Sinn jeweils erlebt würde.

Man wird sicher zugeben müssen, daß die echten Stereotypien sich den Impulsstörungen nur lose einfügen lassen, man wird dabei aber nicht übersehen dürfen, daß sie sich nirgends besser einordnen. Ich möchte jedenfalls daran festhalten, daß sie zu den „seelischen“ Symptomen gehören und nicht, wie manche anderen motorischen Anzeichen, auch rein somatisch aufgefaßt werden können.

KAHLBAUM, MENDEL u. a. neigten hierzu („Reizerscheinungen des Großhirns“), WERNICKE führte die Haltungstereotypieen auf Störungen der Selbstempfindung zurück. Wenn ein Autor schreibt, daß ursprüngliche Willenshandlungen auf regressivem Wege zu stereotyp motorischer Äußerung verkürzt werden, so ist dies wohl nur ein Spiel der Worte. EWALD suchte die Drangentladung (wenn *ich* mich bewegen muß) von der neurologischen Störung (wenn *es* sich von selbst bewegt) zu sondern. (Vgl. auch BOSTROEM.) Aus KAHLBAUMS Katatonie sei noch eines schönen Beispiels gedacht (S. 20): „Gesang und die Liebe, froher Sinn ist das Wunderschönste auf der Welt, Gesang und die Liebe, froher Sinn, herrlich, Gesang und die Liebe froher Sinn, herrlich“ ad infinitum.

Hier wurde der Impulsstörungen als eines *seelischen* Symptomes gedacht und schon die entgegengesetzte Theorie keineswegs unterdrückt, daß man



manches aus diesem Gebiet auch außerseelisch, rein somatisch, also neurologisch auffassen könne. Diese Annahme liegt besonders für die wissenschaftliche Einordnung der *motorischen* Symptome nahe. Sie werden hier nur so kurz erwähnt, weil HOMBURGER diesem Thema eine besondere Studie widmete. (Siehe das nächste Kapitel.) Auch MAYER-GROSS bespricht im klinischen Teil viele dieser motorischen Symptome nochmals von seinem Standpunkte aus.

### Störungen der Gesamtpersönlichkeit.

Die Versuche, die bisher unternommen worden sind, das Wesen der Schizophrenie festzulegen, waren sehr verschieden orientiert. Manche Autoren behielten sich mit Bildern (Orchester ohne Dirigent: KRAEPELIN; machine sans combustible: CHASLIN usw.), andere suchten nach einer Grundstörung, aus der sich alle Symptome ableiten lassen. Bald wählten die Psychologen ganz allgemeine unbestimmte Störungen, aus denen man alles und jedes herleiten kann, und die die Schizophrenie keineswegs kennzeichnen: Abschwächung des Bewußtseins (FREUSBERG 1886, SCHÜLE 1898), herabgesetzte Energie des Bewußtseins (G. LEHMANN 1898), Einengung des Bewußtseins (RAGNAR VOGT 1902), Bewußtseinszerfall (OTTO GROSS 1904), allgemeine Koordinationsstörung (KLEIST 1913), bald glaubte man in spezielleren Störungen ein Gemeinsames zu finden, das den meisten Symptomenkomplexen innewohnt: Insuffizienz der Aufmerksamkeit (TSCHISCH 1886, MASSELOU 1902, WEYGANDT 1904, ZIEHEN, ASCHAFENBURG, STRANSKY), Assoziationslockerung (BLEULER 1911). BERZE (1914) und GRUHLE (1929) haben diese Theorien früher gewürdigt.

BERZE unterscheidet sorgfältig die Primärsymptome als unmittelbar gegebene, nicht weiter rückführbare Symptome von einem „durchgängigen Symptom“, das an allen Primärsymptomen irgendwie aufzeigbar sei. Von beiden unterscheidet sich die Grundstörung, die — an sich nicht aufzeigbar — hinter allen Symptomen erschlossen werden könne. Die einzige Theorie, die die seelischen Symptome der Schizophrenie in jenem Sinne zu ordnen bestrebt ist, daß sie nicht auf einen Generalnenner gebracht (Gemeinsames im Mannigfaltigen), sondern auf eine hinter ihnen stehende, selbst nicht sichtbare *Grundstörung* zurückgeführt werden, stammt von BERZE. Er betont in allen seinen Lehren immer wieder den Hauptunterschied zwischen schizophrenen *Prozesssymptomen* und *Defektsymptomen*. Nicht sehr wesentlich sei das Streben mancher Autoren, die Defektsymptome unter einen Hut zu bringen, z. B. unter die allgemeine Wendung des Bewußtseinszerfalls oder der intrapsychischen Ataxie oder der Assoziationslockerung. Wichtiger sei die Erhellung der aktiven Schizophrenie durch die Annahme einer *schizophrenen Hypotonie des Bewußtseins*. Sie erzeuge eine dynamische und inhaltliche Reduktion der aktuellen Persönlichkeit. Aus ihr resultiere erst die Insuffizienz der psychischen Aktivität. Diese Insuffizienz und jene Hypotonie sei also nicht das Gleiche. Die Hypotonie sei — wenn ich recht verstehe — die wahrhafte Grundstörung, dem Einschlafdenken SCHNEIDERS wohl in manchem ähnlich, doch keineswegs gleich. Die Inaktivität, selbst noch nicht Phänomen, stehe doch den Phänomenen schon näher. Mit dem Stillstehen des Prozesses höre auch Hypotonie und Inaktivität auf: Die aktuelle Persönlichkeit sei erstarrt; die Fähigkeit, Potentielles aktuell werden zu lassen, sei schwer gestört. — Die Insuffizienz der Aktivität sei bald derart gering, daß nur die höchsten Grade der Spontaneität getroffen werden, bald so grob, daß selbst die *Reaktivität* auf ein Minimum zusammengeschmolzen erscheine. Dieser Störungsfaktor, den BERZE als zentral betrachtet, äußert sich auf allen rein seelischen und auf den psychomotorischen Gebieten. So läßt sich in der Tat eine große Zahl schizophrener Symptome auf die primäre

Insuffizienz der psychischen Aktivität zurückführen. Doch habe ich zu zeigen versucht, daß dieses Minusmoment doch nicht imstande ist, alle Erscheinungen des Leidens zu unterbauen. BERZE hat darauf aufmerksam gemacht, daß ein Irrtum aus dem verschiedenen Gebrauch der Begriffe Aktivität und Impulsvorrat entstehen könne. Für ihn ist Aktivität nur Eigenaktivität, und dies ist eine seelische Verhaltensweise. Impulse können auch außerseelisch nur aus dem Körper entstammen und gehören dann zur Aktivität gar nicht dazu. So könne es sogar dazu kommen, daß die Impulse bei *Insuffizienz* der Aktivität eine Vermehrung aufweisen. — So unbestritten natürlich das Recht jedes Autors ist, seine Begriffe selbst festzulegen, wenn es nur klar geschieht, so schwierig erscheint mir die BERZESche Unterscheidung. Einen Crampus, eine myoklonische Zuckung werde ich *nicht* einen Impuls nennen. Wenn also Körperinnervationen irgendwelcher Art einen rein körperlichen Ursprung haben, werde ich nie das Wort Impuls zu verwenden geneigt sein. Wenn jedoch irgend eine Regung meiner Persönlichkeit entspringt, das heißt seelisch entsteht, so scheint hierfür der Ausdruck Impulse, Impulsivität, Spontaneität, Initiative geeignet zu sein. In diesem Sinne ist ein Erregungszustand seelischen wie motorischen Ablaufes eine *Hyperphase* der Spontaneität, ein Stupor ihre *Hypophase*. Erwägt man dies, so tritt man mit erneuter Vorsicht an den Begriff der Aktivität BERZES heran. Zumal wenn man mit KRONFELD und BERZE als „Aktivitätsbewußtsein“ ungefähr das zu verstehen versucht, was man sonst subjektiven freien Willen nennt, scheint es sehr schwer, sich gegenseitig noch zu verständigen. — BERZE und BOSTROEM meinen, der gelegentliche „Erlebnisreichtum“ oder „Gedankenstrom“ (BÜRGER) sei „keine rechte Produktivität“, und BERZE spricht (S. 47) von einer „durch Verflachung entwerteten Überproduktivität“. Aber abgesehen davon, daß in der Psychologie keine Wertgesichtspunkte Raum haben, bleibt ein Erregungszustand eben eine Hyperphase an Produktivität und Spontaneität, ganz gleichgültig, ob ihre Ergebnisse gefallen oder mißfallen. Nach BERZE gehören zur Aktivität auch die normalen Hemmungen (47), er identifiziert die Insuffizienz der Aktivität mit „der dynamischen Insuffizienz der Persönlichkeit.“ Darnach scheint es fast, als wenn BERZE — ähnlich wie es KRAEPELIN oft zu tun pflegte — von der Persönlichkeit als von einem Ideal im Sinne einer Forderung spräche, nicht aber im phänomenologischen Sinne. Ich könnte dem nicht zustimmen. Ich habe — ganz fern jeder polemischen Tendenz — diese Ausführungen für notwendig gehalten, um die Schwierigkeiten der Begriffsabgrenzung zu zeigen. Ich selbst bin nicht mehr sicher, BERZES Aktivitätsbegriff so zu verstehen, wie er ihn vielleicht verstanden wissen will.

BERZES Theorie ist die einzige *psychologische* Theorie der Schizophrenie. Im Schlußkapitel dieses Bandes wird von den Krankheitseinheitstheorien des gesamten Leidens und Ähnlichem noch die Rede sein.

Die Abneigung gegen die ältere Medizin, Psychiatrie, Psychologie, die bestrebt waren, den Körper in Organe, die Seele in einzelne Vermögen oder gar Elemente, schließlich alles in Zellen und Empfindungen (Assoziationen) aufzulösen, ist heute so stark geworden, daß man vielfach die Analyse als Verfahren grundsätzlich ablehnt und sich nur auf Gesamtschau, Ganzheit, Gestalt, Struktur einlassen will. Zieht man von diesen modischen Bestrebungen das Schlagwortmäßige ab und forscht man nach ihrem guten Kern, so bleibt die erfreuliche Tendenz übrig, den Körper, die Seele als ein Ganzes aufzufassen, d. h. keine *selbständigen* Teile anzunehmen, aus denen sich das Ganze zusammensetze, sondern gerade den Wechselbeziehungen zwischen den Teilganzen nachzuspüren. Die heute vielfach geäußerte Abneigung gegen die Analyse beruht auf der fälschlichen Voraussetzung, Analyse bedeute nur eine Zerlegung in

reale Teile. Insofern würde es in der Psychologie überhaupt keine Analyse geben, denn die Seele ist nicht aus Teilen zusammengesetzt. Analyse bedeutet im Seelischen vielmehr die Herausarbeitung einzelner Gesichtspunkte. Die Mannigfaltigkeit des seelischen Lebens hat gewisse Seiten: Ich kann an einem psychischen Akt bald das Ziel, bald die Herkunft, bald die Qualität usw. ins Auge fassen. Wenn man einwendet, gegen eine solche Gesichtspunktanalyse — im Gegensatz zur Realanalyse — sei nichts zu erinnern, nur dürfe man dann z. B. nicht davon reden, daß ein seelischer Vorgang aus dem anderen *hervorgehe* —, weder im Sinne der Kausalität noch des verständlichen Zusammenhangs — so stößt sich ein solcher Einwand nur an die Ausdrucksweise. Genauer müßte man in der Tat so formulieren, daß der seelische Gesamtzustand B aus dem seelischen Gesamtzustand A hervorgehe, und daß B z. B. durch ein Gefühl, A durch einen intellektuellen Vorgang, z. B. eine Einsicht, vorwiegend gekennzeichnet sei. Statt dieser unnütz verwickelten Ausdrucksweise sagt man einfacher, aus einer Einsicht gehe ein Gefühl hervor. Freilich ist es gerade bei der Lehre von den Motiven sehr nützlich, wenn man diese nicht etwa als selbständige Elemente betrachtet, sondern als Situationen. Man darf indessen diesen Gesichtspunkt auch nicht überspannen. So sehr man im Körperlichen den Zusammenhang zwischen den sog. Organen beachten wird, ja so deutlich man sich des Sachverhalts bewußt bleiben wird, daß die Funktion des einen Organs erst im Rahmen eines Ganzen durch die Funktion eines anderen Organs *gesetzt* wird, so wenig kann man doch die Existenz dieser Organe leugnen. Ähnlich im Seelischen: So gewiß z. B. ein bestimmtes Gefühl (Eifersucht) nur innerhalb einer Gesamtsituation bestehen kann und nicht isoliert angetroffen wird, so gewiß ist es doch auch etwas Selbständiges, das in jener gleichen Situation fehlen kann. Gewiß wird das Hinzutreten dieser Eifersucht jene Situation ändern oder besser, die Eifersucht wird die ganze Situation neu gestalten, aber immerhin: sie trat selbständig hinzu oder vielleicht auch: sie entsprang ihr unter bestimmten Umständen neu: real neu und Gesichtspunktfähig neu.

Hält man sich diese Gedanken neuerer Psychologie gegenwärtig, so braucht man gar nicht mehr zu zaudern, die ältere naivere Ausdrucksweise beizubehalten und davon zu sprechen, daß aus einem A ein B hervorgeht, sei es, daß man damit ein kausales, sei es, ein verständliches Auseinanderhervorgehen meint.

Man ist leicht geneigt, ein seelisches Symptom dann als unwichtig, als peripher zu bezeichnen und entsprechend einzuschätzen, wenn man es aus der seelischen Gesamtsituation entfernen kann, ohne Wesentliches an ihr zu ändern. Daß vereinzelt Sinnestäuschungen den sog. Kern der Persönlichkeit nicht sehr erheblich stören, daß überhaupt Einzelakte der Außenweltserfassung, sofern sie gestört sind, die Individualität nicht merklich beeinträchtigen, dürfte allseitig Zustimmung finden. Freilich sind in anderen Fällen bei der viel diskutierten Frage, was wichtig, was unwichtig sei, die Meinungen der Forscher oft noch sehr geteilt. Es sei erlaubt, vergleichsweise juristischer Gedankengänge zu gedenken: wenn ein geistig abnormer Mensch einzelne seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, so liegt keine Entmündigungsreife vor —; wenn er an der Ausübung *aller* für ihn wesentlichen Angelegenheiten behindert ist, so müssen die Voraussetzungen des § 6, BGB. bejaht werden. Auf die *Gesamtheit* der wichtigen Angelegenheiten kommt es an. Freilich können dabei die einzelnen Richter und Sachverständigen verschiedener Meinung sein, ob die Behinderung an einem Teil der Angelegenheiten so wichtig ist, daß eben dadurch die Besorgung der Gesamtheit der Angelegenheiten gestört wird.

In diesem Sinne sind also alle seelischen Akte, die auf die Gegenstandserfassung gerichtet sind, für die Persönlichkeit und ihre Integrität relativ belanglos, es sei denn, daß die Zahl dieser gestörten Akte und die Schwere ihrer Störung

sich so vermehrt, daß der Organismus gleichsam aller seiner geistigen Werkzeuge beraubt und dadurch lahmgelegt wird. Gefühle und Willensstruktur machen dagegen das Wesen der Persönlichkeit so viel mehr aus, daß man in ihnen in der Tat gern den „Kern“ des Individuums sucht. Freilich ist dies mehr eine Weisheit der populären Psychologie. Überlegt man, daß die Gefühle der Trauer, des Neides, der Selbstzufriedenheit, Wehmut, Gereiztheit, Ergriffenheit usw. den *meisten* Menschen eigen sind, und daß ebenso die Stärke und Zahl der Impulse keineswegs Individualgut darstellen, so scheint einem freilich jene These vom „Kern“ viel weniger einleuchtend. In der Tat sind es auch nicht jene „leeren“ Funktionen — auch nicht die auf der Ichseite —, die die Singularität der Person ausmachen, sondern ihre Verbundenheiten mit den Werten des Lebens. Man denke es in KERSCHENSTEINERS Worten: die Persönlichkeit beruht nicht im biologischen, nicht im intelligiblen Charakter, noch auch in der Synthese beider, sondern erst in der Auseinandersetzung dieser durcheinandergewirkten Struktur (sie ist noch leer) mit den Kulturgütern: dem ethischen Charakter. *Die Persönlichkeit besteht in ihrem (singulären) Wertsystem.* Gewiß ist auch diese Struktur im Laufe des Lebens in organischem Umbau begriffen, nicht anders jedoch, wie bei Pflanze oder Tier.

Gerade in diesem Wertsystem offenbart sich die schizophrene Schisis am deutlichsten. Hier erscheint das *Wort* der Schizophrenie besonders glücklich geprägt. Freilich ist es eine oberflächliche, im Sinne der Assoziationstheorie nicht mehr aufrecht zu erhaltende Meinung, daß die Inhalte mit den Gefühlen assoziativ verbunden seien, wie eine Etikette auf dem Heft klebt. Ein konstitutionell bereit liegendes Gefühl sammelt sich vielmehr seine Inhalte, und andererseits erwecken die schicksalsmäßig dargebotenen Inhalte oft entsprechende Gefühle. Dennoch kann eine Lösung jener „Bindungen“ deutlich werden, zuweilen im stürmischen Sinne der Bekehrung<sup>1</sup>, häufiger in langsamer Einschmelzung. Hier wäre der Ort, die FREUDSche Komplextheorie besonders eindringlich abzulehnen. Sicher verschieben sich die Affekte nicht an der Kette der Assoziationen entlang. Vielmehr *schafft* der Affekt oft den Inhalt, und beide vereinen sich dann zu einer neuen ganzen Gestalt. Aber in der Schizophrenie wird die singuläre Ordnung der Sach-Gefühlseinheiten, die man für gewöhnlich als Werte bezeichnet, mehr weniger aufgelöst.

Die gleichen „Motive“ „bewegen“ nicht mehr. Man könnte hier der Energieschwundtheorie BERZES besonders zuzustimmen geneigt sein, wenn man nicht sähe, daß es sich nicht nur um ein Minus, um ein Nachlassen der Grundsätze, ein Laissez-faire, usw. handelt, sondern oft wirklich um eine Umschichtung: starke Gefühle, wie zarte Gemütsregungen, erfüllen andere Inhalte wie bisher oder sind von ihnen erfüllt. Man meint ja diesen Umstand besonders deutlich, wenn man davon spricht, daß man einen schizophren Gewordenen nicht mehr versteht: seine Motivzusammenhänge sind uneinfühlbar geworden, ungeordnet, wechselnd.

Man darf in diesem Umstand nicht etwa ein *neues* Grundsymptom sehen. Sondern die oben geschilderte schizophrene Grundstimmung, Ichstörung, Impulsalteration, der Wahn, die Denkstörung *ergeben* in ihrem Durcheinanderwirken die Zerstörung der Persönlichkeit. Der seelische Zerstörungsprozeß *setzt* erst diese Schisis; sie ist keineswegs in der seelischen Konstitution begründet (im Gegensatz zu KRETSCHMER). Der organische (somatische) Krankheitsprozeß als solcher kann freilich in der (somatischen) Konstitution begründet sein. Es sei aber nochmals betont, daß die geschilderten 4 oder 5 Grundsymptome nicht etwa summativ zusammentreten, um dann als Folge dieser 5 Ursachen

<sup>1</sup> Zahlreiche „Bekehrungen“, Erleuchtungen, Konvertierungen sind schizophrene Umstellungen.

die schizophrene Persönlichkeitsstörung zu ergeben. *Sondern von vornherein ergreift der schizophrene Krankheitsprozeß mehr weniger die gesamte Persönlichkeit und jene fünf Grundsymptome sind nur Gesichtspunktsmäßig, nicht real zu sondern.*

Als Folgerung dieser Auffassung fällt die Einteilung der Symptome in primär und sekundär zwar nicht fort, aber sie behält nicht ihre Wichtigkeit. Als NEISSER und später BLEULER auf diese Unterscheidung aufmerksam machten — KRAEPELIN hat wenig Nutzen davon gezogen —, gingen die Forscher von der Überzeugung aus (meist nicht expressis verbis), der intakt gebliebene Gesamtorganismus reagiere auf irgendein eigenes Symptom, so ähnlich wie man sich gern vorstellt, daß der gesund gebliebene Körpermechanismus etwa auf eine Brandwunde reagiert. In diesem Sinne erschien bei der Schizophrenie etwa eine Wahnidee, z. B. mit Spiegeln bestrahlt zu werden, primär und aus ihr ergaben sich logische und affektive Folgerungen, etwa derart: eine verfolgende Bande bediene diese Spiegel (gedanklich sekundär) und: es sei empörend, daß so etwas heute noch möglich sei (Empörung als affektiv sekundäres Symptom). Dies mag im einzelnen Falle vielleicht eine Auffassung sein, die manches für sich hat. Denn wenn jemand wirklich einmal — man verzeihe die Fiktion — mit Spiegeln bestrahlt würde, dann würde er sich wohl so verhalten; warum sollte sich ein Schizophrener mit seiner eingebildeten Spiegelei nicht einmal auch so verhalten?

In anderen Fällen aber ist eine solche Einteilung in primär und sekundär recht willkürlich und wenig überzeugend. Die eigentlich katatonischen Symptome entziehen sich meist solcher Einordnung. Aber auch die Meinung BLEULERS, der Autismus sei das (sekundäre) Ergebnis des Wunsches, mit sich und seinen Ideen (Wahnideen) allein zu sein, vermag mich ebensowenig zu überzeugen, wie die Deutung, die BLEULER der Ambivalenz unterlegt. — Es sei nur noch des einen Beispiels der Ratlosigkeit gedacht. Stellt man sich vor, man erlebe als Gesunder ganz plötzlich einen Gedankenentzug, so würde man wohl in der Tat leicht ratlos werden *können*, wenngleich mir z. B. der Fall eines im übrigen völlig geordneten schizophrenen Arztes gegenwärtig ist, der nur sehr selten plötzliche Attacken des Gedankenentzuges erlebt (bei sonst symptomarmen Verlauf), der aber dann entweder maßlos entrüstet oder auch traurig verzweifelt wird über diese ihm angetane Vergewaltigung aus der Ferne. Aber er wird nie ratlos. Man wird sich also denken *können*, daß ein halluzinationsgeplagter Gebildeter durch diese Täuschungen, die sich als Stimmen in seine Gedanken eindringen, ratlos werden *kann*; viele werden es freilich nicht. Und ich sah Schizophrene, die weder Wahnideen, noch Sinnestäuschungen, noch Gedankenentzug hatten und dennoch ratlos erregt waren. Man kann in allen solchen Fällen die Ratlosigkeit also auch als ein Primärsymptom auffassen (WERNICKE), ursprünglich mit anderen Symptomen zugleich herbeigeführt, ohne Sinn und ohne verständliche Ableitung.

Ich möchte meine Stellung zum „primär-sekundär“ Problem so festlegen, daß dieser Gesichtspunkt seinerzeit die Forschung wesentlich förderte (BLEULER), daß er heute aber durch andere Gedankengänge überholt worden ist und also weniger wichtig wurde.

Wenn oben von der Zerstörung der Persönlichkeit durch die Schizophrenie vor allem in jenem Sinne gesprochen wurde, daß das ursprüngliche Wertsystem (der ethische, der „gefüllte“ Charakter) umgruppiert oder zerrüttet wird, so war also die Lösung des Affek-Sachbezuges gemeint. Wenn man in diesem Sinne von einem schizophrenen Motiv spricht, so meint man, eine innere oder äußere Haltung sei einem Beweggrund entwachsen, der früher, in normalen Zeiten — eben für diese Handlung kein Beweggrund gewesen wäre. In dieser Weise ließen sich also manche negativistische oder impulsive Aktionen der Schizophrenie auffassen.

Aber es besteht noch eine zweite Möglichkeit, auf die hier hingewiesen sei, wenn gleich sie in vollkommenes Neuland führt (S. GRUHLE, Selbstschilderung). Bei der obigen Auffassung ist B normal und A normal und das Schizophrene daran ist nur, daß beide in das Motiv (Grund-Folge<sup>1</sup>)-Verhältnis treten, was sie im Normalen nie getan hätten. Die zweite Möglichkeit indessen ist die Alteration der Motivbeziehung selbst, also die Störung eben dieses aus einander Hervorgehens, dieses Zusammenhangs. Ein (fingiertes) Beispiel für den ersten Fall wäre jene Motivkonstellation, daß jemand einem bisher geliebten Menschen ohne äußere Gründe anonyme Schmähbriefe schreibt (Wertsystemlösung). Ein Beispiel für den zweiten Fall wäre der Sachverhalt, daß eine Schizophrene erklärt, sie hätte eine andere (hilflose alte) Kranke geschlagen „aus Freude am Leben“. Dazwischen stände etwa das Verhalten einer schizophrenen Kranken, die aus Freude an gutem gesundem Rindfleisch dieses auch in einen Kuchen mit einbuk. Der Fall „Mißhandeln aus Freude am Leben“ ist ganz unvollziehbar. Hier kann man nicht einmal in eine Prüfung eintreten, ob etwa der Motivzusammenhang doch *möglich* sei, sondern hier ist man von vornherein sicher, daß der behauptete Zusammenhang positiv unsinnig erscheint (dabei ist die Kranke nicht etwa verwirrt). „Aus Liebe zu Gott habe ich mich ganz vollgemacht.“ Solche Beobachtungen bringen auf den Gedanken, daß also hier die Funktion des Motivbezuges selbst alteriert ist, der Akt dieser Form des sich Beziehen. Dann würde also auch jene Unverstehbarkeit, die ein so wichtiges Merkmal der Schizophrenie ist, nicht auf dem Verhältnis der Inhalte zueinander beruhen, sondern auf einer Aktstörung, einer reinen (leeren) Funktion und ihrer Störung. Diese Motivstörung würde dann neben die Denkakstörung, Willens-(Impuls-)störung, Gefühlsstörung treten und als Gemeinsames aller dieser Störungen wäre eine reine Akt-, eine reine Funktionstörung herausgestellt. Würde man diese Einsicht derart formulieren: *das Wesen der Schizophrenie sei eine Aktstörung*, so bliebe diese These freilich leer, denn von jedem Verständigen würde sofort die Frage gestellt, *was* denn die schizophrene Aktstörung für eine Aktstörung sei. Mit allgemeinen Worten läßt sich diese Frage nicht mehr beantworten; die ganzen bisherigen Ausführungen sind schon eine Antwort darauf. Mir lag nur hier daran, die prinzipielle Verschiedenheit von der bisherigen psychiatrischen Betrachtungsweise noch einmal deutlich herauszustellen. Die letzten Forscher, die Selbständiges zum Schizophrenieproblem zu sagen hatten, waren entweder noch ganz auf die Inhalte eingestellt (KRAEPELIN und BLEULER) oder arbeiteten außerhalb der Psychopathologie auf dem Grenzgebiete zum Körper (KLEIST); beiden Gruppen war die Einstellung eigen, das Minus, nicht das Aliter zu suchen. Zur funktionalen Erfassung der abnormen Psyche haben sich außer den Heidelberger Forschern, soweit ich sehe, nur noch BERZE und CARL SCHNEIDER-BETHEL entschlossen.

Nachdem der innere Zerfall der schizophrenen Psyche zuerst nach einzelnen Gesichtspunkten, sodann in seiner Persönlichkeitsauflösung gezeigt worden ist, bleibt noch ein Hinweis auf die äußere Form übrig, in der sich dieser Zerfall offenbart.

Daß es kein einzelnes äußeres Ausdruckssymptom gibt, das für die Schizophrenie pathognostisch ist, erscheint selbstverständlich. Daß die äußere Haltung ein Spiegelbild der inneren Haltung ist, ist ebenfalls einleuchtend. Der paranoide Schizophrene mit seiner noch weitgehend erhaltenen Persönlichkeit bleibt meistens auch noch im Besitz der äußeren Formen. Auch hier sei vor der Auffassung gewarnt, als sei der Schizophrene ein Normaler, der nur einige

<sup>1</sup> Im Gegensatz zu Ursache-Wirkung.

abnorme Symptome habe und sich mit diesen gleichsam abfinde. An manchen Stellen der sonst so aufschlußreichen Forschungen BERZES scheint mir diese Auffassung etwas zu stark hervortreten. Freilich sind die normalen Ausdrucksmomente beim Schizophrenen nicht vernichtet. Wenn ein halluzinationsgeplagter Kranker deshalb ein leidendes Gesicht zeigt, wenn ein „hinter die Dinge“ blickender Paranoiker seine Selbstüberschätzung auch im Gebaren deutlich werden läßt, so sind dies natürlich „normale“ Ausdrucksmomente.

Das gleiche gilt nicht von der sog. *Verschrobenheit*. Dieses Wort enthält im ethisch-ästhetischen Sinne ein Unwertmoment. Insofern sollte man zu einem anderen Worte greifen, da jede psychologische Betrachtung wertfrei bleiben soll. Aber der Ausdruck hat sich so eingebürgert, daß er schwer zu ersetzen ist. Erinnert man sich der geschilderten schizophrenen Gefühlsstörung, des veränderten Selbstbewußtseins, der verschobenen Beziehung zur Umwelt, so müßte an sich auch normaler Weise ein fremdartiger Ausdruck erscheinen. Analogien aus dem normalen Leben ließen sich im majestätischen Benehmen irgendwelcher Machthaber, in der übertriebenen Leutseligkeit der Volkstribunen, in der Dünkelhaftigkeit mancher Gelehrten finden. Man könnte die Verschrobenheit vielleicht auflösen in die Neigung zum Ungewohnten, Unangepaßten, Übertriebenen, Absichtlichen<sup>1</sup>. Das *gewollt Ungewöhnliche* scheint mir das Wesentliche zu sein. Darin liegt schon die Auffassung verborgen, daß auch hier nicht ein „Minus“- , sondern ein „anders“-Moment steckt. Der Schizophrene *will* anders sein, er erlebt sich selbst anders als die andern und will das betonen, er ist, wenn nicht gesellschaftsfeindlich, so doch antikonventionell. Mag er als ein einfacher Mann gern Fremdworte gebrauchen oder Hochdeutsch reden, mag er seine Kleidung eigenartig gestalten, seltsame Worte oder eine absonderliche Satzkonstruktion verwenden, mag er sich abwegigen Sekten, Bewegungen, Kau- oder Rohkostvereinigungen anschließen, mag er in Kunst oder Schrifttum auf abstruse Sinnbeziehungen oder Einfälle kommen: aus allen diesen so verschiedenartigen Betätigungen leuchtet doch die gleiche Grundeinstellung hervor: das Schwelgen in der Abwegigkeit, das sich Ausleben in der grundsätzlich andersartigen Geste. „*Pleins d'oppositions et de contrastes, ils passent facilement d'un extrême à l'autre*“ (FALRET 1876).

Es beruht nicht nur auf der altüberkommenen Gebundenheit unserer Kulturwissenschaftler, daß sie überaus empfindlich auf den Nachweis irgendeiner seelischen Abnormität bei einem kulturell hervorragenden Menschen reagieren. Die Verknüpfung von abnorm und unterwertig ist nicht nur ein Denkfehler innerhalb der Kulturwissenschaft, sondern auch in der Naturwissenschaft. Man ist ebenso betrübt über das tiefe Niveau, auf dem MÖBIUS in dieser Hinsicht in seinen Pathographien steht, als man verletzt wird durch die grundsätzlich gleiche, nur mit anderen Vorzeichen versehene Art HILDEBRANDTS. Es werden leichte Anzeichen für eine Besserung deutlich. Das überaus große Interesse, das PRINZHORNs Werk über die Kunst der Geisteskranken fand, entsprang zwar vorwiegend einer zufälligen Zeitströmung, kommt aber doch der weiteren Ausbreitung der Einsicht zu Gute, daß in der Abnormität oft ganz besondere Werte enthalten sind, und daß das Werk vieler Künstler, ja mancher Gelehrter erst recht verstanden werden kann, wenn man deren *abnorme* Zusammenhänge erfaßt. Schon PINEL erwähnt, daß beim Psychotiker die Imagination zuweilen auf dem höchsten Grad der Entwicklung, Fruchtbarkeit und des Geschmacks ist, und daß sich auffallendste und witzigste Darstellungen von Ideen finden. So töricht es wäre, der Sucht gewisser neuerer Literaten zu folgen, das Abnorme geradezu als Vorbedingung der Hochwertigkeit anzusehen, so verkehrt

<sup>1</sup> Siehe GRUHLE: 1929. S. 150.

ist es, abnorm und minderwertig miteinander zu verbinden. Niemand kann ernstlich bezweifeln, daß die Dichtungen HÖLDERLINS, die aus der Zeit nach der Flucht aus Frankreich stammen, ganz besondere Werte enthalten, die schizophran unterbaut sind. Und von STRINDBERG, VAN GOGH und anderen gilt Ähnliches. Soweit die *bildende Kunst* in Betracht kommt, wird BÜRGER in diesem Bande gesondert berichten. Ein zusammenfassendes Werk über die Dichtung und die Musik der Geisteskranken fehlt. Oben wurde bei der schizophranen *Sprache* einiges gestreift. (Weiteres in GRUHLE 1932.) METTE bringt in seiner schönen Studie mehr. Über die schizophrane Denkweise der Gelehrten fehlt alles. Es wäre ungemein verlockend, auch an den Gedankengängen mancher wissenschaftlicher Forscher nachzuweisen, daß gerade diese oder jene denkerische Verbindung, dieser oder jener Einfall, eine bestimmte Lösung, Erfindung usw. nur auf schizophranem Boden erwachsen konnte. Leider muß man sich der gesellschaftlichen Haltung unserer Zeit fügen, die es für taktlos hielte, wenn ein lebender oder erst jüngst verstorbener Gelehrter oder Künstler hier öffentlich als schizophran analysiert werden würde.

Wenn oben das prinzipiell Andersartige, das überraschend Ungewohnte, das absichtlich Oppositionelle usw. als der Kern der Verschrobenheit dargestellt und diese wiederum als Expressivmoment der veränderten Grundhaltung angesprochen würde, so übersehe ich natürlich nicht, daß es auch einzelne Gesten, Bewegungen, Haltungen gibt, die äußerlich — mit Recht — auch als verschroben bezeichnet werden können, obwohl sie nicht der eben beschriebenen Grundeinstellung entspringen. Bei den Stereotypen wurde schon solcher Mechanismen gedacht. Selbstverständlich haben auch *einzelne* abnorme Phänomene ihre *einzelnen* zugeordnete Ausdrucksform. Aber die Fälle sind doch selten, in denen solche solitären Verschrobenheiten bestehen. Meist scheint es nur so. Bei näherem Studium der Individualität stößt man dann doch meistens auf die verbindende schizophrane Grundstimmung. Andere oft außerordentlich verschrobene Handlungen entspringen zwar auch in gewissem Sinn dieser Grundstimmung, sind aber im einzelnen durch Wahnideen determiniert.

So faßte ein Kranker (Robert Weiderich 07/186) beim Essen immer die Schüssel zwischen beide Vorderarme und trank auf diese Weise Suppe und Gemüse. Er nahm einen Zettel nicht mit der Hand, sondern mit beiden Ellenbogen an und hatte darin eine förmliche Kunstfertigkeit ausgebildet. Er aß Fetzen von Büchern und Kleidern. Er redete den Arzt jedesmal mit „Wundervoller Herr Professor“ oder mit „wundervoller hochwohlgeborener Herr“ an. — Maria Eichler (28/120) badete an einem Tage sechsmal (ohne Zwangsvorstellungen), stürzte sich zum Fenster hinaus, obwohl dieses unmittelbar über dem Boden lag, läutete in einer Kapelle an einem Strick immer wieder, bis man diesen hochband. — Helene Vogelmann (23/172) fing plötzlich an, alles Rote (z. B. auf Medizingläsern, Porzellan usw.) zu verkleben. Sie griff 3 Wochen lang alles nur mit der linken Hand an.

Hierzu kommen dann aber noch motorische Mechanismen, die gar nicht „psychogen“, sondern rein somatisch bedingt sind (KLEIST). HOMBURGER hat im folgenden Kapitel dieses Bandes die schizophrane Motorik behandelt. Ein Gesamtbild ist oft schwer und nur mit Hilfe BERZESCHER Gedanken aufzulösen (prozessual und postprozessual).

Stellt man die Frage nochmals, wie sich die schizophrane Gesamtpersönlichkeit von der normalen unterscheidet, indem man jetzt absichtlich von der oben versuchten Gesichtspunktanalyse absieht, so muß man natürlich der BERZESCHEN Gesichtspunkte gedenken. Der eine Kranke wird von seinen akuten Primärsymptomen gleichsam nie losgelassen, der krankhafte Grundprozeß arbeitet vielmehr dauernd weiter. Der zweite übersteht seinen akuten Schub, bildet aus den Resten seiner ersten und zweiten (schizophranen) Persönlichkeit eine neue Struktur und vermag diese vielleicht sogar noch — sich weiter entwickelnd — auszubauen. Ein dritter wurde durch eine schwere Attacke des Leidens so



gründlich destruiert, daß an eine weitere Entwicklung nicht mehr zu denken ist: er verharrt in seelischer Verkümmern. Aber so richtig diese Verlaufsgedanken BERZES auch sind, in der *Erscheinung* wirken diese verschiedenen Verläufe doch vielfach nur als *Grade*. Und so bleibt jene Generalfrage bestehen: wie sich die schizophrene *Gesamtpersönlichkeit* von der normalen unterscheidet. *Subjektiv ist es die innere Entfernung von den Mitmenschen, die schizophrene Einsamkeit, die man etwas übersteigert und wenig glücklich als schizophrene Weltanschauung bezeichnet hat. Objektiv ist es das verschrobene, oppositionelle Gebaren des Kranken. Und in der Beziehung zum Betrachtenden stellt sich für diesen die Unverständlichkeit, Uneinfihrbarkeit des Schizophrenen ein, die wiederum in seiner Motivstörung (Wertsystemerschütterung) begründet ist.*

### Der Verlauf der Schizophrenie.

ist nur insofern ein Gegenstand der allgemeinen Psychopathologie, als man nach dem Ablauf und der Zusammenfügung der abnormen Funktionen forscht. Denn die einzelnen (gefüllten) Symptome sind Sache der individuellen Artung und des Schicksals. Ob jemand bei Neologismen dieses oder jenes Wort formt, ob er die eine oder die andere Stereotypie hat, ob er seine Stimmen im Dialekt oder Hochdeutsch hört usw. wird durch seine Anlagen, seine Herkunft, Umwelt, Bildung usw. bestimmt. Das alles gehört zur Individualpsychiatrie. (Siehe MAYER-GROSS' klinisches Kapitel.)

Warum aber der eine Schizophrene einen schleppend hebephrenen, der andere einen stürmisch-katatonen Verlauf in Schüben, der dritte einen paranoiden Prozeß durchmacht, ist leider vollkommen unbekannt. Auch die Hereditätsforschung hilft dabei nicht, denn die in einer und derselben Stammtafel sich findenden Schizophrenien hatten oft ganz verschiedenen, oft ganz gleichen Verlauf. Aber selbst wenn noch genauere Erblichkeitsforschungen herausstellen würden, daß wirklich in manchen Familien eine Neigung zu der einen oder anderen Symptomatik oder Verlaufsform herrschte, so wäre das bestenfalls eine Tatsache, könnte aber das Verständnis keineswegs fördern. Denn mit der alleinigen Feststellung, irgend etwas sei ererbt, ist ja so gut wie nichts getan. Auch die Beziehungen zwischen Verlaufsform und (leeren) Funktionen einerseits und Charakteranlagen andererseits wurden sorgsam erforscht, ohne daß man sichere Ergebnisse gewann. Selbst die Vermutung, der schubweise Verlauf hinge mit einem Einschluß zirkulären (manisch-depressiven) Erbgutes zusammen (KRETSCHMER und andere) hat sich nicht bestätigt, ganz abgesehen davon, daß eine solche Annahme theoretisch sehr schlecht gestützt ist. — Auch die Forschung danach, ob etwa die schizophrenen Halluzinanten ausgeprägte Vorstellungstypen seien, derart, daß der Stimmenhörende eine besonders starke auditive, der schizophrene Visionär eine große visuelle und der schizophrene Glossolaliker eine deutlich motorische Veranlagung habe, hat *nicht* zu deutlichen Ergebnissen geführt.

Sicherlich sind die Anlagetypen für die BERZESchen Gesichtspunkte wichtig, aber für die Fragen, inwieweit ein Charakter bei leichtem Verlauf des Leidens mit seinen Symptomen „fertig“ wird, inwiefern eine Persönlichkeit imstande ist, beim Stillstand des schizophrenen Grundprozesses eine sozusagen neue Menschlichkeit aufzubauen usw. fehlen noch die Möglichkeiten zur Antwort. Aber dies ist ein ganz anderer Problembereich, nämlich die Forschung nach den lebendigen Kranken, den wirklich vorhandenen Zustandsbildern, den „gefüllten“ Formen.

Sicher ist auch die Umwelt des Kranken von großer Wichtigkeit für seine Symptombherrscherung oder ihren Abbau. Dies wird beim Problem der sogenannten „Anstaltsprodukte“ und der modernen Therapie der Schizophrenie noch eingehend erörtert werden. Aber auch dies liegt auf ganz anderem Felde.

## 2. Motorik<sup>1</sup>.

Von

**AUGUST HOMBURGER †**

Heidelberg.

Mit 25 Abbildungen.

### Allgemeines.

Schon die einfache Betrachtung der katatonen, aber auch der hebephrenen Formen der Schizophrenie stellt so zahlreiche und mannigfaltige Arten des dem normalen Menschen nicht zukommenden äußeren Verhaltens auf dem Gebiete des Bewegungswesens fest, daß sich lange Zeit die Diagnose geradezu vornehmlich auf sie gestützt hat. Die Ausdrücke „Spannungsirreseis“ und „Geziertheit“ bezeugen dies. Je eindringlicher die Beobachtung dieser Erscheinungen wurde, je größer die Kenntnis ihrer Abwandlungen, um so stärker wurde auch das Bedürfnis, sie nicht nur mit unterschiedlichen Bezeichnungen zu benennen und zu verzeichnen, sondern sie auch nach wesensmäßigen Gesichtspunkten zu ordnen, um sie nach ihren Entstehungsbedingungen, ihrem gegenseitigen Verhältnis und ihrem Verhältnis zu dem seelischen Geschehen zu begreifen. Erst sehr langsam haben sich Kenntnisse und Betrachtungsweisen erschlossen, welche geeignet sind, unser von KAHLBAUM, HECKER, CL. NEISSER, WERNICKE und KRAEPELIN begründetes Tatsachenwissen einer solchen Bearbeitung zugänglich zu machen.

Nach dem heutigen Stand der Lehre von den Bewegungsstörungen und -äußerungen der Geisteskranken, setzt ihre Schilderung wie ihre Analyse und Einordnung eine Gesamtauffassung vom Bewegungswesen des Gesunden voraus, so daß aus der Gegenüberstellung beider die Grundlinien der Darstellung hervorgehen. Diese Gesamtauffassung stützt sich auf die Ergänzung des unmittelbar Wahrnehmbaren und Abschilderungsfähigen, also des sog. Verhaltens (im weitesten Sinne auch unter wechselnden gesetzten Bedingungen), durch die Ergebnisse von Untersuchungen, welche sich an die Bewegungswerkzeuge und ihre Abhängigkeit von den anatomisch-physiologischen Grundlagen ihrer Funktion wenden. Die Gebrauchsfähigkeit der Glieder, welche wir als *Motilität* bezeichnen, setzt die Unversehrtheit von grauen Massen und Leitungswegen im Zentralnervensystem und der Verbindungen der Erfolgsorgane mit ihm voraus. In den verwickelten Aufbau und den Beziehungsreichtum der ersteren haben uns die Forschungen des letzten Jahrzehnts erst eigentlich einen tieferen Einblick gewährt durch die Aufhellung des feineren Baues und der Leistungen der grauen Massen des Stammhirns, der sog. extrapyramidalen motorischen und der mit ihnen verknüpften vasomotorischen, sekretorischen und vegetativen Apparate.

Der Gebrauchsfähigkeit der Glieder, der Beweglichkeit, steht der wirkliche Gebrauch gegenüber, in dem uns der Mensch als ein bewegter Organismus erscheint. Dieses Bewegungswesen als Ganzheit nennen wir Motorik. Wir treten an sie mit Fragestellungen heran, welche sich an die Formgebung, den Bewegungsablauf, an Rhythmus, Tempo und Dynamik, an Haltung, Ortsbewegung, Gesichtsausdruck und Gebärde, Arbeitseignung, Formniveau und persönliches Gepräge richten.

Daß jede Motorikleistung in diesem Sinne durch Störungen der Motilität eine Änderung erfahren *kann*, bestimmte Leistungen jener durch bestimmte

<sup>1</sup> Nach seinem Tode überarbeitet von HANS W. GRUHLE. Alles wesentliche wurde unangetastet gelassen. Bilder und Schriftproben wurden von GRUHLE eingefügt.

Störungen dieser sie erfahren *müssen*, ist selbstverständlich. Festzuhalten ist aber folgendes: Alles, was zur normalen Motorik gehört, hat seelische Bezüge, hat unmittelbar oder mittelbar etwas zu tun mit dem seelisch-geistigen Wesen des Menschen, ist in irgendeinem Sinne zugleich oder wesentlich dessen Ausdruck oder Auswirkung. Damit und hierin liegt eine Schwierigkeit dieses ganzen Fragenkreises, ist aber nicht gesagt, daß jede grob-anatomische oder funktionelle Störung der Apparate, deren Leistungen die Motorik bestimmen, sich auch seelisch überhaupt und in einer unseren heutigen Hilfsmitteln erkennbaren Weise äußert. Ist der Ausdruck des Seelischen in der Motorik durch Ausfalls- oder Reizerscheinungen verändert, so ergibt sich hieraus keine Rückschlußmöglichkeit auf das Seelische selbst.

Den Aufbau des Zentralnervensystems stellt man sich heute, fußend auf den Forschungen von SHERRINGTON und MAGNUS und ihren Schulen als eine Übereinanderschichtung von Leistungssystemen immer höherer Ordnung vor, die ein jedes in sich selbst und durch die nächsten mit dem höchsten *integrativ* organisiert und verbunden sind. Man versteht hierunter die von SHERRINGTON zuerst grundsätzlich durchgearbeitete Auffassung, daß die Funktion der grauen Massen, wo sie eintritt, auch stets im Sinne der Einheitlichkeit des Organismus wirkt, d. h. daß sie das zweckgerichtete Ineinandergreifen seiner Teile sichert. Teilt man diese Auffassung von der Sinnbeziehung innerhalb der Ordnung des Organischen in bezug auf das Zentralnervensystem, dann erscheinen auch die anatomisch-physiologischen Grundlagen der Ausdrucksmöglichkeiten des Seelischen als ein Glied dieses integrativen Funktionsaufbaues. Dies ist nicht nur naturwissenschaftlich folgerichtig, sondern auch der unbefangenen Betrachtung geradezu selbstverständlich; denn ein in seiner Motorik veränderter oder auffälliger Mensch erscheint ihr auch in der Einheitlichkeit seines Wesens in einer irgendwie bedeutsamen Weise betroffen. Es fragt sich nur, ob diese Weise immer unter dem Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit allein richtig erfaßt wird. Denn ebenso wenig wie alles Seelische im naturwissenschaftlich-biologischen Sinne zweckmäßig ist, können Störungen des Ausdrucks des Seelischen im allerweitesten Sinne vom Standpunkt der Störungen eines Zweckgefüges allein zureichend verstanden werden. Denn erstens sind gesetzte Ziele und Zwecke geistige Leistungen, die weitgehend von der biologischen Zweckmäßigkeit losgelöst sind und anderen Gesetzen gehorchen, und zweitens wird es außerordentlich schwer und infolge der Schwäche unserer Theorien für jetzt vielleicht überhaupt unmöglich sein, uns darüber zu entscheiden, ob und wann der Ausdruck des Seelischen eine Handlung oder ein noch auf einer seelischen Vorstufe des Handelns oder in einer anderen seelischen Schicht ablaufendes Geschehen ist. Die grundsätzliche Klarheit über diese wissenschaftliche Lage ist für uns deshalb erforderlich, weil bei den psychomotorischen Störungen der Schizophrenen ungemein häufig die Frage auftaucht, ob ein dem motorischen Verhalten (nach der Erfahrung an Gesunden und Geisteskranken) entsprechendes Seelisches vorhanden ist, dessen Ausdruck dieses abnorme Verhalten ist, oder ob das motorische Verhalten eine organisch-neurologische Funktionsstörung ist und nichts außerdem. So naheliegend und fast selbstverständlich dieses Entweder-oder früher war, der heutige Stand der allgemeinen Physiologie des Nervensystems läßt den einfachen Ausschluß des einen durch das andere nicht mehr zu<sup>1</sup>.

Will man die schizophrenen Bewegungsstörungen aber zunächst ohne spezielle Theoriebildung überhaupt zu Bekanntem in Beziehung setzen, was ja der Ausgangspunkt jeder Ordnung ist, so ist eine Vergegenwärtigung des normalen Bewegungswesens in seinen Grundzügen Voraussetzung. Unter Berücksichtigung

<sup>1</sup> Vgl. dazu v. WEIZSÄCKER: Handbuch der Physiologie, Bd. 10, E/II, 2, S. 90f.

der unendlich mannigfaltigen und individuellen Spielarten der Norm können wir sagen: die Bewegungen des Gesunden sind — zum mindestens in ihrem Idealtypus — frei und schlüssig, richtungssicher: sie haben einen bestimmten Stil; sie entsprechen in Ausmaß, Kraftaufwand, Zeitfolge einem bestimmten erkennbaren Sinn oder Zweck; die Einzelbewegung hat ein Verhältnis zum ganzen Körper und zu seiner Haltung, auch zu seiner Ruhe oder Bewegtheit und zu der gleichzeitigen beobachtenden oder mitgehenden Beteiligung der Sinnesorgane.

Die *Ortsbewegung* besitzt in der Norm eine weitgehende Selbständigkeit; bei freier, persönlich geprägter Haltung von Rumpf, Kopf und Hals gehen mit ihr gewisse Mitbewegungen von Schultern und Armen einher, welche dem *Gesamtkörper* ein leichtes Gepräge der Beteiligung an der Ortsbewegung verleihen. Sie sind vielleicht als Rest des frühkindlichen Bewegungstypus zu verstehen, der dadurch gekennzeichnet ist, daß jede zielgerichtete Bewegung, so auch der Gang den ganzen Körper mehr oder weniger mit einbezieht. Die *Arbeitsbewegung* kennzeichnet sich durch die zweckmäßige Verwendung der Gliedmaßen und ihrer Abschnitte, der sich auch die Haltung der nicht unmittelbar verrichtenden Körperteile durch Feststellung oder nachgebende Anpassung einfügt. Als *Geschicklichkeit* bezeichnen wir einen durch ursprüngliche Eignung oder Übung erlangten hohen Grad treffsicherer Einheitlichkeit, als *Leichtigkeit* die Beschränkung auf das kleinste Kraftmaß. Arbeitsmotorik und Ortsbewegung müssen vielfach gemeinsam betätigt werden, können aber einen verschiedenen Grad von Leichtigkeit und Flüssigkeit besitzen; im Rahmen der Norm wird die Einheitlichkeit auch dann noch durch die Beziehung beider zu dem dritten Bewegungsbereiche, der *Ausdrucksmotorik* gewahrt.

Diese besteht aus Gesichtsausdruck und Gebärden in jenem weitesten Sinne, in dem Ausdruck als Bezogensein auf Seelisches verstanden werden kann. Es ist zu unterscheiden zwischen dem Erfassen, daß eine Bewegungskombination Ausdruck ist und dem Erfassen dessen, wovon sie Ausdruck ist. Wir sprechen daher auch von unverständlichem Gesichtsausdruck und unverständlicher Gebärde, wenn wir das erstere vermuten, aber nicht das letztere erfassen. Also muß, ähnlich wie auf dem Gebiete der Stimmungseinfühlung eine subjektive Gewißheit über Seelisches vorhanden sein, auf Grund deren wir in gewissen Situationen Ausdrucksmotorik von Zweckmotorik zu unterscheiden vermögen, auch wenn die Ähnlichkeit sehr groß ist. Der Sinn von Scherz und Spiel gegenüber Ernst und Zweckleistung kann z. B. an ganz geringen Abwandlungen unter Umständen auch dann erkannt werden, wenn der Gesichtsausdruck darüber nichts Bestimmtes aussagt.

Das *Bewegungsgesamt* des Menschen besitzt ein persönliches Gepräge ebenso wie die genannten Teilbereiche, ja, sogar einzelne Bewegungen können sich als Gewohnheiten und Eigentümlichkeiten zu untrüglichen Kennzeichen des Individuums herausbilden. Dieses Gepräge bleibt trotz seiner persönlichen Besonderheit in gewissem Umfange während des ganzen Lebens abwandlungsfähig. Es erlangt nach der Pubertät allmählich eine Dauerform, die es bis zum höheren Alter zu behalten pflegt. Aber auch das in den Reifejahren überwundene und umgestaltete kindliche Bewegungswesen hatte schon eine persönliche Prägung, von der zumeist ein Teil in die endgültige Formung übergeht. Die spezifisch kindlichen Anteile, welche an den kindlichen Körperbau und seine Ausmaße gebunden sind, gehen verloren, die anlagemäßig gesetzten Ausdruckszüge verbleiben. Aber es gibt auch Anlagen motorischer Besonderheiten, deren Offenbarungszeit erst jenseits der Pubertät, ja selbst erst im reifen Alter liegt. Andererseits werden manche Kindheitsmerkmale latent, ohne ganz verloren zu gehen; sie können in besonderen Lagen überraschend wieder zutage treten

und auch zu Zwecken der Nachahmung kindlichen Verhaltens oder zur Anpassung hieran besonders beim weiblichen Geschlecht verfügbar bleiben. Endgültig nachahmungsunfähig wird die kindliche Grazie und die den Differenzierungsvorgängen noch nicht erlegene, besondere sorgenfreie und ungetrübte Klarheit des Gesichtsausdrucks, die dem körperlich und seelisch gesunden, in voller Lebensfrische stehenden Kinde eigen ist. Die Erlebnisprägung des Erwachsenen ist aber in einer weiten Spanne gegensätzlichen Ausdrucks fähig, so daß er jugendlich und gealtert erscheinen kann. Ein gewisser *Ausdruckswechsel* im Altersgepräge gehört zur normalen Abwandlungsbreite der Motorik auf der Höhe des Lebens; er hängt von den Einflüssen des Allgemeinbefindens, von Stimmung und Erlebnis, von Vorhaben und Tätigkeit, von Müdigkeit und Frische ab.

Mancher motorische Gestaltwandel beruht nicht auf einer *Wesensveränderung*, wohl aber auf einer *Wesensvielseitigkeit*, d. h. auf dem motorischen Reichtum der angeborenen Ausdrucksbegabung Gesunder oder solcher psychopathischer Persönlichkeiten, zu deren Wesen jähe Stimmungsumschläge und eine starke Abhängigkeit von allgemeinen Körperempfindungen und besonderen Organmaßempfindungen gehören. Alle hier berührten Beziehungen werden im Bereiche der Schizophrenie zum Gegenstande besonderer Fragestellung, denn sie läßt keinen Bereich des Bewegungswesens und kein Bewegungsgefüge grundsätzlich unberührt.

### Die motorischen Grundsymptome.

Die motorischen Störungen der Schizophrenen bewegen sich zwischen völliger Reglosigkeit und höchstgradiger Tobsucht in einer großen Zahl mannigfaltiger Zustände, Bewegungsformen, Gestalten, Ablaufsweisen und Veränderungen, die im Laufe sehr verschieden langer, auch ganz kurzer Zeiträume bei demselben Kranken einander ablösen können. In dem Reichtum der Erscheinungen treten aber immer wieder gewisse Grundsymptome hervor, die man nach neurologischem und psychologischem Gesichtspunkte einander gegenüber stellen kann. Das heißt, man kann die Bewegungsstörungen beschreiben ohne Ansehung der gleichzeitigen seelischen Vorgänge, und ohne sie auf die psychotisch veränderte oder vorpsychotische Persönlichkeit zu beziehen, oder man kann den Versuch machen, sie gerade aus diesen Beziehungen heraus darzustellen. In äußerster Ausrichtung würden diese beiden Verfahren den Standpunkten entsprechen: die Schizophrenie ist eine organische Gehirnkrankheit mit geistiger Störung — die Schizophrenie ist eine geistige Störung mit Äußerungen im Gebiete des Bewegungswesens. Die erstere Auffassung hat bis in die äußerst möglichen Folgerungen KLEIST, die letzteren C. SCHNEIDER durchzuführen versucht (s. darüber unter dem Kapitel „Theorie“).

Die Übersicht über die motorischen Grundsymptome bedarf der Heraushebung derjenigen Verlaufsform, die von den Bewegungsstörungen ihren Namen erhalten hat und von KAHLBAUM als Spannungsirresein bezeichnet wurde, die *Katatonie*. BOSTRÖM hat ihnen in Bd. 2, Allgemeiner Teil 2, eine ausführliche Darstellung gewidmet, auf die wir verweisen. Als äußerste Ausprägung kennen wir hier den Zustand gespannter Reglosigkeit, den *katatonischen Stupor*. Die Muskulatur befindet sich in einer tonischen Spannung, welche den Körper in bestimmten Lagen, Stellungen oder Haltungen längere Zeit festhält. Die Reglosigkeit kann zuweilen als vollkommen erscheinen; doch läßt sich meistens in einiger Frist doch die eine oder andere Blickbewegung beobachten, während der Körper im übrigen in gleichmäßiger *starrer Akinese* verharrt. Auch wenn sich die Reglosigkeit auf den ganzen Körper erstreckt und so den Eindruck erweckt, als sei auch die *Starre* überall gleich, so überzeugt die Untersuchung

der einzelnen Muskelgebiete davon, daß der Spannungszustand nicht allenthalben dieselbe Stärke besitzt, und in der Verteilung der Spannung gewisse Häufigkeitstypen vorwalten. Man muß, damit nicht eine reaktive Spannungssteigerung einem derben Zugreifen antwortet und so das ursprüngliche Bild verwischt, behutsam vorgehen und möglichst zuerst durch die Besichtigung einen Überblick über die Verteilung der Spannung zu gewinnen suchen. Die hierzu erforderliche Übung gewinnt man im Rahmen der katatonischen Zustandsbilder selbst durch den Vergleich mit der *schlaffen Akinese*, die später darzustellen sein wird, und vor allem mit dem normalen Körper. Die starre Akinese, in der wir den Kranken im Bett antreffen, kann ihn in eine maximale Strecklage versetzen, den Hinterkopf fest in das Kissen gedrückt, den Rücken lordotisch gehöhlt, die Füße entweder im Verlängerungstypus und einwärts gestellt oder was seltener vorkommt, aufwärts und auswärts gewendet. Die Impulsverteilung kann die Adduktoren der Oberschenkel bevorzugen und die Beine bis zur festen Pressung aneinander drängen. Die Arme können bei gestreckten Händen und Fingern, so daß sogar die Fingerspitzen in die Höhe stehen und sich ein wenig von der Unterlage abheben, dem Rumpf eng anliegen. Das Vorspringen der Muskelbäuche zeigt die Verteilung und das Maß der Spannung am häufig hageren und abgemagerten Körper dort am deutlichsten, wo die Hauptstrecker und die Sehnen der Oberfläche am nächsten liegen, also auch am Halse. An der Brust können, obgleich am Streckakt als solchem nicht beteiligt, die Pectorales vorspringen, bei geringem Umfang der Atembewegungen die der Ein- und Ausatmung dienenden Muskeln einander das Gleichgewicht halten und in dieser Feststellung des Brustkorbes beide mehr als bei normalem Atmen hervortreten. In allen diesen Beziehungen hebt die hager-schlankwüchsige Körperform auch beim nicht muskelstarken Menschen die wesentlichen Formen ganz besonders hervor. Daher kommt es, daß man aus der Besichtigung zwar von den reliefgebenden Muskeln und ihrem Spannungszustand ein „plastisches“ Bild gewinnen kann, während die „Hintergrundsmuskeln“ ihr nicht mit annähernd gleicher Deutlichkeit zugänglich sind. Wenn die Entblößung des Körpers behutsam erfolgt, verbleibt der Körper im vorherigen Zustand. Der Übergang zur Betastung muß nun so geschehen, daß diese nicht den Reizwert einer passiven Bewegung oder eines „Angriffes“ erlangt. Je sachter man also tastet und je weniger man greift, um so eindeutiger, aber auch um so reichhaltiger kann der Befund werden. Gewöhnlich findet man eine gleichmäßige Spannungsverteilung auf beiden Körperhälften. Diese Symmetrie des akinetischen Zustandes ist sowohl der starren wie der schlaffen Form in der Mehrzahl der Fälle eigen, wenigstens was Rumpf und Gliedmaßen anbelangt; im Gesicht gibt es Ausnahmen, von denen im Zusammenhang mit der Mimik noch zu sprechen sein wird. Eine leichte Seitenwendung des Kopfes kann selbstverständlich schon zu einer ungleichen Spannungsverteilung der Muskeln am Halse führen. Bei der allgemeinen starren Akinese kann aber eine sorgsame und vorsichtige Betastung schon feststellen, daß die rumpfnahen Muskeln starrer sind als die rumpffernen, und daß solche Muskeln, die an sich nicht der Streckung dienen, wie der Bizeps, an Spannung den Streckern nichts nachzugeben brauchen. Es ist also nicht die Haltung als solche, welche die Impulsverteilung bestimmt. Die Gesichtsmuskeln sind gewöhnlich in einem weit weniger gespannten Zustand trotz ihrer Rumpfnähe; sie können sogar davon nahezu ausgenommen sein. In anderen Fällen oder zu anderem Zeitpunkt kann ihre Spannung wiederum sehr stark sein.

Ist in der Reglosigkeit die Starre nicht allgemein, so zeigt sie deutlich eine Bevorzugung bestimmter Muskelgebiete, in erster Linie in einer Steifhaltung des vom Kissen etwas abgehobenen Kopfes (s. BERZE-GRUHLE, Abb. 2, 5, 9, 10; GRUHLE, Psychiatrie, Abb. 17, S. 219 und in diesem Bande unter GRUHLE S. 197),

in dem Zusammenpressen von Kiefern und Lippen und nicht selten auch der Augenlider. Der Versuch des Untersuchers, diese Spannungen zu überwinden, begegnet sogleich einem außerordentlich großen Widerstand. Diese statische Innervation erfährt aber bei Fortsetzung des Versuches einen weiteren Zuwachs, den *negativistischen Widerstand*. Ungleiche Spannungsverteilung ist unter anderen Gesichtspunkten Zwischenstufe zwischen starrer und schlaffer Akinese. Sie zeigt trotz einer gewissen Mannigfaltigkeit gleichfalls bestimmte Vorzugstypen, unter denen die Lösung, die im Ellenbogengelenk beginnt und bis zu den Fingern zunimmt, am häufigsten angetroffen wird und sich sogar unter den Augen und Händen des Untersuchers vollziehen kann. Für die gesamte Betrachtungsweise der katatonen Innervation ist die scharfe Gegensätzlichkeit besonders beachtenswert, die in einer maximalen negativistischen Starre der genannten Vorzugsgebiete und einer *gleichzeitigen*, selbst unter den normalen Spannungsgrad sinkenden Lösung der Vorderarmmuskeln zutage tritt. Neben Seitengleichheit dieses Vorgangs kommt auch Einseitigkeit, neben Gleichzeitigkeit auch Aufeinanderfolge in kurzem oder längerem Abstände vor. Hebt man z. B. behutsam mit Daumen und Zeigefinger über dem Handgelenk den Unterarm etwas in die Höhe, so fühlt man nicht nur die Gelöstheit im Ellenbogengelenk, sondern man sieht auch die Hand locker herabhängen. Nun kann aber wieder etwas ganz Merkwürdiges und Unerwartetes eintreten, nämlich eine stärkere Spannung und Fixation im Schultergelenk. Also die Gliedabschnitte selbst können ganz ungleiche Spannungszustände zeigen, unter denen Feststellungen der großen Gelenke mit besonderer Vorliebe vorkommen, und zwar namentlich durch Pectoralisspannung. KLEIST hat darauf aufmerksam gemacht, daß man diese letztere durch einige energische Abduktionen des Oberarms in einer Stärke hervorrufen kann, daß der große Brustmuskel wulstartig vorspringt, und diesen Kontraktionszustand längere Zeit isoliert beibehält.

Die Mannigfaltigkeit der Spannungsverteilung ist im allgemeinen an den oberen Gliedmaßen größer als an den unteren, die mehr zur Symmetrie neigen, und an denen ein leichteres Übergehen einer einseitig hervorgerufenen Änderung auf die andere Seite im Vergleich zur oberen Extremität zu denjenigen Erscheinungen gehört, in denen sich die normalerweise weitgehende Unabhängigkeit der Arme und Hände voneinander widerspiegelt. Hier kommt ein Grundunterschied der Ortsbewegungen gegenüber den Hantierungen zum Ausdruck: dort bilaterale Symmetrie und alternierend rhythmischer Ablauf als Grundtypus, hier Gebrauchsverschiedenheit auf Grund der Vorzugsstellung der rechten Hand in den Verrichtungen des Alltags.

Am anderen Ende der Reihe steht die *schlafte Akinese*, deren höchster Grad in den ohnmachtsähnlichen Zuständen auftritt, die STEINER unter den *Anfällen* schildert (S. 278). Im akinetisch-schlaffen Zustandsbilde herrscht im weitesten Umfange Hypotonie ohne Änderung der Reflexe, vergleichbar der Erschlaffung, in der man die Gesamtmuskulatur in der Narkose antreffen kann; auch der Unterkiefer kann herabsinken und der Speichel dem Munde entfließen; schlaff hängen die Lider herab, einen schmalen Spalt offen lassend. Die Oberschenkel werden breit und flach, die Schultern hängen, oder Kopf und Hals sinken ein und drängen sie in die Höhe. Das Bild der starren und der schlaffen Reglosigkeit hat beim bettlägerigen Kranken etwas besonders eindrucksvoll Eintöniges (s. die Abb. 17, 18, 20 in GRUHLE, Psychiatrie, 2. Aufl., S. 218 und die Abbildungen auf den Seiten 158—160 in BERZE-GRUHLE); diese Lage selbst ist ja schon bei dem Gesunden oder dem körperlich kranken Menschen mit einer gewissen Stille und Ruhe verbunden, um deretwillen er das Bett aufsucht; aber auch jene kleinen Lage- und Haltungsveränderungen, die der wache Bettlägerige sonst in kurzen Zwischenräumen zu vollziehen pflegt,

fallen weg oder kommen nur selten und angedeutet vor. Während die schlaffe Akinese in höherem Grade die Bettruhe fordert und kaum ein Verweilen im Lehnstuhl möglich macht, weil der Körper zusammensinkt, vertragen sich die nicht so schweren Zustände der starren Reglosigkeit noch so lange mit dem Aufsein, als die aufrechte Körperhaltung und die Bewahrung des Gleichgewichtes möglich ist. Namentlich in früheren Zeiten, in denen man Katatonische sich einfach selbst überließ, sah man sie im Stupor frei stehend oder an die Wände gelehnt, viele Stunden lang in gleicher Haltung, kalt und blau. Auf jeder unruhigen Abteilung kann man beobachten, wie der eine oder andere erregte Kranke plötzlich innehält und reglos so verbleibt, wie die Akinese ihn gerade befallen hat.

In diesem Zustande kann das Gesicht ausdruckslos oder ausdrucksvoll erscheinen, und das Körperganze kann der Erstarrung in einer bildhaften Geste von eindeutigem Ausdruck gleichen oder aber, jeder Ausdruckseinheitlichkeit entbehrend, sonderbar verzogen und entstellt, „vertrakt“ und „verzwickt“ erscheinen. Unter den ausdrucksineutig erstarrten Körperhaltungen kommen die des Gekreuzigten und Standbildformen besonders häufig vor. Der Kranke steht mit verschränkten Armen und ins Weite oder nach oben gerichtetem Blick und gespanntem Gesichtsausdruck da oder seine Haltung ist befehlend mit ausgestrecktem Arm und Zeigefinger und drohender Miene. Andere ausdrucksstarke Haltungen fließen in *hyperkinetische Bewegungsabläufe* ein, die weiter unten zur Darstellung kommen.



Abb. 1. Anna Harburger 09/30. 21jährige, bisher normale Fabrikarbeiterin. Frische leichte Katatonie. Spontanhaltungen, in keiner Weise beeinflusst. Keine Momentphasen, sondern lang innegehaltene Stellungen, die sich stereotyp öfter wiederholten. (Man vgl. Abb. 6 und 7 in BERZE-GRUHLE, S. 159.) (Aufnahmen von A. WETZEL.)

Fordert man einen akinetischen Kranken, dessen Muskeln sich nicht in Starre befinden, auf, ein Glied zu bewegen oder sich aus der Rückenlage zu erheben und beherrscht ihn keine Widerstandsneigung, so kann man leichte und schwache Ansätze namentlich zu Hand- und Fingerbewegungen wahrnehmen, wie wenn der Kranke die verlangte Bewegung ausführen will, aber nicht kann. Daß sein Wollen der Aufforderung entspricht, ist oft ganz unverkennbar; denn auch der Gesichtsausdruck zeigt deutliche, wenngleich schwache Zeichen der Bemühung, z. B. ein Zusammenziehen der Augenbrauen und ein leichtes Anheben des Kopfes. Setzt man den Kranken auf den Bettrand, indem man ihn immer wieder ruhig und geduldig zuspricht, dann fängt er langsam und oft mühselig an, die Arme auf die Matratze zu stützen, sinkt aber mit dem Rumpf noch kraftlos zusammen. Und das Gleiche wiederholt sich, wenn wir ihn auf die Füße stellen wollen; während wir ihn unter den Armen halten, läßt er sich hängen, macht aber doch mit den Füßen, obwohl wir ihn nur zu hockender Stellung angehoben haben, Versuche zu „gehen“, d. h. er schiebt die Füße ein wenig am Boden hin. Lassen wir nicht nach, so kann es gelingen, daß er sich allmählich aufrichtet und dann schlaff und so kraftlos dasteht, daß wir in Hilfsstellung in



seiner Nähe bleiben müssen. Diesen Zustand kann man nur als Schwäche, als Asthenie bezeichnen (KLEIST), und ob zwar der Vergleich mit der hysterischen Astasie-Abasie sich ganz unwillkürlich aufdrängt, vermissen wir das eigentlich Demonstrative dabei, die darstellerische Absicht. Aber auch bei diesen psychomotorisch-asthenischen Abarten der Akinese kann ein scheinbar demonstratives Beiwerk ganz eigentümlicher Art sich einstellen, worauf gleichfalls KLEIST schon aufmerksam gemacht hat. Er sah einen Kranken, den man aufzurichten versuchte, passiv in die Knie sinken, und als dieser den Boden berührte, ging er aus der Akinese in eine darstellerische Haltung über, in dem er Kopf und Augen aufwärts wendete und die Hände zum Gebet faltete. Solche *Ergänzungsbewegungen*, wie KLEIST sie nannte, weisen vielleicht auf das Bewußtsein des Kranken von der Veränderung seines Bewegungswesens und damit auf eine Möglichkeit hin, durch Änderung der Situationen den Kranken unwissentlich verschiedenen Versuchsbedingungen zum Studium seiner Motorik zu unterwerfen.

Wir müssen uns jetzt, um die Formenlehre der schizophhren Motorik zu ergänzen, einigen Begriffsbestimmungen von *Muskelzuständen* und Verhaltensweisen zuwenden, denen wir in den verschiedenartigsten Bewegungsbildern begegnen. Die als *Negativismus* bezeichnete widerstrebende Haltung der Kranken, welcher feindselige Regungen wie Zorn, Trotz und Haß oder aber Angst zugrunde liegen könnten, aber keineswegs müssen, denn sie kann primär, d. h. nicht weiter zurückführbar sein, zeigt sich im sog. *Gegenhalten*. KLEIST bestimmt diese Erscheinung jetzt als ein Widerstreben gegenüber Lage- und Handlungsveränderungen, bei denen der Versuch, die Haltung des Körpers oder eines Körperteils durch passive Bewegungen zu ändern, mit einer diese Haltung befestigenden Muskelspannung beantwortet wird, die mit der vom Untersucher aufgewandten Kraft wächst. Das Gegenhalten kann auf einzelne Gruppen beschränkt sein und bevorzugt dann die schon früher bei der starren Akinese angeführten Muskeln: die Unterkieferheber, die Halsmuskeln, die Muskeln des Stammes und die proximalen Abschnitte der Gliedmaßen, die Adduktoren der Oberarme und Oberschenkel. Zum Gegenhalten gehört auch das Streben wider natürliche haltungsändernde Kräfte, gegen Empfindungen und Mißempfindungen, vor allem gegen die Schwerkraft.

Ist das negativistische Gegenhalten ein „spontaner“ Vorgang oder eine Antwort auf passive Bewegungsversuche, so ist die im Ergebnis ihm ähnliche *Kontraktionsnachdauer* das Verharren der Muskeln in einem Spannungszustand, in den sie durch eine *willkürliche* Bewegung versetzt worden waren.

In Zuständen, in denen die Bewegungsantriebe aufgehoben oder im Sinne der eintönigen Verarmung verändert sind, zeigt die Muskulatur eine Neigung zum Festhalten ihr passiv verliehener Stellungen in Verbindung mit zähplastischer sog. „wächserner“ Biegsamkeit: *Katalepsie mit Flexibilitas cerea*. Zumeist läßt sich in diesem Zustande der ganze normale Bewegungsumfang der Gelenke in der Stellungsgebung ausschöpfen und die Gliedabschnitte lassen sich in ganz beliebigen, willkürlich sonst nie vorkommenden Biegungen und Drehungen wie bei einer Gliederpuppe zueinander und zum Rumpfe stellen. Auch die Kopf- und Halsmuskeln nehmen daran teil. Die antagonistisch-synergische Regelung des normalen Bewegungsausmaßes ist bei der Katalepsie unwirksam, so daß auch Streckungen, Beugungen und Drehungen herbeigeführt werden können, die dieses Ausmaß überschreiten. Auch in den sonderbarsten, das Gleichgewicht bedrohenden Stellungen verharrt die Muskulatur sehr lange, ohne daß die Wirkung der Schwerkraft oder der Ermüdung sich äußerlich geltend macht. Gegenhalten und Katalepsie können einander ablösen, ja sogar nebeneinander bestehen, z. B. ersteres an Unterkiefer und Kopf, letztere an den Armen oder Beinen.

Findet man beim Gegenhalten einen die Norm übersteigenden Spannungsgrad, was ja selbstverständlich ist, und bei der starren Akinese zum mindesten in manchen Muskelgruppen eine Erhöhung des plastischen, formgebenden Tonus, in denen eine „gewaltsame“ Anspannung nicht besteht, so ist bei der *Flexibilitas cerea* zwar der Tonus nicht notwendig in seinem *Grade* gegenüber der Norm verändert; wohl aber ist das Spannungs- und Entspannungsspiel zwischen Agonisten, Antagonisten und Synergisten aufgehoben. Welche Rolle dabei die Aufhebung der Müdigkeitsgefühle spielt, ist noch nicht klar. Wenn man die *Flexibilitas cerea* in jener Hypnose studiert, welche über die Suggestion von Müdigkeit und Schlaf herbeigeführt wird, findet man, daß es durch geeignete Suggestionen gerade aus diesem Zustande heraus außerordentlich leicht möglich ist, die Muskulatur in einen Zustand großer Gespanntheit und Starre und andererseits in einen solchen äußerster, hypotonischer Erschlaffung überzuführen. Diese Wandelbarkeit der Muskelspannung ist aber etwas ganz anderes als der von O. FOERSTER hervorgehobene *Spasmus mobilis*. Dieser Ausdruck bezeichnet das Vorkommen, daß, und zwar auch bei der Katatonie, „ein tonischer Kontraktionszustand eine gewisse Zeit anhält, dann aber doch wieder völlig nachläßt, daß eine Muskelgruppe, die sich jetzt prall hart anfühlt, im nächsten Augenblick ganz weich und schlaff werden kann“ und zwar ohne daß auf den Kranken von außen her irgend ein Einfluß ausgeübt wird. Wir erwähnen diesen Vorgang schon hier, obwohl er uns später in einem ganz anderen Zusammenhang wieder begegnen wird.

Zustände der Bewegungsunfreiheit nennt man bei Schizophrenen üblicherweise dann *gebunden* und *gesperrt*, wenn man glaubt annehmen zu dürfen, daß *eindeutige* Bewegungsantriebe fehlen oder schwach sind, oder daß gegeneinandergerichtete Bewegungsantriebe einen Bewegungserfolg nicht zustande kommen lassen. Dabei hebt die Bezeichnung „gebunden“ mehr einen psychomotorischen Gesamtzustand heraus, in welchem „Wollen, aber nicht recht Können“ die Lage beherrscht, während „gesperrt“ auf einen Gegenantrieb hinweist, der einer Bewegungsabsicht mit überwiegender, zum mindesten mit gleicher oder annähernd gleicher Stärke sich entgegenstellt. (Vgl. dazu GRUHLES Ausführungen im vorigen Kapitel und die dortigen Abb. 4—6 S. 197—198.) Dabei liegt in der Metapher „gesperrt“ das Bild eines Hakens, der in ein Zahnrad eingreift. Löst er sich, so ist die Bewegung *ganz* frei, schnappt er ein, so ist die Bewegung *ganz* abgebrems, während die sogenannte *Hemmung* bei der zirkulären Depression die mäßige, aber dauernd wirkende Erschwerung des Ablaufes meint. Beide Ausdrücke *gebunden* und *gesperrt* haben so sehr bildlich-gleichnishaften Charakter, daß sie erkennen lassen, daß der *Beschauer* den Kranken als motorisch hilflos ansieht. Wie vom Erlebnis des Kranken aus der Zustand zu beurteilen ist, und wie er objektiv erklärt werden muß, ist eine andere Frage. Es gibt Kranke, die sich selbst als *gebunden*, von außen her behindert fühlen und bezeichnen. Eine besondere Nuance dieser „Behinderung von außen“ ist die sogenannte „*Bannung*“. Manche Kranke beschreiben, wie sie bei völlig klarem Bewußtsein plötzlich gehindert werden, ihre Glieder zu gebrauchen, zu reden usw. Z. B. wachen sie in der Nacht darüber auf, daß sie vollkommen



Abb. 2. Emma Boltz, 25jähriges, debiles Dienstmädchen, an Katatonie frisch erkrankt, 09/80. *Flexibilitas cerea*. Gestellt. (Man vgl. Abb. 19. S. 219 in GRUHLE, Psychiatrie, 2. Aufl.)

steif und unbeweglich sind und dabei doch genau erfassen, was um sie herum vorgeht. Manche nehmen den Vorgang schlechtweg hin, andere deuten ihn sofort wahnhaft aus. Eine wissenschaftlich begründete Auffassung dieser Vorgänge selbst vermag man noch nicht zu gewinnen. Aber gerade in solchen Zuständen kann ein anderes abnormes Verhalten nicht vom Kranken aus, sondern von seiner Umgebung ausgelöst werden. Ihm, der aus eigenem Antrieb freier Bewegung nicht oder schlecht fähig ist, lösen Bewegungen, die er andere ausführen sieht, diese gleichen Bewegungen aus. Er macht sie nach, und insofern spricht man von *Echopraxie* und im Sprachlichen von *Echolalie*; oder es tritt an Stelle des optischen oder akustischen Vorbildes das fremde Geheiß, dem er, so sinnlos es sein mag, widerstandslos Folge leisten muß, mag es noch so oft wiederholt werden — *Befehlsautomatie*. Diese Abhängigkeit geht zuweilen so weit, daß eine vom Kranken an einem Anderen bemerkte Bewegung nicht nur einmal, sondern immerfort nachgemacht und wiederholt, ein aufgefaßtes Wort, ein Satzstück, eine Frage wieder und wieder nachgesprochen, und ein Befehl auch dann noch immer befolgt wird, wenn er dem Kranken sehr unangenehm sein muß. Bekannt ist insbesondere die Probe, den Kranken die Zunge herausstrecken zu lassen und ihm mit der Nadel hineinzustechen. Er befolgt den Befehl immer wieder, obgleich man an seinem Mienenspiel erkennen kann, daß er den Stich schmerzhaft empfindet. Eine Erklärung für diese Bindung an fremden Einfluß kann man ebenso wenig geben, wie für die Sperrung und die Gebundenheit.

Zwischen der Akinese und dem normalen Bewegungsspiel stehen Zustände der *Bewegungsarmut*. Sie haben zur katatonen Motorik ganz besonders enge Beziehungen. Bewegungsarmut ist von vornherein kein ganz eindeutiger Begriff. Sie kann sehr verschiedene Erscheinungsformen haben und sehr unterschiedlichen Wesens sein. In der gehemmten Depression ist der Kranke bewegungsarm in jeglichem Sinne. Er führt überhaupt sehr wenig Bewegungen aus, bleibt oft in Ansätzen stecken, rührt sich nicht von der Stelle, und wenn er sich bewegt, dann geschieht es mühsam mit Anstrengung, aber nicht, weil in seinem Tonus eine Bewegungserschwerung läge, oder weil er die Bewegungen nicht ausführen könnte, sondern im Zusammenhang mit seiner lustlosen, traurigen Stimmung und seiner allgemeinen psychomotorischen und psychischen Hemmung, seinem allgemeinen Aktivitätsmangel. Dies ist eine Form der Bewegungsarmut, die das gesamte Bewegungswesen einheitlich befällt. Aber Bewegungsarmut ist auch dann vorhanden, wenn der Kranke sich bewegt und unter Umständen sogar viele, aber sehr einförmige Bewegungen in häufiger Wiederholung ausführt.

Zuweilen wird ja der Stupor auch durch unerwartete, anscheinend nicht von außen veranlaßte Bewegungen plötzlich durchbrochen: *impulsive Handlungen*. Wenn eine Kranke aus wochenlang andauerndem Stupor plötzlich aufspringt, um eine Fensterscheibe hinauszuschlagen, und sich dann wieder von selbst ruhig ins Bett legt, so könnte man hinter solcher Handlung noch einen Sinn vermuten, sei es daß man an eine Art symbolischen Protestes glaubt, sei es, daß man eine plötzliche Entladung gestauten Unmutes — von dem freilich zuvor nichts zu bemerken war — annimmt. Aber man erlebt zuweilen auch überraschende Handlungen, die jeden Sinnes, auch des Ausdruckssinnes zu entbehren scheinen. So stürzte sich eine müßig und bewegungsarm im Garten herumstehende hebephrene Kranke plötzlich kreischend auf einen Stuhl los und legte sich quer darüber, so wie es die Abb. 3. zeigt.

Die Motorik ist oft auf wenige Bewegungsbilder eingeeengt. Es besteht also nicht Armut *an* Bewegungen, sondern Gestaltarmut *der* Bewegungen; es *geschieht* motorisch immer dasselbe. Bewegung ist nicht mehr Handlung, steht nicht in Beziehung zu äußeren Zwecken, ist nicht Mittel zu solchen, weder zur Orts-

veränderung, noch zur Arbeit, noch zur Mitteilung an andere. Dieser Zustand motorischer Formverarmung ist gekennzeichnet durch die Tendenz zur Verharrung in demselben zuerst intendierten Bewegungsablauf (*Perseveration*), durch die Tendenz zur Wiederholung eben dieser Bewegung (*Iteration*) und durch die Festlegung derselben in allen Einzelheiten (*Stereotypisierung*). Werden solche Bewegungen nun auch noch durch annähernd gleiche Zeitabstände getrennt, so haben wir das Bild rhythmischer Wiederholung gleichförmiger und einförmiger, festgeprägter Bewegungen. Es muß gewiß nicht immer nur eine Bewegung oder eine einzige Bewegungskombination sein, die in dieser Weise wiederholt wird, aber der Kreis derselben ist stets klein. Wir kennen am Kinde die Lust an der Wiederholung von Bewegungen, der es sich in einem solchen Maße überlassen kann, daß es überhaupt nicht damit aufhört, es sei denn infolge Ermüdung oder fremder Aufforderung. Auch beim Katatoniker steigert die Wiederholung den Drang zur Fortsetzung, und so entsteht die formarme Hyperkinese. Wir begnügen uns hier mit diesem Hinweis, um uns einigen Formeigentümlichkeiten zuzuwenden, durch welche die eben beschriebenen Bewegungen gekennzeichnet sind, und die auch dem allgemeinen Bewegungswesen des nicht in diesem Sinne motorisch verarmten Schizophrenen vielfach eigen sind.

Die Bewegungen des gesunden Erwachsenen haben die Prägung seines Wesens, kennzeichnen ihn in eindeutiger Weise in Formgebung, Formniveau, Rhythmus, Tempo, Kraftaufwand, Antrieb, Bremsung und Beteiligung des ganzen Körpers an der einzelnen Bewegungsleistung (Stil). Diese individuelle Prägung wird unter anderem möglich durch das Verhältnis von Haltung und Körperbau zu den genannten Merkmalen, aber auch durch die Mitbewegungen, welche die willkürlichen Bewegungen begleiten, seien diese nun der Ortsveränderung, der Arbeit oder dem Ausdruck zugehörig. Zu ihnen kommen die Mitbewegungen bei Änderungen der Haltung und Stellung und beim Übergang von Bewegung zur Ruhe und umgekehrt. Die normalen Mitbewegungen bereichern das Bewegungsbild und tragen zur Weichheit und Flüssigkeit der Bewegungen bei, während die zweckentsprechende Abgemessenheit der Stärke in Verbindung mit dem Ausmaß und der Abfolge sie straff macht, die Zusammenstimmung mit den Ausdrucksbewegungen sie harmonisch belebt. Alle diese Merkmale können bei der Schizophrenie verkümmern und so zur Verarmung der Register, wenn dieser Vergleich erlaubt ist, führen. Denn der Verlust oder die Spärlichkeit der Mitbewegungen macht das Bewegungsbild nicht nur ärmer, sondern die einzelne Bewegung auch steif, richtiger gesagt, hölzern. (Beim Sport gibt es Ausnahmen.) Wird der Kraftaufwand nicht mehr durch den Zweck bewußt mitbestimmt, nicht mehr überwacht und abgewandelt und mit Ausmaß und Abfolge einheitlich verknüpft, so werden die Bewegungen lahm und leer; — geht die Gesamthaltung in diesen Zerfall mit ein, so wirken sie läppisch; —



Abb. 3. Christine Mooslechner, 46jährige ledige Landarbeiterin 15/95. Schleichende Schizophrenie mit katatonem Schub. Momentbild, durch einen Zufall des gerade für eine andere Aufnahme bereitgehaltenen Apparates erhascht (A. WETZEL).

ist die Zusammenstimmung mit den Ausdrucksbewegungen gestört, so ist nicht nur die harmonische Belebtheit getroffen, sondern es entsteht zugleich der Eindruck einer tiefgreifenden seelisch-expressiven Unstimmigkeit.

Was wir *Grazie* nennen, deren Verlust beim Schizophrenen oft so auffällig ist, haben wir an anderer Stelle früher nach verschiedenen Gesichtspunkten definiert. Wir sehen ihren *Sinn* in Anmut und Lieblichkeit, die ohne Freiheit der Verfügung an sich undenkbar ist, sehen das *Auszeichnende der Formgebung* in der Flüssigkeit und Weichheit, sehen am *Ablauf* Ebenmaß sowie Klarheit, und wir teilen ihr in ihrer *reinen* Form, die wir allerdings nur beim Kinde finden, die unbefangene und absichtslose Beseeltheit zu. So ergibt sich, daß der Verlust der *Grazie* nicht ein neues Einzelmerkmal ist, welches zu den bereits erörterten hinzukommt, sondern das *Ergebnis* des Zusammentreffens mehrerer von ihnen, die um die *Grundtatsache der Einbuße an Verfügungsfreiheit herumgruppiert sind*. Man sieht also bei dieser Zergliederung, daß Läppischeit und Verlust der *Grazie* nicht dasselbe ist, denn das Läppische ist zwar ungraziös, das Ungraziöse aber keineswegs stets läppisch. Viel enger ist die Beziehung zur Erschütterung der harmonischen Belebtheit, die immer die *Grazie* mitbetrifft, wie auch umgekehrt alles Ungraziöse sowohl die Belebtheit als auch die Harmonie des Bewegungsgefüges beeinträchtigt. So finden wir beim Schizophrenen, ganz besonders bei den schleichenden hebephrenen Verlaufsformen Läppischeit, Verlust der *Grazie* und allgemeine Erschütterung der harmonischen Belebtheit nebeneinander und stellen oft die Diagnose allein aus diesem motorischen Bilde, das uns an Zerrbilder der normalen Pubertät erinnert (HOMBURGER).

Die Ausdrücke „manieriert“ und „bizarr“ nehmen in der Benennung schizophrener Bewegungseigentümlichkeiten schon lange einen festen Platz ein, und jeder Kenner der Krankheit hat bei ihrem Auftauchen sofort mannigfaltige Bewegungsbilder von bestimmtem Grundcharakter vor sich. Trotz dieser Sachlage ist es nicht leicht festzulegen, was das Wesen der Manieriertheit und der Bizarrerie ist. Zu ihm gehört aber auf alle Fälle der darstellerische Charakter, die Zugehörigkeit zur Ausdrucksmotorik. Absichtlichkeit und Unabsichtlichkeit der Ausdrucksgebung und -formung gehen schon im täglichen Leben des Gesunden von der Kindheit an dauernd nebeneinander her. Wenn wir gar nicht an uns denken, ganz und gar sachlich oder „in Gedanken“ mit etwas anderem als mit uns selbst beschäftigt und dem hingegen sind, ist nichts Absichtliches in unserem Ausdruck. Gleichwohl können wir wissen, daß wir nachdenklich oder daß wir beschäftigt sind, und wir können auch eine Vorstellung davon haben, wie wir dabei aussehen. Wir haben aber daran kein Interesse, sind auf unsern Ausdruck in keiner Weise bezogen. Aber fast in jeder anderen Lage sind wir auf ihn in irgend einer Weise oder in irgend einem Grade bezogen; nämlich immer dann, wenn unser Ausdruck Mittel oder Hilfe ist, zu anderen Menschen in eine Beziehung zu treten. Auch der Mensch, der sich ganz frei, natürlich und unbefangen gibt, der „sich gibt, wie er ist“, dessen Erscheinung also „unmittelbarer“ Ausdruck seines Wesens ist, hat doch von diesem seinem „Wesen“ innerhalb seines Selbstbewußtseins ein Bewußtsein. In ihm ist aber immer auch ein Teil seiner „Ich-Umweltbezogenheit“ praktisch enthalten. Schon die Hinwendung zu einem Menschen, der uns anspricht, ist unwillkürlich von ihm getönt, auch zu den Vertrautesten, die uns täglich umgeben, und bei denen wir gar nicht daran denken, ihnen etwas „vorzumachen“. Aber die Absicht des Kontaktes selbst ist ja schon eine Absicht, auch wenn sie nicht ausdrücklich vergegenwärtigt, wenn sie gar nicht betont ist, und wenn gar kein herausgehobener Zweck in ihr steckt. Irgendwie stellen wir uns in unserer Motorik stets unserem Gegenüber dar. Jede Haltung aber, die wir annehmen, hat selbstdarstellerischen Gehalt. Sie macht einen Eindruck, ob den beabsichtigten oder den naiv gemeinten.

steht jetzt nicht in Rede. Der allgemeine Charakter der Beziehungen zu einem anderen Menschen in einer bestimmten Lage wird stets in seinem Bewegungsgesamt irgendwie ausgedrückt werden. In ungezählten Abwandlungen kann der andere erkennen, ob unsere Ausdrucksbewegungen aus der Einheit unseres Wesens hervorgehen, ob sie natürlich, d. h. wesensnah, ob sie gekünstelt d. h. einem Vorbild mit Vergegenwärtigung desselben nachgebildet, einer Vorstellung von bestimmtem Ausdrucksgehalt angeglichen sind, ob sie einem augenblicklichen „Einfall“ entsprungen, aus dem „sonstigen“ Bilde herausfallen, fremd sind und deshalb befremden, ob sie etwas „Besonderes“ „bedeuten“ sollen. Umgangs- und Verkehrsformen sind das typische Ausdrucksgebiet der Manieriertheit, weil sie nach ihrem Wesen und ihrem Sinn formelhaft gewordene Bekundungen sind, welche die Abwicklung von Begegnungen erleichtern sollen. Hierbei kommt dem Moment des „Gefälligen“ eine besondere Bedeutung zu. „Gefällige Manieren“ erleichtern den Verkehr. In die Verkehrsformen einbezogen ist der Ausdruck der sozialen Stellung und des persönlichen Abstandes der sich Begegnenden zu einander, der namentlich in militärischen Achtungsbezeugungen und höfischen Sitten feste Prägungen erhalten hat. Ihre Übernahme auf andere Kreise diene als Befriedigung des Geltungsbedürfnisses mit billigen Mitteln. Sich ein „Ansehen“ zu geben und zu verschaffen ist ihr Sinn; wer über diese Ausdruckstechnik sicher verfügt, erscheint nicht als „gewöhnlich“, sondern schon als „etwas besseres“, als „gebildet“ und wohlgezogen. Die Form gibt ihm äußere Sicherheit, verdeckt oft sehr lange den Mangel an innerer. In die seelische Einheit des Menschen, welcher Art und welchen Ranges sie auch sein mag, fügen sich Formen ein; er kann sie frei handhaben und auch wechseln wie den Alltagsanzug und den Gesellschaftsanzug, kann sie vor allem der Situation anpassen; er wird dies freilich nur vermögen, so lange er über ihr steht, sie beherrscht. Wird die „Lage“ aber so, daß sie ihn verwirrt und unsicher d. h. „ver-legen“ macht, so kann er sich in ihr scheinbar dadurch helfen, daß er sich zur Verschleierung seiner Verlegenheit in ein unfreies, geziertes, manierierte Benehmen rettet. Es steht ihm, so meint er, immer noch besser an, als die *nackte* Bekundung seiner Unbeholfenheit. Auf die Beziehung von Manieriertheit und Verlegenheit hat BOSTROEM mit Recht aufmerksam gemacht und auch auf sie als eine Wurzel der motorischen Auffälligkeiten in der Pubertät hingewiesen. Muß man für die letzteren auch die *Unzulänglichkeit der motorischen Ausdrucksmittel* und noch andere (affektive) Momente heranziehen, so ist es fraglich, ob dies für die Schizophrenie auch zulässig ist. An einem scheinbar so einfachen und alltäglichen Beispiel zeigt sich die Schwierigkeit der Entscheidung ganz deutlich, ob eine motorische Besonderheit rein psychischen oder zugleich neurologisch-motorischen Wesens ist. Bei einem motorisch ungewandten, ungebübten und unbegabten Menschen entbehren die Bewegungen der Flüssigkeit, Leichtigkeit und des richtigen Ausmaßes, ganz abgesehen von der Lagegemäßheit. Aber sie fallen nicht aus dem Rahmen seines gesamten Wesens, von dem eben die motorische Ungewandtheit ein Stück ist, wie die motorische Gewandtheit ein Stück des Wesens eines anderen Menschen, d. h. seiner psychophysischen Individualität, ist.

Beim Schizophrenen kann schon eine kleine Geste der Ausdruck seines Andersseins sein, ein sicherer Anhaltspunkt für die Diagnose sozusagen auf den ersten Blick. Typisch dafür ist der häufige Vermerk in Krankengeschichten: „Gibt maniert die Hand“. Man vergleiche die Abbildung des Handgebens im vorigen Kapitel (S. 198). Ich halte dies aber für einen Irrtum. Ich glaube nicht, daß wir in einem solchen Falle wirklich die Diagnose nur aus dieser einen Geste stellen. Ich glaube, daß wir uns hier täuschen. Seitdem es gelungen ist, das Gefüge der Motorik in der oben angedeuteten und später noch näher

auszuführenden Weise aufzulösen, habe ich auch stets feststellen können, daß außer der Form der Geste selbst, z. B. im Handgelenk, noch andere dem Bewegungsgesamt angehörende „Nuancen“ mitgespielt haben, welche zu dieser Vordergrundserscheinung Hintergrundcharakter hatten. Es geht, wie ich glaube, hier so, wie auch unter anderen Bedingungen z. B. bei der darstellenden Kunst, wo durch einen nicht *beachteten* Hintergrund eine bestimmte Vordergrundswirkung überhaupt erst möglich wird. Auch da, wo die Manieriertheit einer Geste sofort als Karikatur der Grazie ins Auge fällt, haftet sie nicht nur an dieser allein. Immer hob sich in solchen Fällen scheinbarer Isoliertheit die auffällige Geste von einer kaum bemerkbaren, aber doch vorhandenen Steifheit, Gebundenheit oder Leere, oder „nichtssagenden“ Schlawheit ab, wie einem sonst leeren Gesicht eine leichte Asymmetrie der Nase oder der Augenbrauen ein Gepräge gibt. Ganz deutlich wird die Beziehung da, wo ein tikartiges Stirnrunzeln oder eine andere vorbeihuschende Bewegung im mimischen Felde vor unseren Augen abläuft und auf einem leeren Gesichte spielt. Es sind zumeist mehrere kleine Abwandlungen, welche das Wesen des Hintergrundes ausmachen, wie die Stellung von Kopf und Hals zum Rumpf, das Tempo des Aufstehens und Herantretens, die Kurzheit oder Weite des beanspruchten Bewegungsraumes, ein mimisches Mitspiel leichtester Art, eine kontrastierende Blicknuance, eine kleine Verschiebung der Maßbeziehungen in den Anteilen der Haltung. Hier habe ich nur die spontanen Akte im Auge, wie sie sich ohne jedes Arrangement, ohne jegliche Zutat von Seiten des Beobachters vollziehen, und ohne daß der Kranke gesprochen hat.

Die *Geste* selbst trägt ein Merkmal ihrer Bedeutung und der Abhebung des Augenblickes von dem Stimmungselgehalte und der Bedeutsamkeit des Erlebnis-hintergrundes. Dieser letztere bleibt dem Beschauer zunächst verborgen, wird aber dennoch „geahnt“, so wie man ahnt, daß in einem anderen etwas Besonderes vorgeht, ohne dafür genau die Anhaltspunkte angeben zu können. Die Rede von „einem gewissen Etwas“ gehört hierher. Es ist einer Umkehr jenes Eigen-erlebnisses verwandt, daß bei den leichtesten Graden der Entfremdung der Wahrnehmungswelt, der Depersonalisation, gefunden wird, also ein „Gefühl“ für die Depersonalisation, die Lockerung der Einheitsbeziehungen im Anderen. Dieses „Gefühl“ — der Volksmund sagt, es sei Einer „nicht mehr ganz richtig beieinander“ — ist von dem Wissen um das Wesen der Schizophrenie ganz unabhängig und lediglich abhängig von der Fähigkeit zur Beziehung zu fremdem Seelischem.

„Bizza“ heißt im Italienischen der Zorn; montare in bizza, zornig werden, ist ein ausgesprochen motorisches Bild; bizzaro bedeutet sowohl zornig und hitzig, als auch sonderbar und wunderlich, bizzarria hat nichts mehr vom sthenischen Affekt an sich, sondern bedeutet nur noch den wunderlichen Einfall. Aber dieser Bedeutungswandel des Stammwortes in seinen Abkömmlingen gibt uns den Weg an, auf dem Bizarrie zu seiner jetzigen Bedeutung kam. Es ist der nicht mehr echte, nicht mehr ernste, sondern gespielte, „gemimte“ Affektausdruck, dem doch noch die äußeren Mittel der Muskelbewegung dienlich sind. Ist dem „Manierierten“ die Verzeichnung eines nach dem Graziösen hin orientierten Ausdrucksgebildes eigen, so dem „bizarren“ die Verzeichnung einer Äußerung eines sthenischen Affektes, die nichts zu tun hat mit einer den Menschen zierenden, schmückenden, ehrenden und für ihn werbenden Formgebung. In gleicher Art müssen wir uns noch mit einem dritten Ausdruck auseinandersetzen, der auch aus der Sprache der Kunst stammt: Raffael war nach Bramantes Tode auch Konservator der römischen Altertümer geworden. Man legte damals die Thermen des Titus frei. In den unterirdischen Gewölben, den „grotte“, fand man Reste alten ornamentalen Wandschmucks. In Anlehnung an ihn

hatte Raffael es übernommen, mit verschlungenem Linien- und Formenspiel die Wände eines vatikanischen Korridors (Farnesina) zu füllen (Grazien, Merkur, Merkur und Psyche usw.). Diese Formen nannte man „grottesco“. Nun haben wir die Reihe: maniert, grotesk, bizarr. Zeigt sie uns die Grundpunkte, zwischen denen die Abwandlungen menschlichen Ausdrucks abseits vom Ursprünglichen sich vollziehen, so zeigt sie uns zugleich etwas von der Unterschiedenheit des Hintergrundes. Das, was etwas bedeuten „soll“, weist auf einen fiktiven Hintergrund hin; das Ausdrucksmotorische, „hinter dem *wirklich* etwas steckt“, das im gewöhnlichen Wortsinn „Bedeutende“, weist mit seinem Sinngehalt nicht auf einen fiktiven Hintergrund hin, sondern geht aus einem mit ihm wesenseinen Hintergrund hervor. So mag Paulus (Ap. 18,3), wenn er unter den jüdischen Teppichmachern von Korinth in der Werkstatt saß, trotz seiner unansehnlichen Gestalt doch nicht nach einem „gewöhnlichen“ Teppichmacher ausgesehen haben, so wenig als Gottfried Keller nach einem „gewöhnlichen“ Verwaltungsbeamten.

Die Bezeichnungen vertrackt, verzogen, verbogen, verdreht, *verschroben* (s. auch die Ausführungen über Verschrobenheit im Kapitel Psychopathologie) beziehen sich ihrem Wortsinn nach auf Auffälligkeiten der Stellung von Gliedern zum Rumpf oder von Gliedabschnitten zueinander und zum Rumpf. Sie kommen in der Tat durch ungewöhnliche, von der Zweckdienlichkeit und der Verständlichkeit aus gesehen sinnlose Achsendrehungen in den Gelenken zustande. Ein Arm wird ausgestreckt und gerichtet, als solle oder wolle die Hand nach einem Gegenstande greifen; statt dessen wird sie im Radio-Ulnargelenk weggedreht, mit der Handfläche nach außen. — Der Zeigefinger deutet

in eine bestimmte Richtung; indessen wird der Daumen von unten her zwischen dem dritten und vierten Finger durchgestreckt und die Hand so gedreht, daß nun das Endglied des Daumens auf den gemeinten Gegenstand, der Zeigefinger aber ins Leere weist. — Die Gliedabschnitte des Armes werden so gegeneinander abgebogen, daß die Figur jedes einheitlichen Ausdruckscharakters entbehrt, schlechthin unverständlich ist, jenseits von Sinn und Zweck und trotzdem, oft in Verbindung mit dem Gesichtsausdruck, aber auch wenn dieser leer ist, außerordentlich eindrucksvoll. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn solche Bewegungen nicht ganz flüchtig sind und, ohne überlang zu verharren, doch eine gewisse Zeit inne gehalten werden. Ihr Entstehen und Vergehen, ihr Wechsel und ihre Wandlung zeigen, daß sie dem Formwillen des Kranken unterliegen und ihm jedenfalls nicht so entzogen sind, wie die zur Athetose und Chorea gehörigen Bewegungen, denen sie äußerlich gelegentlich ähnlich sein können. Von den darstellenden und werbenden Bewegungen körperlicher Geschmeidigkeit, die dem Spiel von Tanz und Reigen die Sinnerfüllung geben, unterscheiden sie sich durch das Fehlen gerade dieser Einheitsbeziehung, so



Abb. 4. Drei hebephrene Mädchen, wie zu einer Unterhaltung zusammentretend (nicht gestellt!) und doch fast stumm. Nur die mittlere sprach zuweilen (heiter-läppische Grundstimmung), die rechte verharrete wochenlang in verlegener Ratlosigkeit, die linke hatte einen ganz leicht depressiven Zug. Alle waren in der Tat aber entleert. (Photo von A. WETZEL.)



sehr sie Fragmente davon sein können. Denn gerade das Bruchstück- und Torsartige unterstreicht ihre schon in der Form selbst liegende Abnormität. Sie können abrupt, abgerissen kommen und gehen, sie können aber schon im Ansatz und im Ausgang den der gesamten Führung eigenen verschrobenen Charakter zeigen. In beide Enden können Bruchstücke üblicher Gebärden

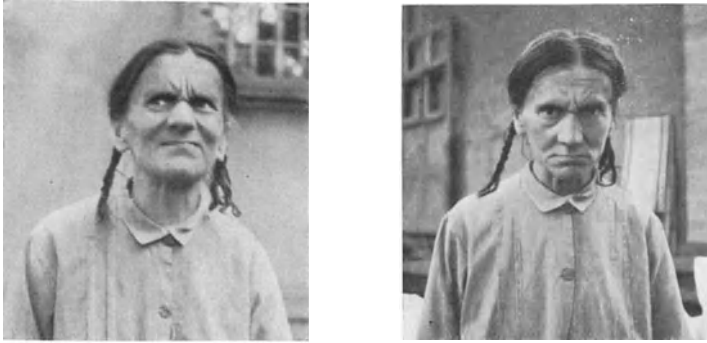


Abb. 5. Anna Bonze 96/12. Früher unauffällig, mit 20 Jahren hebephren erkrankt, jetzt 56 Jahre alt. Typisches Grimassieren (langsam) bei einem verschrobenen Endzustand mit humoristischem Einschlag.

eingehen, oder die Bewegung kann sich ins Leere und Matte schlaff auflösen: Das eindrucksvoll wundersame Gebilde klingt nichtssagend aus.

Die Mimik erscheint, wie schon oben beim Stupor erwähnt wurde, zuweilen ganz entleert (s. das linke Mädchen auf der Abb. 4, ferner die Abb. 1, 3, 6, 7, S. 158 in BERZE-GRUHLE; Abb. 20 in GRUHLE, Psychiatrie, 2. Aufl., S. 219). Zuweilen entspricht sie zwar der Grundstimmung, aber mit einem Stich ins

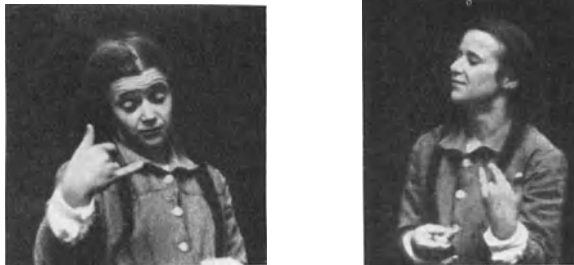


Abb. 6. Klara Rabel, 21. 8. 31. 18jährige, bisher unauffällige Kontoristin. Frische Katatonie. Aus einem Filmstreifen herausgenommene Momentbilder. Verschrobene, schnell wechselnde Handbewegungen und Grimassieren.

Übertriebene, Läppische (siehe das mittlere Mädchen der Abb. 4 und die Abb. 16, S. 217 von GRUHLE, Psychiatrie). In anderen Fällen kann man zwar analog seinen sonstigen Erfahrungen aus dem Gesichtsausdruck eine bestimmte Grundstimmung erschließen (z. B. verlegene Ratlosigkeit bei dem rechten Mädchen der Abb. 4, Ekstase bei der kataleptischen Kranken Abb. 19, S. 219 von GRUHLE, Psychiatrie, Bekümmertheit bei Abb. 10 von BERZE-GRUHLE, S. 160), doch bleibt deren Existenz immer zweifelhaft; ja zuweilen läßt sich aus allerlei anderen Umständen feststellen, daß die Maske leer ist. Oft verzieht sich das Gesicht zu einer krampfhaft verbissenen Dauerhaltung, zuweilen mit dem, Schnauzkrampf genannten Vorschieben der Mundpartie des Gesichtes. (Abb. 9

und 11, S. 160 von BERZE-GRUHLE, Abb. 16 und 17, S. 218 von GRUHLE, Psychiatrie, 2. Aufl.). (Ferner BOURGUIGNON.)

Von den Bezeichnungen des Absonderlichen gehört „verzogen“ ursprünglich der Mimik zu. Man „verzieht“ den Mund, das Gesicht; bei der Facialislähmung ist das Gesicht „verzogen“. Die „Züge“ sind verändert. Das Wort gibt aus gezeichnet wieder, daß innerhalb der mimischen Muskulatur überall an einem oder an zwei freien, nicht an Hartteilen befestigten Enden gezogen wird. Darum entstehen bei den Verziehungen nicht nur Lage- und Stellungsänderungen, sondern vor-dringliche Veränderungen des Reliefs. Die kleinste Reliefänderung ändert aber schon das Ganze. Denn wenn irgendwo am Körper Ganzheit ein unmittelbar Erfasstes ist, so im Gesicht. „Donner du relief“ heißt etwas durch den Kontrast hervortreten lassen. Der Kontrastreichtum aber ist in der Tat die Wesensgrundlage der ver-trakten Mimik. Einerseits ist der Kontrast das „Abstechen“ des jetzt Gegebenen vom Gewöhnlichen, andererseits des Teils vom Ganzen, z. B. eines breiten Mundes von einer schmalen Nase, eines großen Kinns vom kleinen Obergesicht. Ebenso sticht ab: ein lächelnder Mund von der ernstesten Stirn oder dem leeren Blick, ein gespitzter Mund vom gesenkten Blick, ein zusammengekniffenes Auge vom schlaff geöffneten Mund. Verziehungen in verschiedenen Ausdrucksflächen des Gesichts entstellen es teils durch ihren Ausdrucksgehalt, teils durch ihre Intensität: dann sprechen wir von *verzerrten* Zügen. Wirken sie komisch, nennen wir sie Fratzen; sie können uns belustigen, wie das „Närrische“, das uns zum Mitmachen reizt. Sind sie drohend oder tierisch, so lassen sie uns in einer Primitivreaktion des Einfühlungsgrundes erschauern, weil der Kontrast zum Menschlichen (im Sinne der uns vorschwebenden harmonischen Geistigkeit) unüberbrückbar ist. Das Drohende und Tierische hat aber immer noch einen Sinngehalt, der als *solcher* erfaßt wird und wirkt. Teuflich heißt bei uns ein Ausdruck nicht mehr menschlicher Bosheit und höhnischer Übermacht; aber auch hier ist noch Sinnbeziehung, diejenige der *διαβολή*, des *διαβάλλειν*, der tiefgründigsten Feindseligkeit, der Schmähsucht und Verleumdung, des „Schlechtmachens“, gegen die die „reine Seele“ machtlos ist; daher *πνεῦμα ἀκάθαρτον*.

*Verzwickelt* ist ein in seinem genauen Wortsinn schwer zu bestimmender Ausdruck. Sein Umgangssinn weist aber deutlich auf eine falsche Orientierung, eine gestörte Beziehung hin. Zwickel, in der Baukunst ein Dreieck mit kreisförmiger Basis, eine Aussparung zwischen zwei Gewölbebogen, ist im technischen Sprachgebrauch ein unregelmäßiger dreieckiger Ausschnitt mit einem Stück Kreisbogen als Basis, ohne daß seine Spitze im Mittelpunkt des zugehörigen Kreises liegt, im Gegensatz zum Sektor, dem Kreisabschnitt. Das Fremdwort „exzentrisch“ gibt diese Beziehung sehr genau wieder und entspricht dem Wesen des Ausdrucks verzwickelt; aus der Beziehung zum seelischen Mittelpunkt und dem um ihn „zentrierten“ seelischen Gefüge gelöst. Es bleiben noch jene beängstigenden Ausdrucksbilder zu nennen, die um ihrer völligen Unverständlichkeit willen dem gesunden Gefühl *unmittelbar* als „geistesgestört“ erscheinen. Der Sinn von „Störung“ ist, wie man an dem Wort „Zerstörung“



Abb. 7. Johanna Berwanger 29/80. 18jährige, bisher unauffällige Schwesternschülerin. Frische Katatonie. Momentbild. Spontane, langsam wechselnde, manierierte Bewegungen.

sieht, die Auflösung des Verbandes, die Verwirrung des zuvor Geordneten, sein Zerfall. So ist diese Gruppe motorischer Erscheinungen unter Umständen Ausdruck derzeitiger also vorübergehender Störung seelischen Zusammenhanges (z. B. im akuten Schub), unter Umständen Ausdruck jener dauernden tiefgehenden Zerstörung, des fortschreitenden bzw. fortgeschrittenen Prozesses.

MAYER-GROSS hat im klinischen Abschnitt dieses Bandes die motorischen Erscheinungen der frischen Erkrankung auf ihre übrigen Erscheinungen bezogen, so daß es sich hier erübrigt, darauf nochmals einzugehen. Er hat insbesondere



Abb. 8. Klara Rabel, die gleiche wie oben auf Abb. 6. Typisches Grimassieren bei einem katatonen Erregungszustand. Ausschnitte aus einem Filmstreifen, vergrößert.

auch darauf hingewiesen, daß täppisches und linkisches Ausdrucksgebaren, kühle Starre der Mimik und theatralischer Überschwang schon zu den schizophrenen Initialsymptomen gehören können.

### Hyperkinesen.

Hyperkinesen sind durch das Übermaß der Bewegungen sowohl im Sinne der Gesamtzahl (übermäßig viele), als im Sinne der Zahl in der Zeiteinheit (übermäßig schnelle, hastige), als schließlich im Sinne des Ausmaßes (übermäßig weite, ausladende) gekennzeichnet. Hyperkinesen können als Formgebilde einförmig und vielgestaltig sein.

Der Betrachtung der Hyperkinesen als motorischer Gebilde, ohne Ansehung ihres Ausdrucksgehaltes und ihres Zustands- bzw. Erlebnishintergrundes, muß eine Überlegung über einen bewegungsphysiologischen Gesichtspunkt vorausgehen, für den ich die Bezeichnung des *motorischen Grundregisters* einführen möchte. Als dem Grundregister zugehörige Stammformen haben wir in der

Einleitung bereits die Ortsbewegung, die Haltung, die Arbeitsbewegung und die Ausdrucksbewegung kennen gelernt. Wir wissen, daß sie sich im normalen Leben in jedem Augenblick aus der Einheit der Persönlichkeit heraus mannigfaltig miteinander kombinieren. *Hier* dreht es sich aber darum, wie sie selbstständig in Hyperkinesen auftreten, des genannten Zusammenhangs mehr weniger entbunden oder in andere abnorme Zusammenhänge eingefügt oder zwischen ihnen in einer eigenartigen *Verselbständigung* stehend. Deren Möglichkeit ist physiologisch darin gegeben, daß es 1. beim Kinde einen für die Entwicklung ungemein bedeutsamen „leeren Bewegungsluxus“ gibt, dem also nicht ein *äußeres* Leistungsziel vorsteht, sondern eine *elementare* (biologische) Funktionslust und Antriebsfülle; daß 2. auch beim Erwachsenen die verschiedenen Grundregister eine weitgehende Selbständigkeit bewahren, wie ich dies in meiner Darstellung der Gestaltung der normalen menschlichen Motorik gezeigt habe. Diese relative Selbständigkeit ist eine der Hauptquellen der Vielgestaltigkeit der Motorik und ihrer individuellen Differenzen; 3. erfährt die normale kindliche Motorik in der Pubertät einen Zerfall und eine Neugestaltung, welche den endgültigen persönlichen Stil aus sich hervorgehen lassen. Dieser Zerfall ist das normale Korrelat, also das physiologische Gegenstück jedes anderen motorischen Zerfalls, der nicht durch schlaffe oder spastische Lähmung zustande kommt. Er ist ein Beweis dafür, erstens *daß*, zweitens *wie* ein Bewegungsgesamt sich auflösen und unter mannigfachen, darunter auch hyperkinetischen Erscheinungen neuordnen kann.

Jedes der Grundregister hat aber fernerhin *elementare Bestandstücke* und außerdem einen seinen sämtlichen Verrichtungen gemeinsamen *Leistungscharakter*. So ist „Stillgestanden“ Haltungsfixierung, „Auf der Stelle treten“ eingehaltene Ortsbewegung und etwas anderes als die Arbeitsmotorik des Einstampfens von etwas in eine bestimmte gleiche Stelle des Erdbodens; „Radfahren“ auf einem Radmodell ist gleichfalls ein „Auf der Stelle treten“ und als solches Ortsbewegung, andererseits aber auch Arbeitsmotorik, denn es bedient eine Maschine; Nähmaschinetreten ist keine Ortsbewegung. Das Vorhaben, das in einer Bewegung liegt, geht auch in das Gesamt des Bewegungsbildes ein. Die elementaren Bestandstücke der Grundregister fallen zum Teil mit den Erscheinungen zusammen, welche KLEIST *einfache Gliedbewegungen* nennt. Mit ihnen wollen wir beginnen. Es sind im wesentlichen Streckungen und Beugungen, die nach ihrer Form und ihrem Zusammenhang weder Handlungen noch Ausdrucksbewegungen zu sein brauchen, sondern „einfach“ aus dem Bewegungsdrang hervorgehen, richtiger, von ihm hervorgebracht werden. Ihre Gestalt erfahren sie zunächst von der Ausgangshaltung des Gesamtkörpers aus (Bettruhe, Stehen, Sitzen). Sie haben demnach schon an sich keine große Mannigfaltigkeit und ihre Abwandlungen sind vorwiegend solche des Tempos, der Energie und der Häufigkeit ihrer Wiederholung, mit welcher letzterer sie hastiger oder lässiger, ausladender oder begrenzter, schneller oder langsamer, flüssiger und gewandter oder steifer und zäher werden können. Es ist wichtig, daß Stereotypisierung ebenso wie Verharren und Wiederholung (Perseveration und Iteration) zur Einförmigkeit und Einfachheit der Bewegungsgebilde in einer gewissen Beziehung stehen. KLEIST hat ferner hervorgehoben, daß in manchen Fällen bei der Wiederholung einfacher Gliedbewegungen die Innervation der Hauptagonisten flüchtig wird und rasch abfällt, daß die antagonistische Dämpfung ausbleibt, und die Bewegungen hierdurch ausfahrend und schnellend, oder durch Versagen der kollateralen und rotatorischen Synergisten schlenkernd werden; beim liegenden Kranken kann so ein Arm schließlich schlaff über den Leib oder den Bettrand hinunterfallen. Der Vergleich mit choreatischen Bewegungen liegt nicht nur dieser Ablaufweisen wegen

nahe, sondern unter ihnen nehmen ja einfache Gliedbewegungen sehr oft einen breiten Raum ein.

Diese Ähnlichkeit mit choreatischen und athetotischen Bewegungen (also die Kennzeichnung auch durch choreiforme und athetoide Einzelmerkmale) ist den einfachen Gliedbewegungen mit den *Parakinesen* gemeinsam. So bezeichnet KLEIST Gebilde von schon etwas komplizierterem Muskelgefüge, die Ähnlichkeit mit Ausdrucksbewegungen, geläufigen Hantierungen und Fertigkeiten gewinnen können. In diesem Ausdruck steckt freilich keine reine Beschreibung, sondern schon eine angedeutete Theorie, die auf *Fehlleistung*



Abb. 9. Jakob Samuel 09/38. 26jähriger, mit 22 Jahren zuerst erkrankter Landwirt. 3. Schub einer Katatonie. Momentbild. Dauernde theatralisch-pathetische Unruhe mit unablässig wechselnden Haltungen und Pseudogesten, die sich aber nicht zu einem sinnvollen Ablauf zusammenfügen, auch eine gewisse Einformigkeit zeigen.

hinweist. Treten Parakinesen am Rumpf auf, so können Drehungen, Auf- und Niederbeugen, Hin- und Herwerfen des ganzen Körpers erscheinen. Sie unterscheiden sich von den Erzeugnissen des *freien* Bewegungswillens durch übermäßigen Aufwand und durch Muskelspannungen und tikartig-zuckende Abläufe, welche diesen Bewegungen den Charakter der Behinderung oder aber des Zwangsmäßigen aufdrücken. Noch mehr als die einfachen Gliedbewegungen sind die Parakinesen Einschiebsel in verschiedenartige Bewegungsbilder: Akinesen und Hypokinesen können durch parakinetische Bewegungen durchbrochen werden, in hyperkinetische Erregungszustände von erheblichem Formenreichtum können Parakinesen sich plötzlich einschieben, die wie Mitbewegungen aussehen und auch den Eindruck des *Spontanen* machen können, ohne es vielleicht zu sein (*pseudospontan*). Auch Nachbewegungen, die einen normal geformten Bewegungsauslauf nicht zustande kommen lassen und ihn verunstalten, gehören hierher. Sie können Vorboten eines Zustandes sein, den KLEIST

früher als *psychomotorische Apraxie* bezeichnet hat und jetzt, um lokalisatorische Verwechslungen auszuschalten, *psychomotorische Dyskinesie* nennt.

Alle diese Erscheinungen gehören den primitiven motorischen Grundregistern an, über die dem Mechanismus nach das Kind schon vom Säuglingsalter ab verfügt. Es verfügt auch über eine mit dem Alter zunehmende Zahl von Bewegungskombinationen, welche im Zustande der Erregung zum Bilde der *allgemeinen Bewegungsunruhe* zusammentreten. Die höchsten Grade dieser, keiner Beherrschung mehr zugänglichen, psychomotorischen Erregung nennt man beim erwachsenen Geisteskranken *Tobsucht*. In der Bezeichnung dieser Erregung als einer Sucht drückt sich bereits die Unwiderstehlichkeit der enthemmten Bewegungsantriebe aus; mehr als bei anderen hyperkinetischen Bildern ist in sie auch die Sprache als Bewegungsmechanismus mit einbezogen. Man nennt die tobsüchtige Erregung auch wild und sinnlos. Ein ungeheurer Aufwand von psychomotorischer Energie und Muskelkraft wird in diesen Zuständen verbraucht, und die Erregung kann tage- und wochenlang bis zur Erschöpfung des Herzens anhalten und den Tod herbeiführen.

## Motorische Bilder.

*Vorbemerkungen:* Zu den nun folgenden motorischen Bildern ist eine kurze Vorbemerkung zu machen. Mit Herrn Dr. BÜRGER und Herrn Dr. BERINGER, die für diese Fragen gleichfalls interessiert waren, wurde vereinbart, daß aus dem großen Krankenmaterial der Männer- und Frauenabteilung der Heidelberger Klinik Kranke in beschränkter Zahl ausgesucht werden sollten, deren motorisches Verhalten möglichst verschieden war, in seiner Art sich aus der Masse heraus hob und weder zu den einfachen akinetischen Typenbildern, noch zu den gewöhnlichen tobsüchtigen Erregungszuständen gehörte. Die Kranken selbst kannte ich als Polikliniker nicht; ich sollte nichts von ihrer Vorgeschichte, von der Dauer der Krankheit, von dem Aufbau und den Inhalten der Psychose wissen. Es war die Aufgabe gestellt, das Bewegungsbild rein als solches zu erfassen und nach den Gesichtspunkten zu beschreiben, die ausschließlich dem Bewegungswesen selbst zugehören. Nach diesem Plane wurde ganz streng verfahren. Die motorischen Skizzen wurden während der Beobachtung selbst diktiert und später druckfertig ausgearbeitet, so wie sie jetzt vorliegen. Es wurde nichts mehr daran geändert. Ein bis zwei Jahre nach der Untersuchung nahm ich Einblick in die Krankengeschichte und fügte das motorische Bild in einen knappen Rahmen des Verlaufes, so wie die klinische Krankengeschichte ihn aufwies; schließlich wurde noch eine kurze Katamnese erhoben. Es stand also nirgends die Schilderung des Bewegungsbildes unter dem Einfluß der Kenntnis der Vorgeschichte und der Inhalte des Kranken. Bild und Rahmen sind einander nicht angehängen. Dieses Vorgehen verwies den Beobachter auf schärfste und straffste Festlegung des Augenblicksbildes, das je und je nur ein Ausschnitt ist. Die sprachlichen Mittel der Wiedergabe suchen die plastisch-körperlichen Formen wie Vorgänge im einzelnen zu bezeichnen und zu einer bildhaften Erfassung des Ganzen zu vereinigen. Gleichnishafte, metaphorische Ausdrücke waren für diesen Zweck nicht immer zu entbehren. Denn die deutsche Sprache, so reich sie an sich an Gleichnissen der Bewegung für Nichtkörperliches, für seelische Vorgänge und Zustände ist, besitzt noch keinen großen Wortschatz zur Bezeichnung und Kennzeichnung der unzähligen Abwandlungen des normalen und abnormen Bewegungswesens. Ihre Ausgestaltung ist — und nicht nur auf diesem Felde — mehr kontemplativ als praktisch, anders ausgedrückt: mehr deutend und verstehend-psychologisch als phänomenologisch-deskriptiv. Gerade dieser Gefahr galt es nach Möglichkeit sich zu entziehen. So offenkundig die Unvollkommenheit dieses Versuches ist, so nötig war es, ihn zu machen; denn auf der anderen Seite lauert eine andere Gefahr, diejenige einer einseitig nach dem Vorbilde einer neurologischen Bestandaufnahme benennenden, symptomatologischen Aufzählung, welche niemals anschaulich sein kann und an sich ja schon eine andere Theorie in sich birgt. Wir hätten dann eine von der Wirklichkeit abgezogene Auslese von Erscheinungen, die wir, indem wir bestimmte Untersuchungs-, d. h. Versuchsbedingungen setzen, erst hervorbringen. Was hier geschildert ist, bringen aber nicht wir, sondern bringt die Krankheit selbst hervor unter den gegebenen Bedingungen ihres Verlaufes und der psychophysischen Einheit ihres Trägers bzw. des Zerfalles dieser früheren Einheit. Die Grundfragen dieser Stellungnahme zur neurologischen Symptomatologie haben GOLDSTEIN und v. WEIZSÄCKER, worauf oben schon verwiesen wurde, prinzipiell zur Erörterung gestellt.

Für die Frage, ob und inwieweit das *Lebensalter* die Motorik im ganzen bestimmt und ihr einzelne, jeder Stufe eigene Sondermerkmale aufprägt, ergeben sich aus früheren Untersuchungen innerhalb der Gesundheitsbreite einige Anhaltspunkte. Aber schon dort wurde der Tatsache gedacht, daß neben

den Entwicklungsgesetzen individuelle Einflüsse und Anlagen mitwirken, die mit Körperbau, Geistigkeit, Lebenskreis, Gewöhnung, Gewohnheit und Beruf zusammenhängen. Also wird auch der schizophrene Prozeß individuelle Verschiedenheiten nicht nur vorfinden, sondern auch insofern aktivieren, als er nicht nur den Lebenslauf verändernd begleitet, sondern auch Erscheinungen hervorbringt, die ohne ihn vielleicht nie im Ausdruckswesen dieses Menschen erschienen wären. Nicht die katatonen Symptome im engeren Sinne (einschließlich der primitiven Erregungsformen) sind hier gemeint, sondern die *spezifisch schizophren besetzten* Veränderungen des Mienenspiels, der Gebärden und der Haltung.

Wenn wir diese auf ihre Beziehungen zur Lebensstufe prüfen, so müssen wir von vornherein hervorheben, daß der ganze Spielraum, auf den es ankommt, nicht mehr als 20 Jahre, beiläufig von der Mitte des zweiten bis zur Mitte des vierten Jahrzehnts umfaßt, also von der Pubertät bis zum ausgeglichenen Mannesalter. Die spätere Lebenszeit zeigt im wesentlichen Verarmungen schlechthin oder bringt doch nichts Neues mehr hervor, außer den Erscheinungen des Alterns selbst, wovon später noch kurz die Rede sein wird. Die Gegenüberstellung frischer Fälle aus dem Anfang und dem Ende der genannten Spanne wird also am ergiebigsten sein. Wir greifen zunächst aus der Reihe der männlichen Nummer, Ilo, Wimmer, Schagen, Heldreich, Hölzner heraus, bei denen der Beginn der Psychose in das 14., 20., 20. bzw. 32., 34., 36. Jahr fällt.

Bei dem Knaben ist der Untergrund des Kindlichen, aus dem die ersten Pubertätszüge sich eben herausheben, noch ganz deutlich sichtbar. Die größte Abwandlungsfähigkeit zeigt der Gesichtsausdruck; in ihm herrscht die *Mundmimik*, und sie ist auch die Ausdruckssphäre des Pathologischen; sie ist es ganz besonders durch die erschreckende Deutlichkeit des Zerfalles ihrer Einheitlichkeit, demgegenüber das übrige Bewegungsgesamt noch ein harmonisches Ganze bildet. Man weiß, wie sehr gerade beim Kinde und in der ersten Phase der Reifezeit die Mundmimik den Ausdruck beherrscht mit den Zügen des Unmuts, der Ablehnung, des Verdrusses und wiederum der Zartheit und des fast noch hilflos Kindlichen und schelmisch Kindischen. Aber bei unserem Jungen spielt schon ein Grimassieren hinein, an dessen Seite symptomatologisch Gebärden der Angst stehen, die „etwas Leeres, Eingefahrenes, Eindrucksunfähiges haben“. Also der *Audruck* des pathologisch *veränderten* Affektes ist es, der die Spuren der Einengung, der Verarmung, der Unlebendigkeit aufweist, und zwar bereits im ersten frühen Beginn der Psychose. Der abnorme Affekt findet nicht einen normalen Ausdruck, sondern Gemütsbewegung *und* Ausdrucksbewegung sind beide abnorm. Dieses Gesamtbild ist in keinem anderen Lebensalter möglich.

Schon bei dem 20jährigen Ilo ist der Alterscharakter verwischt. Es ist nicht nur keine Frische da, sondern auch gar nichts Jungenhaftes. Das *ganze* Wesen hat schon eine schizophrene Prägung angenommen. Die Mimik ist verändert, verzerrt, aber sie beherrscht das Bild nicht. Sie ist ein Nebenbei zu der zentralen Eigentümlichkeit, die in dem Zugleich von Steifheit und Pathos liegt; und im Pathos wiederum ist die Enge des beanspruchten Bewegungsraumes, in der Steifheit das Feierliche eigenartig. Aber auch Gebärden und Haltung sind nicht vereinheitlicht, sondern Rumpf, Arme und Hände agieren für sich in jener Weise und lassen dem Gang, der Ortsbewegung also, völlige Freiheit sowohl von dem Pathos als von der Steifheit. Vielleicht hat an der Enge des Bewegungsraumes die Berufsmotorik des Schreiners einen gewissen Anteil. Beim zweiten Schub zeigte sich, daß der Kranke doch noch, wenn auch in pathologischer Färbung, über die Lockerheit jugendlicher Bewegungsmittel verfügt, in Gang und Haltung so gut wie im Gesichtsausdruck. Ein neuer Erregungs-

zustand machte ihn wieder steif und maskenhaft, d. h. erfaßte das gesamte Bewegungswesen in der gleichen katatonen Form.

Der junge Theologe Wimmer besitzt viele Möglichkeiten mimischen und pantomimischen Ausdrucks; sie haben zum Teil berufliche Prägung. Anders ausgedrückt: ein gewisses Pathos, ein gewisser Schwung und Nachdruck, bei anderen Kranken wahnhaft unterbaut, sind ihm natürlich und auch seiner früheren Geistigkeit gemäß. Um so schärfer stechen die „Gewaltsamkeiten“, wie man auch sagt, das „Forcierte“ ab, das im Sitzen, also in der Haltung und aus ihr heraus sich entwickelt und ebenso im Gang herauskommt. Ein anderer Gegensatz zu den freien Gestaltungsmöglichkeiten bildet die enge praktische Gebundenheit. Aber auch die Ausdrucksmotorik selbst ist in sich widerspruchsvoll. Allein in ihr kommen jugenhafte und jugendlich-weiße Formen vor; jene Gewaltsamkeiten, von denen oben die Rede war, haben keinen Pubertätscharakter; sie könnten ebenso bei einem *älteren* Hochwüchsigen vorkommen. Das Moment der muskulären Unter- und Überspannung ermöglicht manche im Gesunden unmögliche Stellungen für kurze Frist, ist aber eine Sondererscheinung jenseits oder neben den *formgebenden* Bewegungsfaktoren.

Den Unterschied der beruflich-natürlichen theologischen Haltung und der übersteigerten Art des religiös ergriffenen Schizophrenen sieht man deutlich an dem Erdarbeiter Schagen. Ebenso deutlich kennzeichnet ein ausgesprochen philiströser, plumper, unjugendlicher Zug, wie andererseits eine kleinbürgerlich enge, einfache und formarme Umgangsmotorik das Bewegungswesen des 32jährigen.

Nach Ablauf des schweren Stupors war der 34jährige Heldreich zwar noch gebunden, aber sein Wesen wurde von Tag zu Tag natürlicher. 3 Jahre später ist der nun 37jährige „vom Anfall geheilt“ und auch in seinem äußeren Verhalten wieder ganz seinem Alter und Stande angepaßt, d. h. motorisch frei und einheitlich. Der Fall steht nicht vereinzelt da.

Die berufsmotorische und dabei altersgemäße Bewegungsweise durchmischt sich mit dem Ausdruck der Affekte bei dem Lehrer Hölzner. Katatonische Erscheinungen im engeren Sinne beherrschten vorübergehend das Bild.

Man sieht also, daß jenseits der Pubertät und Nachpubertät diejenigen Kranken, die im 4. Jahrzehnt erkranken, die bereits erreichte Prägung durch Alter und Beruf auch in der Krankheit behalten; aber was an ihrem Bewegungswesen eigentlich schizopren ist, hebt sich davon deutlich ab. Die Formenfülle des Jugendlichen, die Vorzugsstellung der Gesichtsmotorik, die Leichtbeweglichkeit der Glieder, der motorische Antriebsreichtum außerhalb der Erregungszustände ist auch bei ihnen geringer.

Zwischen diesen beiden Gruppen der früh und der spät Frischerkrankten stehen die übrigen Fälle, deren einer Teil früh erkrankt den ersten Schub schon ein Jahrzehnt und länger überlebt hat, deren anderer im Laufe des 3. Jahrzehnts frisch erkrankte, den Jungen also gleichfalls noch näher steht. Es scheint nach unseren Erfahrungen folgendes Geschehen zu überwiegen: Die früh, d. h. um das 20. Jahr Erkrankten behalten noch lange im Laufe der Psychose und ihrer späteren Schübe, *insofern sie von Anfang an motorisch erregt und formenreich waren*, jugendliche Züge bei, d. h. den Reichtum in Mimik und Gebärde, die Häufigkeit und Plötzlichkeit des Wechsels, oder doch die lebendige Bewegtheit und die Eindrucksfülle der darstellerischen Mittel. Die im Laufe der zweiten Hälfte des dritten Jahrzehnts frisch Erkrankten unterscheiden sich von ihnen nicht wesentlich. Auch sie haben noch im Gesichtsausdruck Jugendliches, und es erscheinen bei ihnen, wie z. B. besonders deutlich bei Stahl, schärfste Kontraste zwischen äußerster Wildheit und sanften, weichen und milden Zügen. Das Berufliche kann sich dabei schon durchgesetzt haben und behaupten,



wie bei dem Landwirt Schnecke, auch im Ausdruck der Verzückung und der Verzweiflung. Die Erlebnisadäquatheit, also die Einheit von Erlebnisfärbung, -inhalt, -stärke mit der Verwendung der Ausdrucksmittel bleibt bei ihm auch im Psychotischen erhalten. Es mag sein, daß seine untersetzte pyknische Gestalt hier stark mitbestimmend wirkt.

Unter unseren *weiblichen* Kranken ist keine, die außerhalb des Hauses berufstätig war; auch Kunz lebte als Erzieherin im Familienkreise. Für sie allein käme eine Berufsprägung in Frage, ist aber nicht vorhanden. So erscheinen sie in ihrer „natürlichen“ Daseinsform, unterschieden durch soziale Schicht, Herkunft, Bildungsgrad und persönliche Artung und außerdem als Frauen und Mädchen. 4 späterkrankte Frauen stehen 2 früherkrankten Frauen und 3 früherkrankten Mädchen gegenüber. Der Unterschied des motorischen Verhaltens ist viel geringer als zwischen jüngeren und älteren männlichen Kranken. Die geschlechtsbesondere Eigenart gleicht sie stärker einander an. Sie prägt sich an sich beim weiblichen Geschlecht früher aus und hält länger vor, namentlich in einer Zeit, die auf Jungbleiben einen so starken Nachdruck legt, der die *gesamte* Lebensführung und *alle* Bevölkerungskreise erfaßt. Infolgedessen sind die Altersunterschiede abgeschwächt; sie brechen erst nach dem Klimakterium hin durch. Die weibliche Prägung des Bewegungswesens erstreckt sich auf seinen ganzen Umfang. Körpermotorisch ist sie am auffälligsten in der Neigung zum Tänzeln und Tanzen. Ortsbewegung tritt hier mit Ausdrucksbewegung zusammen; der ganze Körper ist Ausdrucksapparat. Sehr eng verknüpft ist hiermit das leise und laute Singen als Hervorhebung des rhythmischen Bewegungsanteils und des Stimmungscharakters. Diese natürliche Verknüpfung kann schizophrene auseinanderfallen, also ein Angriffspunkt der krankhaften Zersetzung werden. Der Ausdrucksgehalt des Tanzens wird auch von den oberen Gliedmaßen und auch von dem einzelnen Glied in einem weit größeren Umfang bestritten als beim Mann und zudem bei irgendeinem männlichen Gebaren überhaupt. Der weibliche Arm ist das natürliche Werkzeug der Verzierung zu den Grundformen und Grundlinien der Bewegungsgestalten. Auch diese expressive Einheitsbeziehung kann zersetzt werden; sie kann auch ohne Zersetzung allmählich vergrößern und verkümmern; dies ist ein natürlicher Vorgang des Älterwerdens und hat an sich mit schizophrener Verarmung nichts zu tun. Diese zeigt sich vielmehr in einer Verdrängung der Grazie und freien Formgebung durch Gebundenheit und Geziertheit. Die wesensmäßige Zugehörigkeit des selbstdarstellerischen wie des einer Rolle dienenden Bewegungsspiels zur weiblichen Natur zeigt sich sowohl in der Leichtigkeit des Übergangs aus der schizophrenen Motorik zu den ich-eigenen Registern aus der Zeit der Gesundheit, als auch in der Beharrlichkeit, mit welcher das persönliche Bewegungsgesamt lange Zeit hindurch auch nach schweren stuporösen Phasen den Eingriffen des Krankheitsprozesses widersteht. Selbst stark verarmte Frühfälle haben oft in ihren Haltungen, den gezogenen Körperkurven wie den abgewinkelten Stellungen eine überraschende Einheit der Figur. Auch in der altmodischen Anstaltskleidung, welche die weiblichen Gestalten einander so stark anähneln und die Bewegungen weit mehr behindert als die männliche, erscheint die weibliche Kranke immer noch motorisch verfeinerter als der Mann. Diese Differenzierung des Motorischen hängt sicher auch damit zusammen, daß die Frau ein viel ausgeprägteres Wissen von sich selbst auf dem gesamten Bewegungsgebiete hat. Um so wesensfremder erscheint das Weib im Zustande schwerer Tobsucht.

Man muß, wie wir es hier taten, Körpermotorik, Gliedmaßengebärde und Gesichtsausdruck für sich ansehen. Was die Mimik der Kinder beiderlei Geschlechts, was den Knaben noch in der Vorpubertät und Pubertät kennzeichnet,

der Reichtum und die Flüchtigkeit des Gesichtsausdrucks, bleibt dem Weibe oft bis ins Alter zu eigen; sie steigern sich noch unter Umständen jahrzehntelang, wenn in das Gesicht des Mannes schon längst Beherrschung, und wenn nicht Schärfe, so doch bis auf die Blickmimik ein gemäßigter Ablauf eingetreten ist. Die bärtige Mode hatte diesen Vorgang beschleunigt, die bartlose sucht ihn aufzuhalten, wirkt also verweiblichend. Die verhältnismäßige Selbständigkeit, welche Blick, Mund und Stirn im weiblichen Ausdruckspiel besitzen, kann sich in der Schizophrenie noch steigern, indem jeder mimische Teilbereich für sich agiert und sehr verschiedenen Regungen Ausdruck gibt. Der Ausdruckszerfall als Widerspiel des seelischen Zerfalles kann sich gerade hier auf engstem Raum am schärfsten bekunden. Gertrud Rotfuß ist ein typisches Beispiel hierfür. Nachahmbar ist dieses zerfallene Spiel für den Gesunden nicht. Tritt zum Ausdruckspiel der Gesichtsmuskulatur noch eine tickartige Muskelunruhe als fremdes Element, so verdeutlicht gerade sie den Unterschied zwischen erfülltem Ausdruck und „leerer“ Muskelkontraktion im gleichen motorischen Feld. Bei Anni Bedfurt bildete sich eine „Gesäßmimik“ aus; vom Gesichtspunkt der Muskelinnervation aus gesehen bedeutet sie eine Ausnützung von Impulsabstufungen und -verteilungen, die für den heutigen Menschen in diesem Körpergebiet ungeläufig geworden sind, als Werkzeug des Ausdruckswillens eine raffinierte Bekundung des motorischen Wissens um sich selbst.

Dem weiten Raum, den im schizoprenen Selbsterleben das *Erotische* einnimmt, entspricht in vielen Fällen unter Einschluß aller Altersstufen ein mehr minder abgestuftes, feineres oder gröberes, leidenschaftlicheres oder gemäßigteres, offenes oder verstecktes Widerspiel in Blick, Ausdruck und Gebaren. Manchmal ist es gerade dieser Zug, dem zu allererst der aufmerksame Blick als einem das harmonische Bewegungsgesamt störenden, „befremdenden“ begegnet.

Das *Pathos*, von dem des Mannes durch Gehalt, Spannweite, Tiefe der Ergriffenheit, Nachhaltigkeit, Ichnähe, Überzeugungskraft und Echtheit in mannigfacher Weise abgewandelt, zeigt bei den weiblichen Schizophrenen durchschnittlich im Ausdrucksganzen mehr Flachheit und Leere, mehr Scheinhafes als Sein wie bei dem anderen Geschlecht. Dem pathischen und pathetischen Ausdruck kommt geringere Fülle zu, bildhafte Einheitlichkeit und Durchhalten ist seltener. Mit der Leichtigkeit einer flüchtigen Regung kann er unvermittelt in ein Brettflacht-saloppes Spiel zerflattern.

Bemerkenswert und eindrucksvoll genug steht diesem Pathos jenes *Leiden* gegenüber, daß besonders in den depressiven Initialzuständen jugendlicher Schizophrener beiderlei Geschlechts und eindringlicher noch bei jungen Mädchen und Frauen die ganze Gestalt beherrscht. Die unnahbar abstandsweite Versunkenheit, die unserem Beziehungssuchen weniger sich entzieht, als entrückt ist, breitet eine schwere, fremde, kühle Härte von Farbton und Linie über dieses eindruckstarke Bild. Man ahnt und fühlt mehr, daß dies keine Manisch-Depressive ist, als daß man es in klaren psychopathologischen Bestimmungen aufzeigen könnte. Man könnte vielleicht sagen, daß es mehr ein Leiden am Verändertsein als im Ergriffensein durch echte Traurigkeit ist oder ein Zersetztsein durch ein uneinheitliches Zusammen solcher Erlebnisse, wie eine spätere Befragung es nicht selten dartut.

Der *Durchschnittstyp* der schizoprenen Frau zeigt, wenn einmal der Übergang in Verarmung und Verödung sich vollzogen hat, wesentlich ebenso wie der des Mannes, noch jene Anregbarkeit, die es ermöglicht, sie aus Autismus und Geziertheit übungsmäßig einer geläufigen Beschäftigung in gewissen Grenzen zuzuführen. Auf der weitgehenden Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Arbeitsmotorik und Ortsbewegung von den übrigen Bewegungsgefügen beruht ja überhaupt der Erfolg, ja die Möglichkeit der Beschäftigungsbehandlung.

Diese Selbständigkeit, die für die Norm in früheren Arbeiten festgestellt wurde, gehört zu den Grundgesetzmäßigkeiten des menschlichen Bewegungswesens. Sie bleibt auch von der schizophrenen Persönlichkeitsveränderung am längsten unangetastet. Die Berufsmotorik des Mannes, die eingefahrene Arbeit des weiblichen Alltags bedarf zwar zu ihrer Inangasetzung fremder Anregung, sie bleibt aber verfügbar, und die Umstellung auf sie ist oft verblüffend leicht vollziehbar. Was hier gelegentlich als *Dyspraxie* erscheint, ist, um den „technischen“ Ausdruck zu gebrauchen, ein Dazwischenfunken von sparrig-gegengerichteten Bewegungsantrieben und Tonusschwankungen oder aber ein Dazwischengreifen psychotischer Bewußtseinsinhalte in den Verrichtungsablauf. Am deutlichsten ist dies beim Innehalten. Ist der Kranke gerade mit einem sehr wirkungstarken psychotischen Erlebnis befaßt, so kann die Schwierigkeit, einen motorischen, selbst ganz einfachen Auftrag auszuführen, für ihn sehr groß sein, und seine Handlung wird verzerrt oder bleibt im Anlauf stecken oder gerät auf den Abweg einer symbolisch andeutenden, mehr weniger sich verirrenden Geste. Gibt ihn das Erlebnis wieder frei, so kann er im nächsten Augenblick die Handlung auftragsgemäß vollziehen.

In unseren Skizzen wird häufig auf die Ähnlichkeit von Haltungen und Stellungen, Ausdruckstypen und Maßbeziehungen der Kranken mit den Darstellungsweisen menschlicher Gestalt in verschiedenen Richtungen, Zeiten und Kulturkreisen der bildenden Kunst hingewiesen. Ob hier mehr als Ähnlichkeit, ob und wo innere Verwandtschaft mit dem „Sinn“ von Bildwerken der ägyptischen, byzantinischen, tibetanischen Kunst, der Frührenaissance, der Gotik, der Romantik, des Expressionismus obwaltet, ist ein besonderes Problem, das hier nur angedeutet, nicht untersucht werden kann. Aber eines bedarf der Hervorhebung: mit Barock, niederländischer Kunst, Impressionismus, Romantik hat die Formgebung des Schizophrenen keine Berührung: Freudigkeit, Lebens- und Naturnähe, Flüssigkeit, Unmittelbarkeit und Ungestörtheit des Erlebniszusammenhanges liegen jenseits der schizophrenen Welt. Insichgekehrtheit, des „lebenden“ Bildes unbelebte und gestellte Haltung, die sinnbildhaft getragenen Gebärdenspiele und die ekstatische Entbindung unerhörter Ich- und Welterlebnisse lassen sich mit schizophrenen Bewegungsmitteln gestalten. *Ἐξίστασθαι* ist das Wort der Evangelientexte, das Luther überall mit „sich entsetzen“ wiedergibt. *Στάσις* ist die Haltung: also jemanden aus seiner Haltung herausbringen; entsetzen: jemanden von seinem Sitz auf-fahren lassen. Gerade so zeigt sich der Schizophrene, wenn ihn aus der Versunkenheit oder aus der Ruhe ein entsprechendes Erlebnis herausreißt. Die Wandmalerei des frühen Mittelalters war feierlich-steife, aus weitem Abstand wirkende Verkündigung, die Bildmalerei der Anfänge der Renaissance ein zwar immer noch steifes und gebundenes, doch nacherlebbar nähergebrachtes Darstellen, das in Andacht und Verehrung zu lebendigem, wenn auch herausgehobenem und darum zeitlich flüchtigem Sicheinsfühlen stimmt. Nebeneinander finden wir starre Figuren wie romanische Halbreiefs sich von der Wand abheben und ausdrucksstark belebte Gestalten, gotischen Bildwerken vergleichbar, in den freien Raum gestellt.

An die blasse, traurige, müde und zartgezierte, träumerische Anmut von Botticellis Frauengestalten erinnern nicht wenige schizophrene Mädchen von leptosomem Körperbau in ihrem Ausdruck und den Linien ihrer Bewegung, in der Enge und zugleich der inneren Zusammengehörigkeit ihrer Register. Am Ende dieser Reihe steht die dem Expressionismus verwandte sparsame Beschränkung aller Darstellung auf wenige „wesentliche“, das „Eigentliche“ bedeutende, die ganze Gestalt beherrschende große und harte Züge. Dem schizophrenen Erleben nahe liegt das Ferne, Abständige. Denn heraus-

gehoben vor den anderen Menschen ist der Kranke im Begnadungserlebnis, einsam im Weltuntergangserlebnis, verlassen in der Verfolgung, im Autismus gänzlich mit sich selbst allein, in sich versunken. Von hier aus wird zum Teil die Verwandtschaft seines Ausdruckswesens mit den genannten Kunstformen, der Gegensatz zur anderen Reihe gleichermaßen verständlich.

Mir scheint also, daß hier mehr als äußere Ähnlichkeit vorliegt. Vergleicht man die Art des Schizophrenen, sich darzustellen, mit der des Hysterischen, so muß dem ruhig Schauenden wohl auffallen, daß letzterer sich darstellt für den Zuschauer um der Wirkung willen, auf die er es absieht, jener von einer Idee, von einer Macht, von einem übermächtigen Erlebnis getrieben, nicht um zu wirken, unbekümmert um die Umgebung, ja losgelöst von ihr, weltverloren.

Es war sehr interessant, zu sehen, daß es eine unserer Heidelberger Mitarbeiterinnen, die eine vorzügliche Porträtmalerin ist, gelang, das Wesen schizophrener Gesichtsausdrücke und Haltungen so eindeutig im Bilde einzufangen, daß man sich zu dem Ausruf gedrängt fühlte: „Wer vor diesen Bildern nicht versteht, was eine Schizophrenie ist, wird es nie begreifen“. (Siehe die Abb. 2 und 3 auf Seite 194.)

### Endzustände.

Je länger ein schizophrener Prozeß dauert, in dem es schließlich keine Remissionen mehr gibt, je mehr motorische Symptome ihm in seinen früheren Stadien eigen waren, desto mehr hat auch der Endzustand unter bestimmten Bedingungen eine durch motorische Besonderheiten augenfällige Prägung. Die motorische Seite der fortgeschrittenen autistischen Einengung und des Zustandes, den man gemüthliche Verblödung zu nennen pflegt, ist die fortschreitende Verarmung des Bewegungsbildes. Es war uns bereits klar geworden, daß nicht nur Stereotypie, Perseveration und Iteration Verarmungen sind, sondern auch schon der Verlust der Grazie. Denn Anmut und Flüssigkeit ist immer Reichtum, ist immer Mannigfaltigkeit in der Verwendung der Ausdrucksmittel und Gestaltungsmöglichkeiten. Auch der nichtmotorische Typus, der Mensch, zu dessen Wesen die Bewegungsfülle nicht gehört, und der, dessen Zucht und Selbstbeherrschung das Bewegungswesen ausdrücklich einbezieht, ist frei in der Verfügung über seine Motorik, frei in ihrer Gestaltung. Der Mensch, der von Hause aus keine Grazie hat, unterscheidet sich in seinem Bewegungsgesamt deutlich von dem, der sie besaß, aber verlor. Wer noch Gelegenheit hatte, vor 20—30 Jahren in alten Irrenanstalten, die zum Teil nur Bewahrungshäuser für Endzustände waren, diese alten Katatoniker zu sehen, dem stehen Bilder vor Augen, die in der verzerrten Erstarrung menschlicher Gestalten unvergeßlich sind. Einer ist mit dem Gesäß an einen Baum gelehnt, Oberkörper und Hals nach vorne ins Leere gestreckt; mit stieren Augen vor sich hinstarrend, läßt er die Arme hängen und murmelt. Ein anderer umfaßt mit den Händen einen Pfahl und mit verzückt-blöder Miene wiegt er sich von rechts nach links hin und her. Irgendwo im Freien steht ein alter Kranker mit struppigem Haar und hat sich in ständigem Reiben das Kinn wundgescheuert, ein anderer reißt an seinen Nägeln, ein dritter hat sich mit schmierigen Fingern die Hände zerkratzt, und der Speichel tropft von seinen Lippen. Stunden-, ja tagelang standen sie abgezehrt mit blauen, kalten Händen auch an warmen Tagen unbeweglich an Wänden und Zäunen, leisteten Widerstand und machten sich noch steifer, wenn man sie zum Gehen aufforderte. Und wenn es auch gelang, sie durch ein Gespräch, einen Scherz einmal für Minuten herauszureißen, so versanken sie sofort wieder in die alte Bewegungslosigkeit, wenn sie allein waren. Minder schwere Zustände der Bewegung Verarmung sah man bei den Kranken, die

nicht müde wurden, auf und ab zu trotten, die höchstens einmal innehielten, um auf eine Sinnestäuschung zu horchen, die ihre Nase und ihre Ohren mißhandelte. Manche hatten im Laufe der Jahre in einer Ecke in den Fußboden einen vertieften Kreis gelaufen. In den Ecken saßen sie herum mit an den Leib gezogenen Beinen, den Hals und Kopf in ganz verdrehten Stellungen, und stießen krächzende Laute aus. Die Verbesserung der Anstaltsbauten und der Irrenpflege, die Vermehrung des Ärzte- und Pflegepersonals, vor allem die Beschäftigungsbehandlung haben diese Bilder allmählich verschwinden lassen. Sie erwiesen sich also als weitgehend abhängig von den äußeren Bedingungen und Einflüssen. Damit ist dargetan, daß diese schwersten Formen der Bewegungsverarmung und des Verharrens in gebundenen, erstarrten und versteiften Haltungen und Stellungen nicht unabänderliche Folgezustände einer organischen Gehirnveränderung sind, nicht Lokalsymptome im Sinne der alten klassischen topologischen Neurologie.

Diese Übersicht zeigt nicht nur die Mannigfaltigkeit der schizophrenen Motorik, sondern auch einen nicht unbeträchtlichen Teil der Abhängigkeiten von anderen Faktoren, die nicht in der Krankheit selbst liegen. Einerseits umschließt sie natürlich nicht die ganze Breite der Abwandlungen, andererseits aber ist die Mehrzahl der geschilderten Bilder weitaus belebter, als es bei dem größten Teil der Schizophrenen der Fall ist; gewöhnlich ist die Motorik einförmiger. Insbesondere sind gewisse weibliche Formen in ein außerordentlich enges motorisches Feld gebannt. Es sind die älteren verheirateten und unverheirateten Frauen, welche in der Durchführung einer Rolle der vornehmen Dame alten Stils erstarrt sind oder in einer kindlichnaiven Haltung jungmädchenhafter Unschuld früherer Zeiten oder in der Verkörperung weltentrückter Frömmigkeit dem Fortgang und Wandel der Zeit trotzen. Auch während schwerer körperlicher Krankheit kann sie durchgehalten werden, kann bis zum Tode dauern, und die Kranken können in ihr selig und ohne Angst sterben. Über ihnen liegt in manchen Fällen eine fast unwirkliche und verklärte Milde.

Alte Männer führen mit einer unvergleichlichen Beharrlichkeit in steifer Würde die Rolle eines hoheitsvollen Fürsten, eines großen Dulders, eines „Denkers“ durch. Der Überschuß von mimischem und pantomimischem Beiwerk fällt allmählich weg; sie bekommen z. B. eine hofschanzenartig knappe, gemessene, undurchbrechliche und undurchdringliche Angepaßtheit an die formelhafte Wiederholung ihrer Inhalte. Manche zeigen ein eigenartig komisches Gemisch von „Hoheit“ und „Lakai“.

Wie beim normalen alternden Manne, wird beim alten Schizophrenen der durch die Gebärden beanspruchte Bewegungsraum kleiner, das Bewegungsbedürfnis an sich geringer. Man kann leichter wie früher mit ihnen von ihrer Jugend sprechen, in körperlicher Krankheit können sie weich werden, lassen sich lenken und pflegen und werden zum Teil auch ansprechbar. In anderen Fällen steigert die Ohnmacht des Alters den Zorn und seinen Ausdruck bis zu verbissener Gehässigkeit. Ein schizophrener Greis, den ich jahrelang beobachtete, legte die ganze Wut gegen seine vermeintlichen Verfolger in die Deklamationen Schillerscher Heldenrollen und sprach im Affekt überhaupt nur noch in Jamben. In unverfälschter Frankfurter Mundart begrüßte er mich oft, wenn er schlecht gelaunt war, mit den Worten:

„Zur Unzeit kommst de mer, verfluchtes Oos,  
Laß mer mei' Ruh', ich will nix von der wisse?“

Wenn ich mich dann aber an sein Bett setzte und mich seiner Altersbeschwerden annahm, konnte er ganz zahm werden und auch wohl lächeln. Dann aber fuhr er halluzinierend plötzlich in die Höhe, bleckte die zahnlosen Kiefer, hob

drohend die mageren Hände in die Luft und schrie hochdeutsch, gleich einem verzweifelten König Lear, mit dem verschleimten Pathos der Altersbronchitis gegen die Türe hin:

„Du hast mich um Gesetz und Recht gebracht,  
Was willst Du noch, Du Bluthund, du verdammter?“

Er nannte nie den Namen seines Feindes und starb schließlich mit 80 Jahren einen milden Tod unter den Händen seiner alten Pflegerin, deren Geduld und Gutherzigkeit er fühlte, und die mit ihm umgehen durfte wie mit einem Kinde.

### Männliche Schizophrenie<sup>1</sup>.

1. Nummer, Ferdinand (26/304, Beginn mit 14 Jahren), geb. 29. 4. 10, Lehrling. In der Klinik 23. 4. bis 6. 7. 26 und 22. 7. bis 10. 9. 31. Er ist der 6. von 9 Geschwistern, ging ungen in die Schule, lernte schlecht und blieb einmal sitzen; gegen Strafen und Tadel war er äußerst empfindlich und gebärdete sich ganz unbeherrscht. Er konnte nie fröhlich sein, nicht mit anderen Kindern spielen, war dickköpfig und aufbrausend. In der Arbeit war er nachlässig und ohne Ausdauer. Mit 14 Jahren äußerte er, man wolle ihn umbringen, ihn fortholen, er werde verfolgt; 4 Tage lang war er in schwerer ängstlicher Unruhe. Danach blieb er einige Zeit mißlaunisch und reizbar und wurde allmählich wieder wie früher. Nach der Schulentlassung war auch im väterlichen Geschäft nichts Rechtes mit ihm anzufangen. 14 Tage vor der Aufnahme deutete er an und blieb dann dabei, man wolle ihn vergiften, Arbeiter des Vaters (Küfer) wollten ihn zerstückeln und ihn in ein Faß stecken. Im Zustand schwerster Angst wurde er aufgenommen, schrie, weinte, plärrte, fühlte sich einsam und verlassen, hörte drohende Stimmen und wehrte sich gegen Männer. Die Heftigkeit der Angst ließ allmählich nach, aber die sie bekundenden Gebärden wurden stereotypisiert und bekamen etwas Leeres, Eingefahrenes, Eindrucksunfähiges. Als die Angst ganz abgeklungen war, kam ein eigenartiges Gemisch von Ungeniertheit und Verlegenheit, trotzigem Benehmen und leerem Quengeln zum Vorschein.

15. 6. 26. Kommt aus dem Krankensaal und setzt sich, Rumpf und Beine biegsam zur rechten Seite hingedreht, den Kopf halb links zum Untersucher gewendet. Gibt auf Fragen willig, aber einsilbig Antwort. Er hat ein ganz unmodelliertes, freies, kindliches Gesicht, das, als er noch ruhig im Bett saß und mit weit geöffneten Augen ins Leere starrte, etwas Malerisches hatte. Diesen Ausdruck gewinnt es durch seine Stille und durch den Blick. Sobald man sich mit dem Kranken beschäftigt und das Gesicht in Bewegung gerät, geht dieses Wesen verloren, vor allem, weil der Blick sich ändert. Er ist abwechselnd beobachtend, lauernd, fragend, manchmal verträumt und weich, manchmal verändert durch Richtung, Schärfe oder Mattheit, ohne daß sich mimisch sonst etwas abzuspüren oder im Gesamtausdruck des Gesichtes zu ändern braucht. Auch die Mundmimik hat eine gewisse Selbständigkeit; sie wird manchmal ganz allein betätigt. Die Lippen werden dann bald schmaler, bald breiter, ebenso die Mundspalte. Bald wird die Oberlippe für einen Moment heruntergezogen bzw. die Unterlippe herauf, bald wird die Oberlippe nach vorn und oben gestülpt. Dabei bleiben die Lippen dauernd fest aufeinandergepreßt. Die Ausdrucksabwandlungen bewegen sich zwischen Ernst, Verslossenheit, Nachdenklichkeit, Mißmut, ab und an anspringendem Trotz oder leichter Verlegenheit. Schon beim Öffnen des Mundes und erst recht beim Sprechen verliert das Gesicht das Zarte und Weiche und nimmt einen mehr gewöhnlichen Ausdruck an. Die Einheitlichkeit des Ausdrucks zerfällt, wenn der Blick das Weiche und Erfüllte beibehält, während die Mundmimik ins Gemeine übergeht, ins Schnippische und Spöttische, Besserwisserische, und zwar ganz ohne entsprechende sprachliche Äußerung. Mit der unmodellierten Weichheit des Gesichtes in der Ruhe stimmt die weiche kindliche Haltung der Arme und Hände, die schüchterne Gesamthaltung und die grazile Stellung der Füße gut überein. Aber die manchmal auftretenden brusken Bewegungen von Kopf und Hals passen nicht dazu. Sonst ist von der gestörten Maßbeziehung der Pubertierenden in bezug auf Dynamik, Rhythmus, Tempo und Ausmaß der Bewegungen noch nichts vorhanden. Abgesehen von dem mimischen Zerfall im Gesicht, der auf den ersten Blick krankhaft wirkt, ist das Bewegungsgesamt im übrigen noch harmonisch. Es ist schwer zu unterscheiden, inwieweit die beschriebenen Bewegungen des Mundes Ausdruck von Erlebnissen sind, und inwieweit sie schon ein Grimassieren ohne

<sup>1</sup> HOMBURGER hatte keine Bilder noch Schriftproben vorgesehen. Ich habe mich bemüht, nachträglich noch alles zu beschaffen, was sich noch finden ließ. Die Schriften werden auch dann wiedergegeben, wenn sich äußerlich nichts grob Katatonisches feststellen ließ. Der graphologisch Interessierte mag nach feineren Symptomen fahnden.

bestimmbaren seelischen Hintergrund darstellen. Sicher besteht beides nebeneinander bzw. durchdringt sich gegenseitig. Jedem Versuch einer Annäherung, wenn man z. B. den Jungen an der Hand faßt oder ihm über den Kopf streicht, wehrt er ab und äußert immer wieder mit ängstlich gespanntem Gesicht, er möchte heim.

In einem Zustande, in dem nebeneinander Lenksamkeit, verlegene Schweigsamkeit, träumerischer Ernst und Regungen abweisenden Trotzes bestanden, wurde er zwar weitgehend einsichtig, doch noch unfrei nach Hause entlassen und hat sich auch nicht wesentlich geändert. Er lebt interesselos und im ganzen ruhig, ohne sich zu einer regelmäßigen Beschäftigung anhalten zu lassen, in der Familie.

2. Ho, Johann (26/156; 28/975, Beginn mit 20 Jahren, geb. 23. 7. 06, ledig, Schneider. In der Klinik 2. bis 16. 3. 26; 30. 11. bis 13. 12. 28. Er war ein unauffälliges Kind, lernte ohne Schwierigkeiten und war später ein lustiger, geselliger und verträglicher Mensch. Auf seinen Beruf war er stolz und arbeitete mit Eifer und Liebe. Seit einigen Monaten war er verändert, wurde gleichgültig, stand nicht rechtzeitig auf, geriet mit Hausbewohnern

Lieber Alfons!  
Muhs Dir nur kurz mitteilen  
dab man mich wiederholt  
in Heidelberger Irrenklinik  
sah. Eb. Bruder sette mich  
aus dierena Gefangnisse. Ich  
habe schon 6. Pfund abgenommen  
Wenn Du mir hilfst will  
ich Dir ewig Dankbar sein  
Denn ich will Dir nur  
sagen Eb. Bruder, das ich  
nicht Geisteskrank bin. Ich  
bin in einer so grossen

Abb. 10. Schrift des Ferdinand Nummer. 9 : 10. Von 1931.  
Nach 7jährigem Bestehen des Leidens.

und Meister in Zwistigkeiten, sprach viel vom Sozialismus. Eines Tages ging er auf die Polizei, um sich über den Meister zu beschweren und benahm sich dort so merkwürdig, daß der Kommissar sich veranlaßt sah, ihn mit dem Sanitätswagen ins Krankenhaus bringen zu lassen. Von dort kam er 3 Tage später in die Klinik. Er war sehr erregt, steil und steif aufgereckt, gebunden in der Haltung und schrie, er sei Christus. Am nächsten Tag zeigte er unter Singen rhythmische Bewegungen; er stieß Schreie aus und machte mit den Armen Stöße in die Luft oder sprang und hopste in grotesker Weise im Zimmer herum. Nach etwa 10 Tagen trat eine gewisse Beruhigung ein und an Stelle der grotesken Lebhaftigkeit ein feierliches Pathos mit Reden von göttlicher Berufung. Bot man ihm eine Zigarette an, so wurde er vollkommen locker und natürlich in seinen Bewegungen. Sobald er zu Ende geraucht hatte, verfiel er wieder in sein früheres Gebaren.

Man versucht mit dem Kranken, mit dem man keine Beziehung gewinnen kann, über alltägliche Dinge zu sprechen. Er sitzt auf der äußersten Kante des Stuhles mit übereinandergeschlagenen Beinen und durchgedrücktem Kreuz. Seine Haltung und sein Sitz sind so unbequem und steif, daß sie ein Gesunder auf die Dauer gar nicht nachmachen könnte; trotzdem wirken sie nicht wie aufgezwungen, sondern wie willkürlich eingenommen. Die ganze Rumpfmuskulatur ist völlig fixiert. Die Armbewegungen hingegen sind ziemlich zwanglos. Er spricht zwar maniert, aber nicht hochdeutsch, sondern übertreibt die Eigentümlichkeiten der Mundart seiner alemannischen Heimat. Er grimassiert dazu dauernd sehr stark, zuckt mit der Stirn, blinzelt mit den Augen, zieht den Mund schief. Sobald er auf seine Wahnhalte, er habe Gott gesehen, und es drehe sich um die





Wird der Kranke unruhig, dann wechselt die Erscheinung von Grund aus. Er rennt mit Riesenschritten, die selbst für seinen hohen Wuchs zu groß sind, über die Abteilung; betonte Wildheit ist in seiner Haltung, großartiges Pathos in seinen Gebärden, und der Ausdruck seines Gesichts ist verschlossen, hochmütig und ablehnend. Die Umgebung hat aufgehört für ihn da zu sein.

Ohne über seine Erlebnisse mehr zu ergeben, als daß sich alles um ihn drehe und alles zu Ende gehe, daß er die Mutter Gottes und eine Wolke mit Sternen gesehen habe, und daß man ihm dauernd andere Gedanken in den Kopf stecke, verliessen zahlreiche Explorationsversuche. Das Gesamtverhalten wurde immer zerfahrenere, läppischer und zeitweise negativistisch. Auch wenn er ansprechbar war, sprach er nur in abgerissenen verstümmelten Sätzen. So wurde er nach der Anstalt I verlegt, wo eine wesentliche Besserung nicht eintrat.

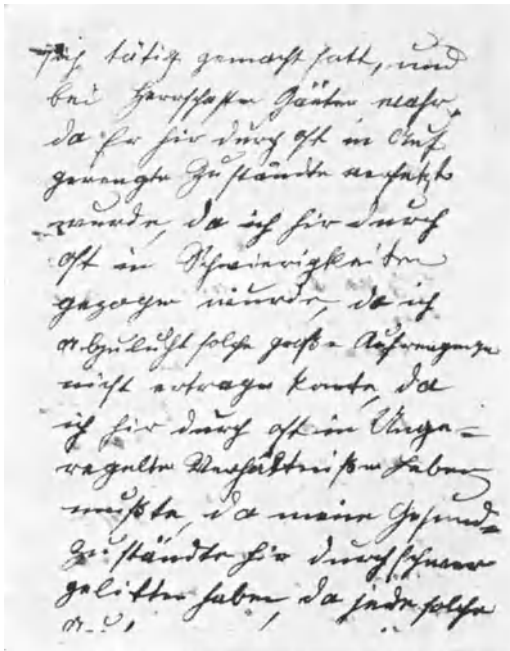


Abb. 11. Schrift des Johann Mager. 9:10. 1913. Fall 4.

war er stumpfer und menschenscheuer. 1926 in der Klinik war er einfürmig, still vergnügt, läppisch; aber plötzlich konnte er gegen andere Kranke aggressiv werden.

Der grobschlächting, derb und untersetzt gebaute Mann sitzt plump und schwerfällig da, wie wenn er einnicken wollte, die Hände vor dem Bauch gefaltet. Man kann ihm einfache Fragen stellen, und er erzählt auch aus eigenem Antrieb einige Militärerlebnisse; dazu macht er nur ganz wenige träge Bewegungen mit dem Kopf. Im übrigen aber rührt er sich nicht, sitzt unbeweglich wie ein Klotz da. Keine Aufforderung kann daran etwas ändern, kein noch so geduldiges Zureden vermag ihn dazu zu bringen. In seiner Haltung vollzieht sich keine Abwandlung. Vorgebeugt in sich zusammengesunken lacht er glucksend in sich hinein.

1928 war er, nachdem er fast 2 Jahre wieder in der Landwirtschaft bei seinem Bruder gearbeitet hatte, plötzlich unruhig geworden, sang und deklamierte Militärlieder. In der Klinik war er ruhig und zeigte überwiegend die gleiche zusammengesunkene bewegungsarme Haltung wie 2 Jahre vorher. Bis zum 30. 6. 29. mußte M. in der Anstalt W. verewahrt werden, und am 25. 2. 31. nahm ihn diese Anstalt wiederum auf.

5. Boltz, Joseph (02/89, Beginn mit 20 Jahren), geb. 21. 2. 82, verheiratet, Tapezierer. War von 1902—1928 28mal in der Klinik. Vorgeschichte und Krankheitsverlauf sind im klinischen Teil (S. 488) mitgeteilt.

Der Kranke steht aus dem Bett auf, um ins Untersuchungszimmer zu gehen. Mit langsamen, bedächtigen, aber normal ablaufenden Bewegungen zieht er sich an; sein Ausdruck ist selbstzufrieden. Auf dem Weg durch die Gänge werden Haltung und Bewegungen freier; sobald er aber im Untersuchungszimmer angelangt ist, setzt sofort ein eigenartiges und mannigfaltiges Spiel ein, in dem eine Reihe unterschiedlicher Formen sich wiederholen

4. Mager, Johann (10/301, Beginn mit 20 Jahren), geb. 18. 4. 83, ledig, Dienstknecht. Viermal in der Klinik, zuletzt 20. 11. bis 24. 11. 28. Seine Kindheit und Jugend war bis zum 20. Jahre unauffällig. Als er 1905 vom Militär zurückkam, sei er nachdenklich gewesen und habe unsinniges Zeug geredet. Seit dieser Zeit hatte er sehr zahlreiche kürzere und längere Schübe, dazwischen anfangs gute Remissionen mit völlig geordnetem Wesen. 1910, nach der ersten Aufnahme, wurde er nach schwerer sprachverwirrter Erregung beruhigt und vergnügt nach Hause entlassen. 1913 wurde er unruhig, mit physikalischen Beeinflussungsideen, manierierten Bewegungen und Sprachverwirrtheit wieder aufgenommen und unverändert nach der Anstalt W. überführt; von dort erscheinungsfrei vor Kriegsausbruch nach Hause entlassen, arbeitete er ruhig, war aber als schwieriger Sonderling bekannt. 1916 bis 1918 und 1921 bis 1922 war er wieder in der Anstalt W. Nach jedem Schub

und gegeneinander abheben. Die Grundhaltung ist pathetisch, aber ohne großes Format, ohne tiefen Ernst, vielmehr etwas komisch selbstbewußt; und selbstgefällig und überheblich ist auch sein Gesichtsausdruck.

Alle seine Abwandlungen dauern nicht etwa längere Zeit an, sondern sie wechseln fast von Minute zu Minute. Es ist ein äußerst bewegtes Spiel, in dem die einzelnen Bilder aber nie plötzlich abreißen oder erstarren; vielmehr gehen sie mit gedehnten Zwischenbewegungen ineinander über. Kaum einen Augenblick herrscht motorische Ruhe; zum mindesten finden knappe Bewegungen des Kopfes und Halses statt. Das gesamte Bewegungsspiel, so verschiedenartig seine Anteile sind, hat eine gezogene, gedehnte, getragene Grundmelodie und setzt sich aus wenigen betonten und vielen unbetonten Rhythmen zusammen, wie Begleitbewegungen zu einer liturgischen Musik. Das Tempo verliert nie seine Mäßigung, der Ablauf nie Weichheit, Rundung und Flüssigkeit. Nie entsteht der Eindruck regellos-sinnloser motorischer Abläufe; auch die Wiederholungen wirken wie Teile eines von einem Thema beherrschten Ganzen. Man kann die eigenartige verstiegene Feierlichkeit, so oft man will, durch nüchterne Fragen unterbrechen, sie stellt sich nach wenigen Augenblicken wieder her und geht auf ganz einfache Bewegungen über; selbst das Umkrempeln der Hosen und das Hinaufschlagen des Rockes werden in sie einbezogen.

Beim Sitzen richtet er sich großartig auf, legt nachlässig ein Bein über das andere und faltet die Hände über dem Knie. Dazu macht er ein blasirtes, herablassendes Gesicht. In diesen Rahmen fügen sich Bewegungen von etwas größerem Ausmaß ein, welche noch von dem Gespräch über Christus, das er zuvor geführt hatte, bestimmt erscheinen. Er streckt die Brust vor und betastet mit den Fingerspitzen einige Stellen, als deute er auf die Wundmale. Der selbstgefällige Ausdruck bleibt dabei bestehen. Später nimmt er eine sieghafte Miene an, wölbt die Brust, so sehr er kann, atmet tief und angestrengt und reibt sich dabei an den Rippen herunter, als wolle er die Brust noch mehr herausmassieren. Dann wiederum geht er in die Haltung eines Menschen über, der dem Sprechenden zugewendet, einer sehr interessiert geführten Unterhaltung angestrengt zuhört. Dabei dreht er zwischendurch den Kopf mit leidendem Ausdruck hin und her. Aufgefordert zu zeigen, wie man einen Knopf annäht, beginnt er ein Hokuspokusspiel mit den Händen wie ein Taschenspieler, der den Knopf hinzaubern will. Aufgefordert zu gehen, stellt er sich steif und pathetisch auf, wölbt die Brust und setzt sich in Positur, als wolle er einen Tanz erlernen, und setzt die Füße vor, als müsse er ihre Bewegungen und deren Ausmaß ganz sorgfältig überwachen.

Einen ganz anderen Charakter hat eine Gruppe von Bewegungen, die im Sitzen aus eigenem Antrieb ganz ohne äußeren Anstoß hervorgehen. In langen Zügen reibt der Kranke mit den Fingern an der Stuhlkante entlang, an seinem Rock und seiner Hose hin und her. Diese Bewegungen sehen nicht gleichförmig aus, sondern erscheinen bald mehr wie automatische Anläufe, bald werden sie zart und zierlich mit gespreizten Fingern ausgeführt. Noch viel zierlicher ist aber ein formenreiches Spiel mit Händen und Fingern von kleinem, feinem Ausmaß, ein Aufnehmen, Hinlegen und Zurechtzupfen, wie wenn eine Verkäuferin

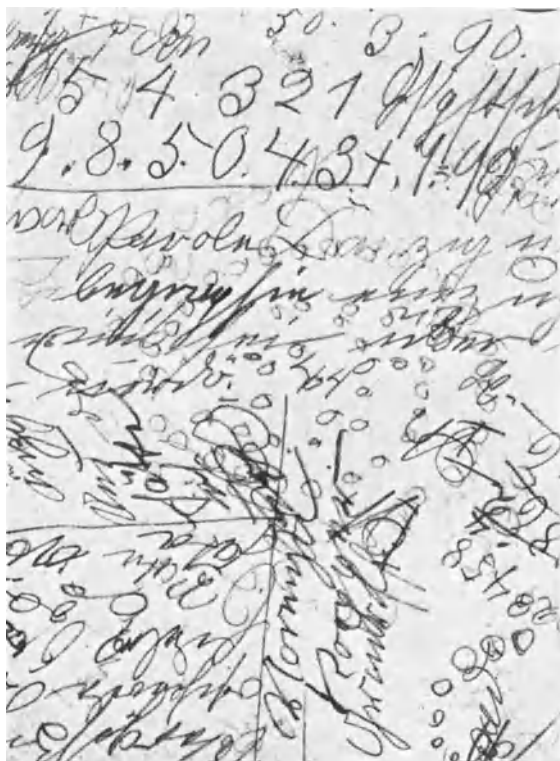


Abb. 12. „Schrift“ des Johann Mager. 9:10. Proben aus einem vollgeschriebenen Heft. 1926. Fall 4.

vor einer Dame niedliche und kostbare Schmucksachen mit einladenden und empfehlenden Gesten ausbreitet. Sein Zustand blieb auch in W. unverändert.

6. Fabritius, Julius (26/371, Beginn mit 24 Jahren). geb. 10. 4. 02, ledig, Landwirt. In der Klinik 18. 5. bis 11. 6. 26. Er war früher immer lustig, lernte gut. Kam dann in die väterliche Landwirtschaft. Das frühe Aufstehen paßte ihm nicht. Allmählich kamen

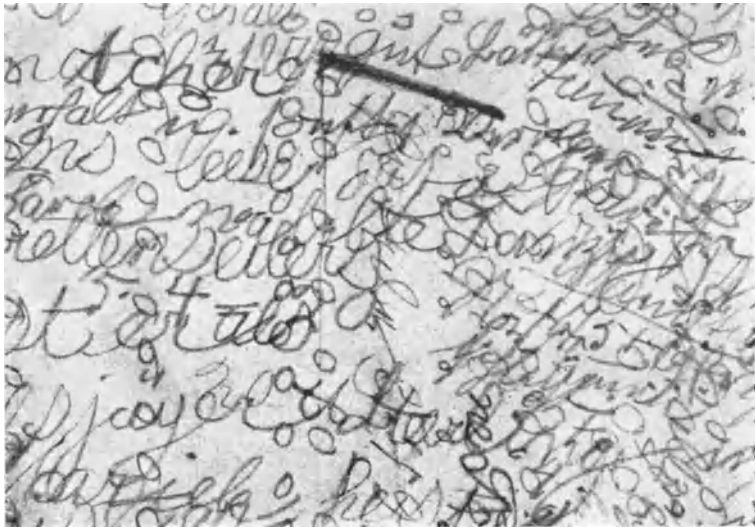


Abb. 13. Desgl. 9 : 10. 1926. Fall 4.

andere Auffälligkeiten dazu: er vernachlässigte sich körperlich, wurde mißmutig und ging nicht mehr aus, kam erst spät am Vormittag aus dem Bett und legte sich nach wenigen Stunden wieder nieder. Die Veränderung nahm zu, und er wurde völlig stumpf und autistisch. In den letzten Monaten hörte er den Teufel, sang geistliche Lieder und schrie. Bei der Aufnahme war er sehr laut, aber ansprechbar, schimpfte sehr heftig auf seine Stiefmutter, redete verworrenes Zeug über den Reichspräsidenten, der die Leute vergiften wolle, machte läppische Bemerkungen



Abb. 14. Johann Mager, 1910.  
(Die Krankheit begann 1903.) Fall 4.



Abb. 15. Der Gleiche 1913.  
Fall 4.

über die Kleidungsstücke. Das psychische Bild ist außerordentlich arm und einförmig, nur die Motorik etwas gestaltreicher.

Im Laufe ganz kurzer Zeit, etwa einer halben Stunde, durchläuft der Kranke eine ganze Reihe verschiedener motorischer Bilder, die sich von dem Untergrunde eines Zustandes der Schläffheit und Antriebsmut abheben bzw. ihn durchbrechen. Sich selbst überlassen sitzt er stumm da. Der Blick ist gesenkt, das Gesicht unbewegt; doch ist der

Ausdruck nicht wie gefroren, starr und kalt, sondern weich, aber ohne jede mimische Regung. In der Gesamthaltung herrscht Schläffheit, versunken dösig Unbeweglichkeit, Fehlen jedes Antriebs, es ist das Bild völligen inneren und äußeren Stillstandes, und der Kranke selbst sagt: „Die Welt steht still“.

In diesem Zustand ist der Kranke gegen alles Erwarten jederzeit ansprechbar und bei völlig klarem Bewußtsein. Er kann sprechen, aber er spricht fast ohne Mimik. Höchstens blinzelt er wie ein Kurzsichtiger ein wenig mit den Augen, und macht Ansätze zum Verziehen des Mundes, die ganz jäh ablaufen.

Setzt man das Gespräch fort, so wird der Ausdruck manchmal ganz normal, zugewandt, beteiligt, belebt. Aber plötzlich verändert sich das Bild: Das ganze Wesen wird leicht verstört, der Blick nach einer Seite hin gewandt, der Ausdruck lauernd und horchend; offenbar hört der Kranke Stimmen. Mehrmals rümpft er die Nase, dann schaut er gerade aus, kneift die Lippen zusammen und plötzlich erstarrt das Gesicht. Einige Male wiederholt sich diese Folge. Dann löst sich das Gesicht, der Kranke schaut ins Weite und sein Ausdruck wird knabenhaft-kindlich.

Genau so unvermittelt erhebt er sich mitten in der Unterhaltung vom Stuhl und sitzt stumm und steif da. Auf Befragen sagt er, das habe so sein sollen, er habe das tun müssen. Danach setzt er sich wieder, legt die leicht bläulichen Hände übereinander, stellt die Füße in schlaffer Haltung vor, schließt die Augen, und sein Gesicht erstarrt wie eine teigige Masse. So bleibt er unbeweglich, offenbar halluzinierend eine Zeitlang sitzen; sein Gesicht gleicht immer mehr einer Totenmaske. Dann auf einmal fährt er in die Höhe und grimassiert heftig; dies dauert nur einige Sekunden, dann setzt er sich nicht etwa ebenso schnell wieder hin, sondern er sinkt, wie wenn man eine zähe Masse niederzieht, in die alte Stellung zurück und reagiert auf lautes Geräusch nur durch schläfriges Öffnen der Augen. Wiederum nach einer Weile befolgt er Aufforderungen, geht auf und ab, macht einige gewünschte Verrichtungen in völlig freiem Flusse des ganzen Bewegungsablaufs und bei allem, auch beim Gehen, sieht man ganz normale Mitbewegungen.



Abb. 16. Joseph Boltz. 1906. Fall 5.

Ohne daß irgendeine Veränderung eintrat, wurde der Kranke nach der Anstalt E. verbracht.

7. Schnecke, Wilhelm (23/136, Beginn mit 26 Jahren), geb. 19. 10. 97, ledig, Landwirt. In der Klinik 7. bis 11. 5. 23; 30. 5. bis 28. 6. 26. Als Kind war er etwas ängstlich; den Krieg machte er unter großen Beschwerden mit. Nach der Rückkehr verrichtete er verschiedene Gelegenheitsarbeiten, aber alles war ihm zu schwer. 1922 war er deutlich Rumpf und Beine bleiben fast unbeteiligt. Plötzlich werden die Knie hochgezogen und beide Füße gleichzeitig stampfend auf den Boden aufgeschlagen. In das andächtig geheimnisvolle Spiel fahren Verzerrungen hinein: Kratzen, Schaben des Bartes, Herumwühlen in den Haaren, grimassenhaftes Verziehen des Mundes, drehende, schraubende Bewegungen der Arme. — Auf sich selbst, auf seine Lage, seine Erlebnisse und seinen augenblicklichen seelischen Zustand weist der Kranke mit hoffnungslosem Ausdruck und verzweifelten Gebärden hin: er deutet auf seinen Kopf, macht mit der Faust Hörner, schlägt sich heftig verändert, wurde gleichgültig und zu nichts zu brauchen. Die Beobachtung in der Klinik 1923 mußte vorzeitig abgebrochen werden. 1926 kam er erregt und gespannt wieder; sein Äußeres erinnerte an eine Dystrophia adiposo-genitalis. Von Statur: kleiner untersetzter Pykniker. Er wurde sehr erregt, schrie und betete laut.

Ein Mienen- und Gebärdenpiel von außergewöhnlicher Mannigfaltigkeit läuft in ununterbrochenem Flusse vor dem Zuschauer ab. Der Kranke ist halb dem Fenster zugedreht, als wende er sich einer Gestalt zu, die irgendwo draußen ist; an die Ärzte richtet er sich kaum. Die Zusammengehörigkeit gewisser Gruppen von Bewegungsbildern läßt sich ohne Schwierigkeit erkennen: In einer feierlichen Haltung, immer auf dem gleichen Flecke stehend, macht der Kranke geheimnisvolle Gebärden der Beschwörung, legt zum Zeichen des Schweigens die Finger an die Lippen, bedeckt das Gesicht mit den Händen, entfernt sie wieder, führt sie, die Fläche nach außen gekehrt, gegen das Fenster hin, den Blick nach

oben gerichtet, die Lippen fest geschlossen. — Aus dem Gespräch der Ärzte schnappt er hin und wieder einige Worte auf und flicht sie mit wenigen Sätzen weiter. Auch jetzt geht der Blick am Arzt vorbei nach oben oder gerade aus ins Unbestimmte. Gebärden religiöser Bewegtheit, Ausdruck und Gesten der Andacht gehen auch im Sitzen weiter; gegen die Stirn, faßt sich mit den Händen an den Hals und würgt sich. Diese Bewegungsgruppen lösen einander ab und kehren wieder. Dazwischen aber laufen flüchtige Andeutungen von Kriegserlebnissen, begleitet von Gebärden der Unterhaltung, die dem Kranken vermutlich in gesunden Tagen eigen waren. Hin und wieder treten Fratzen der Verzückung und Gebärden des Ausweichens vor einem auf ihn ausgeübten Zwang auf, gewaltsames Zurückbiegen des Kopfes und abwehrendes Emporhalten der Hände.

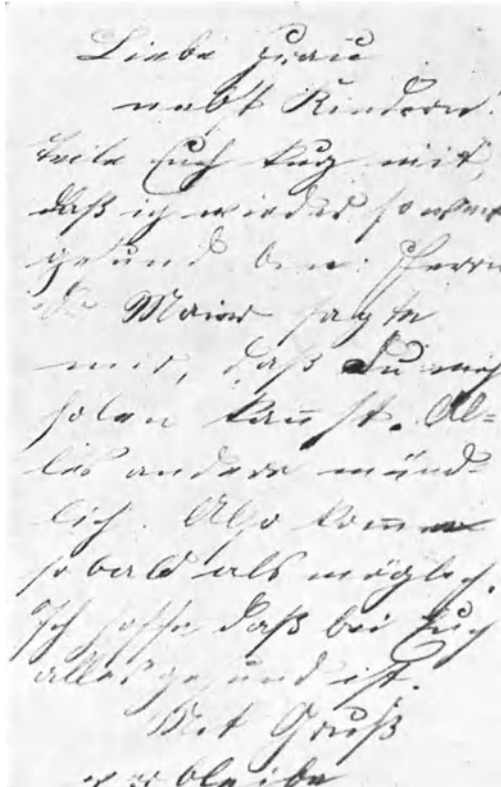


Abb. 17. Schrift des Joseph Boltz. 9:10. 1924. Fall 5.

mit seinen Inhalten beschäftigt, die nur in Andeutungen religiöser Art (von der Jungfrau Maria geboren und einer geheimnisvollen Braut verlobt) und in vagen Verfolgungsideen zur Äußerung gelangten. Er wurde nach der Anstalt W. überführt und blieb noch monatelang steif und schwierig. Zeitweise war er ganz unansprechbar, schnitt fortgesetzt Grimassen und war nicht aus dem Bett zu bringen. Dann wurde er allmählich geordnet, blieb aber steif und stumpf.

8. Stammer, August (26/432, Beginn mit 26 Jahren), geb. 15. 2. 99, ledig, Tagelöhner, katholisch. In der Klinik vom 11. 6 bis 16. 7. 26. Der schwächliche Mensch war immer zart und empfindlich; er war musikalisch und sollte Pfarrer werden. In der Schule war er ängstlich, fleißig, gewissenhaft, zu Hause reizbar und rechthaberisch. Später neigte er zu krankheits-ängstlicher Selbstbeobachtung und beschäftigte sich mit Heilkräutern und Volksmedizin. Vor 1 Jahr wurde er still, zog sich von den Leuten zurück und sinnierte vor sich hin; er wurde gleichgültig und war schwer aus dem Bett herauszubringen, ließ sein Geigenspiel völlig ruhen und sprach nur noch von seinen kranken Nerven. Eine Woche vor der Aufnahme brach eine Aufregung mit absonderlichen Reden, lautem Singen auf der Straße und unverständlicher Unruhe im Hause aus. Er bezog sie auf ein großes Durcheinander, das er überall erlebe. In der Klinik war er zuerst still, befehlsautomatisch und kataleptisch. Dann kam er in eine schwere getriebene Erregung, die mehrere Tage dauerte.

Alle Bewegungen des Mannes sind ausdrucks erfüllt und immer so, als seien sie auf ein Wesen außer ihm gerichtet, mit dem er durch Trugwahrnehmungen verbunden ist. Ein nicht auslösbare Widerspruch von Ablauf und Formgebung zieht sich durch alle diese Gestalten des Bewegungswesens. Aus einem ganz engen Raum um den Körper herum, tritt der Kranke nicht heraus; ununterbrochen flüssig läuft das Ganze ab, aber gleichwohl haben die Einzelbewegungen nicht die geringste Spur von Geschwindigkeit und darstellerischer Anmut. Alle sind sie etwas gebunden, eckig, übertrieben; auch das Mienenspiel ist hart, manchmal verzerrt fanatisch. Auf dieser anmutlosen scharfen Prägung und zum Teil äußersten Steigerung aller Ausdrucksmittel zusammen mit dem ununterbrochenen Flusse beruht die ungeheure Eindrucks kraft der Szenen, die nie unter irgendeinem Zwange zu stehen scheinen, sondern den Eindruck machen, als gingen sie aus einer zwar von einer Gesamtidee beherrschten, in der Formgebung aber willkürlichen Produktion hervor.

Die Erregung war bald stärker, bald schwächer. Ansprechbar blieb der Kranke immer, er selbst aber nahm nie aus eigenem Antrieb eine Beziehung zu seiner Umgebung auf; er war völlig

Maßlos gewalttätig und aggressiv ging er totenblaß und mit steifem, leeren Gesicht hemmungslos und brutal gegen die Wärter vor. Zwischendurch setzte die Erregung aus, und er lag stundenlang ausdruckslos mit geschlossenen Augen, statuenhaft ohne die geringste Bewegung im Bett. Dann fing er plötzlich wieder an zu toben und mußte, um eine Einspritzung zu erhalten, von 3 Wärtern gehalten werden.

Nun sitzt der hoch aufgeschossene Mensch ganz unbewegt da mit faltenlosem Kindergesicht und weichem Blick. Sein Ausdruck ist nicht leer, sondern lediglich still; die Hände sind ineinandergelegt, die Beine etwas gespreizt, der Blick gesenkt. Man sieht, wie manchmal die Atmung sich vertieft, wie wenn jemand seufzen möchte, ohne das Geräusch des Seufzens. Er ist ansprechbar und beantwortet einfache und scherzhafte Fragen freundlich, und ein mildes Lächeln geht über sein ganzes Gesicht. Das Lächeln nimmt ab und zu einen sinnlichen Zug an. Überhaupt prägt eine ausgesprochene erotische Hinwendung oft seinen Gesichtsausdruck. Seine gesamte Mimik ist jetzt zart. Es ist ganz unmöglich, von ihr aus sich den Übergang in den Ausdruck der tobsüchtigen Erregung vorzustellen. Der Klang seiner Stimme ist weich und sanft, und er spricht ganz frei.

Nach erotischen Erlebnissen gefragt sagt er, er habe seine Gefühle immer beherrscht; mit unverändert gleichförmig mildruhigem Gesicht ohne Ausdruck der Scham fügt er hinzu, manchmal sei es auch nicht gegangen, hin und wieder habe er onaniert. Die Unterhaltung geht auf andere Gegenstände über: der Ausdruck wird allmählich belebter, dem Stoff und Sinn angemessen. Aber immer wieder kehrt er unvermittelt gewissermaßen in die Ausgangsstellung zurück zu dem stillen, glatten, faltenlosen Bild. Hände, Rumpf und Beine bleiben beim Gespräch in gebundener Unbewegtheit, aber in unauffälliger, an sich nicht unnatürlicher Haltung. Sie nehmen in keiner Weise am Ausdruckswechsel teil. Auch das Gesicht, obgleich sinngemäß beansprucht,



Abb. 18. Schrift des August Stammler. 9:10. 1926. Fall 8.

ist nicht mit all seinen mimischen Feldern beteiligt: Der Wechsel spielt sich nur um Augen und Mund ab, die Stirn bleibt ganz unbelebt, und die Wangen werden nur beim Lächeln ein wenig verzogen. Gang und Haltung sind schlaff und schwerfällig wie bei einem Rekonvaleszenten. Erst wenn er nach mehrfachem Hin- und Hergehen aus seiner Bewegungsarmut herausgerissen ist, treten an Händen und Beinen leichte im Ausmaß kleine Mitbewegungen auf; auch der Rumpf beteiligt sich in geringem Maße am Bewegungsspiel. Dann kommt aber etwas ganz Anderartiges hinzu: ab und zu tauchen kleine, schnuppernde Bewegungen mit den Nasenflügeln auf, von denen der Kranke gar nichts weiß, die er auch auf Aufforderung nicht ausführen kann. Er meint selbst, er könne sie willkürlich nicht hervorrufen, die Nase sei zu steif; wenn er es machen solle, gehe es nicht.

In einem neuen stuporösen Zustand wurde der Kranke in die Anstalt W. verlegt. Er kam mehrfach für kurze Zeiten zu einem klareren Verhalten, in dem er zugänglich war und auch auf dem Feld arbeitete; dann versank er aber immer wieder für Monate in schweren negativistischen Stupor.

9. Kullmann, Arthur (26/167, Beginn mit 28 Jahren), geb. 3. 4. 98, ledig, Dienstknecht. In der Klinik vom 5. 3. bis 3. 5. 26. Als Kind war er unauffällig, lernte leicht, entwickelte sich gut. Hat den Krieg mitgemacht und war dann ein stiller, fleißiger, zuverlässiger Arbeiter. Er war nicht scheu, sondern gesellig, tanzte auch gern. 6 Tage vor der Aufnahme erkrankte er akut, weinte, klagte, er komme in die Hölle und sei verdammt. Mit diesen Inhalten kam er in die Klinik. Nur für kurze Zeit war er ansprechbar. Der Kranke kommt fast schleichend herein und geht im Zimmer auf und ab, langsam, schüchtern, mit schweren steifen Gliedern wie ein sehr müder Mensch. Er bewegt die Arme nicht, sie hängen schlaff am Körper herunter. Über der ganzen Gestalt liegt eine Traurigkeit. Auf Anruf schaut er sofort auf und antwortet auf Fragen langsam mit leiser Stimme. Beim Ausziehen sind alle Bewegungen sehr langsam, zäh in die Länge gezogen, sonst aber nicht verändert. Sie sind im Ablauf ganz normal, zweckbestimmt und sicher. Auch die Aus-

drucksbewegungen sind an sich angemessen, nur haben sie ein ganz geringes Ausmaß und halten sich im engsten Rahmen. Obgleich dieses Gesamt dem Anblick einer gehemmten Depression fast aufs Haar gleicht, fällt bei näherem Zusehen doch auf, daß die Traurigkeit nicht den Charakter eines echten und tiefen Affektes hat: es fehlt dem Gesicht der Zug der wahren Ergriffenheit, welche den Menschen ganz erfaßt hat. Der Kranke setzt sich und bleibt auf dem Stuhl in sich versunken sitzen. Er kümmert sich nicht um den Untersucher. Die Arme hält er gefaltet vor dem Leib, die Beine sind extrem gekreuzt, der Kopf wird leicht gesenkt zur Seite geneigt gehalten, die Lippen sind fest zusammengepreßt. So sitzt er da, nicht wie ein innerlich ganz persönlich bewegter Mensch, sondern wie ein Bild von etwas, ein körperliches Gleichnis eines unklar bestimmten, nicht recht benennbaren Seelischen — wie eine expressionistische Konturenfigur.

Der gleichförmig ruhige depressive Zustand war nach 14 Tagen von einer heftigen ängstlichen Erregung abgelöst worden; er drängte sinnlos hinaus und verweigerte die Nahrung. Er hörte die Stimme des Teufels. Dann wurde das Bild immer einförmiger; der Kranke jammerte vor sich hin, grimassierte mit verzerrtem Gesicht und angsterfülltem, gespanntem Ausdruck. Dieser Zustand änderte sich nicht bis zur Verlegung in die Anstalt E. und blieb nach der dortigen Krankengeschichte dauernd vorherrschend.

10. Heldreich, Paul (26/474, Beginn mit 34 Jahren), geb. 9. 4. 92, verheiratet, Landwirt. In der Klinik vom 26. 6. bis 3. 8. 26. Er war ein stilles und scheues, mutloses und unterwürfiges Kind, lernte gut, war fleißig und bescheiden. Er war fromm und wurde später Mitglied eines asketischen Sekte, die sich nach Jacob Böhme nannte. Im Krieg litt er seelisch sehr. Die Ehe war gut, aber das Verhältnis zu den Schwiegereltern gespannt, weil er streng auf seiner Meinung in Dingen der Landwirtschaft bestanden habe. — Im Anschluß an eine akute fieberhafte Infektion (4 Tage) trat 2 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik ein schwerer Erregungszustand auf, nachdem er schon entfiebert war. H. sprach von Heiligem und Teuflichem, stand auf, spielte Klavier, ging stramm, redete viel, grimassierte, stand steif auf der Stelle. Früher hatte man nie Ähnliches an ihm beobachtet. Der Zustand wechselte zuerst mit Beruhigung, wurde dann wieder heftiger und steigerte sich bis zur Tobsucht. Er hatte Gehörshalluzinationen, vor allem aber merkwürdige Körperempfindungen, die sich auf die Lage des Körpers und seiner Teile in Raum und auf Lageveränderungen und Bewegung von Gegenständen bezogen, die er als Einflüsse seines Körpers und seiner Bewegungen auf diese Gegenstände deutete.

Der Kranke hat einen tagelangen Stupor hinter sich, in dem er vollkommen mutalistisch, aber nie kataleptisch war. Der Ausdruck des maskenhaft starren Gesichts war gespannt, nicht leer, wie versteinert, die Augen geschlossen. Der Körper lag gestreckt und unbeweglich, aber nicht steif. Man konnte den Gliedern leicht passiv beliebige Stellungen geben; zeitweilig fielen sie beim Loslassen schlaff herab, zeitweilig wurden sie, wenn man sie in die ursprüngliche Ruhelage zurückverbringen wollte, negativistisch festgehalten.

Seit einem Tage ist der Kranke frei, spricht, ißt allein. Die Motorik von Rumpf und Gliedmaßen ist wieder ganz natürlich und unauffällig; aber die des Gesichts ist noch stark verändert. Der Ausdruck ist nicht leer, im Gegenteil ausgesprochen geprägt, obgleich der Blick starr ist und sich auch in längerem Gespräch niemals seitwärts wendet. Auch die Stirn ist unbewegt und das Obergesicht noch gespannt. Ein steifes Lächeln kommt und geht stereotyp von beiden Mundwinkeln aus und wirkt in seinem größten Ausmaß wie ein risus sardonius.

Die Lösung des Stupors war plötzlich von einem Tage zum andern eingetreten, der Gesichtsausdruck war frei geworden, der Blick klar. Er hatte das Aussehen eines von schwerer Krankheit Genesenden und sagte, sein Kopf sei jetzt völlig klar geworden. Aber seine Haltung im Bett war noch ganz gebunden. Noch einmal war dann ein kurzer ängstlicher Unruhezustand aufgetreten, der schon am nächsten Tage völliger Ruhe und Ordnung wich. Es trat ein feines, stilles, zurückhaltendes Wesen zutage ohne äußere Auffälligkeiten motorischer Art. Der Kranke wurde nach Hause entlassen. Er stellte sich im Mai 1929 wieder vor in einer völligen Remission ohne die geringste Auffälligkeit in seinem Bewegungswesen.

11. Waldmann, Erich (25/627, Beginn mit 29 Jahren), geb. 20. 9. 96, ledig, Schlosser. In der Klinik vom 6. 11. 25 bis 4. 3. 26. Der mittelmäßig begabte, schon früher durch zerstreutes Wesen auffällige Mann wurde mit zwei Verwandten wegen gemeinsamer Brandstiftung verurteilt. Er war schon bei Strafbeginn durch „eigentümliche phantastische Vorstellungen“ (Geladensein mit Elektrizität) und einen merkwürdigen Drang nach religiöser Tröstung aufgefallen und nach wenigen Wochen auf die Irrenabteilung des Zuchthauses verlegt worden. Er war teils ängstlich-gereizt, teils hypochondrisch-gedrückt, zeigte auch Posen und raptusartige Handlungen und schien zu halluzinieren. Nachdem im Laufe eines Jahres keine Änderung eingetreten war, verlegte man ihn in die Klinik. Er maß sich besondere hypnotische Kräfte bei und unterlag andererseits selbst besondersartigen Einflüssen, unter denen er sich verwandelt, an der Nase gezupft, eingeschläfert, aufgekitzelt

oder zur Magie verleitet fühlte. Er gab Gehörshalluzinationen, besonders Frauenstimmen sexuellen Inhalts zu, auch Gesichtswahrnehmungen, die sich bewegten, kamen und verschwanden. Bei alledem verhielt er sich äußerlich meist ganz unauffällig, biederte sich mit anderen Kranken an, arbeitete eifrig und verbarg alle krankhaften Erlebnisse und Inhalte vor der Umgebung.

Der 29jährige Mann, der nach seinem Gesicht und nach seinem ganzen Ausdruck bedeutend jünger wirkt, hat in seinem Auftreten etwas Wohlerzogenes und Formvolles. Er macht einen weit über sein Milieu hinaus differenzierten Eindruck. Er setzt sich frei und unbekümmert hin, aber seine Pupillen sind ganz weit, sein Gesicht verrät Erregung. Er schlägt die Beine unter, und von da ab bleibt der Unterkörper steif und ruhig, die Füße verharren wie festgeankert am Boden. Auch die Arme hält er zuerst gekreuzt vor die Brust, doch nur, bis ein Gespräch in Gang kommt. Er spricht ganz frei, in starker Erregung mit gehobener, betonter Stimme. Das Gesicht ist in lebhafter, zwar übertriebener und etwas schauspielerhafter, aber immer angemessener, sinn- und erlebnisgemäßer Bewegung. Bewegungen der rechten Hand unterstreichen den Inhalt der Rede. Das mimische Spiel setzt dabei plötzlich ein und klingt auch sehr rasch wieder ab. Später tritt auch die linke Hand abwechselnd mit der rechten in Tätigkeit; nur als der Kranke nach einer ganzen Weile während der Unterhaltung gelöster wird, werden beide Hände zugleich bewegt. Von dieser Lockerung ist die Mimik ausgenommen; sie bleibt, obgleich stets angepaßt, immer etwas gespannt, hastig und übersteigert. Die Augengegend behält den gespannten Zug dauernd, auch wenn der Ausdruck des Mundes bedeutend weicher wird. Gegen Ende der Unterhaltung bewegt der Mann die Hände im Gespräch ganz frei; eine Weile hält er sie natürlich gefaltet auf den Knien; wie das Gespräch es mit sich bringt, machen seine Finger und Hände andeutende kleine Gebärden im Sinne des Fragens, des Innehaltens usw. Als die Lockerung in den Bewegungen seiner Arme einzutreten begonnen hatte, war mehrmals eine ganz aus dem Rahmen fallende Geste zu beobachten: der Kranke hob die linke Hand und legte sie in den Nacken; er sagte, das sei eine Gewohnheit, die er erst in den letzten Monaten angenommen habe.

Im weiteren Verlauf produzierte er massenhaft verworrene Wahnideen, deutete nach ihnen sein ganzes Leben um und kam, wenn er erst angefangen hatte davon zu sprechen, sehr leicht in immer weitergehende Beziehungsideen hinein. Sein Ausdruck wurde späterhin deutlich pathetisch, blieb aber immer moduliert, nicht einförmig und verarmend. Er kam in die Anstalt E., Mimik und Gebärden sind auch jetzt (1929) immer noch lebhaft, wie in der dortigen Krankengeschichte hervorgehoben wird.

12. Welz, Robert (26/365, Beginn mit mindestens 19 Jahren, vielleicht schon eher), geb. 9. 7. 03, Schlosser, ledig. In der Klinik vom 15. 5. 26 bis 2. 7. 26. Schon als Kind einsam, verträumt, verschlossen, absonderlich. Kein guter Schüler, nie fröhlich. Fing vieles an, ließ es dann wieder liegen. Auch die Musik gab er trotz Begabung nach einem Jahr Unterricht wieder auf. 1922 lief er grundlos von Haus fort, kam 6 Wochen später zerlumpt und barfuß wieder. Dasselbe wiederholte sich Ostern 1926, nachdem er zuvor ängstlich verworrene Verfolgungsideen geäußert hatte. Er sitzt in gerader Haltung und völlig regungslos da. Der Ausdruck des Gesichts ist ganz auf Blickmimik beschränkt: Fixieren, Wegschauen, Hinschauen, Wegschauen; ganz selten ein Lidschlag, kaum einmal eine Schluckbewegung. So verarmt und regungslos der Ausdruck ist, das Gesicht ist gleichwohl nicht starr und steif, sondern weich, pomadig. Die Ärzte unterhalten sich neben ihm und lachen; er lächelt ohne zuzuhören echopraktisch mit, aber nur mit einem leisen, kaum angedeuteten Verziehen des rechten Mundwinkels, das nur langsam wieder weicht. Er ist ansprechbar und antwortet ohne jede Sprechmimik mit tonloser, gleichförmiger Stimme. Auch durch den aufmunternden Ton des Untersuchers ist er nicht aufzurütteln; die Sprache bleibt zähflüssig, konturlos, ohne Betonung, ohne regelrechtes, der Satzgliederung entsprechendes dynamisches Gefälle. Bei völlig regungslosem Gesicht laufen ihm beim Gespräch Tränen über die Backen; er sagt aber, er sei nicht traurig, er könne nichts dagegen machen. Er spricht über seinen angeblich verfehlten Beruf, er hätte lieber einen geistigen Beruf ergriffen.

Nach der Anstalt W. verlegt.

13. Schagen, Franz Joseph (26/520, Beginn mit 32 Jahren), geb. 22. 8. 87, verheiratet, Erdarbeiter. In der Klinik vom 15. bis 28. 7. 26. Unauffällig und gesund bis zum 32. Lebensjahre. Wurde traurig und verschlossen; der Zustand soll 8 Tage gedauert haben; vielleicht war im 25. Jahre schon ein früherer Schub vorausgegangen. Der jetzige war mit akuter Erregung ausgebrochen; der Kranke hatte sich Kopf und Hals mit Laub bekränzt und Christi Auferstehung verkündigt. Dann ging er dazu über, er selbst sei Christus und müsse die Befehle seines göttlichen Vaters befolgen.

Fierlich auf und ab schreitend trägt der Kranke seine Verkündigungs- und Erlösungs-ideen vor. In seinen großen Gebärden liegt ein monotones Pathos; sein Gesichtsausdruck ist überheblich. Betonte Stellen unterstreicht er durch ganz eintöniges, lehrhaftes



Abzählen an den Fingern oder bedeutsames Erheben der ausgebreiteten Arme. In allen Bewegungen herrscht der gleiche gezogene, getragene Rhythmus. Je länger er aber spricht, desto mehr sinkt, obgleich die verstiegenen religiösen Inhalte die gleichen bleiben, das Pathos der Rede ab in ein allgemeines Plaudern, und indem die Tonart verflacht, werden die Bewegungen freier, im einzelnen unschärfer, im Rhythmus lebendiger. Aus dem übertrieben rein gesprochenen Hochdeutsch verfällt der Kranke in die lässige heimatliche Mundart. Allmählich geht er immer mehr in das Geschwätz des philiströs-kleinbürgerlichen Menschen über, der allerlei Geheimnisse auskramt. Und nun wird er auch im Gebahren plump-vertraulich und zutunlich, verliert jede Zurückhaltung, und vom anfänglichen Pathos bleibt schließlich nichts mehr übrig. Hatten unter dessen Wirkung seine Bewegungen zuerst ein gehobenes Formniveau, so unterschieden sie sich letztlich in keiner Weise mehr von der einfachen Gebärden Sprache eines leichthin plaudernden schwachsinnigen Menschen. Seine religiösen Reden wiederholte er, so oft man ihm irgendeinen Anstoß gab, in der gleichen Weise. In der Anstalt W. baute er seine Inhalte zu den phantastischsten Beglückungsideen aus, ohne daß sich sein sonstiges Verhalten änderte.

14. Bachlenz, Karl (25/441, Beginn mit 35 Jahren), geb. 4. 4. 82, ledig, Artist. In der Klinik vom 4. 8. 25 bis 9. 2. 26. Als uneheliches Kind bei Pflegeeltern aufgezogen, kam er nach der Schule in ein Kloster, wo er in der Landwirtschaft arbeitete. Er hielt aber nicht aus, sondern ging nach  $\frac{5}{4}$  Jahren in eine Fabrik und mit 17 Jahren in die Fremde und fing an, in Wirtschaften einige angelernte Künste zu zeigen. War im Krieg, aber mehr in Lazaretten als an der Front.

Schon während des Krieges kam er in eine psychiatrische Klinik. 1919 infizierte er sich luisch. Über die Psychose während des Krieges vermied er zu sprechen, behauptete, er wisse nichts mehr davon. Später zog er bettelnd und hausierend herum und produzierte

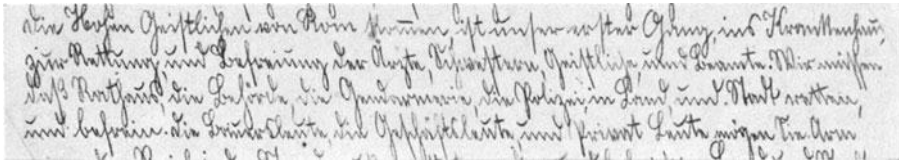


Abb. 19. Schrift des Karl Bachlenz, 9 : 10. 1925. Fall 14.

sich als Zahnathlet und Gedächtniskünstler. Bei der Aufnahme in die Klinik, die erfolgte, weil man ihn obdachlos und offenbar geisteskrank aufgegriffen hatte, zeigte er eine ganz steife, manierierte Haltung und gab mit zurückhaltendem, hoheitsvollem Lächeln dem Arzt die Hand. Er bezeichnete sich als den Reichs- und Weltbauer; sprach von der Rettung der Menschen mit 30 Bischöfen und der heiligen Fahne. Von den anderen Kranken sortierte er sich völlig ab und sprach kein Wort mit ihnen. Er verfaßte die umfangreichsten Schriftstücke, in denen immer wieder dieselben Gedanken von der Menschenrettung aller Stände, den Gnadenmitteln der Kirche, der Hilfe der barmherzigen Schwestern und der geheimnisvollen Bedeutung bestimmter Zahlen wiederholt werden. Die serologischen Luesproben fielen negativ aus.

Der Mann war früher Artist und Jongleur und hat einen ebenmäßig gebauten Körper mit sehr gut durchgearbeiteter, gleichmäßig entwickelter Muskulatur. Sein Gang ist leicht und flüssig in Tempo, Rhythmus und Dynamik; aber schon die Rumpfhaltung sticht ab, der Rücken ist steif gestreckt und hohl im Kreuz. Der Hals setzt die Rückenlinie nicht fort, sondern wird steif etwas nach rechts geneigt und gedreht; der Kopf aber ist ebenso nach links gedreht mit gehobenem Kinn und starr nach links oben gerichtetem Blick. Der Mund ist fast geschlossen, so daß die Falten an den Winkeln scharf hervortreten, die Stirn gerunzelt. Die Arme sind leicht nach vorn gedreht, so daß die Hände sich kreuzen, wenn er innehält. Geht er, so sieht man Begleitbewegungen nur an den Unterarmen, die in geringen Ausschlägen hin und her schwingen. Die Hände sind bläulich.

Im gewöhnlichen Gespräch in seiner Gewohnheitshaltung steht der Kranke mit steifen Beinen da; auf das eine stützt er sich, das andere streckt er steif posenhaft vor, das Gesicht hat einen leidenden, doch seiner Stärke bewußten Ausdruck. Das ganze Bild hat etwas „gottergeben Salbungsvolles“. Im Laufe des Gesprächs kommt in die Pose allmählich Leben, und je mehr der Kranke die Anregung aufnimmt, um so mehr teilt sich der Kontakt auch seinen Bewegungen mit. Er lacht schon ganz natürlich und unterstreicht auch bereits seine Worte mit Gebärden, aber diese sind immer noch einfach und spärlich. Dann wird der Ausschlag der Arme größer, auch der Rumpf wird durch leichte Seitenwendungen in die Bewegung einbezogen. Je länger er spricht, desto gelöster wird der Körper, desto schneller löst auch eine Bewegungsfolge die andere ab; aber rund und

flüssig werden die Gebärden nie. Kopfhaltung und Gesichtsausdruck ändern sich am wenigsten. Wenn der Mann angestrengt nachdenkt, bleibt als Zeichen dieser Steigerung nur noch eine Steigerung der Blickwendung nach links oben bis zur äußersten Möglichkeit übrig. Läßt man ihn das Gespräch beenden, so fällt er prompt in die schematisch gewordene, oben geschilderte Haltung zurück. Man kann ihm bestimmte einfache Bewegungen auftragen, die er ohne Widerstreben oder Zögern, aber steif, ohne Rundung und Anmut ausführt; auch seine altgewohnten Jonglierbewegungen macht er mit starr ausgestreckten Armen vor und selbst die Hände und Finger arbeiten hölzern. Im Sitzen reckt er sich gerade auf und legt die Hände steif auf die Knie. Derselbe Mann aber bewegt sich bei einer wirklichen Arbeitsleistung, die ihn in Anspruch nimmt, und bei der er sich anstrengen muß, frei und flüssig, und nur das starke Stirnrunzeln weicht nicht von ihm. Das Verhalten des Kranken blieb während der ganzen Zeit unverändert.

In der Anstalt W. ist er mit Ausnahme kurzer Erregungszustände äußerlich geordnet,

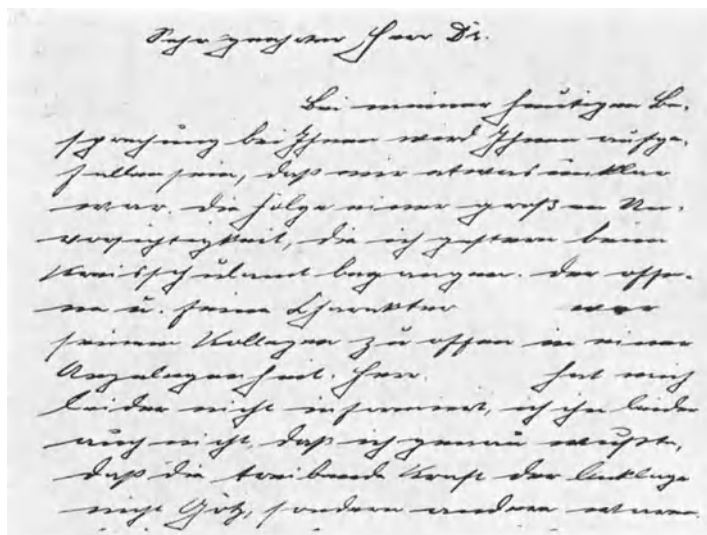


Abb. 20. Schrift des Thomas Hölzner. 9:10. In den Lücken standen Namen. 1926. Fall 15.

aber in seinem Auftreten steif und maniert; seinen Gesichtsausdruck beherrscht ein geziertes Lächeln.

15. Hölzner, Thomas (26/104, Beginn mit 36 Jahren), geb. 17. 10. 90, verheiratet, Hauptlehrer. In der Klinik vom 10. 2. bis 23. 6. 26. Er war als Kind unauffällig, später ruhig, lebenswürdig und selbstlos. In seinen politischen und religiösen Anschauungen hatte er sich nach links entwickelt, war Sozialdemokrat geworden und setzt sich leidenschaftlich für seine Überzeugung ein. Dabei war er aber nicht leicht verletzt, sondern hatte im Verkehr mit Andersgesinnten „eine dicke Haut“ und disputierte gern. An einzelnen Tagen war er still und sprach nicht viel, war aber sonst nicht auffällig. Als Lehrer war er im Ort bei der Behörde und der Bevölkerung besonders beliebt und geschätzt. Im Verkehr hatte er sich zurückgezogen. Mit einem Kollegen, der mit Schulmädchen Anstößiges gemacht haben soll, lag er in einer Beleidigungsklage. Die letzte Zeit seines Schuldienstes war für ihn in Wirklichkeit sehr leidensvoll. Eine Woche vor der Aufnahme wurde er sehr aufgeregt, erklärte, man wolle ihn aus dem Ort herausdrängen; er quälte sich, daß ihn die Schuld treffe, wenn jener Kollege strafversetzt werde und sich dann erschieße. Seiner Anschauungen wegen sei er selbst eine Gefahr für seine Mitbürger. Er hörte die Stimme eines seiner Brüder, fühlte sich zerfahren, konnte keinen Gedankengang festhalten. Zu Anfang war er gebunden und affektlos, nach wenigen Tagen schwer erregt, brüllte in wahrer Todesangst mit verzerrtem Gesicht und schrie, er müsse sich den Hals durchschneiden. Nach einem Zustand von Gespanntheit und Nahrungsverweigerung, in dem er dem Arzt Pläne heimlichen Entweichens zuflüsterte, trat ein pathetisches Wesen in Bewegung und Sprache hervor. Das Pathos übersteigerte sich wie das eines übertreibenden, einen haßerfüllten Menschen darstellenden Schauspielers.

Er wird hereingeführt, setzt sich und nimmt die Haltung einer mild lächelnden Buddha-statue ein. Angeredet bewegt er unter Fortdauern des lächelnden Ausdrucks den Kopf langsam zum Untersucher hin, rührt sonst kein Glied und gibt auf Fragen keine Antwort. Er dreht dann den Kopf zuerst in die Ausgangsstellung zurück, läßt ihn gang langsam nach vorn sinken und verharrt in dieser völlig regungslosen Haltung. Angerufen hebt er wieder den Kopf, und zwar ziemlich schnell, wendet ihn dem Untersucher zu und läßt ihn dann von neuem nach vorn sinken. Aus dieser erstarrten Haltung ist er sofort durch die Frage zu befreien, wie er den Kindern in der Schule das Bruchrechnen beibringe. Das Gesicht nimmt einen natürlichen, äußerungsbereiten Ausdruck an, und er antwortet, wie wenn er in einem gewöhnlichen Gespräch fortführe: „Das mache ich nach der Muckleschen Bruchrechnungstafel“. Aufgefordert, dies zu erläutern, benimmt er sich sehr ungeschickt und ausdrucksarm. Wenn er in der Erklärung stockt, bedient er sich ausfüllender Gesten, wie er sie wahrscheinlich zur Erläuterung des Lehrstoffes auch in der Schule benutzt. Sie sind ganz natürlich und unauffällig. Er beantwortet auch weitere Fragen mit natürlichem Anlauf der Begleitbewegungen. Sofort mit Abbruch der Unterhaltung verfällt er wieder in die frühere versunkene Haltung mit geneigtem Kopf und halbgeschlossenen Augen. Weitere Versuche mit Berufsfragen verlaufen in der gleichen Weise, insbesondere unter Auftreten normaler Begleitbewegungen. Die Aufforderung, an der Wand zu zeigen, wie die Kinder in der Schule ein Dreieck und Viereck zeichnen, macht ihn stutzig. Nachdem er sich von der Verwunderung erholt hat, stellt er sich vor die Wand und beginnt mit der Erklärung in einer Art, die ihm wahrscheinlich auch in der Schule eigen ist, etwas umständlich pedantisch, schwerfällig im Ausdruck, mit allerlei erklärenden und deutenden und das Gesagte nachdrücklich unterstreichenden Ausdrucksbewegungen. Auch seine Haltung, Gesichtsausdruck und Sprechweise sind angemessen.

Nach einigen Wochen wurde er wieder völlig mutistisch, völlig unzugänglich und fand zu seinen Angehörigen bei deren Besuchen keine Beziehung mehr. In einer plötzlich ausbrechenden tobenden Erregung zerschlug er eine Fensterscheibe und brachte sich schwere Wunden an der Hand bei, die nur langsam heilten. Er wurde in die Anstalt W. überführt, wo ein starres versunkenes Wesen mit gequältem Gesichtsausdruck vorherrschte.

### Weibliche Schizophrene.

16. Wagner, Hedwig (26/72, Beginn wohl schon mit 16 Jahren), geb. 7. 10. 07, ledig, Kaufmannstochter, katholisch. In der Klinik vom 17. 2. bis 24. 4. 26. Früher froh, gesellig, lebenslustig, immer etwas unordentlich; fleißig, gewissenhaft, sehr religiös; keine Stimmungsschwankungen. Mit 16 Jahren lief sie plötzlich ohne ersichtlichen Grund aus dem Elternhause fort und suchte sich auswärts eine Dienststelle. Die Eltern meinen, sie sei damals „schon etwas verrückt“ gewesen. In der Stelle machte sie nach 4 Monaten wieder ohne ersichtlichen Grund einen Selbstmordversuch mit Salzsäure und ging dann zu den Eltern zurück. Mit 17 Jahren wurde sie gravid und wegen Abtreibung mit Gefängnis bestraft. In der Strafhafte versuchte sie sich zu erhängen. Nach der Entlassung war sie zu Hause anscheinend geordnet, fleißig und brauchbar. 3 Tage vor der Aufnahme erkrankte sie mit schwerer ängstlicher Erregung und Verfolgungsideen. Es ist eine erregte Kranke, deren plumper, unordentlicher Gang weder Linie noch Grazie zeigt, und für den es auch nichts ausmacht, ob sie sich aus eigenem oder fremdem Antrieb in Bewegung setzt. Das motorische Gesamtbild, das im wesentlichen von Armen, Hals und Kopf bestritten wird, ist, obgleich eine Reihe von Figuren vorgestellt werden, doch durch deren abwandlungsarme oder völlig stereotype Wiederholung einförmig. Eine Vorzugsstellung nehmen die Arme ein: bald werden sie, stets gleichzeitig, wie bei Freiübungen, schräg zur Körperachse, der eine aufwärts, der andere abwärts gestreckt; oder aber die Kranke winkelt, wie man dies bei Holzpuppen mit Scharniergelenken machen kann, die einzelnen Gliedabschnitte, Oberarm, Unterarm und Hand, eckig und spitz gegeneinander ab. Strenge Symmetrie ist vorherrschend; der Bewegungsraum liegt seitlich vom Rumpf im Hebungsbereich der Arme, Bewegungen nach vorn sind selten. Die so entstehenden Stellungen wirken stilisiert, „ägyptisch“ in der Linienführung; trotz Eckigkeit und Maniertheit ist die Bewegungsflüssigkeit erhalten. Dies ist besonders deutlich an der Freiheit der Handgebärden erkennbar. Dies alles vollzieht sich, während die Kranke still steht, als wären die Beine nur ein, den übrigen Körper tragendes Gestell. Das Ganze wird anders, sobald sie sich gesetzt hat. Die großlinigen Geste und Formen werden unmöglich, nur plumpe und breite bleiben übrig. Stil und Bewegungsflüssigkeit sind verschwunden. Mimik und Sprache haben gewisse Grundzüge gemeinsam: sie sind unmoduliert, einförmig, maniert, unruhig, und die Sprache hat ein eintöniges Gefälle und klingt, wie wenn eine Französin deutsch spricht. Für die Art, die Gestalt und die Lebhaftigkeit der Bewegungen ist es völlig belanglos, ob die Kranke dazu gleichgültige oder subjektiv sehr bedeutsame Dinge sagt. So wenig Zusammenhang hier zwischen körpermotorischen und sprachlichen Äußerungen besteht, so deutlich stehen alle Ausdrucksbewegungen doch noch unter einer

bremsenden und auch die Formgebung überwachenden Aufsicht; denn trotz heftigster Erregung entgleisen sie nie ins Maß-, Plan- oder Gestaltlose, haben nie das Wesen der Affektentladung.

Der Verlauf war bestimmt durch Zufahrenheit, Unruhe, gereizte und drohende Haltung ohne Ausbrüche, wechselnd mit Weinerlichkeit. Plötzliche Übergänge von drohendem und trotzigem Gesichtsausdruck zu friedlichem Wesen waren häufig, ein echter Affekt trat nie hervor. Sie sprach viel in hochtrabendem Volksrednerton über sich und das geschehene Unrecht und deklamierte Gedichte in bedeutsam manieriertem Tonfall.

In der Anstalt Kl. machte sie noch einmal eine heftige halluzinatorische Erregung durch. Nach deren Ablauf trat Beruhigung ein. Das äußere Verhalten wurde zwar im ganzen geordnet, blieb aber im einzelnen zerfahren.

17. Rotfuß, Gertrud (26/26, Beginn mit 19 Jahren), geb. 9. 1. 03, ledig, Kaufmannstochter, israelitisch. In der Klinik vom 14. 1. 26 bis 9. 10. 27 und vom 31. 10. 27 bis 26. 2. 28. Seitdem noch öfter. Beide Eltern sind zyklotym. Das Mädchen war von jeher eigensinnig, launisch, leicht erregbar; es war sehr begabt, studierte zunächst Nationalökonomie, dann Jura. Mit 19 Jahren wurde sie zuerst auffällig, hörte vom Himmel Stimmen eines jungen Mannes, den sie zu lieben angab, war bald apathisch, bald ekstatisch. Deshalb 3 Jahre in einer anderen psychiatrischen Klinik; war dort zeitweise erregt und schmierte, zeitweise ruhig. Bei der Übernahme in die Heidelberger Klinik schon sehr zerfahren, wurde hier immer starrer und kam schließlich in eine stereotypisierte Verhaltensweise mit Grimassen, bizarren Bewegungen und motorischen Manieren. Sie war sehr autistisch mit erotischer Färbung.

Eine mäßige und verhältnismäßig einförmige Bewegungsunruhe im Bett wird beim Aufsein vielgestaltig ohne Verstärkung des Grades. Die Vielgestaltigkeit erstreckt sich auf alle Bereiche der Motorik und zeigt in jedem derselben wohlkennzeichnende, gegeneinander deutlich abgehobene Formen, also kein Chaos, sondern eine gewisse Ordnung.

Die Kranke kommt aus dem kleinen Krankenzimmer, das sie nur mit einer anderen teilt, in das Untersuchungszimmer. Sie ist willig eingetreten, bleibt ruhig stehen und gibt mit Ja und Nein kurze Auskunft über Beruf und Familie. Aufgefordert, etwas hin und her zu gehen, beginnt sie mit schnellen Schritten einen Kreisgang im Zimmer und dreht und wiegt dabei den Rumpf; der Kopf setzt diese Bewegungen teils gleichsinnig fort, teils nimmt er davon unabhängige Stellungen ein im Sinne des Horchens und des Beobachtens. Der Kreisgang wird nach einiger Zeit durch Auf- und Abgehen abgelöst; damit kommt erst die Vielgestaltigkeit zur Entfaltung. Zuerst zeigen sich die normalen Mitbewegungen; sie sind aber weder gleichmäßig noch einheitlich und gehen in Gebärden über, die in kleinem Raum, aber in gezielten Formen verlaufen, etwas knapp, wenig flüssig, manchmal gehackt, aber nicht ausgesprochen steif. Ihre Ausbreitung ist verschieden: manchmal nimmt der ganze Arm nebst dem Schultergürtel daran teil, manchmal bei gestreckt herabhängendem Arm nur Hände und Finger. Sie können dann fast den Charakter der Gebärde verlieren und den gemessenen Begleitbewegungen eines gezielten Menschen ähnlich werden, der auf sich aufpaßt und sich nicht gehen läßt; sie können ihn wieder gewinnen und sogar theatralisch werden, wenn Hand- und Kopfbewegungen sich kombinieren. Die Beine sind dabei nicht beteiligt; sie fügen sich der Haltung einfach ein, und der Gang wickelt sich auch in Tempo und Rhythmus unauffällig ab. Hält die Kranke ein, so bleibt sie mit geschlossenen Beinen stehen, verschränkt die Hände im Rücken, hebt den Kopf schief nach oben und blickt mit zusammengekniffenen Lippen aufwärts. In dieser Haltung kommt die Gebundenheit ganz unmittelbar zum Ausdruck. Sie gibt dem Bewegungsgesamt aber auch dann das Gepräge, wenn gezielte Bewegungen von neuem anheben, und wenn die Einheitlichkeit der Haltung durch allerlei wechselnde Ausdrucksbewegungen durchbrochen wird, welche zum Teil der Kopf oder der Rumpf allein, zum Teil beide zusammen ausführen; denn die Gliedmaßen verharren in völliger Ruhe. Es kann aber auch das Umgekehrte geschehen: Die oberen Gliedmaßen sind auf engem Raum ausdrückstätig, und Kopf und Rumpf sind ganz still in nichtssagender, aufrechter Haltung. Das ganze expressive Bewegungswesen ist dissoziiert. Dies kann so weit gehen, daß die einzelnen Gebiete des Gesichts, das in dauernder Unruhe ist, widersprechenden Ausdruck haben: ernster Blick und schnippischer Mund; schwärmerischer Blick und verächtlich verzogener oder verkniffener Mund. Dazu kommen noch abnorme Bewegungen, die nicht dem Ausdruck dienen, wie rüsselförmiges Umbiegen der Oberlippe allein. Die mimischen Register, über welche die Kranke verfügt, können in entstellte und nicht entstellte unterschieden werden. Entstellt erscheint der Ausdruck der Heiterkeit, des Ernstes, des Nachdenkens, der Sammlung, nicht entstellt der Ausdruck der Schamhaftigkeit, der Koketterie, der Schelmischkeit und anderer verwickelter Gemütsvorgänge.

Entkleidet sich die Kranke auf Geheiß oder aus eigenem Antrieb, so nimmt das Bewegungsgesamt einen anderen Charakter an. Sie tänzelt, wiegt sich hin und her, vor-

und rückwärts mit gezielter Kopfhaltung; manchmal wendet sie sich schamhaft weg und nimmt posierend malerische Stellungen ein. Das Gesamtbild ist in sich im Sinne des Erotischen und zugleich mädchenhaft Verschämten einheitlich. Aber sie läßt sich nicht richtig ankurbeln und in Schwung setzen und die Gebundenheit als Grundzug dauert fort. Alles in diesen Bildern ist flüchtig, der Wechsel ist unvermittelt, die Gegensätze über-raschend ohne Übergänge, und trotzdem ist der Umschlag nie jäh oder hart. Vielgestaltigkeit und Ausdrucksintensität können aber nicht darüber täuschen, sondern machen geradezu deutlich, daß alle Vorgänge oberflächlich sind, daß sie aus einem öden und leeren, mechanisierten Zustande hervorgehen, daß sie im Grunde ich-entfernt sind, und daß das Ich an ihnen wenig beteiligt ist.

Die Kranke wurde zum 3. Male vom 1. 3. bis 23. 6. 28, zum 4. Male vom 26. 6. bis 13. 12. 28 und zum 5. Male vom 26. 12. 28 bis 24. 1. 29 aufgenommen. Bei der 3. Aufnahme war sie tagelang stuporös und wurde nach 2 Monaten zugänglich, jedoch nur vorübergehend. Nach wenigen Tagen kam sie in läppischem Erregungszustand wieder und war aggressiv gegen andere Kranke; zeitweise war sie sexuell stark erregt. Bei der letzten

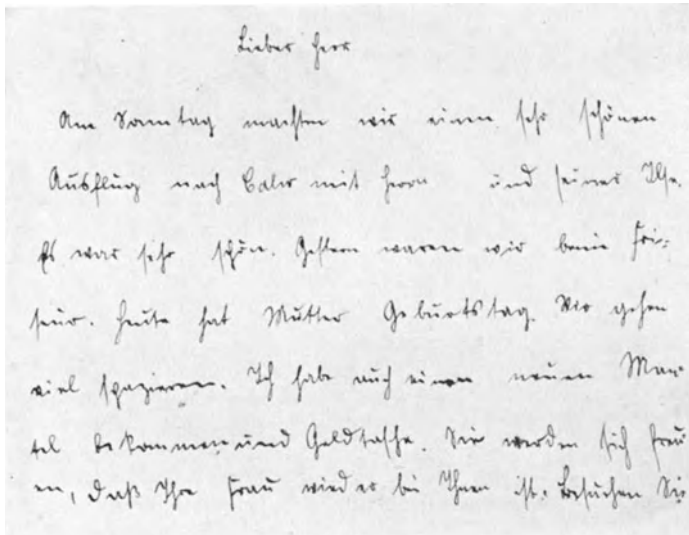


Abb. 21. Schrift der Gertrud Rotfuß. 9:10. In den Lücken standen Namen. 1930. Fall 17.

Aufnahme setzte bald eine deutliche Remission ein, in der schon eine ausgesprochene Stumpfheit unverkennbar war. Von ihrem früheren Studium und ihren künstlerischen Interessen sprach sie immer nur obenhin und einfallsmäßig, war nie völlig geordnet. Meist sprach sie von sich in der dritten Person wie kleine Kinder und benahm sich zeitweise auch mit Vorliebe so. Vorübergehend äußerte sie Krankheitsgefühl, andeutungsweise auch Krankheitseinsicht. Die motorischen Bilder veränderten sich, insofern keine tobsüchtigen Erregungszustände vorlagen, nicht wesentlich, wurden aber einerseits gestaltärmer, andererseits gröber im einzelnen, z. B. im Lachen, in obszönen Gesten und abgerissenen Bewegungen.

18. Müdlauer, Friederike (27/325, Beginn mit 20 Jahren), geb. 31. 8. 90, verheiratet. Schuhmacherschneiderei. In der Klinik vom 8. 7. 27 bis 19. 8. 27. Vor Krankheitsausbruch unauffällig. Beginn der Psychose mit einem Begnadungsergebnis im 20. Jahr. Jetzt dritter Schub: Halluzinatorische Erregung mit religiösen Inhalten.

Mit ihrer kurzen Figur und dem schmalen Gesicht mit dem langen Kinn nimmt die Kranke eine Haltung ein wie viele indisch-tibetanische Holzschnittgottheiten. Aus ihr heraus macht sie auf knappem Bewegungsraum steifpathetische Bewegungen zumeist nur mit der rechten Hand, während die linke an die Brust gepreßt wird: „Die linke Hand stützt das Herz, während die rechte das Zeichen, die zeugende Hand ist“. Die kultische Grundhaltung bleibt in den Hauptzügen auch erhalten, wenn allerlei Einzelheiten sich ändern, und sie hat eine stete Bereitschaft, wiederhergestellt zu werden, wenn sie von irgendeiner praktischen Handlung einmal abgelöst war. So hat sich die Kranke ganz

knapp auf die Sofakante gesetzt und sich schräg gegen den Kopfteil gelehnt; sie läßt die Beine auseinandergleiten, das rechte nach vorne mit gebeugtem Knie, das linke schräg nach hinten unter das Sofa; in dieser Stellung fängt sie an, ihr Haar zu streichen und in Ordnung zu bringen; sie tut es in pathetisch geführten Zügen, und die Finger behalten eine ausdrucksvoll gestreckte Haltung. Aus dieser schrägen Neigung kann der Körper wie aus jeder anderen lässigeren Stellung jederzeit zu einer festen Haltung erstarren. Dann nimmt der Gesichtsausdruck sofort den Charakter des Bedeutsamen an, der noch durch die schräge Drehung des Kopfes und die äußerste Seitenwendung der Augen unterstrichen wird. Die Ortsbewegung als solche weicht nicht vom Gewöhnlichen ab und ist unauffällig, abgesehen von dem langsamen und zögernden Tempo. Aber auch beim Gehen bleibt die linke Hand am Herzen; die rechte wird mit steif gestreckten Fingern ins Kreuz gelegt und dicht an den Körper gepreßt. Mitbewegungen fehlen beim Gang, Oberkörper und Kopf bleiben steif. Läßt man die Kranke wie bei der Prüfung der Praxie zeigen, wie man ein Streichholz anzündet, dann fährt sie mit der linken Hand vom Herzen weg mehrfach zur Schulter, die rechte bleibt in einer unsicheren Haltung in der Luft vor der Brust. Gibt man ihr aber ein Streichholz in die Hand und das Kästchen dazu, um dem Untersucher eine Zigarette anzuzünden, so führt sie dies prompt und richtig aus. Ist diese praktische arbeitsmotorische Leistung auftragsgemäß ausgeführt und beendet, so beginnt sofort



Abb. 22 a. Gertrud Rotfuß. 1930. Fall 17.



Abb. 22 b. Die Gleiche. 1930.

wieder die alte pathetische Bewegungsart, und das Streichholz wird nicht etwa ausgeblasen, sondern durch langsam-rhythmische Bewegungen der Hand in der Luft gelöscht. Danach erstarrt ihre Haltung von neuem. Auf Befragen sagt sie, sie habe „momentan gebetet“.

Auf der Abteilung bietet die Kranke ständig das gleiche Bild. Sie lächelt, im Bett liegend, in einer süßlichen und zugleich schlauen manierten Art, oder sie geht in der beschriebenen Weise mit dem gleichen Ausdruck umher. Ihre Stimme hat im Klang oft etwas Geheimnisvolles und dabei mitleidig — besserwisserisches. Die klar gekennzeichnete psychotische Lebensgrundhaltung wird gleichmäßig festgehalten.

In der Anstalt W. bezeichnet man ihre Haltung als „selbstbewußt — hoheitsvoll getragen“, dabei trotzdem von ausgesprochen gläubiger Bescheidenheit, ihre Sprache als pathetisch. Später ist sie vorwiegend verschroben und maniert mit heilig verklärtem, erlöstem Gesichtsausdruck; dann wieder ist sie erregt und gequält und nach einer Zeit völlig ablehnenden Verhaltens im Bett wieder verklärt, weltabgewandt, ekstatisch.

19. Bedfurt, Annette (25/426, Beginn mit 20 Jahren), geb. 8. 5. 05, ledig, Viehhändlerstochter, israelitisch. In der Klinik vom 13. 11. 25 bis 1. 4. 26. Der Vater hat vor der Ehe einen schizophrenen Schub durchgemacht und scheint später gesund geblieben zu sein. Das Mädchen war als Kind lebhaft, entwickelte sich unauffällig, war gesellig, lernte ziemlich gut und war in der Schule sehr ehrgeizig. Nach der Schulzeit überall beliebt, munter, gleichmäßig gestimmt, fügsam und nachgiebig, aber empfindlich, leicht verletzt, etwas überheblich. Viel umschwärmt, jedoch ablehnend. 3 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik verlobte sie sich. Dem Bräutigam fiel auf, daß sie dann viel zu reden anfang und dauernd Unanständigkeiten von sich und den Freundinnen erzählte, hochmütig wurde und wiederum von sich selbst sagte, sie sei ein unvollkommener, halber Mensch. Ihre früher geordnete Schrift wurde ungeordnet und fahrig (s. Abb. 23).

Aus einer formlosen, lässigen Haltung heraus flegelt und räkelt sich die Kranke schlacksig herum. Ihrer lang aufgeschossenen hageren Gestalt ist eine nachlässige Bewegungsweise angemessen, die sich zwar in rundlichen, doch nicht flüssigen Linien vollzieht. In sie gehen den ganzen Körper beteiligend viele frühere Bewegungsgewohnheiten ein, insbesondere

ein gewisser Grad von unbeherrschtem Bewegungsluxus. Diesem Überschuß an Bewegung entspricht aber kein Mehr an seelischer Bewegtheit. Die Unbeherrschtheit ist nicht so groß, daß das Tempo hastig würde; es wechselt, ist aber sonst nicht besonders auffallend. Viele dieser Bewegungen erscheinen natürlich, andere geziert, aber nicht wesensfremd. Auch die Rhythmik hat noch ein gewisses Ebenmaß und ist nicht zerhackt. Die Bewegungsgestalten aber befinden sich in einem dauernden Wechsel; trotz ihrer Mannigfaltigkeit haben sie einen nicht dissoziierten Zusammenhang, eine persönliche Einheit. Die Mimik ist zum wesentlichsten Teil spielerisch in ihrem übergangslosen, doch nicht jähem Wechsel. Bald entspricht sie den geäußerten Inhalten, bald nicht. Sie verfügt über wenige Register: schnippisch, albern, zornig, manchmal auch erotisch. Auch in den Teilstücken verfügt

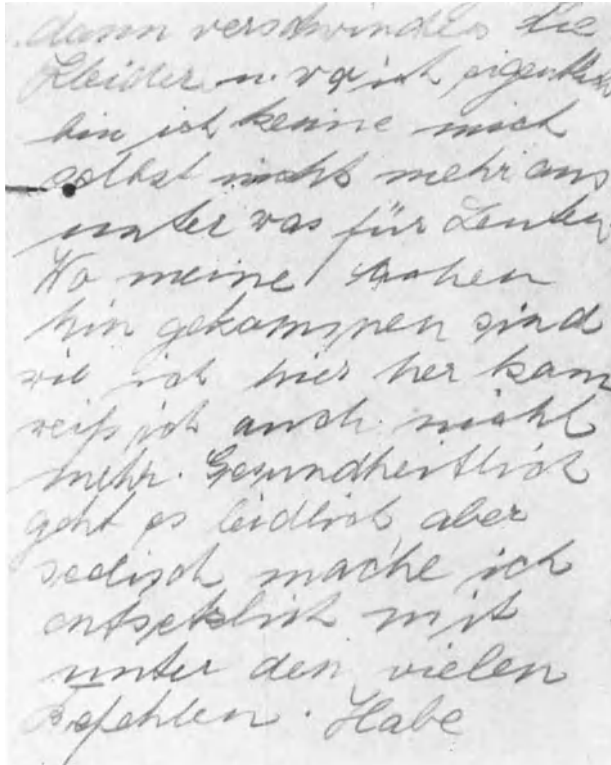


Abb. 23. Schrift der Annette Bedfurt. 9 : 10. 1926. Fall 19.

sie nur über sehr wenige Abwandlungen. Mehr als im Gesicht drückt sich Erotisches in den Gebärden aus; ganz besonders ist die Verwendung des Gesäßes betont: vorn zurück, rechts, links, Drehen und Wiegen, Spannen und Loslassen, langsam und schnell — geradezu eine ausgebildete Gesäßmimik, die von den Bewegungen des Rumpfes, der Hüften und Schultern unterstützt wird. Trotzdem wirken die Bewegungen nicht erotisch-schamlos, sondern frech und respektlos oder geziert und spielerisch. Die Kranke hat sich auch sonst in der Klinik nie schamlos benommen; sie hat in diesem ganzen Spiel weder aggressive noch defensive erotische Gebärden mit Händen und Armen oder Beinen ausgeführt. Ihre Gesten sind eigentlich nur Unterstreichungen ihrer Worte, einer Sprache, die selbst nur einen ganz geringen Modulationsfluß hat. Unvermutet schießen in die Bewegungsgestalten und die Gesamthaltung des Körpers kleine Abwandlungen ein, ein plötzliches, ganz flüchtiges Sich-Strecken oder Lösen. In nichts hat dieses Bewegungswesen die Prägung tieferer Erlebnisse, der Ergriffenheit, der Trauer, der Freude, der Lust. Eine Unruhe schlechthin, die keine bestimmte Affektlage erkennen läßt, ist das einzig gemeinsame in dieser leeren Mannigfaltigkeit, deren Formniveau sich über eine milieumäßige, unindividuelle Stufe nicht erhebt. Man steht vor einem zwar noch in sich geschlossenen, doch unharmonischen,

gestörten Bewegungsgesamt, das dem Pubertätscharakter am nächsten steht und keine infantilen und kleinnädchenhafte Züge enthält.

Das klinische Bild zeigt dauernd einen unberechenbaren Wechsel zwischen schnippischer-geiztem Wesen und seltsam gehetzten Angstzuständen; in beiden herrschte äußere Unruhe vor. Inhaltlich brachte sie bei großer Zerfahrenheit Beeinflussungen mit Radiumstrahlen und „Eulenspiegelereien“ vor, die mit Familienstreitigkeiten in Zusammenhang gebracht wurden. Im Laufe der Monate wurde sie nach Zeiten störrischer Erregung im Gebahren und Sprechen läppischer, während ihre Briefe durch völlige Ordnung sich auffällig abhoben. Sie wurde zu den Eltern entlassen und kam später in eine sehr gute Remission. Der Vater berichtet 1929, daß sie im Ausland eine Stellung angenommen hat, und daß man an ihr nicht mehr die geringsten Krankheitserscheinungen wahrnehmen könne. Ärztlicher Hilfe habe sie nicht mehr bedurft.

20. Harnisch, Julia (26/81, Beginn mit 36 Jahren) geb. 16. 6. 89, Kaufmanns-ehfrau. In der Klinik vom 26. 2. bis 18. 6. 26. Die Kranke war von jeher sehr lebhaft, leicht reizbar, launisch und affektlabil; sie war eine tatkräftige kluge Hausfrau. Zeitlich zusammenfallend mit einer toxischen fieberhaften Nephritis brach wenige Tage vor der Aufnahme die geistige Störung mit optischen und akustischen Halluzinationen, allgemeiner Unruhe und zusammenhanglosem Sprechen aus. Bei der Aufnahme war der Urin schon wieder frei von Eiweiß; sie sah sehr blaß und körperlich krank aus. In ihrem Benehmen traten ein gereizt-hochmütiger Tonfall, ein bedeutsamer, visionärer Gesichtsausdruck und starre, heftige, gespreizte und nachdrücklich-übertriebene unverständliche Gebärden hervor. Dazu machte sie schamlose Bemerkungen zu ihrem Mann. In den nächsten Tagen halluzinierte sie lebhaft, sprach vom göttlichen Walten, von Gottes Stimme und anderen Stimmen. Sie hatte Krankheitsgefühl und körperliche Mißempfindungen. Gott sprach auch von ganz alltäglichen Dingen und dann wieder von Prüfung, Belohnung und Strafe. Sie war leicht auf die Wirklichkeit zu richten und mit der Außenwelt in Beziehung zu setzen und erwies sich als orientiert; gleichzeitig stand sie ganz auf dem Boden ihrer krankhaften Erlebnisse und Inhalte. Zeitweise sprach sie viel vor sich hin und machte seltsam beschwörende und mystische anmutende Bewegungen. Dann folgte eine Zeit heftiger primitiver, motorischer Unruhe, in der sie aber doch ansprechbar war. Die Stimmung war zeitweise aggressiv, zeitweise euphorisch. Nach 6 Wochen war sie völlig fieberfrei, eine deutliche Cystitis bestand noch.

Die Kranke ist in heiter gefärbter Erregung. Sie ist ausgesprochen gesanglich begabt und singt unaufhörlich in der Art der italienischen Spieloper. Dazu bewegt sie sich wie auf der Bühne, bald in förmlichen Verbeugungen, bald in großen Gebärden, bald in dem tänzelnd-liebenswürdigen Hin und Her des Duets. Die Mimik ist mehr steif pathetisch und paßt sich in das Gesamt des Singspiels ein. Ihr ganzes Bewegungsspiel ist dem ähnlich, was uns heute an der alten Oper leer erscheint. Als Text dienen ihr die gewöhnlichen, platten Erlebnisse des Alltags. Im weiteren Verlauf wechselte gewalttätige Erregung mit stuporösem Verhalten. Man sah sie bewegungslos im Bade sitzen, das Gesicht mit den Händen bedeckt, die Augen geschlossen. Dann wieder sprach sie ganz zerfahren, verbigerierte und machte Iterativbewegungen. Zur Zeit der Entlassung in die Anstalt W. war es unmöglich, sich mit ihr in Beziehung zu setzen. In der Anstalt W. wurde die Kranke nach etwa 2 Monaten ruhig und geordnet, nahm zur durchgemachten Psychose weitgehend einsichtige Stellung und wurde gebessert nach Hause beurlaubt.

21. v. Bartosch, Wilma, (27/443 Beginn mit 32 Jahren), geb. 5. 10. 84. In der Klinik vom 28. 9. bis 12. 10. 27. Einziges Kind, ledig, normal entwickelt, sehr zart, geistig sehr rege. Beginn der Krankheit mit 32 Jahren 1916 mit Sinnestäuschungen und religiösen Wahnideen. 1920 tobsüchtige Erregung; von da ab fast dauernd in Anstalten, 1920 schon affektiert bei heiterer Stimmung; in der Erregung vorherrschend Verfolgungsideen teils politischen Inhalts, teils teuflische Drohungen. Später massenhafte körperliche Mißempfindungen als Folgen von Infektionskrankheiten gedeutet oder auf Insekten zurückgeführt. Im weiteren Verlauf lösen sich läppische Heiterkeit und motorische Unruhe ab. In kurzen Remissionen natürlicheres Benehmen, aber überhöflich und überaufmerksam. Seit 1927 steife Motorik und Stereotypien.

Die Kranke, die im Gehen unauffällig ist, macht sofort Figur, wenn sie sich setzt und sich unterhalten kann. In gesellschaftlich-konventioneller Haltung und vornehmuerischem Wesen ergeht sie sich in gleichgültigen flachen Redensarten mit paradox nachdrücklicher Betonung, die dem Inhalt gar nicht gemäß ist. Dazu verschränkt sie mit Vorliebe die Hände, lächelt gelegentlich mit züchtig niedergeschlagenen Augen, ist aber sonst mimisch außerordentlich arm. Oberhalb des Mundes ist das Gesicht fast unbewegt und verharret in förmlicher Steifheit, welche durch die fast geschlossenen Augen noch besonders betont wird. Öffnet sie die Augen, so ist der Blick leer. Ist sie ins Sprechen gekommen, so bedarf sie bald keines Partners mehr, sondern spricht dauernd und ungeniert. Die steife Haltung lockert sich etwas, es treten Arm- und Handgebärden auf, aber die Bewegungen werden



nicht frei. Sie vollziehen sich, an einen kleinen Bewegungsraum gebunden, meist symmetrisch und sind eckig und steif wie griechisch-katholische Bilder, ohne jede Spur von Grazie. Dazwischen aber spielt sich als Grundvorgang eine kleinliche Bewegungsunruhe ab, ein an Verlegenheitsbewegungen erinnerndes geziertes Herumgreifen an sich. Dann durchflechten sich also zwei Reihen motorischer Abläufe von ganz verschiedenem Ausdrucksgehalt, verschiedenem Tempo, verschiedener Ablaufsweise, eine formgestaltete, wenn auch gebundene und eine formleere, zappelige, niveaulose, deren Gestaltmangel sich hinter der Geziertheit der Fingerbewegungen verbirgt.

Die Kranke ist in hohem Grade zerfahren und verschroben. Das motorische Verhalten bleibt das gleiche bei wechselnden Inhalten und Äußerungen, mag es sich um „Angst vor

Liebe Else,  
 Gestern Dank für dein Briefchen. Ich  
 wurde hell aufglänzen über dessen Inhalt.  
 'Wird'se eine Seelenart?' - Ach,  
 so unbescheiden bin ich schon lange  
 nicht mehr. Früher. Darfste ich, müßten  
 die schönsten, kühnsten Menschen  
 um mich herum sein, ich habe  
 mich sehr schwer in diese Lage hinein  
 gefunden, mit 6 Personen, was tags-  
 über sehr unangenehm ist, nachts  
 aber. Nur Qual wird, ich hoff  
 ich habe es hier bald überstanden  
 denn es ist kein Frauenarzt da  
 doch glaube ich meinem Zustand

Abb. 24. Schrift der Anneliese Kundrath. 9 : 10. 1927, Fall 22.

Vergeßung“, „Pläne zur Ausführung von Missionsaufträgen“, Familienüberlieferung, Frömmigkeit und religiöse Pflichten, Beurteilung landwirtschaftlicher Arbeiten oder leere Konversation handeln. In der Anstalt I. hat sich in ihrem Verhalten nichts geändert.

22. Kundrath, Anneliese (27/352, Beginn mit 40 Jahren), geb. 18. 3. 86, ledig, Erzieherin. In der Klinik vom 25. 7. 27 bis 11. 1. 28. Vor der Erkrankung immer lebhaft, geistig interessiert, eigensinnig. War viel im Ausland. Erotisch ablehnend. In der Familie viele lebhafte, frische, lebensfrohe, aber „nervöse Menschen“. Eine Schwester schizophrene im Alter von 19 Jahren erkrankt. Beginn der Psychose vor 1 Jahr mit Verfolgungsideen. Sehr zurückhaltend, ironische Haltung, sucht jede Auskunft zu vermeiden, verläßt nur ungern das Bett. Liest Zarathustra, macht Aufzeichnungen, die sie wieder zerreißt.

Im alltäglichen Verhalten auf dem Krankensaal fällt die Kranke dadurch auf, daß ihr Bewegungsgesamt immer etwas flüchtig Huschendes und zierlich Anmutiges hat, das wie eine Erinnerung an die Jungmädchen-Gracie früherer Zeiten wirkt. Sie wird in ein Zimmer gerufen und nimmt den Ärzten gegenüber eine etwas verlegene Haltung ein; denn die Unterredung mit ihnen kam ihr unerwartet, und sie hatte das Gefühl, beobachtet zu werden. Sie hielt sich motorisch ruhig und beschränkte sich auf ganz wenige knappe und einfache Ausdrucksbewegungen der Hände und Arme. Im Gesichtsausdruck zeigt sich

ein Gemisch von Müdigkeit und Spannung. Diese Grundlage bleibt, auch wenn einmal ein im ganzen gebundenes, selten etwas lebhafteres Lächeln über das Gesicht zieht. Gelegentlich wird, namentlich im Blick erkennbar, Kontakt gesucht und gefunden; aber er ist nur oberflächlich und flüchtig, aus alter gesellschaftlicher Gewohnheit zustande gekommen. Auf manche Fragen antwortet ein empfindliches Verziehen des Gesichts oder eine markierte Nachdenklichkeit. Die Gesamtheit des Ausdrucks hat etwas Gebundenes, ist durch das Spiel von wechselnden, oberflächlichen Regungen belebt. Von verhaltenem Affekt ist nichts zu bemerken. Manchmal sieht man ein tickartiges Zucken der Stirn und Augenlider. Nach einiger Zeit wurde die Patientin nach der Abteilung entlassen, auf dem Wege aber sehr gegen ihren Willen gebeten, noch einmal in das Ärztezimmer zurückzukommen. Sie reagierte darauf zwar mit einem deutlichen Sträuben, bediente sich aber durchaus angemessener, höflicher und ganz gefälliger Formen. Trotz langjährigen Aufenthaltes im Ausland hat ihre Sprache den heimatlichen Tonfall bewahrt; die Stimme ist meist weich, die Ausdrucksweise knapp und zurückhaltend. In einem merkwürdigen Gegensatz zu der Leichtigkeit und Feinheit der Körperbewegungen steht die Gebundenheit, Starrheit und lineare Schwerflüssigkeit ihrer Zeichnungen, die nur in dem Gesichtsausdruck ein Gegenstück hat. In der Klinik war die Kranke immer ruhig, aber oft sehr gequält und ängstlich. Sie befand sich dauernd in einer ausgesprochenen Wahnstimmung mit mannigfaltigen Beeinflussungen und unscharfer Systematisierung.

In der Anstalt W. änderte sich das Bild. Es kam viel mehr Gereiztheit zum Vorschein. Ihr Gesichtsausdruck wechselte während der Explorationen sehr stark: ablehnend mit spöttischem Lächeln, erschüttert, verzweifelt, liebenswürdig, Hilfe suchend, überreizt, verärgert, rebellierend. Es stellt sich heraus, daß sie auch *optische* Trugwahrnehmungen hat, Gesichter von Bekannten, plastische Erinnerungen und Zustände heftiger Angst vor Leiden und Tod. Außerdem aber bestand eine der Kranken selbst äußerst unheimliche, sie aufs schwerste quälende Denkstörung: Gedankenleere, Gedankenhäufung, „überströmende Ruhe, überströmendes Denken“; Erschlaffung, Schwäche des Denkens; durch die Gedanken entsteht ein fremdes Gefühl, gegen das sie sich wehren muß. Die Stimmung des vagen Mißtrauens besteht unter der Wirkung massenhaften Stimmhörens fort.

23. Holzinger, Anna (26/99, Beginn mit 42 Jahren), geb. 19. 2. 84, verheiratet seit 1910. In der Klinik vom 11. 3. bis 8. 4. 26. In der Kindheit und Jugend munter, gesellig, sehr gutmütig, tüchtig. Wurde durch jahrelange Krankheit (Herzfehler) nervös und reizbar. Erkrankte anscheinend wenige Tage vor der Aufnahme ganz akut mit heftiger Erregung, Wahnideen gegen den Mann, Sinnestäuschungen, Stimmen der Kinder, Todesangst und abgerissenen Reden.

Die Kranke befindet sich in einer heftigen Erregung mit dauerndem motorischem Entladungsbedürfnis. Trotz der Schwere dieses Zustandes kommt es nicht zum Bilde der eigentlichen Tobsucht. Die Bewegungen fahren nicht in blinder Wildheit in den Raum oder auf Menschen und Gegenstände los. Vielmehr haben sie immer noch einen darstellenden Charakter, einen inneren Zusammenhang, der das Ganze leitet, wenn auch dieser Zusammenhang und das vorschwebende Leitbild oft ganz unvermittelt mit plötzlicher Heftigkeit wechseln kann. Die Kranke bewegt sich jetzt ununterbrochen und schnell, aber in fein abgestuften Bewegungen, ohne krankhafte Maßlosigkeit, so natürlich oder minder natürlich wie eine Soubrette in verschiedenen Rollen. Aber während Körper und Gliedmaßen dieses lebhaftes Spiel mit einer bemerkenswerten Einheitlichkeit vollführen und die einzelnen Formen zum Teil grazil und weich ausschwingen, benimmt sich der Gesichtsausdruck in schroffstem Gegensatz hierzu, sozusagen auf eigene Rechnung, so grob und gemein als möglich und wirkt, da er nur eintönig über wenige Register verfügen kann, nicht etwa wie niedriger Scherz, sondern nur roh und abstoßend. Der Unterschied ist um so größer, als der Kranken eine große ursprüngliche Bewegungskbegabung eignet, die sich in rhythmischer Sicherheit, geschlossener Formgebung von ganz selbsttätiger Abstufung bekundet. Es fallen ihr ganz verschiedene Lieder, Couplets und Gedichte ein, für deren jedes sie ganz instinktiv ein angemessenes Register des Bewegungsspieles zur Verfügung hat, Register im Sinne von Tempo, Rhythmus, Dynamik, zusammengehalten durch eine der Klangfarbe vergleichbar einheitliche Grundtönung wie etwa: weich, knapp, pointiert, flott, getragen, schwebend, wild, graziös, schwer, leicht, sinnlich — ganz abgesehen von der eigentlichen Stimmfärbung. Wie sich die Mimik schroff gegen die übrige Motorik absetzt, so macht sich, auch ähnlich selbständig, aber praktisch weniger gegensätzlich, Kopf- und Halsgebärde von Rumpf, Gliedmaßen und Gesicht unabhängig, oder richtiger gesagt, ist in dieser Weise verfügbar. Ein gemeiner Einfall kann freilich auch die gesamte Motorik mit fortreißen. Das Formniveau bleibt, wenn man von der Mimik absieht, verhältnismäßig hoch, gleicht sich stets dem Darstellungsinhalt an, und nie entgleitet der Kranken die Möglichkeit der Bremsung oder des gestaltgemäßen Ausschwingenlassens.

Das motorische Verhalten bleibt während der ganzen 4 Wochen unverändert; inhaltlich treten Schimpfreden gegen die Verfolger zeitweise in den Vordergrund. Wahrscheinlich

kommen auch echte Personenverkennungen vor. In einförmiger Wiederholung lösen Gebete, Bibelsprüche, Gassenhauer und Couplets einander ab. Die Kranke wird nach W. verlegt. Auch dort wurde ein burschikos-heiteres, motorisch bewegtes Wesen beobachtet. Dort 1930 †.

24. Philotas, Marie (27/180, Beginn mit 41 Jahren), geb. 11. 10. 85, Bäckerfrau, 1 Kind. In der Klinik 20. 4. 27 bis 28. 2. 28. Vor der Krankheit immer leicht erregbar, sonst unauffällig. Akuter Beginn vor 3. Wochen; erster Schub tobsüchtige Erregung, langsame Beruhigung, Übergang in einen Zustand stumpfer, leerer Ratlosigkeit. Dann ausgesprochener, 3 Monate dauernder Stupor. Nach dessen ziemlich plötzlicher Lösung das folgende Bild: Geziertheit, theatralisches Auftreten und karikaturenhafte Formgebung machen den Grundcharakter ihres Bewegungswesens aus. In manierterter, verschrobener Gangart betritt sie das Untersuchungszimmer, setzt sich ruhig, mit verschränkten Armen und angelehntem Rücken hin und beginnt ein abwechslungsreiches Spiel ganz allein mit den Augen. Sie dreht sie starr nach oben, nach unten und nach den Seiten, wie auf Kommando „Augen rechts“ und reißt die Lider weit auf; oder sie bewegt Augen und Lider wie

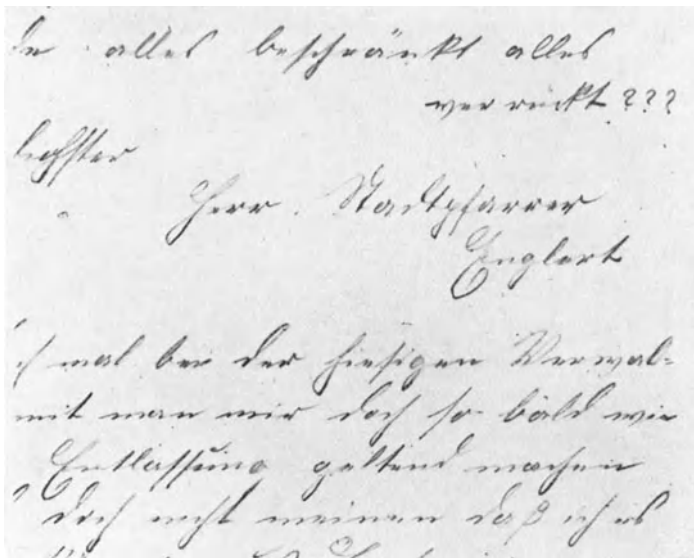


Abb. 25. Schrift der Anna Holzinger, 9 : 10. Fall 23.

eine Puppe; oder sie dreht bei unveränderter Körperhaltung Kopf und Augen, wie sie sich bei der normalen Kopfdrehung bewegen. Einen besonderen Ausdruck bringt sie aber hervor, indem sie entgegen der normalen Bewegungsverknüpfung die Augen mit Gewalt nach derselben Seite dreht, wie den Kopf, ohne den Blick auf einen Gegenstand zu richten. Diese Blickmimik ist ganz selbständig und losgelöst von dem übrigen Gesichtsausdruck, der sich für sich abwandelt, und der wiederum von Bewegungen durchkreuzt wird, die nicht dem Ausdruck dienen und unwillkürlich sind — Tickbewegungen der Gesichts- und Wangenmuskulatur.

Die Kranke steht auf und aus verzeichnet komischer Haltung beginnt sie sich tänzelnd im Raum zu bewegen. Das Gebärdenspiel entwickelt sich zur förmlichen Verbindlichkeit der alten Quadrille à la cour, um dann einen ganz anderen Charakter anzunehmen. Begleitete und ergänzte es bisher sozusagen stilgerecht und zierlich die Bewegungen der Füße, so wird es nunmehr zum Ausdruck sogar heftiger Gemütsbewegung, als wäre sie zornig oder wütend, als weise sie auf jemanden hin, dem sie trotz, oder dem sie mit Spott und Nichtachtung begegnen will. In mannigfaltigem Wechsel wird bald nur Kopf und Arm, bald nur Kopf und Beine, bald aber der ganze Körper einschließlich der Mimik in den Dienst dieser Darbietung gestellt. Sie spielt sich auf engem Bewegungsraum ab und gelangt über eine knappe und eckige Gliedführung nicht hinaus. Manchmal erinnern Stellung und Haltung an steife italienische Heiligenbilder der frühen Renaissance. — Manchmal werden die Tanzbewegungen bis zu den neuesten Schritttänzen ausgestaltet in ausgesprochen erotischer Koketterie und mit betonter pantomimischer Ausnutzung der durch diese Tanzweisen begünstigten erotischen Abwandlungen. Zu andern Zeiten aber wechseln stunden-

lange stereotype Wackel-, Wiege- und Beinbewegungen, welche die Kranke mit modulationsreichem Singen begleitet, ab mit rhythmisierten Bewegungen, für die trotz knapper, harter Linienführung ein weiter Bewegungsraum beansprucht wird. Zuweilen bricht dieses vielgestaltige, gespannt-gebundene Spiel plötzlich ab und macht einem ganz normalen Bewegungswesen Platz. — Oft liegt die Kranke stundenlang wie kataleptisch mit gehobenem Kopf und erhobenem Arm regungslos mit einem halb feierlichen, halb zynisch-wissenden Gesichtsausdruck lächelnd im Bett. Sie kann dabei leise vor sich hin pfeifen und singen. Plötzlich springt sie auf, geht mit großen Schritten auf jemanden zu, weist auf ihn mit den Zeigefingern, lächelt geheimnisvoll und geht, ohne ein Wort zu sprechen, in rhythmische Tanzweisen über.

Im weiteren Verlauf gleitet die anfänglich stuporöse und katatonisch gesperrte Kranke immer mehr in einen völligen Autismus hinein, in dem sie zwar eine lebhaftere Ausdrucksmotorik zeigt, aber mit der normalen Umwelt keine Beziehung mehr aufnimmt; abweisend und negativistisch war sie nicht. Sie wurde vom Ehemann nach Hause genommen. Zwei Monate nach der Entlassung trat eine gleichmäßig fortschreitende Besserung ein, und im Juni 1929 teilte uns der Mann mit, „daß sie vollständig gesund und nichts mehr von ihrer früheren Krankheit zu bemerken ist“.

### Theorien der Motorik.

So groß die Mannigfaltigkeit der katatonen Grundformen, ihrer Zusammenordnung und ihres Wechsels innerhalb der Krankheitsverläufe, so zahlreich die Abwandlungen sein mögen, die trotz gleichen Grundcharakters die einzelnen motorischen Bilder und die individuellen Verläufe wiederum voneinander unterscheiden lassen: eines ist ihnen allen gemeinsam: Niemals erscheint — von den „Anfällen“ abgesehen — im Bereiche der katatonen Symptome und Syndrome und im Bereich des schizophrenen Bewegungswesens überhaupt irgendein Einzelsymptom oder ein Symptomkomplex vom Charakter der Störungen des *Pyramidensystems*. Insofern aber der Motorik der Schizophrenie überhaupt eine Störung der Bewegungsapparate des Gehirns zugeordnet werden kann, kann sie nach den heute geltenden Anschauungen nur in das extrapyramidale System verlegt werden. Störung aber heißt Beeinträchtigung der Funktion: Leistungsstörung. Halten wir uns vor Augen, daß der heute im starren Stupor Liegende morgen in schwerster Hyperkinese sein kann usw., ja daß die kataleptische Tonusveränderung kommen und verschwinden kann, so schaltet hierbei die Möglichkeit nicht wiederherstellbarer Veränderungen im zentralen Bewegungsapparat selbstverständlich aus.

Wenn aber diese Feststellung auf ihre Folgerungen geprüft wird, erscheint sofort das Doppelgesicht der gesamten Schizomotorik, das immer wieder geradezu die Gewissensfrage an uns richtet: Was ist hier neurologisch, was ist im Sinne der Verständlichkeit psychologisch bedingt? Von ihrer Beantwortung hängt die Möglichkeit ab, eine volle Einsicht nicht nur in die Schizo-, sondern in die gesamte Motorik zu gewinnen. Die Schizomotorik ist das grundsätzliche Experiment der Natur für die Wandelbarkeit der Bewegungsfunktionen ohne Zerstörung ihrer Apparate unter pathologischen Bedingungen.

Diese Bedingungen aber kennen wir nicht. Wir können nur unser Wissen um die extrapyramidale Motorik zusammentragen, das wir aus dem Studium der WILSONSchen Krankheit, der Pseudosklerose, der Herderkrankungen der Stammganglien, vor allem der epidemischen Encephalitis erworben haben.

Im Striatum sehen wir nach C. und O. VOGT das Zentrum für das unbewußte Mienen- und Gestenspiel, die reaktiven Flucht- und Abwehrbewegungen, die automatischen Mitbewegungen und Positionsänderungen. Als Pallidumsymptom betrachten wir die reine allgemeine Versteifung in mannigfaltigen Verziehungen der Glieder, ähnlich wie die Enthirnungsstarre SHERRINGTONS, doch mit ihr nicht identisch. Das Pallidumsymptom ist das Ergebnis der Enthemmung subpallidärer Zentren. Das Striatum ist dem Pallidum übergeordnet (denervatorisch). Das Striatumsyndrom ist zusammengesetzt aus Ausfällen von verschiedensten

Automatismen, aus Hypertonie und Hyperkinesen. Es besteht also 1. aus Ausfällen striärer Eigenleistungen höherer Art, und 2. aus Einzelleistungen des enthemmten Pallidum. Auf der Möglichkeit echter Systemerkrankungen elektiver Art im Striatum beruht mindestens zum Teil die Mannigfaltigkeit nicht nur geschlossener Krankheitsbilder, sondern auch der Einzelsymptome, die unter der Bezeichnung der Hyperkinesen und Inkoordinationen zusammengefaßt werden: Spasmus mobilis, choreatische und athetotische Bewegungen, Zittern, Mitbewegungen, Tics, Zwangslachen und Zwangswainen.

KLEIST hat in seinen „Bewegungsstörungen und Bewegungsleistungen der Stammganglien des Gehirns“ seine Ansichten derart dargelegt: Vom extrapyramidalen System gehen die nicht willkürlichen, automatischen Bewegungen aus. Unter ihnen sind zu unterscheiden: 1. die groben Automatismen, Massenbewegungen des Körpers. Ihnen dient das Pallidum, besonders sein inneres Glied. Dies empfängt Anregung und Regulation vom Thalamus und Corpus subthalamicum. 2. Feinere Automatismen, Mit- und Einstellbewegungen. Ihre Koordination erfolgt im Putamen, ihre Innervation dort und in der S. nigra. 3. Feinste Automatismen, besonders an den Fingern, Zehen, Gesichtsausdruck, Stimme, Sprache. Ordnung im Caudatum, Innervation dort und im Pallidum externum. — 1. und 2. bilden die myostatischen, 3. die psychomotorischen Bewegungsleistungen. *Striatumschädigung* ergibt: unstete Bewegungen, Störung des Gegenspiels von Agonisten und Antagonisten, Zittern, Unruhe (Chorea), Störung des Abstoppens (Fortsetzung, Wiederholung). — Auch Sprachiteration (besonders im Caudatumkopf; MERZBACH). Gliedert man noch genauer, so entfällt auf Putamen: Chorea, Athetose, Zittern, Bewegungsarmut. Caudatum: Parakinesen, Pseudoexpressiv- und Pseudospontanbewegungen, Iterationen, rhythmische Bewegungsabläufe, Bewegungsarmut mit Einförmigkeit, also Stereotypie. *Schädigung der Substantia nigra* ergibt: Akinese der einfachen Mit- und Einstellbewegungen und Rigor (auch der feinsten Automatismen). *Schädigung des Pallidum*: Akinese und Rigor vorzüglich am Stamm und an den ihm nahen Gelenken (Pall. internum); Ausfall der höheren Ausdrucksbewegungen mit biegsamer Starre (Flexibilitas cerea) oder einfachem Haltungsverharren (Pseudoflexibilitas) (Pall. externum). — *Erkrankung des Corpus subthalamicum*: Dreh-, Zwang- und Schleuderbewegungen. — Akinese kann auch erscheinen, wenn das Striatum seine Automatismen nicht leisten oder nicht fortleiten kann (Linsenkernschlinge). Mit VOGT unterscheidet KLEIST also eine direkte und indirekte striäre Akinese (Thalamuserkrankungen). KLEIST glaubt ferner an Einflüsse, die vom Kleinhirn aus über Bindearm, roten Kern, Thalamus das Striatum erreichen. OTFRIED FÖRSTER spricht dem Striatum nur eine inhibitorische (hemmende) Wirkung auf das Pallidum zu. Alle akinetischen und hypertonen Erscheinungen sind für ihn pallidären Ursprungs, das Striatum birgt nur hyperkinetische Symptome.

Alle diese Hypothesen sind freilich noch recht ungewiß. SPATZ, der sich besonders eindringlich mit dem ganzen Fragenkomplex beschäftigt hat, formuliert: „Es ist überhaupt nicht möglich, ein bestimmtes Symptom als charakteristisches Zeichen der Läsion eines ganz bestimmten Zentrums oder einer ganz bestimmten Bahn, und nur dieser zu betrachten.“ Jedes einzelne Symptom ist von einer Vielheit von Bedingungen abhängig. — LOTMAR glaubt, daß das Striatum gegenüber dem Pallidum sowohl eine innervierende wie denervierende Funktion habe (mit C. und O. VOGT und A. JACOB). Auch das Pallidum besitzt eine innervatorische und denervatorische Funktion gegenüber den Kernen, die vom Kleinhirn aus tonisiert werden. Der Pallidumrigor ist an die Unversehrtheit von Kleinhirn, Ruber und rubrospinaler Bahn geknüpft. — BOSTROEM unterscheidet gegenüber der Rigorstarre noch eine

rigorfreie Starre, die er selbst auch als Gebundenheit bezeichnet (besonders deutlich bei der Paralysis agitans sine rigore). Ein Versuch, sie zu lokalisieren, ist noch unmöglich.

Kehren wir noch einmal zu KLEISTs: „psychomotorischen Bewegungsstörungen“ zurück. Vor allem ist ein mögliches Mißverständnis aus dem Weg zu räumen. Psychomotorische Störungen im Sinne von WERNICKE, von dem dieser Ausdruck stammt, sind nicht als Bewegungsstörungen zu verstehen, die psychischen Ursprungs sind. Es sind diejenigen Bewegungen und sprachlichen Äußerungen, durch welche der Mensch „die Ergebnisse seiner Gedankenvorgänge und seinen Willen“ äußert. An diesem Wortsinn hat sich bei KLEIST, was Umfang und Art der gemeinten Störungen anlangt (Mon. 52, 254) nichts geändert. Wohl aber sind die mit dem Ausdruck verbundenen anatomisch-physiologischen Vorstellungen anders geworden. WERNICKE dachte nur an Läsionen im psychomotorischen Teil des psychischen Reflexbogens, KLEIST lokalisiert spezieller. Es handelt sich um feinste Automatismen, welche dem Ausdruck des Seelischen dienen. Ihr Zentrum ist das Caudatum. Ihre Anstöße gehen auf körperliche Empfindungen, auf Gefühle und Triebe zurück. Ihre Energiequelle liegt im Thalamus und Höhlengrau. Es gibt wechselseitige Beziehungen und Beeinflussungen zwischen Hirnrindenleistungen und Stammganglienvorgängen gerade hinsichtlich der psychomotorischen Störungen.

Die psychomotorischen Störungen umfassen die sonst „kataton“ genannten. Der erstere Ausdruck empfiehlt sich besser, weil er nicht diagnostisch belastet ist. Katatonie im Sinne von KLEIST bedeutet „psychomotorische Verblödung“. Sie ist ein Krankheitstypus innerhalb der Gruppe der Schizophrenien mit scharf umrissener Symptomatologie. Die Schizophrenien sind „psychische Heredodegenerationen“ und ihrer anatomischen Grundlage nach Systemerkrankungen analog den neurologischen Systemerkrankungen (s. Kapitel „Theorie“). Bei der Katatonie ist hauptsächlich das extrapyramidale System als Träger des Krankheitsvorganges anzusehen. Katatone Motilitätsstörungen kommen nicht ausschließlich bei Schizophrenie, schizophrene Zustandsbilder und Verläufe nicht nur bei dieser Gruppe heredodegenerativer Systemerkrankungen vor. Es gibt symptomatische Schizophrenien und es gibt kataton psychomotorische Störungen auch bei anderen Geisteskrankheiten, z. B. bei den nicht zur Gruppe der Schizophrenie gehörigen Motilitätspsychosen. Diese zeigen aber bestimmte Unterschiede, nämlich hauptsächlich „Mannigfaltigkeit des dauernd wechselnden Bewegungsspieles“ und eine höhere Kombinationsstufe der Bewegungen (KLEIST und HERZ). Freilich kann sich auf der Höhe der Erregung auch Iteration und Einförmigkeit einstellen. Dies würde demnach bedeuten: *Jede bewegungsunruhige Psychose kann auf der Höhe der Erkrankung diejenigen Verarmungssymptome psychomotorischer Art darbieten, welche für die Katatonie wesensmäßig sind.* KLEISTs Schlüsse aus seinen eigenen Hypothesen lauten etwa: 1. eine psychomotorische Störung ohne Verarmungssymptome kann eine Katatonie sein oder nicht; 2. eine Psychose mit psychomotorischen Verarmungssymptomen muß nicht eine Katatonie sein, wird es aber meist sein; 3. Verwirrtheit im Sinne von KLEIST kommt im Verlauf der Katatonie nicht vor; 4. ein plastisch ausdrucksvolles schnell wechselndes Mienen- und Gebärdenpiel ist bei der Schizophrenie (als Systemerkrankung) ausgeschlossen.

Ich selbst bin der Ansicht, daß die katatonen Bewegungsstörungen dem Grunde nach, aber nicht der Natur des Vorgangs nach extrapyramidal bedingt sind in dem gleichen Sinne, wie ich dies 1920 für die amyostatischen Symptome bei Schwachsinnigen Kindern dargetan habe.

Nach STECK (1923) besteht das katatone Syndrom 1. aus vegetativen Symptomen, die auf Schädigungen der vegetativen Zentren des Hirnstammes vom

verlängerten Mark bis zur Regio subthalamica beruhen; 2. aus motorischen Symptomen als Folge einer Schädigung des fronto-ponto-strio-cerebellaren Systems; 3. aus sensoriiellen Symptomen corticalen und subcorticalen Ursprungs; 4. anderen psychischen Störungen, oft sekundärer Art. GUIRAND teilt die katatonen Symptome in drei Komponenten ein: vegetative, extrapyramidale, psychomotorische. BOSTROEM hat im 2. Bande dieses Handbuchs eine Analyse der katatonen Bewegungserscheinungen versucht. Sie sei hier nicht nochmals wiederholt. Nur im Rahmen der hier erörterten Lokalisationsfragen sei darauf hingewiesen, daß BOSTROEM mit STERTZ der Meinung ist, daß sich katatone und striäre Bewegungen in prinzipiell verschiedenen Regionen abspielen, und daß deshalb eine striäre Erregung nie eine der Motilitätspsychose vergleichbare Intensität erreichen könne.

Fassen wir die bisherigen Versuche zusammen, so ergibt sich: Es sind ganz verschiedene *Betrachtungsweisen*, die an das Problem der schizophrenen Motorik herangebracht werden. Einerseits erscheint das extrapyramidale System als ein gestörtes Werkzeug der Psyche. Da sie nur dieses gestörte (und dazu vielleicht noch in verschiedener Weise gestörte) Werkzeug zur Verfügung hat, müssen ihre Entäußerungen natürlich abnorm (kataton) ausfallen. Eine starke Störung dieses Werkzeuges wirkt aber auf die Psyche zurück. Sie muß sich mit der Tatsache dieser Störung auseinandersetzen und daher gleichsam andere Weisungen ausgeben.

Die andere Anschauung nimmt eine Gesamterkrankung an (anatomisch gesprochen: Rinde plus Stamm) und führt das Vorkommen extrapyramidaler (-katatonischer) Störungen einfach darauf zurück, daß diese eben in die Störungsgesamtheit mit eingehen. Bei dieser Annahme ist es kühn, einzelne Symptome auf einzelne Zentren des Stammes zurückzuführen.

### 3. Die körperlichen Erscheinungen.

Von

G. STEINER und A. STRAUSS

Heidelberg.

Mit 2 Abbildungen.

#### 1. Allgemeines.

Die Diagnose einer progressiven Paralyse stellen wir auf Grund einer Kombination psychotischer mit neurologischen bzw. serologischen Erscheinungen. Fehlt die körperliche Erscheinungsreihe, so werden uns die psychischen Störungen zur Diagnosenstellung kaum ausreichen. Wir sind eben bei diesem Leiden in der günstigen Lage, auf eine feste und umschriebene körperliche Symptomatik unsere Diagnose aufzubauen und dürfen ihr den Hauptwert beimessen. Bei der Schizophrenie verhält es sich ganz anders. Es muß vorweg gesagt werden, daß es keine kennzeichnende körperliche Erscheinungsweise der Schizophrenie gibt, weder als Einzelsymptom noch in Form eines Syndroms. Freilich werden wir trotzdem nach körperlichen Symptomen der Schizophrenie forschen müssen, weil ja die Möglichkeit durchaus besteht, daß dieses Leiden eine neurologisch oder sonstwie erfaßbare, in sich einheitliche körperliche Symptomatik besitzt, die sich erst künftiger Erkenntnis offenbart.

Diese Sachlage verpflichtet uns, eine Gliederung der bisher beschriebenen körperlichen Erscheinungen vorzunehmen.

Unterscheiden können wir folgende Gruppen:

a) Körperliche Erscheinungen im Sinne von Begleitvorgängen mehr oder weniger bewußter psychischer oder psychotischer Vorgänge (bei Angst oder sonstigen affektiven Erregungen), körperliche Ausdrucksbewegungen psychischer Vorgänge (Erröten, Erblassen, Schweißausbruch usw.). Selbstverständlich gehören hierher auch alle diejenigen körperlichen Leistungen und ihre Abwandlungen, die wir schon innerhalb der Norm mit den psychischen Vorgängen in nächster Verknüpfung antreffen (Pulszahl, Blutdruck, Blutverteilung usw.).

b) *Ganz unabhängig* von psychischen Vorgängen auftretende körperliche Erscheinungen im Sinne neurologischer Veränderungen an Hirnnerven mit Einfluß der Pupillen, wie an den Reflexen, Tonusänderungen usw. Hierher gehören auch anfallsartige Erscheinungen im Sinne epilepsieähnlicher Anfälle. Die ebenfalls neurologisch anmutenden Erscheinungen der Motorik im Sinne von Iterationen und Automatismen brauchen hier nicht berücksichtigt zu werden, da sie zur ureigentlichen Symptomenreihe des katatonischen Irreseins gehören und dort ihre Besprechung gefunden haben. Selbstverständlich wird häufig nicht leicht festzustellen sein, ob irgendwelche körperlichen Erscheinungen dieser Gruppe *unabhängig* von bewußten psychischen Vorgängen verlaufen. Denken wir doch nur daran, daß innerhalb des Normalen schon eine weitgehende psychische Beeinflussung des Pupillenspiels und der Sehnenreflexe (z. B. der Kniescheibenreflexe) vor sich geht. Wir werden hier nur dann eine gewisse Unabhängigkeit voraussetzen dürfen, wenn in den verschiedensten psychischen Situationen die gleichen neurologisch-körperlichen Erscheinungen immer wieder auslösbar sind. Dies ist aber bei der Schizophrenie keineswegs der Fall, insofern fast alle innerhalb des Bereichs der Schizophrenie beschriebenen körperlichen neurologischen Störungen in oft kurzen zeitlichen Intervallen, fast in Form von Paroxysmen auftreten.

c) Von den beiden bisher genannten Gruppen streng zu scheiden sind körperliche Veränderungen bei Schizophrenie, die als ätiologisch oder pathogenetisch wichtig angesehen worden sind. Hierher gehören körperliche Erscheinungen außerhalb des Zentralnervensystems, Störungen der Leberfunktion, oder Veränderungen im Magendarmkanal und im Blutbild, Alterationen von seiten der endokrinen Systeme, Verhalten der „Abwehrfermente“ usw., aber auch innerhalb des Zentralnervensystems die Erscheinungen der meningealen Durchlässigkeit und von seiten der sogenannten Blutliquorschranke, Hirndruck und Hirnschwellung usw.

Auf den Zusammenhang zwischen einer besonderen konstitutionellen Anlage des Körperbaus zu der Schizophrenie brauchen wir hier nicht einzugehen, da dies zu dem Problem der konstitutionellen Disposition gehört. Auch die Frage, inwieweit die Beziehungen zur Tuberkulose oder diejenigen zur kongenitalen Syphilis ätiologisch belangvoll sind, liegt außerhalb des Bereichs unserer Aufgabe.

d) Einer besonderen Bearbeitung bedürfen diejenigen Forschungen, die das Schizophrenie-Problem mit experimentellen Methoden von der *körperlichen Seite* her anzugreifen versucht haben. Hierher gehören vor allem auch die Experimente mit pharmakologischen Mitteln zum Zwecke der Erzeugung eines katatonieähnlichen Symptomenbildes bei Tieren oder der Beseitigung schizophrener Erscheinungsweisen (Stupor) und schizophrenieähnlicher Symptome durch Eingriffe irgendwelcher Art. Schließlich wäre noch die Frage zu erheben, inwieweit häufige Kombinationen der Schizophrenie mit körperlichen Erkrankungen bestimmter anderer Art zu verzeichnen sind, die uns durch die



Häufigkeit ihrer Kombination einen Rückschluß auf den Werdegang des schizophrenen Prozesses gestatten.

In diesem Handbuch sind die körperlichen Störungen bei Psychosen an anderen Stellen bereits bearbeitet. Wir verweisen auf sie und begnügen uns nur die noch hinzugekommene neuere Literatur zu berücksichtigen.

## 2. Pulsfrequenz, Blutdruck, Gefäßinnervation und Blutverteilung bei Schizophrenie<sup>1</sup>.

Im Stuporzustand zeigt sich bei der *Dementia praecox* häufig eine niedrige Pulsfrequenz bei niedrigem Pulsdruck und geringer Spannung. Auch starke Schwankungen der Pulsfrequenz kommen vor und weisen dann, wenn sie sich in Stuporzuständen finden, darauf hin, daß die Kranken psychische Außenreize psychisch aufnehmen und verarbeiten. Andererseits ist darauf aufmerksam gemacht worden, daß die sonst bei funktionellen Geistesstörungen häufigen und charakteristischen, erheblichen Schwankungen der Pulsfrequenz auf äußere Reize bei Schizophrenen fehlen. KÜPPERS konnte dagegen nachweisen, daß auch auf leichte psychische Reize hin bei Katatonikern, trotzdem deren Volumkurve sonst vollkommen reaktionslos verlief, die normalen Formen der Pulsveränderungen nie fehlten.

Eine Herabsetzung des *Grades* einer respiratorischen Arrhythmie fand sich bei Melancholischen, in derselben Weise aber auch bei stuporösen Katatonikern und verblödeten Schizophrenen. Die weitere Abschwächung der Arrhythmie nach Einwirkung von Aufmerksamkeitsreizen war bei Katatonikern ähnlich wie bei den Melancholischen sehr gering oder sie fehlte fast ganz.

Veränderungen der Pulsfrequenz nach Druck auf die Augäpfel finden sich nach den Untersuchungen von PILCZ besonders häufig bei Schizophrenen im katatonischen Stupor, dagegen nicht bei Melancholikern, in Form eines langsamen kleinen Pulses.

Die *Blutdruckmessung* bei Schizophrenie ergibt, daß die Kranken im Gegensatz zu manisch-depressiven keine Blutdruckerhöhung selbst in Erregungszuständen zeigen. Niedrige Pulszahlen und kleiner Pulsdruck sowie geringe Spannung im Gefäßsystem soll die *Dementia praecox* gegenüber anderen Geisteskrankheiten auszeichnen. Besonders bei Stuporösen sollen die genannten Werte unter die Norm sinken.

*Plethysmographische* Untersuchungen bei Schizophrenen haben eine sogenannte reaktive Volumstarre ergeben (BUMKE-KEHRER, KÜPPERS), das heißt auf psychisch sonst wirksame Reize hin blieb die Volumkurve unbeeinflusst. Jedoch handelt es sich bei der beschriebenen Erscheinung keineswegs um ein in allen Fällen und zu allen Zeiten der Krankheit vorhandenes Symptom, besonders häufig kommt es auf der Höhe des Stupors und bei alten Fällen vor. KÜPPERS weist auf die Analogie der plethysmographischen Volumstarre mit dem BUMKESCHEN Pupillensymptom und den WIERSMASCHEN Symptomen der abgeschwächten respiratorischen Arrhythmie des Pulses bei *Dementia praecox* hin und ist der Meinung, daß sich die genannten Phänomene unter Analogisierung mit dem normalen körperlichen Ausdruck des Angsteffekts durch einen veränderten Zustand des nervösen Systems erklären lassen, einen Zustand, der so sei, als ob eine starke Erwartungsspannung vorhanden wäre. Man ist versucht, die genannten Phänomene mit der eigentümlichen Willenssperrung der Katatonischen in Verbindung zu setzen.

<sup>1</sup> Vgl. hierzu auch KÜPPERS Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 3, Allgemeiner Teil 3, S. 132—152.

*Periphere Gefäßinnervationsstörungen* kommen bei Dementia praecox sehr häufig vor, ebenfalls wieder besonders häufig im katatonischen Stupor: Starke blaurote Verfärbung der distalen Extremitätenenden, multiple punktförmige Hautblutungen, starker Dermographismus, plötzliches Erröten und Erblassen sind in Anfangsstadien der Schizophrenie keine Seltenheit; wir treffen sie aber auch später im Verlauf des Leidens an. Fliegende oder stabile Ödeme, myxödemähnliche Verdickungen der Haut sind dagegen Seltenheiten, weniger selten dagegen profuse Schweißsekretion an den Händen (Hidrosis palmaris, Steck).

Fassen wir zusammen, so werden wir wohl sagen dürfen, daß die bei Schizophrenie bisher beschriebenen Erscheinungen des Kreislaufsystems doch wohl eher als körperliche Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge aufzufassen sind und daß sie als unmittelbar von den psychotischen Erscheinungen abhängige Zeichen anzusehen sind. In erhöhtem Maße gilt dies für die Schreckreaktionen motorischer Art, die nach Zucker von den motorisch-katatonen Phänomenen weitgehend unabhängig verlaufen (siehe hierzu auch STRAUSS, das Zusammenschrecken).

Wie weit Anomalien der *Speichel-* (Hypersalivation, REICHARDT), *Schweiß-* und *Talgdrüsensekretion* auf vasomotorische Einflüsse, die sich in einer Störung der Drüseninnervation auswirken, zurückzuführen sind und ob ihnen eine gewisse Selbständigkeit in der Symptomatologie der körperlichen Erscheinungen der Schizophrenie zukommt, ist unsicher. Eigentümliche Veränderungen der Talgdrüsensekretion im Gesicht, die an das Salbengesicht (Seborrhoea faciei) bei Späencephalitis erinnern, kommen bei Schizophrenie nicht selten vor (STECK in 9 Fällen von 400), ohne daß hierin ein körperlicher Begleitvorgang eines psychischen Geschehens zu sehen wäre. Jedoch findet sich in einem solchen Vorkommnis nichts Kennzeichnendes für den Beginn schizophrener Prozesse, so daß weder differentialdiagnostisch noch pathogenetisch von ihnen Gebrauch zu machen ist.

Dasselbe gilt auch für die Veränderung der Speichel- und Schweißsekretion.

### 3. Neurologische Veränderungen.

#### a) Hirnnervenstörungen.

*Störungen der Pupillenbewegungen* haben bei der Schizophrenie besondere Bedeutung erlangt und auch in neuester Zeit eingehende wissenschaftliche Bearbeitung gefunden (LÖWENSTEIN). Insbesondere ist es das BUMKESche katatonische Pupillensymptom und die WESTPHALSche wechselnde Pupillenstarre, die durch ihre Analogie mit der reaktiven Volumstarre bei der plethysmographischen Untersuchung und der abgeschwächten respiratorischen Arrhythmie des Pulses ein besonderes Interesse beanspruchten. BUMKE stellte fest, daß bei Schizophrenie die Pupillenerweiterung auf sensible, sensorische und psychische Reize hin ausblieb, oft in dissoziierter Form, insofern die Reaktion auf schmerzhafte und Schreckreize noch erhalten war, wenn die Pupillenunruhe und die Psychoreflexe schon fehlten.

Die Untersuchungen an den Pupillen mit verfeinerten Belichtungs-, Reiz- und Meßmethoden schienen für die Symptomatologie und Differentialdiagnose der Dementia praecox eine besondere Bedeutung gewonnen zu haben, nachdem BUMKE in seiner 1904 erschienenen Monographie über „die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten“ mitgeteilt hatte, daß die Pupillenreflexe (auf Schmerz- und andere psychische Reize) bei den Dementia praecox-Kranken in einem so hohen Anteil der Fälle fehlten, daß dieser Erscheinung eine

diagnostische Bedeutung zukommen konnte. Unter diesen Pupillenreflexen wurden zusammengefaßt alle Bewegungen der Iris auf 1. sensible Reize wie Nadelstich, schwache Faradisation, leichte Berührung irgendeiner Hautstelle; 2. auf psychische Reize wie Schreck und Angst einerseits, Willensimpulse, Anspannen der Aufmerksamkeit, lebhaftere Vorstellungen andererseits; 3. wurden die feinen, beim Gesunden im Wachzustande nie aussetzenden Oszillationen des Irissaumes hinzugerechnet, welche LAQUEUR 1887 als „Pupillenunruhe“ bezeichnet und in ihrer rhythmischen Gleichartigkeit als unabhängig von Atmungs- und Kreislaufvorgängen, aber als beeinflufbar durch sensible und seelische Reize erkannt hatte. BUMKE berücksichtigte bei seinen damaligen Untersuchungen hebephrene und katatone Verlaufsformen und von der Gruppe der Dementia paranoides nur solche Fälle, bei denen „aus der wachsenden Unsinnigkeit der Vorstellungen und dem schnellen Zerfall der Persönlichkeit unzweideutig hervorging“, daß es sich um einen schnell zur Verblödung führenden Prozeß handelte. Das Fehlen der genannten Pupillenreflexe erklärte BUMKE als für Dementia praecox geradezu typisch und zwar für die so abgegrenzten Fälle ohne wesentlichen Unterschied zwischen den 3 Formen. „Die Differenzen, die vorzukommen scheinen, sind wohl in der verschiedenen Verlaufsart, in der größeren Tendenz der einen Form zu remittieren, der anderen, schnell zu geistiger Schwäche zu führen, begründet.“ Gleich allen anderen Zeichen der Katatonie brauchen auch diese Symptome nicht in jedem Falle vorhanden zu sein, aber sie gehören zu den Frühsymptomen und sind, wo einmal entstanden, auch *dauernd* nachzuweisen. Insofern außerhalb des Kreises der Dementia praecox Fehlen der psychischen Pupillenreflexe vorkommt, kann es sich nur um andere differentialdiagnostisch leicht unterscheidbare organische Verblödungsprozesse handeln, jedoch so gut wie niemals um Gesunde, Manisch-Depressive oder sonstige funktionelle Geisteskrankheiten. Dies war der Stand auch nach der zweiten Auflage von 1911.

Die Nachprüfungen, die sehr bald und in großer Zahl einsetzten, gingen in ihren Ergebnissen weit auseinander. Über die bis 1920 erschienenen Arbeiten (ebenso wie über die Literatur der sonstigen körperlichen Erscheinungen) hat HELMUT MÜLLER in „Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, ihre Unterschiede und ihre Differentialdiagnose“ zusammenfassend berichtet. Die Angaben über das Vorkommen des BUMKESCHEN Zeichens schwankten zwischen 15% bei WASSERMEYER (1907) und 92% bei STOLI (1910). HÜBNER, der die Befunde BUMKES in 75% bestätigte, bestimmt die Bedeutung dahin, daß das Fehlen der Pupillenunruhe und der sensiblen Reaktion bei erhaltener oder gar schießender Lichtreaktion oder prompter Pupillenreaktion überhaupt für Dementia praecox spricht (1905, 1906) und „an Konstanz und diagnostischem Wert alle anderen bei der Dementia praecox beschriebenen Störungen auf körperlichem Gebiet weit überragt“. Man suchte nach allen möglichen Gründen für die Größe der Unterschiede und glaubte sie bald in der Verwendung verschieden starker Lichtquellen und anderer technischer Versuchsbedingungen (RUNGE), teils in der Verschiedenheit des Krankenmaterials sehen zu dürfen. Insbesondere sollte ein klinisches Material aus frischen Fällen (WEILER) niedrigere, ein Anstaltsmaterial aus alten (STOLI) höhere Ziffern verständlich erscheinen lassen. Diese Überlegungen erwiesen sich aber als so wenig überzeugend, daß man in eine eingehende Nachprüfung der ganzen Frage eintreten mußte.

Dies geschah unabhängig voneinander durch FEINSTEIN (Königsberg) und durch PICKERT in der BUMKESCHEN Klinik in München selbst. FEINSTEIN untersuchte 100 Kranke der Klinik, darunter 27 Schizophrene verschiedener Formen, 6 Paralytiker, 2 Neurastheniker, 6 Postencephaliker mit Parkinson-

symptomen, 5 Manisch-Depressive, 4 Imbezille, 5 Kranke mit psychogenen Symptomen und 45 Gesunde und somatisch Nervenranke. Bei den Schizophrenen war gestört: die Pupillenunruhe in 51%, die sensible Reaktion gleichfalls in 51%, die Psychoreflexe in 66%; alle 3 Phänomene waren bei nur 4 dieser 27 Fälle völlig aufgehoben. Das Gesamtergebnis aber faßt FEINSTEIN dahin zusammen, „daß die Pupillenunruhe, die Senso- und Psychoreflexe als ausgesprochene physiologische Phänomene beim Menschen anzusehen sind, und daß ihre Störungen bei der Dementia praecox (Schizophrenie), der fortgeschrittenen Dementia paralytica und der Imbezillität in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle anzutreffen sind“.

Die Nachprüfung PICKERTS stützt sich auf ein weit größeres Material: an 929 Kranken wurden im Laufe von 19 Monaten 1739 Untersuchungen vorgenommen. Neben 258 Dementia praecox-Kranken der Klinik wurden 58 der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing herangezogen. Außer ihnen wurden der Prüfung 174 Psychopathen, 84 Manisch-Depressive, 94 Hysterische, 84 Hirnluiker und Metaluiker, 45 Epileptiker, 32 Alkoholiker, 11 Imbezille, 8 Debile, 4 Idioten, 2 Mongoloide, 11 Encephalitiker, 8 Arteriosklerotische, 5 senil Demente, 2 Kohlenoxydvergiftete, 2 Hirntumorkranke, 28 sekundär-Luische, 10 an anderen Krankheiten Leidende und 15 Gesunde unterworfen. Die Ergebnisse sind bemerkenswert. Das BUMKESche Zeichen fand sich in keinem Fall von Dementia paranoides. Es fehlte von 258 *klinischen* Fällen bei 215 in jeglicher Form und fand sich nur in 9 Fällen auf alle Reizarten. Es bleibt ein Rest von Kranken, welche bei verschiedenen Untersuchungen verschiedene Befunde aufwiesen oder bei welchen das BUMKESche Phänomen zwar nur teilweise vorhanden, aber in dieser Weise konstant war. Es gab Fälle, welche zuerst das Phänomen aufwiesen, dann aber normal reagierten, ferner eine zweite Gruppe, die nur auf einen bestimmten Reiz eine Erweiterungsreaktion zeigte, auf die anderen aber nicht und eine dritte, die zuerst nur auf gröbere Reize, dann aber auch auf geistige Arbeit reagierte. In der Gruppe der partiellen, aber konstanten Fälle bilden diejenigen mit fehlender Pupillenunruhe die Mehrzahl, dann folgen geistige Arbeit, Schreck und Schmerz mit ihren Anteilen.

Unter den 58 Dementia praecox-Kranken der *Anstalt* wiesen 26 das BUMKESche Phänomen nicht auf; 7 von diesen zeigten völlig normales Verhalten der Pupillen, die übrigen teilten sich in der gleichen Weise wie die Inkonstanten und die partiell-Konstanten des klinischen Materials auf. Es ergibt sich aus der Arbeit PICKERTS „ganz allgemein, daß das BUMKESche Zeichen bei allen Krankheiten vorkommen kann und nicht immer konstant ist. Am häufigsten gelingt sein Nachweis bei den Schizophrenen und Metaluikern. Inwieweit bei den Schizophrenen, die das Zeichen konstant aufweisen, ein bestimmter Fortschritt der Psychose das Phänomen verursacht, diese wichtige Frage hat nicht geklärt werden können. Hier fehlen noch die Untersuchungen, die jahrelang an den gleichen Kranken durchgeführt werden müßten und festzustellen hätten, in welcher Reihenfolge die Reaktionen erlöschen. Ehe diese Fragen eindeutig beantwortet sind, muß angenommen werden, daß es sich bei vorliegendem konstantem BUMKESchen Zeichen um eine durch den schizophrenen Prozeß bedingte, nicht näher bekannte Schädigung handelt. Neben dieser Psychose spielt die Syphilis die größte Rolle. Weiterhin machen sich die Giftwirkungen geltend, indem Alkohol und Opium, wenigstens vereinzelt, das Zeichen verursachen. In einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen wird sodann das Phänomen durch Angst- und andere Affekte, durch Armut an Bewegungen des Augapfels und durch pseudodemenzähnliche Zustände zur Darstellung gebracht. Schließlich kann es durch abnorm weite Pupillen vorgetäuscht werden.“

1907 beschrieb A. WESTPHAL „ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen“. Er hielt die Erscheinung zuerst für ganz ungewöhnlich, 1909 aber verfügte er bereits über 18 Fälle, die es zeigten. Diese WESTPHALSche katatonische Pupillenstarre ist eine nicht konstante vorübergehende Starre auf Licht und Konvergenz. In schweren, sehr lang dauernden Stuporen finden sich die Pupillen in der mannigfachsten Weise verzogen; ihre Form ist quer-, schräg- oder längsoval. Sind sie eng, so können sie der Katzenpupille gleichen. Auch unregelmäßig ausgebuchtete und tropfenförmige Pupillen kommen vor, aber nie eckig oder zackig umgrenzte. Es ist bemerkenswert, daß manchmal bei der ersten Prüfung eines Auges die Belichtung noch eine normale Reaktion auslöst und erst auf die späteren Belichtungen die Pupille starr ist. Auch ist der Befund häufig auf beiden Augen verschieden.

SIOLI fand, daß, wenn ein Auge auf direkte Belichtung starr war, es auch konsensuell nicht reagierte, während das nicht starre Auge vom starren aus zur Reaktion gebracht werden konnte. Es ergab sich auch, daß zuweilen ein Auge nur lichtstarr war und auf Konvergenz noch reagierte. Das *Iliacalzeichen* von E. MEYER (1910) besteht darin, daß bei *Dementia praecox* auf Druck auf den Iliacalpunkt die Pupillen weit und lichtstarr werden; Nachlassen des Drucks hebt das Phänomen wieder auf. Man findet es aber auch bei Hysterischen, wie auch die Arbeit von FEINSTEIN einräumt.

WESTPHAL bezieht die katatonische Starre der Pupillen auf einen abnormen Tonus der Irismuskulatur, der in engem, wenn auch nicht in allen Fällen direkt nachweisbarem Zusammenhang mit Veränderungen des Tonus der Körpermuskulatur steht und durch denselben in mannigfacher Weise beeinflußt wird. Die schon normalerweise bis zu einem gewissen Grade bestehende Abhängigkeit der Innervationsverhältnisse der Pupillen von dem Tonus der Körpermuskulatur erscheine unter pathologischen Verhältnissen ungemein gesteigert und krankhaft verändert.

Die Schnelligkeit der Pupillenreaktion ist bei Schizophrenen so verschieden, daß den Befunden trägen Ablaufs (WEILER, RAHNE), solche „stürmischen“ Ablaufs (SIOLI) und starken Wechsels gegenüberstehen.

Pupillendifferenz (Anisokorie) ist nicht selten.

KEHRER ist der Ansicht, daß die mydriatische Pupillenstarre den feinsten und daher äußerst empfindlichen Ausdruck seelischer und körperlicher Spannungszustände darstelle. Das Phänomen komme bei schwerst chronisch-katatonischen Kranken, aber auch bei hyperkinetisch-rigiden Encephalitikern vor. Bemerkenswert ist, daß es sich bei höchstbeweglichen, ja übererregbaren „Psychogenikern“ ebenfalls gefunden hat. Jede Pupille habe im Prinzip die Fähigkeit, relativ lichtstarr zu werden, sofern sie durch physiologische Reize überhaupt in den Zustand maximalster Mydriasis (oder Miosis) versetzt werden könne. Die Mannigfaltigkeit der Wege, auf denen dies bei den verschiedenen Individuen möglich sei, beruhe offenbar auf individuellen Differenzen der sympathisch-parasympathischen Erregbarkeit der Pupillen. Auf die Dissoziation zwischen parasympathischer und sympathischer Pupillennervation hebt auch PERELMANN ab.

1927 hat KÖSTER über die Häufigkeit des Vorkommens der wechselnden katatonen Pupillenstarre (*Spasmus mobilis*) bei Schizophrenen berichtet. Er findet in einem Drittel seiner 110 Fälle das genannte Phänomen und meint, daß es nur bei Schizophrenie und extrapyramidalen Erkrankungen vorkomme; es gehe mit dem psychischen Zustand nicht parallel.

In neuerer Zeit hat MENNINGER über Pupillenveränderungen bei Schizophrenie berichtet. Er findet unter 400 Fällen in 65% Pupillenveränderungen überhaupt, in 17,7% abnorm weite, in 6,5% abnorm enge Pupillen, in 11%

Ungleichheit derselben, in 23% leichte und in 6% starke Unregelmäßigkeiten der Pupillen. Eine Störung der Lichtreaktion fand er in 50,9%

LÖWENSTEIN und WESTPHAL kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie KEHRER: Die postencephalitisches wie die katatonische wechselnde Pupillenstarre beruhe auf Krampfzuständen der Irismuskulatur, die den Spannungszuständen der Körpermuskulatur koordiniert sei. Es gebe zweifellos gesunde Personen, bei denen die Lichtreaktion der Pupillen weder durch psychische, noch durch sensible oder sensorische Reize, noch durch aktive Muskelanspannung nennenswert beeinflusst werde.

Nach LÖWENSTEIN ist die katatonische Pupillenstarre WESTPHALS ein Ausdruck der Gefühlsspannung. Veränderungen der Pupillenweite und der Spannungszustände der Körpermuskulatur seien durch gleichsinnige cerebrale Veränderungen bedingt und unmittelbare Ausdrucksbewegungen der gleichen Bewußtseinszustände. Damit ist die bei katatonischen Zuständen fehlende Pupillenruhe und die mydriatische Pupillenstarre zu einem Begleitvorgang psychischen oder psychotischen Erlebens geworden und streng genommen also nicht mehr das, was wir als unabhängiges neurologisches Symptom bezeichnet haben. Die katatonische Pupillenstarre, die man wegen ihres inkonstanten Verhaltens auch als Spasmus mobilis bezeichnen kann, gliedert sich damit, wie auch KÜPPERS mit vollem Recht hervorhebt, den übrigen muskulären Spannungszuständen bei Schizophrenie ein; aber darüber hinaus finden sich Berührungspunkte der Pupillenphänomene mit dem normalen Verhalten. Die Angstpupillen sind hochgradig erweitert und können lichtstarr sein und ebenso sind die Pupillen, die das BUMKESCHE Phänomen zeigen, im allgemeinen weiter als normale; wir wissen ja auch, daß schizophrene Prozesse bei akutem Beginn häufig mit abnorm weiten Pupillen einhergehen.

Von *sonstigen Augenmuskelerkrankungen* darf das Vorkommen von Nystagmus noch besonders erwähnt werden. Besonders ROSENFELD hat darauf hingewiesen, daß Spontan-nystagmus bei schweren akuten schizophrenen Zustandsbildern sich findet. In derartigen Fällen kann es dann auch zu gewissen Abweichungen im Ablauf des vestibulären Nystagmus kommen. Ebenso sind von ihm bei schwerer akuter Schizophrenie mit schlaffem Stupor gelegentlich flüchtige Augenmuskelparesen gesehen worden. Fälle, in denen es nach großen Schlafmittelgaben zu horizontalem Nystagmus neben anderen neurologischen Erscheinungen, hochgradiger Ataxie, Sprachstörungen, doppelseitigen spastischen Symptomen vorübergehender Art gekommen ist, wird man selbstverständlich nicht dem schizophrenen Prozeß als solchem zuschreiben dürfen. Man wird sich auch nicht der Meinung hingeben dürfen, daß derartige neurologische Störungen gewissermaßen latent als Zeichen eines schizophrenen Prozesses vorhanden waren und nur durch die medikamentöse Vergiftung aktiviert worden sind. Daß eine Veronalvergiftung bei einem vorher völlig gesunden Menschen einen hochgradigen Spontan-nystagmus hervorrufen kann, habe ich selbst mehrfach beobachten können und dasselbe wird für die übrigen neurologischen Erscheinungen anzunehmen sein. Daß die Bulbomotoren aber bei Schizophrenen gewisse, bis jetzt freilich nicht näher erfassbare Störungen aufweisen, ist nicht unwahrscheinlich. So ist mir aufgefallen, daß die Ausweichbewegungen der Augäpfel bei Berührung derselben mit Fingerkuppe oder Nadelkopf im Gegensatz zum Verhalten des Normalen gewöhnlich nicht nach oben oder seitlich gehen, sondern daß die Bulbi eigentümlich wenig oder in abnormer Richtung ausweichen. Erwähnenswert ist ferner, daß PEKELSKY den normalerweise nach Drehstuhluntersuchung vorhandenen Nystagmus bei katatonisch-Stuporösen vermißte. Nach 20maliger Umdrehung blieben die Augäpfel in maximaler Auswärtsdrehung unbeweglich stehen.

Augenhintergrundveränderungen sind in Form der *Stauungspapille* beschrieben. So berichtet J. HAENEL über einen Fall, bei dem neben einem einseitigen BABINSKISCHEN Zeichen, sowie einer wechselnden Kniescheiben-sehnenreflexdifferenz kurz vor dem Tode eine Stauungspapille nachgewiesen wurde, was die Diagnose einer Hirnschwellung bei Katatonie stellen ließ, die auch durch die Sektion bestätigt wurde. Wenn HAENEL übriges Hirnschwellung als bei Katatonikern häufig bezeichnet, so muß demgegenüber die Sektions-erfahrung WITTES angeführt werden, der unter 1185 seziierten Schizophrenen nur 11mal Hirnschwellung gefunden hat. Wir werden später noch hierauf zurück-zukommen haben.

#### b) Reflexe und Veränderungen des Muskeltonus und der Muskelerregbarkeit.

Die an den Gliedmaßen und der Haut auslösbaren Reflexe haben bei den Schizophrenen keine für sie kennzeichnende Besonderheit. Die Auslösbarkeit und Stärke der sogenannten Sehnen- und Periostreflexe schwankt im ganzen innerhalb der auch in der Gesundheitsbreite und bei Neurotikern feststellbaren Grade. Aber auch bei den einzelnen Kranken kann, und darin liegt vielleicht doch etwas Bemerkenswertes, die Größe der Reflexausschläge in kurzer Zeit, selbst während weniger Stunden, ganz erheblich wechseln. Dies ist zwar nicht der Fall bei völlig geordneten, ansprechbaren, freien Kranken, wohl aber bei mehr oder weniger stuporösen Katatonikern und bei solchen, bei denen auch Schwankungen der Muskelspannung beobachtet werden. Dabei bestimmt aber der Tonus einer Muskelgruppe an sich nicht schon die Stärke der ihr zugehörigen Reflexe. Die Bedingungen, an welche die Stärke der Ausschläge gebunden ist und von denen die Auslösbarkeit abhängt, sind uns nicht bekannt. Es sei aber darauf aufmerksam gemacht, daß z. B. bei einem leicht stuporösen, immer noch ansprechbaren, eher etwas *hypotonisch-hypokinetischen* Kranken an einem Tag etwa der Patellarreflex mit einer normalen Lebhaftigkeit von der Sehne, aber sonst nicht auszulösen ist, am nächsten Tag gelingt es unter sonst nicht *nachweisbar* veränderten Verhältnissen, ihn suprapatellar und von der Tibiakante aus hervorzurufen. Auch die Auslösbarkeit und Stärke der sogenannten *Hautreflexe*, der *Fußsohlen-* wie der *Bauchdeckenreflexe* schwankt und zwar nicht nur mit dem Bewußtseinszustand des Kranken und ebenso wie die Sehnen- und Periostreflexe nicht gebunden an irgendeine Form des Widerstrebens oder der Reflexerleichterung bzw. Erschwerung ähnlich den Beobachtungen, die KRETSCHMER bei Hysterischen gemacht hat. HOMBURGER vermag nicht mit Sicherheit zu sagen, obwohl er über eine genügend große Anzahl poliklinisch behandelter Frühfälle verfügt, ob in den Anfangsstadien der Psychose die Schwankungen größer sind als bei Nervösen und anderen unter irgendeinem Affekt oder Spannungszustand stehenden Menschen. KNEMEYER hatte bereits 1916 darauf aufmerksam gemacht, daß bei lebhaften Sehnenreflexen Rachen- und Cornealreflexe herabgesetzt oder nicht mehr auslösbar sein können. Ebenso kommt die Verbindung lebhafter Sehnen- mit schwachen Fußsohlenreflexen nicht allzu selten vor. Ob es echte und insbesondere dauernde Seitenverschiedenheiten der Sehnen- und Periostreflexe bei nicht schwer stuporösen Kranken und außerhalb von Anfällen gibt, ist sehr fraglich; vorübergehend hat es manchmal so den Anschein, doch handelt es sich hier mit großer Wahrscheinlichkeit um die Mitwirkung eines flüchtigen, nicht immer genau feststellbaren Spannungswechsels.

J. HAENEL hat aus der klinischen Abteilung der Forschungsanstalt für Psychiatrie in München 3 Fälle mit Verlust der Kniescheibenreflexe im Verlauf schizophrener Erkrankungen beschrieben, bei denen weder ein Anhaltspunkt für

eine Hirnschwellung oder eine andere organische Erkrankung des Zentralnervensystems vorhanden war, noch eine medikamentöse Vergiftung vorlag. Im 1. Fall eines 15jährigen Mädchens erinnerte die Motorik der halluzinierenden Kranken an choreatische Hyperkinesen. Bei der Aufnahme waren Knie- und Achillessehnenreflexe normal; allmählich wurden sie immer schwerer auslösbar und verschwanden schließlich ganz. In einem 2. Fall eines 24jährigen Mädchens mit stuporösem Zustand und allmählicher Auflockerung desselben fand sich ein Schwinden der Knie- und Achillessehnenreflexe bei allgemeiner Hypotonie der Gesamtmuskulatur. Im 3. Fall einer älteren Frau waren schon bei der ersten Aufnahme Knie- und Achillessehnenreflexe nicht auslösbar. 2 Jahre später, als die Kranke mit demselben psychotischen Symptombild wieder erkrankte, fehlten die Reflexe immer noch.

HAENEL macht auch auf Beobachtungen von KNAPP aufmerksam, in denen ein Schwinden der Sehnenreflexe wie in den beiden HAENELSchen Fällen und zwar während des Abklingens eines Erregungszustandes nachweisbar war. In dem ersten Fall von HAENEL könnte man ja ein von Geburt an bestehendes Fehlen der Kniereflexe und damit ein zufälliges Zusammentreffen zwischen angeborenem WESTPHALSchen Zeichen und schizophrener Psychose annehmen. Diese seine erste Beobachtung erinnert etwas an diejenige Form der Chorea minor, bei der es neben psychotischen halluzinatorischen Erscheinungen gelegentlich einmal zu einem Reflexverlust kommt. Daß allerdings bei schweren schizophrenen Psychosen eine Herabsetzung der Reflexe mit Hypotonie gelegentlich vorkommt, hat schon KLEIST beobachtet. In ganz akuten schweren Fällen mit Nystagmus zeigt sich häufiger eine Steigerung der Sehnenreflexe (ROSENFELD). MANFRED GOLDSTEIN hat bei Schizophrenen ein häufiges Fehlen des LERISchen und des MAYERschen Reflexes nachgewiesen, ebenso STECK (bei 400 Fällen 178mal fehlend oder herabgesetzt). Dasselbe findet sich allerdings auch bei angeborenem Schwachsinn und bei progressiver Paralyse.

CLAUDE, BOURGUIGNON und BARUK fanden in einem Fall von Schizophrenie ein einseitig vorübergehend auftretendes BABINSKISches Zeichen, sonst dagegen keine Pyramidenzeichen; die chronaximetrische Untersuchung wies dabei auf eine Pyramidenstörung hin. Nach einigen Wochen verschwand das BABINSKISche Zeichen wieder. STECK hat in 2 Fällen unter 400 das BABINSKISche Zeichen gefunden, in einem Fall länger als ein Jahr bestehend und ohne anderweitige Pyramidenzeichen. Im Widerspruch mit allen anderen Beobachtern steht, daß DARESKIEWIECZ in 9 Fällen von Schizophrenie Kontrakturen der unteren Gliedmaßen gefunden hat, die er zum Teil als psychisch entstanden erklärt.

Das Verhalten des *Muskeltonus* ist ja zweifellos besonders bei der katonischen Form der Dementia praecox stark verändert und unterliegt großen Schwankungen, sowohl was die Verteilung der tonischen Störungen auf Stamm-, Extremitäten-, Hals- und Kopfmuskelgebiete angeht, als auch was den Wechsel zwischen hyper- und hypotonischem Verhalten betrifft. STECK hat die Hypotonie fast in der Hälfte seiner Katatonien gefunden. Eine eingehende Untersuchung dieser Verhältnisse steht noch aus; im übrigen werden bei der Motorik der Schizophrenen die pathologischen Abwandlungen des Muskeltonus besprochen.

Veränderungen der *elektrischen* und *mechanischen Muskel- und Nerven-erregbarkeit* finden sich bei Schizophrenie in keiner typischen Form. ROSENFELD fand bei einem schizophrenen Stupor, der nach einigen Monaten wieder in Heilung überging, zeitweise das CHVOSTEKsche Zeichen, während das ERBSche der gesteigerten galvanischen Erregbarkeit nicht vorhanden war. Die Schwankungen der Intensität des Facialisphänomens zeigen insofern gewisse Beziehungen



zu dem Verlauf der Psychose, als bei nachlassendem Stupor das Facialisphänomen besonders leicht auszulösen war. Bei einer Vertiefung des Stupors kam es zum Verschwinden. Auch GOLDSTEIN fand in manchen Fällen von Schizophrenie Änderungen des Verhaltens der Muskeln wie bei Tetanie. MARIA BERTOLANI DEL RIO beschäftigte sich 1921 eingehend mit diesen Zusammenhängen. Nicht nur das Facialisphänomen, sondern auch andere spasmophile Zeichen seien bei Schizophrenen häufig vorhanden, ohne daß es freilich zu einer manifesten Tetanie käme. Wir werden das CHVOSTEKSCHE Zeichen, wie auch den Rüsselreflex lediglich als Zeichen lebhaft gesteigerter und häufig mehr umschriebener Muskeleregbarkeit ansehen müssen.

MORAVCSIK beobachtete eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit mit langsamer Muskelzuckung; ebenso hat OSTERMEIER die galvanische Erregbarkeit motorischer Nerven herabgesetzt gefunden.

Wir meinen, daß jedenfalls die Erhöhung der mechanischen Muskeleregbarkeit in Form der idiomuskulären Wulstbildung (AJELLO, STECK im Zusammenhang mit Katalepsie) von derartig vielen Faktoren abhängig ist — insbesondere haben schwere Inanitionen, Ernährungsstörungen, zu Kachexie führende Vorgänge und schwere konsumierende körperliche Erkrankungen (Typhus, Tuberkulose, Carcinom) einen wesentlich erhöhenden Einfluß auf die mechanische Muskeleregbarkeit —, daß der diagnostische Wert eines solchen abnormen Verhaltens äußerst beschränkt ist. Deshalb wird nicht wundernehmen, daß bei chronischen Geisteskrankheiten häufig Veränderungen der mechanischen Muskeleregbarkeit im Sinne einer Erhöhung derselben vorkommen, dies gilt für die Schizophrenie ebenso wie für die progressive Paralyse.

Die *Stell-* und *Haltungsreflexe* sind bei Katatonikern zum Gegenstand besonderer Untersuchungen gemacht worden. SCHILDER und HOFF haben in ihrer monographischen Darstellung dieser Reflexe beim Menschen auch die Psychosen einbezogen und einige Beobachtungen gemacht, die zwar zu keiner allgemeinen Einsicht führen, aber doch der Erwähnung wert sind. Sie sahen z. B. in „gewissen katatonen Attacken“ bei der Prüfung der Divergenzreaktion, daß der Kranke der Zugtendenz folgte, welche bei einem gewissen Grade des Auseinandergehens subjektiv bemerkbar wird, und daß er sie sogar übertreibt, ihr also unwillkürlich nachgibt. Bei akuten Fällen sahen sie einen sehr lebhaften Ausfall des Grundversuchs. Sie gaben dem Gedanken Raum, daß manche katatone Stellung durch Stell- und Haltungsreflexe mit angeregt wird. In stuporösen Zuständen und solchen mit Spannungen ergab sich nichts Auffallendes. In einem Falle, in dem eine „katatone Spannung von stark extrapyramidalem Typus“ noch vorhanden war, fiel, als der 12jährige Kranke schon wieder ziemlich frei war, der Lagebeharrungsversuch negativ aus. Dieser Knabe zeigte aber noch eine ganze Reihe bemerkenswerter Erscheinungen: er stetzte kleinschrittig auf den Fersen und hielt beim Aufstehen aus dem Bett die im Hüftgelenk stark gebeugten Beine gespreizt. Er war stark kataleptisch und leistete Widerstand gegen Lageveränderungen. In dieser Zeit heftigen Widerstandes gegen passive Bewegungen bewirkte Kopfdrehung ein Abweichen der Arme entgegengesetzt der Richtung der Kopfdrehung. Diese paradoxe Reaktion fassen HOFF und SCHILDER als eine negativistische auf, als ein „instinktives Verkehren der Stellimpulse ins Gegenteil.“ BÜRGER, STRAUSS und KAILA haben bei Schizophrenen eine Verlängerung der Latenzzeiten bis zum Einsetzen einer motorischen Reaktion festgestellt (bei Prüfung auf Stell- und Lagereflexe).

DELMAS-MARSALET hat die von FOIX und THÉVENARD 1923 als Stellreflex beschriebene, von WERTHEIM-SALOMONSON aber schon 1913 gesehene und als Verkürzungsreflex bezeichnete Reflexkontraktion des *Tibialis anticus* auf passive Dorsalflexion des Fußes genauer untersucht und graphisch aufgezeichnet. Er

fand, daß sich der Ablauf des Vorganges bei Katatonikern anders als bei Parkinsonkranken verhält. Bei diesen erschlaffe der Muskel wieder nach einigen Sekunden, bei jenen aber bleibe der Fuß minutenlang in Dorsalbeugung stehen, der Muskel verharre also in Kontraktion. Dies soll keine einfache Steigerung des Reflexes, wie DELMAS-MARSALET zunächst auf Grund der Beeinflussung des Reflexes durch Scopolamingaben unter gleichzeitigem Vergleich mit dem Verhalten ebenso behandelter Postencephalitiker annimmt, sein, sondern eine spezifisch katatone Erscheinung, nämlich eine Willkürinnervation im Sinne des Negativismus, die gegen die Wirkung der Schwerkraft und der Ermüdung gerichtet sei. DELMAS-MARSALET betrachtet diese Verlaufsform deshalb als Haltungsreflex, weil auch zu beobachten ist, daß die Kontraktion nicht im Augenblick der passiven Verkürzung des Muskels einsetzt, sondern erst in dem Augenblick, in dem der Fuß freigegeben wird und die jetzt einsetzende Dehnung des Muskels seine Kontraktion hervorruft. Demnach trage die Reaktion zur Beibehaltung der einmal eingenommenen bzw. passiv gegebenen Haltung bei.

BARUK und seine Mitarbeiter AUBRY, BOURGIGNON, CLAUDE, THÉVENARD haben sich bemüht, den Besonderheiten der katatonischen Form der Dementia praecox mit neuen neurologischen Methoden nachzugehen. Sie fanden chronaximetrisch bei nicht katatonen Schizophrenen normale Erregbarkeitsverhältnisse, bei katatonen aber Veränderungen der Chronaxie, und zwar in Abhängigkeit von den Schwankungen in den klinischen katatonen Symptomen bald Erhöhung, bald Herabsetzung der Reizschwelle. Hierfür werden keine anatomischen Veränderungen verantwortlich gemacht, sondern die wechselnden Verhältnisse der Zirkulation und der Beschaffenheit der Körpersäfte, welche nach anderen experimentellen Untersuchungen der genannten Autoren einen Einfluß auf die Chronaxie haben.

Elektromyographische Kurven mit dem Saitengalvanometer ergeben bei katatonen Zuständen die gleichen Bilder wie bei der willkürlichen Innervation. Durch Scopolamin wurden zwar wie beim Parkinsonismus, so auch bei Katatonikern die Haltungsreflexe aufgehoben, die katatonen Erscheinungen selbst aber nicht beeinflusst. Die Muskelhypertonie der Katatoniker wird von den genannten Forschern als eine Form des aktiven Widerstandes angesehen und den ähnlichen Erscheinungen bei extrapyramidalen Störungen gegenübergestellt. Gegen die Wesensgleichheit wird vor allem auch die Flüchtigkeit der katatonen Erscheinungen geltend gemacht, ihre unregelmäßige Verteilung, ihr überraschendes Kommen und Gehen, das auch HOMBURGER an anderen Stellen dieses Handbuchs hervorgehoben hat. Aus allen ihren Befunden schließen die Autoren, daß die Unbeweglichkeit und Steifheit des Katatonen keine einfache, lokalisierbare Funktionsstörung ist und nicht einem umschriebenen Reflexmechanismus zugeordnet werden kann, sondern daß die Bedingungen ihres Erscheinens und Verschwindens viel verwickelter sein müssen.

Ergographische Untersuchungen bei Schizophrenen nahm STANOJEVIC vor, eigentlich handelt es sich hierbei um hier nicht zu erwähnende Untersuchungen, weil ja diese körperlichen Leistungen im wesentlichen vom Wollen und anderen psychischen Umständen erheblich abhängen.

Zusammenfassend dürfen wir wohl sagen, daß weder Reflexstörungen noch mechanische oder elektrische Veränderungen der Muskelregbarkeit etwas für schizophrene Prozesse Kennzeichnendes bieten. Soweit Veränderungen des Muskeltonus vorkommen, liegen so enge Beziehungen zum *katatonischen* motorischen Gesamtverhalten vor, daß sie völlig in dieses aufzugehen haben.

### c) Sensible und sensorische Störungen.

Die zahlreichen subjektiven Beschwerden, die Klagen über die mannigfachen teils bestimmteren, teils ganz unbestimmten Mißempfindungen bei Schizophrenen sind zu bekannt, um sie hier im einzelnen anzuführen. Sie gehören zu einem Teil zum klinischen Bilde der hypochondrischen Abart der schleichenden hebephrenen und paranoiden Verlaufsform, zum anderen Teil vielleicht aber auch zu wirklichen Störungen im zentralen sensiblen und sensorischen obersten Endgebiet in Form paraesthetischer Erscheinungen. Wie steht es mit eigentlichen Schmerzen? Unter ihnen sind Kopfschmerzen die häufigsten. H. HAYMANN hat den Schmerzen als Frühsymptomen der *Dementia praecox* eine besondere Untersuchung gewidmet, welche in klinischer Hinsicht den Hauptnachdruck auf die Tatsache legt, daß insbesondere Kopfschmerzen von unbezweifelbarer Heftigkeit und Hartnäckigkeit bei Schizophrenen, die früher nicht daran litten, mit elementarer Aufdringlichkeit zu einer Zeit einsetzen, zu der eine Wesensveränderung noch nicht erkennbar ist, und wo die Klagen über die Schmerzen noch nicht die Tönung eines eigenartigen Erlebens und einer besonderen Stellungnahme zu ihnen haben. HAYMANN sagt mit Recht, daß ein Teil dieser Kranken zuerst *nur* wegen dieser Schmerzen den Arzt aufsucht, ein anderer Teil dies zwar nicht tut, aber später berichtet, wenn die Psychose als solche sie zum Arzt führt, sie hätten schon lange an heftigen Kopfschmerzen gelitten. Wer Frühfälle in größerer Anzahl sieht, der kennt die Rede von „Kopfschmerzen zum Verrücktwerden“. Da diese Wendung aber von jeder Migräne gebraucht wird, legt man auf sie gewöhnlich keinen Wert. Da die Migräne aber in Anfällen auftritt, der Initialschmerz hingegen häufig fast *dauernd* besteht, so sollte dieser Tatsache als Hinweis auf die Möglichkeit einer beginnenden Psychose Rechnung getragen werden, wenn der Schmerz sich als medikamentös und diätetisch unbeeinflussbar erweist und die neurologische und sonstige körperliche Untersuchung keine andere Ursache nachweist. Immerhin sind auch beginnende Fälle von Schizophrenie beschrieben, bei denen eines der Initialsymptome in einer Migräne bestand (VILLAVERDE). POVIZKAJA und SSEMENOWA weisen dagegen auf die Dauerhaftigkeit des Kopfschmerzes im Frühstadium der Schizophrenie, auf die Ähnlichkeit mit der Art des Hirndruckkopfschmerzes bei Hirngeschwülsten z. B. hin.

Nach einiger Zeit pflegt, wie auch HAYMANN betont, aufzufallen, daß der Kranke seine Schmerzen trotz allem „wie etwas Schicksalsmäßiges, Unentrinnbares, Selbstverständliches hinnimmt“. Dies ist natürlich nicht wörtlich zu nehmen; aber es fällt doch auf, daß sie seinem Leben nicht so im Wege stehen, wie beim geistig Gesunden. Er sagt nicht, daß sie ihn am Arbeiten hindern, ihn in seiner Leistung zurückwerfen, und man merkt nach einiger Zeit, daß die Kopfschmerzen nicht die Krankheit selbst sind, sondern deren Äußerung oder Begleiterscheinung. Zu dieser Zeit macht der Kranke vielleicht doch schon die eine oder andere Andeutung, daß er sich auch sonst anders fühle und daß man ihm vorhalte, er wolle nichts arbeiten und solle sich zusammennehmen.

Die Schmerzen in anderen Körpergebieten haben vielleicht nicht eine solche Aufdringlichkeit durch ihre Dauer und ihre Begleitmimik, aber es ist durchaus möglich, daß der Kranke, der über den Magen oder den Rücken klagt, dieselbe Tönung, wenn man so sagen darf, des Schmerzes empfindet wie der, welcher an Kopfschmerzen leidet. Ausdrücke wie „es ist nicht zum Aushalten“ sind gar nicht so selten, aber die Haltung und das Aussehen des Kranken entsprechen dieser Rede nicht. Man merkt, die Empfindung ist doch etwas mehr Vages, Unbestimmtes. In den Fällen HAYMANNs handelte es sich nicht um

solche unbestimmte Schmerzempfindungen, sondern um wohlgekennzeichnete: Schmerzen in den Beinen beim Gehen, Herzschmerzen: sie behalten aber nicht den ursprünglichen Sitz, sondern „*gerade* solche“ Schmerzen treten dann auch im Magen, im Halse, als Stiche im Rücken, Kopfschmerzen, Schmerzen in Lunge, Kehlkopf, Augen, Ohren auf. Es wird eine „ewige Qual“, deren Sitz nur wechselt, und dabei wird das Bild der Klagen und das Bild des Menschen unverkennbar eintönig und schlaff. An der ersten Diagnose der Neurasthenie oder Hysterie entstehen dem scharf beobachtenden Arzte zunehmende ernste Zweifel, die sich bald als begründet erweisen. Differentialdiagnostisch sind die Gesichtspunkte HAYMANNs in manchen Fällen sehr beachtlich: Im Gegensatz zum Hysterischen, der *für* seinen Schmerz kämpft, ihn verteidigt und hervorhebt, wird der Schizophrene von ihm überfallen, kämpft *gegen* ihn an, sucht ihn zu verbergen und erlahmt dabei. Der Gedanke liegt nahe, diese Schmerzen den sogenannten zentralen zuzurechnen, welche dem Gehirnprozeß selbst entstammen. Es bleibt aber bei dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse bei reinen Vermutungen. Im Gegensatz zu den Schmerzen ist die Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit mit größerer Wahrscheinlichkeit von dem psychischen Zustande abhängig.

Es gibt aber auch Schizophrene, die nicht über Dauerschmerzen klagen, sondern über Schmerzanfalle, welche den Visceralneuralgien ähnlich geschildert werden oder den tabischen Krisen. Gelegentlich wird angegeben, ein bohrender Schmerz im Leib ziehe durch den Rücken nach dem Hinterkopf, setze sich dort fest und tobe bis zur Unerträglichkeit. Die Genitalien sind gleichfalls öfters Sitz solcher neuralgiformen Schmerzanfalle. HOMBURGER berichtet von einem hebephrenen Arbeiter, der seit 20 Jahren von Zeit zu Zeit immer wieder in der Poliklinik erscheint und ganz stereotyp erzählt: „Es *war* wieder schrecklich, Schmerzen da unten nicht zum Aushalten“. Er gibt als Sitz Hoden und Samenstrang an. Auf die Frage, warum er nie komme, wenn er die Schmerzen habe, sondern immer erst, wenn sie vorbei seien, sagt er nur immer wieder, die Schmerzen seien so heftig, daß er dann nicht kommen könne. Nach solchen Tagen sieht er in der Tat ganz verfallen aus.

Aber auch die katatonen Form ist von Schmerz Anfällen nicht ganz frei. Es ist interessant, sich der Art zu erinnern, wie SCHÜLE in seiner klinischen Psychiatrie (1886. S. 204) diese Erscheinungen beschreibt. Bemerkenswert sei, daß er die in verschiedenen Muskelgebieten nacheinander auftretenden Spannungszustände als „partielle Tetanien“ bezeichnet. Er spricht von später verblödenden Katatonien: „Eine interessante Modifikation bilden einzelne dämonomane Katatonien . . . , indem die motorische Spannungsneurose sich genau in eine zeitliche Abfolge (vielleicht auch physiologische Abhängigkeit zu bestimmten *Neuralgien*) setzt, deren motorische Reflexe sie darzustellen scheint. Die Starre beschlägt hier ein Muskelgebiet nach dem anderen, oft sprungweise, und stets im Anschluß an zuvor lebhaft gewesene Neuralgien . . . Diese Zustände können im Verlauf der katatonen Phase wechseln, indem die partielle Tetanie wandert, hier nachläßt, dort neu auftritt.“ Wichtig sind die Ergebnisse einer experimentellen Prüfung des Hautsinns durch BERINGER. Vor allem in der abklingenden Phase eines schizophhrenen Schubs fand er eine abnorm lange Nachempfindung, eine verlängerte Unansprechbarkeit für sukzessive Reize und Summationserscheinungen in Form von überstarken, schmerzhaften Empfindungen auf Betupfen.

Migräneartige Anfalle sind bei schizophhrenen Prozessen eine große Seltenheit im Gegensatz zur Häufigkeit der Migräne sonst; bemerkenswert ist, daß in einem Fall von VILLAVERDE bei einem 15jährigen Hebephrenen das Auftreten von Migräne mit Fortschreiten der Psychose zum Aufhören kam. Wir erinnern uns

hier des auch sonst von der Migräne her bekannten Verhaltens, daß sie bei Eintritt von Hemiplegien zum Stillstand kommt, oder daß mit Auftreten einer multiplen Sklerose Migräneanfälle verschwinden, Beziehungen, die sich auch auf das Klimakterium ausdehnen, insofern hier ebenfalls jahrelange Migräneanfälle mit Einsetzen der Wechseljahre aufhören.

Störungen taktilen Erkennens sind bei Schizophrenie nicht beschrieben. Einige Beobachtungen von ROSENFELD schienen ihm dafür zu sprechen, daß es bei Schizophrenen mit katatonen Symptomen zu Störungen der Stereognosis komme.

Von besonderer Bedeutung sind Untersuchungen von AUBRY und BARUK, die Störungen der Vestibularfunktion bei Schizophrenie untersucht haben. Die völlige Unerregbarkeit des Vestibularnerven bei kalorischer und galvanischer Reizung haben sie in einigen Fällen sicher feststellen können. Wir werden uns hierbei an die schon im Kapitel der Hirnnervenstörungen verzeichneten eigentümlichen Erscheinungen des Spontannystagmus (ROSENFELD) und der Unerregbarkeit des Vestibularis bei Untersuchungen mit dem Drehstuhl erinnern. AUBRY und BARUK fanden bei allen untersuchten Schizophrenen die Vestibularreaktion krankhaft verändert, am meisten bei galvanischer, am wenigsten bei kalorischer Reizung. Die Reizschwelle für den galvanischen Nystagmus war immer erhöht. Bei der Drehprüfung war die Dauer des Nystagmus abgekürzt. Gleichgewichtsstörungen fanden sich nicht, ebenso keine Schwindelerscheinungen, sie schließen hieraus auf eine Unerregbarkeit des Labyrinths.

#### d) Anfälle.

Wir sprechen von Anfällen bei Schizophrenen in zweierlei Sinn, von psychischen und von körperlichen. Die ersteren uns hier nicht interessierenden zeigen als plötzlich eintretende motorische Erregung ein äußerst mannigfaltiges Bild. Für uns handelt es sich lediglich um die *körperlichen* Anfälle. Wir rechnen zu ihnen alle plötzlich eintretenden, körperlichen, in sinnfälligen Erscheinungen sich äußernden, ihrer Natur nach kurz dauernden, vorübergehenden, den früheren Zustand unterbrechenden oder zum Tode führenden Veränderungen des Kranken. Es gibt keine der Schizophrenie eigentümliche, nur bei ihr vorkommende Anfälle. Alle Anfallsformen, welche in ihrem Verlaufe beobachtet worden sind, sind uns auch von anderen Krankheiten, bei denen Anfälle vorkommen, bekannt.

Eine Gliederung der Anfallstypen zu geben, wäre ein zweckloses Beginnen. Denn neben schnell vorübergehenden Ohnmachten und ohnmachtsähnlichem Versagen einerseits und dem epileptischen Anfallssyndrom gleichenden Krampfanfällen andererseits gibt es die verschiedensten Zustände, die ohne in irgendeiner Hinsicht ein streng umschriebenes Erscheinungsbild darzubieten, den oben aufgezählten Begriffsbestimmungen des Anfallcharakters entsprechen. Immer wird die Frage des *Bewußtseinzustandes* die Aufmerksamkeit des Beobachters in Anspruch nehmen, aber er wird sie nicht immer eindeutig beantworten können. Selbst ein so sorgsamer klinischer Untersucher wie STEFAN ROSENTHAL, dem wir wohl die besten Beschreibungen dieser Anfälle verdanken, mußte sie mehrfach offen lassen. Es gibt Anfälle, in denen das Bewußtsein sicher aufgehoben ist, also völlige Bewußtlosigkeit besteht, darunter solche, in oder nach denen der Tod eintritt mit oder ohne schwere Krämpfe. Es gibt aber auch Anfälle, in denen die Entscheidung zwischen stuporöser Regungs- bzw. Reaktionslosigkeit und Bewußtlosigkeit bzw. Benommenheit schwer oder gar nicht herbeigeführt werden kann; weder Puls noch Atmung, noch Aussehen, noch der Übergang vom Anfall in den folgenden Zustand, noch schließlich die Prüfung auf Erinnerungsausfall ermöglichen sie.

Eindeutige neurologische Symptome eines sog. schweren organischen Anfalles, also etwa eines BABINSKISCHEN Zeichens oder ihm gleichwertiger Reflexstörungen von der Bedeutung einer Pyramidenschädigung, erweiterte und starre Pupillen, allgemeine Reflexsteigerung, Fußklonus und Abschwächung oder Aufhebung von Hautreflexen fehlen bei den in der Literatur beschriebenen Anfällen bei Schizophrenien meist, hinzu kommt, daß solche vorübergehenden, mit anfallsartigen Zuständen einhergehenden Reflexstörungen häufig nicht an schwere Bewußtseinsstörungen gebunden sind, wenn sie auch offenbar seltener in Anfällen *ohne* Aufhebung des Bewußtseins vorkommen.

Von motorischen Symptomen im engeren Sinne sieht man in einigen wenigen Fällen den großen epileptischen Anfall. Auf die Frage der Kombination von Epilepsie und Schizophrenie wird später noch eingegangen, es muß aber jetzt schon erwähnt werden, daß, je strenger man in der Beurteilung der Anfälle verfährt, um so kleiner die Zahl der Fälle wird, in denen eine Kombination von Epilepsie und Schizophrenie ernstlich in Frage kommt, um so kleiner aber auch die, in denen man von einzelnen *typischen epileptischen* Anfällen im langen Verlaufe einer schizophrenen Psychose sprechen kann (HOVEN). Je schärfer man die Zugehörigkeit von Anfallserscheinungen zur Epilepsie überhaupt faßt, um so weniger läuft man Gefahr, einer diagnostisch und pathophysiologisch bequemen, aber jeden klinischen Erkenntniswertes entbehrenden Zuordnung zu verfallen. Ist man hingegen „weitherzig“, so kommen dabei solche Ungeheuerlichkeiten heraus, daß jede Ohnmacht, jeder Schwindelanfall als „epileptisch“ angesehen wird und daß aus dieser Voreingenommenheit Rückschlüsse auf den Gehirnvorgang gezogen werden. In einer Zeit, in der die Pathogenese der Symptome der Epilepsie unter den Gesichtspunkten neuer Einsichten in Bau und Funktion des Zentralnervensystems zu einer Überprüfung reif wird, sollte man in dieser Frage ganz besonders zurückhaltend sein. E. KRAPF hat neuerdings an der Hand des Materials der Münchener Klinik und unter Heranziehung der gesamten Literatur die Frage „Epilepsie und Schizophrenie“ einer kritischen Betrachtung unterzogen und ist dabei zu einem Ergebnis gekommen, welches den hier eingenommenen Standpunkt durchaus bestätigt. Epileptiforme Anfälle hält er nicht nur bei der Schizophrenie für außerordentlich selten, er schränkt die *zweifelsfreien* Fälle auch lediglich auf diejenigen Kranken ein, die unter Anfällen an Hirnschwellung gestorben sind. Für andere, den epileptischen ähnliche Anfälle nimmt er die Möglichkeit der Auslösung durch spontane Hyperventilation in Anspruch. Ebenso wie in diesem Falle der schizophrene Prozeß als solcher keine unmittelbare krampferzeugende Bedeutung hat, habe er sie auch in *den* Fällen nicht, in denen der Anfall einer Hirnschwellung seine Entstehung verdankt, die nicht zum Tode führt. In allen diagnostischen *Zweifelsfällen* spricht demnach der Nachweis einer Bewußtseinstörung mehr für Epilepsie.

Die gesamte Körpermuskulatur kann, ohne von allgemeinen Krämpfen tonisch-klonischer Art befallen zu werden, bei den Anfällen der Katatoniker in einen allgemeinen Starrezustand geraten, der sich nach ganz kurzer Frist oder erst nach Stunden ziemlich plötzlich oder allmählich, am ganzen Körper gleichzeitig oder in einzelnen Muskelgebieten in unregelmäßiger Folge lösen kann. Es gibt aber auch, wie es schon KAHLBAUM beobachtete und nach ihm BLEULER und HÜFLER beschrieben haben, ein Befallensein nur eines Teiles der Muskulatur, und zwar in verschiedener Weise: lokalisierte wirkliche Krämpfe in einzelnen Muskelgruppen, in einer ganzen Körperhälfte, im Facialis; rhythmische Bewegungen in einzelnen Gliedern (KLEIST), krampfhaftes Schreien und Brüllen, heftiges Geschleudertwerden der Glieder. Besonders häufig scheint in Anfällen mit getrübttem Bewußtsein oder mit fraglichem Bewußtseins-

zustand krampfhaftes Strampeln zu sein, das natürlich von ähnlichen Bewegungen im gewöhnlichen Zustand der Kranken wohl unterschieden wurde (ROSENTHAL).

Diesen Anfällen stehen solche gegenüber, in denen der Kranke ohne muskuläre Reizerscheinungen zusammensinkt oder, wenn er bettlägerig war, plötzlich sichtbar erschläfft, benommen oder wenigstens unansprechbar wird, Zustände, mit denen Änderungen von Herztätigkeit und Atmung nicht verknüpft zu sein brauchen. Ihr Bild ist also ein anderes als das der häufigeren Ohnmachtsanfälle, die stets durch jähes Erblassen unter Umständen nach vorausgegangenem heftigem Erröten gekennzeichnet sind. Der Kollaps kann durchaus charakteristisch sein: kleiner, schneller Puls, Leichenblässe, Schweißausbruch, verfallene Züge. Aber es kann auch nur jene leichte Veränderung zustande kommen, die man eine Ohnmachts-, „anwandlung“ nennen kann, die mit Schwindel- und Schwächegefühl einsetzt und sich auf einen geringeren Grad aller Erscheinungen beschränkt, also auch nicht zum Bewußtseinsverlust führt. Besonders bemerkenswert sind die von HÜFLER beschriebenen vasomotorischen Anfälle, welche mit heftiger Röte des Gesichts einhergehen, die aber die Mundpartie ausnimmt und auch den übrigen Körper nicht befällt; er bezeichnet sie als *katatone Äquivalente*. In keiner gesetz- oder regelmäßigen Beziehung zu den Anfallsformen stehen die einzelnen Veränderungen der Atmung (Beschleunigung, Verflachung, Vertiefung) und des Pulses (Arrhythmie, Verlangsamung, Beschleunigung). Aber ein Anfallsbild, in dem erhebliche anhaltende Pulsverlangsamung, heftige Rötung des Kopfes, unregelmäßige Atmung vorkommen, das also an das Einsetzen von apoplektischen Insulten erinnert, wird auch bei der Katatonie, wo dieses ausgeschlossen werden kann, die Bedeutung eines lebensbedrohenden Zustandes haben, welches den Gedanken an eine akute Hirn-schwellung im Sinne REICHARDTS rechtfertigt.

Der Ausgang der Anfälle, die nicht tödlich verlaufen, ist in keiner Weise besondersartig. Namentlich haben sie an und für sich keine prognostische Bedeutung, sind also, wenn sie vereinzelt auftreten, nicht Vorboten einer akuten Verschlimmerung der Krankheit oder eines ungünstigen Gesamtverlaufs. In der Mehrzahl der beobachteten Fälle folgt dem Anfall vielmehr die Rückkehr in den früheren Zustand.

Der Zustand, aus dem heraus oder in dem der Anfall auftritt, muß kein besonders schwerer gewesen sein. Es scheint aber doch, daß im Verlauf schwerer motorischer Erregungszustände, insbesondere solcher mit triebhaftem Angst-afekt, die Anfälle häufiger auftreten und auch lebensgefährlicher sind als in stuporösen und depressiv-ängstlichen Zuständen. Man kann nicht selten bei Schizophrenen Verhaltensweisen und anfallsartige Erscheinungen beobachten, die bekannten hysterischen Bildern durchaus gleichen. BLEULER und URSTEIN haben neben anderen Autoren besonders darauf hingewiesen. Wenn auch die äußeren Bedingungen des Entstehens in einzelnen Fällen dem entsprechen, was wir als psychogene Auslösung zu bezeichnen pflegen, so dürfen wir daraus, wie ich glaube, doch nicht schließen, daß diese Anfälle jeglichen Zusammenhanges mit dem schizophrenen Krankheitsprozeß entbehren. Hat uns doch die genauere Erforschung anderer schwerer organisch-cerebraler Krankheitsprozesse (Hirntumoren) gelehrt, daß ein solcher organischer Prozeß sich zunächst ausschließlich und im späteren Verlaufe auch noch ab und an in hysteriformen Erscheinungen äußern kann. Die Überlegung von BAUSCH und KRAPP ist vielleicht der Beachtung wert, ob nicht die individuelle Veranlagung zu motorischen Symptomen etwas mit der katatonen Verlaufsform zu tun hat. Denn KRAPP fand in seinem Material unter 39 Schizophrenen, die hysterische oder Ohnmachtsanfälle hatten, nicht weniger als 18, die vorwiegend kataton verliefen.

Auch kommt es, wie BAUSCH hervorhebt, vor, daß elementare Krämpfe die Stuporzustände gewissermaßen einleiten und ausklingen lassen.

In diesem Zusammenhange darf auch der Beobachtung gedacht werden, die von den Angehörigen der Schizophrenen nicht gerade selten berichtet wird, daß dem greifbaren Ausbruch der Psychose, in welcher Form er auch erfolgen mag, eine Zeit vorausging, in der der Kranke nicht nur „schlaff“, „faul“ und „träge“ erschien, sondern auch oft sehr schläfrig war. ja sogar richtig einschlief, während er bei seinen Angehörigen saß; ein Teil dieser Kranken aber wurde später von Phasen schwerer Schlafstörung bis zur völligen Schlaflosigkeit auch ohne schwere Bewegungsunruhe befallen. Unsere heutigen Auffassungen von der Schlaffunktion, eben erst von neuem von ECONOMO dargestellt, gebieten uns auch für diese Zustände, von denen einige fast als „Schlafanfalle“ bezeichnet werden können, an eine organische Grundlage zu denken.

Eines steht aber auf alle Fälle fest: Dieselbe Bedeutung, wie sie den paralytischen Anfällen im Sinne eines apoplektiformen oder epileptiformen Paroxysmus bei progressiver Paralyse zukommt, dürfen derartige Zwischenfälle bei der Schizophrenie nicht beanspruchen. Der apoplektische oder epileptische Anfall gehört *nicht* zum charakteristischen Krankheitsbild der Schizophrenie. Wenn wir über 6000 Fälle von Schizophrenie der hiesigen Klinik durchsehen, so finden wir etwa im ganzen in 20 Fällen etwas über Anfalle, sei es in der Vorgeschichte, sei es während des klinischen Aufenthaltes oder in der Katamnese verzeichnet. Eine genauere Sichtung der Erscheinungsweise dieser Anfalle läßt aber stark an ihrem epileptischen Charakter zweifeln. Es sind im wesentlichen vasomotorische Anfalle, Ohnmachten, ohne klonisch-tonische Erscheinungen, es fehlen die Kennzeichen epileptischer Anfalle in Form der Aura, der Zungenbisse, des Einnässens, des BABINSKISCHEN Zeichens, der Pupillenstarre. Auch die unmittelbaren Folgeerscheinungen nach den Anfällen sind nicht derartig, wie wir sie bei den epileptischen Anfällen zu sehen gewohnt sind. Es fehlt ihnen ferner häufig die Gleichartigkeit des Anfallstypus und die Wiederkehrneigung der epileptischen Anfalle. In einem Falle einer Kranken, die wir in der Klinik 5mal von 1910 bis 1931 beobachten konnten, kam es zu vorübergehenden typischen epileptischen Anfällen.

Allein der Wahrscheinlichkeit nach dürfen wir bei einer derartig großen Krankenzahl mit zufälligen Kombinationen der Schizophrenie und anderer zu Anfällen neigender Krankheiten rechnen, so daß das Vorkommen von Anfällen der genannten Art bei Schizophrenie nicht einmal als Randsymptom, sondern höchstens als Zufallsbefund infolge der Kombination mit irgendeiner anderen Krankheit zu werten ist. Am bedeutsamsten scheint mir als Beweis für diese Ansicht die Arbeit von RECKTENWALD über epileptische Krampfanfälle im Verlauf der Schizophrenie, wonach unter den von 1912—1920 in der Anstalt Merzig beobachteten Fällen von Schizophrenie 4 Fälle mit epileptischen Anfällen kombiniert waren. RECKTENWALD fand in einem Fall autoptisch ein Dura-endothelium, im zweiten eine cerebrale Arteriosklerose, einen dritten faßt er so auf, daß der Kranke echopraktisch bei anderen Kranken beobachtete Anfalle nachgemacht habe (?) und nur in einem Fall hat sich für die epileptischen Anfalle keinerlei andere Ursache als die Katatonie auffinden lassen. Dieses negative Ergebnis beweist uns, daß irgend ein kausaler Zusammenhang fehlt. Die Einteilung von JABLONSKY, der zwischen zufälliger Koinzidenz einer durch eine Epilepsie provozierten Schizophrenie oder einer durch die Epilepsie erzeugten geringeren Widerstandsfähigkeit gegenüber einer aus anderer Ursache entstehenden Schizophrenie annimmt, werden wir nicht akzeptieren. Für uns handelt es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen, wenn einmal typische epileptische Anfalle mit einem schizophrenen Prozeß kombiniert sind. Wir



werden auch hier nicht anders urteilen, wie bei der Kombination von Hysterie und Epilepsie. Wir stehen hier durchaus auf dem Standpunkt von VORKASTNER, GANTER und VISSLE, die von zufälligem gemeinsamem Vorkommen epileptischer und schizophrener Erkrankungen bei einem und demselben Kranken sprechen. Am beweiskräftigsten scheint uns hier die Beobachtung von RODENBERG, der die Erbkreise nachweisen konnte, eine Kombinationsform von Schizophrenie und Epilepsie hatte eine schizoide Schwester und in der mütterlichen Linie waren zahlreiche schizoide Typen, ein Bruder hatte eine Epilepsie gehabt und war im Status epilepticus gestorben. Wenn MÜLLER in 2 Fällen über typisch-epileptische Anfälle mit BABINSKISCHEM Zeichen bei schizophrenen Erkrankungen berichtet, so handelt es sich bei seinen Fällen, die nach dem Anfall eine Remission bekommen haben, um diagnostisch unklare psychische Krankheitsbilder, die wir noch nicht ohne weiteres der Schizophrenie zurechnen können. Auch OSSEZKY lehnt in seinen 6 jugendlichen Fällen den Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Epilepsie ab. Seine jugendlichen Kranken zeigten epileptoide, vasomotorische und psychogene Anfälle, die ja natürlich bezüglich ihrer Genese ganz anders zu werten sind, als typisch organische epileptische Anfälle.

Zusammenfassend können wir sagen, daß das Vorkommen epileptischer Anfälle bei schizophren anmutenden psychischen Zustandsbildern zu erheblicher diagnostischer Zurückhaltung Veranlassung gibt. Typisch epilepsieartige Anfälle sind, wenn sie überhaupt vorkommen, bei echter Schizophrenie eine so große Seltenheit, daß zunächst Zweifel an der Richtigkeit der psychiatrischen Diagnose erhoben werden müssen. Steht eine Schizophrenie aber einwandfrei fest, so muß, wenn gleichzeitig ebenso sichere epileptische Anfälle nachgewiesen sind, in erster Linie an eine zu organisch epileptischen Anfällen führende cerebrale Erkrankung, die in zufälliger Koinzidenz mit der Schizophrenie steht, gedacht werden. Sehr seltene, einmalige epileptische Anfälle bei einer Schizophrenie lassen an die Hirnschwellung als ursächliche Grundlage eines solchen Anfalls denken (s. S. 287).

#### 4. Sonstige körperliche Veränderungen bei Schizophrenie<sup>1</sup>.

Wir können uns in diesem Abschnitt kurz fassen. Alle diejenigen körperlichen Veränderungen außerhalb des Zentralnervensystems, Störungen der Leberfunktion und andere Stoffwechselanomalien, wozu auch die Erhöhung der Blutzuckerkurve gehört, Veränderungen am Magendarmkanal, humorale, chemische oder serologische Veränderungen des Blutes oder des Liquor cerebrospinalis, Beschleunigungen der Blutgerinnung, Änderungen der Blutsenkungsgeschwindigkeit, Änderungen in der Gestaltung des morphologischen Blutbildes und der Blutzellen, wozu auch die neuerdings wieder von R. CARRIÈRE während des Prozeßverlaufs studierte ARNETHSche Linksverschiebung im Blutbild der Schizophrenen (SAGEL) gehört, Blutplättchenvermehrung, vom normalen abweichendes Verhalten des Harns, ergeben, wenn wir auch alle die zahlreichen und eingehenden einschlägigen Untersuchungen überblicken, kein einheitliches Bild. R. NEUSTADT, der im Jahre 1925 eigene Untersuchungen des Blutzuckers, der WIDALSchen Hämoklasieprobe und des Harns auf Urobilin und Urobilinogen, außerdem aber auch genaue morphologische Blutaufnahmen gemacht hat, kommt zu keinem eindeutigen Ergebnis. In der Mehrheit seiner Fälle war zwar eine Vermehrung der roten und weißen Blutkörperchen mit Abnahme der neutrophilen Leukocyten und relativer Lymphocytose bei Katatonikern im chronischen

<sup>1</sup> Vgl. hierzu auch WUTH, dieses Handbuches Bd. 3, Allgemeiner Teil 3, S. 154 ff., insbesondere S. 156, 162, 170—179, sowie KAFKA, Serologie der Geisteskrankheiten, ebenda, S. 273 ff.

Stadium nachzuweisen; er sieht aber in allen bisherigen Ergebnissen anderer Autoren, über die er ausführlich berichtet, und seiner eigenen nur Anhaltspunkte für eine „hoffnungsvolle Weitererforschung der körperlichen Grundlagen, Zwischenglieder und Begleitsymptome der Katatonie“.

Weder bezüglich der Pathogenese noch hinsichtlich der Differentialdiagnose sind Feststellungen gemacht worden, die als wesentlicher Fortschritt zu buchen wären. Insbesondere kann der MUCHSchen Kobragifithämolyse-reaktion und der GEISSLERSchen Präcipitinreaktion keinerlei differentialdiagnostischer Wert zugesprochen werden. Auch die WEICHARDTSche Reaktion, die auf das Prinzip der Beeinflussung der Blutkatalase durch Eiweißzerfallsprodukte zurückgeht, hat in der praktischen Psychiatrie keinen Raum gewonnen, obwohl die Ergebnisse bei Schizophrenie (SPECHT, HAUENSTEIN) im Sinne einer starken Lähmung der fermentativen Prozesse in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auffällig waren. Allerdings zeigte sich eine ähnliche Beeinflussung dieser Reaktion auch bei Paralyse, was aber bei der Sicherheit unserer Paralyse-diagnostik keinerlei differentialdiagnostische Beeinträchtigung bedeuten würde. Auch bezüglich der spezifischen Hautreaktionen (SAGEL, HAUPTMANN, JACOBI) ist es wieder still geworden; wie überdies auch die Feststellung des antitryptischen und antiproteolytischen Titors des Serums bei Dementia praecox (PFEIFFER, DE CRINIS) keine eindeutigen Resultate ergab.

Die auf der Grundlage der ÄBDERHALDENSchen Gedankengänge und der von ihm ausgearbeiteten Methodik vor einigen Jahrzehnten unternommenen Versuche, spezifische Abbauformeln für die Schizophrenie aufzufinden, für Geschlechtsdrüsen besonders, haben ebenfalls zu keinem praktisch verwertbaren Ergebnis geführt. Auch der Übergang zur refraktometrischen und interferometrischen Bestimmung der Organabbaufemente (JACOBI) hat kein praktisches Ergebnis gebracht. Es wäre ja schon ein nicht zu unterschätzender Gewinn, wenn, abgesehen von aller praktischen Bedeutung, eine einzige wissenschaftlich einwandfrei vorliegende spezifische Reaktionsart von irgendwelchen Körpersäften und dies auch nur bei einer bestimmten Gruppe von Schizophrenie vorläge. Auch dies fehlt aber bis heute noch.

Selbstverständlich war man bei der Unklarheit der Pathogenese der Schizophrenie bemüht, nach Störungen von seiten des *endokrinen* Systems als verantwortlichem Faktor zu suchen. Man verwies auf eigentümliche klinische Zusammenhänge zwischen Osteomalacie und Schizophrenie (HABERKANT, KLEWENEBENIUS, GUNDEBT). Man dachte an eine Dysfunktion der Nebenschilddrüse, ähnlich wie bei der Tetanie, man nahm fehlerhafte Leistungen der Schilddrüse (Hopkins bei Katatonie), der Hypophyse bei der paranoiden Gruppe (HOPKINS) in Anspruch. Selbstverständlich wurden auch anatomische Untersuchungen der Drüsen mit innerer Sekretion (BERTRAM D. LEWIN) vorgenommen und die noch in keiner Weise gesicherten Zusammenhänge zwischen endokrinem System und Schizophrenie auch therapeutisch zu verwerten gesucht. All dies ohne nennenswerten Erfolg!

Etwas mehr wissenschaftliches Interesse dürfen die Menstruationsstörungen schizophrener Frauen und Mädchen beanspruchen, wenn wir uns dabei bewußt sind, daß es sich um keinerlei primäre und den schizophrenen Prozeß ursächlich beeinflussende Störungen handelt. Schon vor Jahren hat sich HAYMANN mit den Menstruationsstörungen bei Psychosen befaßt. Er hat unter 221 weiblichen Schizophrenen 146mal eine Menstruationsstörung im Sinne einer Amenorrhoe festgestellt = 66% und fand sie doppelt so groß, als bei manisch-depressivem Irresein. Unter den Schizophrenen mit Menstruationsstörungen finden sich viel mehr Katatone als Hebephrene. Die Menstruationsstörungen setzten erst ein, nachdem die Psychosen schon im Gang waren. Ein Wiederauftreten der

Menses zeigte sich bei einigen der Fälle parallel mit der psychischen Besserung, bei den meisten dagegen mit Eintritt der Verblödung. OBERHAMM hat noch vor kurzem 11 amenorrhöische schizophrene Frauen mit Ovarialpräparaten behandelt, bei 5 Fällen zeigte sich ein Einfluß der Behandlung auf die Periode, bei einem trat ein Erregungszustand auf. Psychische Besserungen ließen sich bei keinem Fall erreichen.

HAUCK hat an 97 Kranken gynäkologische Untersuchungen vorgenommen und fand 18mal eine Hypoplasie der Gebärmutter und Infantilismus. Hypoplasie schweren Grades war bei den katatonen Fällen 3mal häufiger als leichtere Hypoplasie. Bei den Hebephrenen war der Gradunterschied nicht bedeutend.



Abb. 1.  
Weiblicher schizophrenen Endzustand mit  
abnormer Behaarung und Fettschicht.

Hingewiesen sei auch auf abnorme Behaarungen (HEGAR u. a.), von der die nebenstehenden Abbildungen Zeugnis geben.

Gewiß ist, daß manche Fälle von Schizophrenie schwere Störungen der trophischen Funktionen des Körperhaushaltes zeigen, rapide Gewichtsstürze und auffallende Gewichtszunahme, Senkungen des Gewebsturgors, Wasserverlust, stärkste Abmagerungen usw. und andere an innersekretorische Störungen erinnernde körperliche Veränderungen, vor allem auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems, auch ohne daß eine Abhängigkeit derartiger Störungen von den infolge des psychischen Prozesses eintretenden Inanitionen, Nahrungsverweigerungen oder schweren motorischen Aufbraucherscheinungen bestände; aber ähnlich wie bei den schwer kachektischen Formen der Späencephalitis werden wir die genannten krankhaften Erscheinungen der Körper-

trophik nicht auf eine primäre Erkrankung innersekretorischer Organe beziehen dürfen, sondern wir müssen wohl annehmen, daß in erster Linie übergeordnete nervöse zentrale Bahnen und Areale erkrankt sind, die in irgendeiner Weise für die Tätigkeit endokriner Organe oder sonstiger vegetativer Systeme verantwortlich zu machen sind. Ich bin durchaus einer Meinung mit ROSENFELD, wenn er die genannten Umwälzungen im Gesamtorganismus als Folge einer besonderen Lokalisation des vorliegenden Gehirnprozesses deutet, der an den für die allgemeine Körpertrophik wichtigen Zentralstätten angegriffen hat. Selbst wenn in derartigen Fällen endokrine Konstitutionsmerkmale vorhanden seien, so sei man nicht berechtigt, von endokrin bedingten psychopathologischen Phänomenen zu sprechen. Die in akuten katatonen Phasen der Schizophrenie auftretenden vagotonen Symptome, wie Mydriasis, Pulsverlangsamungen, starke Schweißabsonderungen, Exophthalmus, Dermographismus und Zitterbewegungen seien eher der Ausdruck eines primären Gehirnprozesses von besonderer Lokalisation.

Das Dunkel, das über der Entstehung der Schizophrenie lagert, brachte es mit sich, daß auch alle möglichen exogenen Schädigungen in irgendeiner Weise als Ursache oder Auslösung des Krankheitsprozesses herangezogen wurden. Die toxisch-infektiöse Genese hat ja neuerdings wieder besonderen Auftrieb dadurch erhalten, daß REITER sich für eine Entstehung des Leidens durch

infektiöse Erkrankungen des Magendarmkanals eingesetzt hat, eine Anschauung, die bezüglich der Psychosen überhaupt eine uralte Vorgeschichte hat. Wir sind wieder einmal auf dem Standpunkt der von GRIESINGER getadelten Kopropsychiatrie angelangt. Die umfassenden REITERSchen Untersuchungen über die chronische Gastroenterokolitis, die bei Schizophrenen ein fast konstantes Vorkommen sei, haben ihn veranlaßt, in der Darmentzündung *den* exogenen Faktor zu sehen, der zur erblichen cerebralen schizophrenen Reaktionsbereitschaft hinzukomme, um die Schizophrenie auszulösen. „Ohne Darmintoxikation kein schizophrener Prozeß, aber mehr oder weniger ausgesprochene schizoide Typen“! REITER selbst gibt allerdings dabei zu, daß seine Untersuchungsergebnisse nur Fingerzeige in der Richtung der Bedeutung des Darms für die Psychosen enthalten, scheut sich aber nicht, auf diese erst noch zu bestätigende Hypothese eine Therapie aufzubauen, die erstens in einer Diätbehandlung und zweitens in der Darreichung von Metallsalzen nach dem Vorgang von WALBUM, vor allem Mangan in bestimmter Dosierung, besteht.

Wir werden auch dieser REITERSchen Hypothese von der Entstehung der Dementia praecox keinen größeren Wahrscheinlichkeitswert zuerkennen dürfen, als den früheren Versuchen, den Magendarmkanal verantwortlich zu machen. In ähnlicher Weise ist ja auch versucht worden, andere toxisch-infektiöse exogene Momente heranzuziehen. Selbstverständlich durfte dabei die *dentale Sepsis* nicht fehlen, und sofort mußte auch die therapeutische Nutzenanwendung gezogen werden, von dem harmlosen Mittel des Ausziehens der Zähne und des Auskratzens der Wurzelkanäle, der Entfernung der Tonsillen, bis zu dem gefährlichen, von Herausnahme von Darmteilen oder Anlegung von Darmfisteln zwecks Spülung mit großen Mengen von Magnesiumsulfatlösungen.

Daß Schizophrene in akuten Stadien ihrer Krankheit, entsprechend der enormen Umwälzung, die durch die Psychose im ganzen Körper vor sich geht, auch eine Störung der motorischen Funktionen des Magendarmkanals darbieten können, wird uns nicht weiter wundern. So sind wir nicht erstaunt darüber, daß GEORGE W. HENRY eine abnorme gastrointestinale Motorik in akuten Fällen von Schizophrenie, die röntgenologisch nachweisbar ist, gefunden hat, während in chronischen Endstadien diese Funktionen normal verlaufen. In 70% der akut halluzinierenden Schizophrenen zeigte sich eine mehr als 5 Tage lang anhaltende Retention des eingegebenen Bariums und der Nahrung im Colon. HENRY ist der Ansicht, daß die visceralen Reaktionen auf intensive Gemütsreize bei akuter Schizophrenie ähnlich wie bei niederen Tieren sich verhalten, wenn diese Furcht, Wut oder anderen intensiven Gemütsbewegungen unterworfen sind.

Daß die Todesfälle alter Schizophrener häufig auf gastrointestinale Erkrankung zu beziehen sind, glauben wir ohne weiteres. Es wäre aber irrig, hieraus



Abb. 2. (S. Abb. 1.)

einen Schluß auf die ätiologische Bedeutung dieses tödlichen Ausgangs für das Zustandekommen der Schizophrenie zu ziehen.

BEYERSHOLM hat zwar, offenbar beeinflusst durch die REITERSchen Anschauungen, die hohe Zahl von 40% schizophrener Todesfälle infolge gastrointestinaler Störungen erhoben und spricht von einer „Gastroenteritis maligna schizophrenorum“. Auf der anderen Seite hat aber das viel größere Material von WITTE, nämlich 1185 Sektionen von Schizophrenen, nur 10% Todesfälle infolge Störungen des Magendarmkanals ergeben. Interessant ist dabei, daß ätiologisch andersartige Psychosen derselben Anstalt ungefähr dieselben Prozentzahlen aufweisen, sie schwankten von 8,3% Todesfällen infolge Magendarmstörungen (unter 264 Epileptikern und 144 Manisch-Depressiven) über 9% (unter 503 Paralytikern und 163 Idioten) bis zu 12% (unter 604 Senil-Dementen). Also annähernd die gleichen Zahlen wie bei Schizophrenie! Sonst starben 27% der Schizophrenen an Marasmus und 47% an Tuberkulose, an Hirnaffektion (Hirnschwellung) nur 11 = 0,1%. (Vgl. hiezu auch die Untersuchungen von SCHEIDEGGER aus der Züricher Klinik über akute, katatonische Todesfälle.)

Daß die *Tuberkulose* in gewissen Beziehungen zur schizophrenen Erkrankung steht, wird von einer großen Reihe von Autoren angenommen. Die ätiologisch weitgehendste Ansicht, die wir nicht teilen können, ist die von der Tuberkulogenese im Sinne der metatuberkulösen Natur der *Dementia praecox* (WOLFER). Wohl haben die sorgfältigen erbbiologischen Untersuchungen LUXENBURGERS den Nachweis erbracht, daß in den Familien Schizophrener gehäuft tuberkulöse Erkrankungen vorkommen. Ob diese Erscheinung auf eine konstitutionelle Grundlage zurückzuführen ist und in welcher Weise, darauf wird an anderer Stelle eingegangen. Erwähnen darf ich aber vielleicht, daß REITER die Tuberkulose theorie als erledigt betrachtet; in Dänemark sei sie jedenfalls, besonders bei der dortigen auch für Geisteskranke allmählich geringeren Tuberkulosemorbidität für die Diskussion über die Ursachen der Krankheit ohne Belang. NEUSTADT weist darauf hin, daß von den in den Werkstätten der Düsseldorfer Heil- und Pflgeanstalt arbeitenden Kranken, darunter auch einer Reihe Schizophrener, nur einer eine positive diagnostische Cutanreaktion hatte — ein bei der Häufigkeit der Cutanreaktion der Erwachsenen überhaupt auffälliger Befund —, dagegen fand sich unter den bewegungsarmen Encephalitikern eine auffallend große Zahl Tuberkulöser. Für die Konstitutionsfrage spielen selbstverständlich Einzelerkrankungen Schizophrener an Tuberkulose keine ausschlaggebende Rolle. Es könnte ja immerhin durch die allgemeinen, hygienischen und sozialen Verhältnisse die Infektionskrankheit Tuberkulose erheblich an Häufigkeit reduziert werden, ohne daß hierdurch die konstitutionelle Disposition berührt würde. Immerhin scheinen mir auch die konstitutionellen erbbiologischen Grundlagen im Sinne der Korrelation eines besonderen Körpertypus, der in bestimmten Familien gleichermaßen die Tuberkuloseeignung, wie die zur Schizophrenie bedinge, noch nicht völlig bewiesen zu sein. Konstitutionelle Umstände würden sich auch ergeben, wenn die Blutgruppenforschung zu vertretbaren Besonderheiten der Schizophrenen oder ihrer Familien geführt hätte. Dies ist aber nicht der Fall (WÜNZ, PENNACCHI).

Daß gelegentlich einmal die Kombination einer Schizophrenie mit erworbener oder angeborener Syphilis vorkommt, ist gewiß. Hierbei handelt es sich aber lediglich um ein zufälliges Zusammentreffen und um keinerlei genetische Beziehungen zwischen den beiden Krankheiten. Daß aber selbst eine Syphilidogenese der Schizophrenie behauptet worden ist (VOLOCHOW, A. MARIE, TOPORKOFF) zeigt uns die Kritiklosigkeit in der Aufstellung ätiologischer und pathogenetischer Theorien besonders deutlich.

Bisher haben wir in diesem Abschnitt körperliche Veränderungen bei Schizophrenie berücksichtigt, die außerhalb des Zentralnervensystems aufgefunden und in Beziehung zum Krankheitsprozeß gesetzt wurden, ohne daß allerdings die für einen solchen Zusammenhang beigebrachten Gründe in ihrer überwiegenden Mehrzahl beweiskräftig wären. Vielleicht könnte aber an *den* Körperteilen und Organen etwas nachgewiesen werden, in deren Nähe oder in denen selbst sich der hauptsächlichste Krankheitsprozeß abspielt. So liegt es nahe, diejenigen neuzeitlichen Verfahren anzuwenden, die uns den Schädel und sein Inneres schon zu Lebzeiten der Kranken, wenigstens in gewissen Umrissen, anschaulich machen: Das Röntgenverfahren und die *encephalographische Darstellung des Schädellinnern*. JACOBI und WINKLER glaubten durch encephalographische Studien bei chronischen Schizophrenien in 18 von 19 Fällen einen deutlichen Hydrocephalus internus feststellen zu können. Selbst wenn dies richtig wäre, so beweist es natürlich nichts für die Pathogenese des schizophrenen Prozesses. Aber im Gegensatz zu JACOBI konnte GOETTE in verhältnismäßig frühen Fällen von Schizophrenie diese Befunde mit Hilfe des Encephalogramms nicht bestätigen.

Versuchen wir noch tiefer zu dringen und grobe Befunde im Gehirn selbst nachzuweisen, so stoßen wir hiermit in das Gebiet der Anatomie der Schizophrenie ein, die ja in diesem Handbuch Bd. 11, Spez. Teil 7, schon behandelt worden ist. Jedoch soll hier wenigstens noch etwas über die Frage der *Hirnschwellung* (REICHARDT) bei Schizophrenie gesagt werden. Obwohl die vorhin genannten Zahlen WITTEs ein seltenes Vorkommen von Hirnschwellung bei Schizophrenie beweisen, 0,1% (11mal unter 1185 Sektionen von Schizophrenen), so scheint mir doch dies an und für sich seltene Vorkommnis insofern bemerkenswert, als die Hirnschwellung, soweit sie nicht von raumbeschränkten Affektionen im Gehirn, Geschwülsten usw. abhängig ist, bei Schizophrenen am häufigsten unter allen anderen psychotischen Prozessen vorzukommen scheint. Wir verstehen unter Hirnschwellung denjenigen Zustand der Gehirnschwellung, der offenbar unter Wasseraufnahme in die Gehirnschwellung selbst zu einer eigentümlichen Volumzunahme derselben führt. Das Wasser muß dabei vom Gewebe in einer solchen Form gebunden sein, daß die Gehirnschwellung neben der Schwellung einen eigentümlich trockenen Eindruck macht und auch eine Verminderung an Liquor festzustellen ist. Insofern steht die Hirnschwellung im Gegensatz zum Hirnödem. Es ist begreiflich, daß als Folge der Hirnschwellung Hirndruckerscheinungen sich zeigen. Nun ist kein Zweifel, daß es besonders bei katatonischen Erregungen zu Hirnschwellungen kommen kann, aber über die Genese dieses eigentümlich Prozesses der Hirnschwellung sind wir noch völlig im unklaren. Auch sichere anatomische Korrelate dieser Hirnschwellung besitzen wir noch nicht. Daß auch die eigentümlichen *Anfälle* bei manchen katatonischen Schizophrenen vielleicht auf Hirnschwellung, die ja an und für sich einer Rückbildung fähig ist, beruhen könnten, ist durchaus denkbar. In dieser Hinsicht bemerkenswert erscheint die Angabe von STECK, daß in seinen 4 Fällen mit epileptiformen Anfällen 3mal die Anfälle während oder in unmittelbarem Anschluß an eine wegen eines Erregungszustandes notwendig gewordene Dauerbadbehandlung vorgekommen sind. Auch in unserer Klinik konnte ein gleiches Zusammentreffen konstatiert werden. STECK hält es infolgedessen nicht für ausgeschlossen, daß „das Dauerbad bei gewissen Hirndruckzuständen oder Hirnschwellungen Anfälle provozieren könnte“.

Über die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit, wie überdies über andere humoralpathologische Befunde bei Schizophrenie hat KAFKA in diesem Handbuch ausführlich berichtet, ebenso über die in neuerer Zeit nach Untersuchungen vor allem von F. K. WALTER und von A. HAUPTMANN pathogenetisch bemerkens-

werte Herabsetzung der Permeabilität der Meningealgefäße bei der Schizophrenie. Wir verweisen auf die KAFKASche Darstellung in diesem Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 3, Allgemeiner Teil S. 275, 277 und 278. Aus allerneuester Zeit liegt hierzu eine Arbeit von WILLIAM MALAMUD und D. ROTH-SCHILD (Z. Bd. 59, H. 3/4, S. 225) vor. Sie untersuchten nach dem Vorgang von WALTER die Brompermeabilität bei 170 Schizophrenen. Der Permeabilitätsquotient lag in 20% unter 2,8 und in 60% über 3,2; die normalen Grenzwerte werden mit 2,8 (unterer) und 3,2 (oberer) angenommen. Fälle, die günstig verliefen, weisen in der Regel keine hohen Werte des Permeabilitätsquotienten auf, sondern normale. Von 17 Schizophrenen, die mit Typhusvaccinen gespritzt waren, zeigen 13 kurz danach ausgesprochene Steigerungen der Permeabilität, die später wieder zur Norm kam oder sogar darüber hinaus zu einer abnormen Abdichtung führte. Niedrige Werte des Permeabilitätsquotienten seien vielleicht auf zufällige Verbindungen der Schizophrenie mit körperlichen Erkrankungen (Arteriosklerose, Tuberkulose und sonstige Allgemeininfektionen) zurückzuführen. (Nach WALTERS Ansicht ist die Grenze der oberen Werte von den genannten Autoren zu niedrig angesetzt, insofern statt 3,2 als oberer Grenzwert 3,5 genommen werden müßte.) Man wird auch hier noch die Frage der Permeabilitätsänderung bei Schizophrenie nicht als geklärt ansehen können und weitere Untersuchungen verlangen müssen. Daß aber das Verhalten der „Blut-Liquorschranke“ und der „Blut-Hirnschranke“ für das Problem der Pathogenese der Schizophrenie eine besondere Bedeutung beanspruchen darf, ganz einerlei ob es sich hierbei um einen primären oder nur um einen Begleitvorgang handelt, dürfte nicht unwahrscheinlich sein.

### 5. Experimentelle körperliche Untersuchungen.

Die experimentelle Inangriffnahme der Schizophrenie kann von zwei Seiten her erfolgen. Einmal kann versucht werden, durch pharmakologische Mittel am Menschen eine *Erzeugung* oder *Unterbrechung* schizophrener Einzelercheinungen zu erreichen. In dieser Richtung liegen alle pharmakologischen Untersuchungen, die mit Hilfe der Einführung von Adrenalin, Pilocarpin, Atropin, durch Einatmung eines Sauerstoff-Kohlensäuregemisches (LOEVENHART, LORENZ und WATER) oder durch Darreichung von innersekretorischen Mitteln (Thyreoglandol, Testiglandol, Pituglandol, Supraglandol, Thymoglandol, Thyroxin usw.) irgendwelche Beeinflussungen schizophrener Einzelercheinungen erzielen wollen oder wenigstens schizophrene Abweichungen der im normalen Verhalten gegebenen pharmakologisch beeinflussbaren Körperreaktionen des Grundumsatzes, des Blutbildes, der Pulszahl und des Blutdruckes, des Blutzuckers, des Verhaltens der Pupillen festzustellen versuchten. In letzter Zeit hat LANGFELDT (1926) derartige Untersuchungen unter Berücksichtigung des klinischen, psychischen und endokrinen (Hoden, Schilddrüse usw.) Verhaltens der Krankheitsfälle angestellt, ohne zu einem sicheren Ergebnis gekommen zu sein.

Hervorhebenswert scheinen hier auch Versuche von BERGER, durch subcutane Cocaininjektionen einen katatonen Stupor vorübergehend zu unterbrechen. Nachprüfungen von MOSER, STECK u. a. haben allerdings selbst nach Wiederholung des Experiments nichts Entsprechendes ergeben. Nach BAKODY soll bei Katatonen nach Cocaininjektionen Blutdrucksenkung festzustellen sein. Hierher gehört ferner die Untersuchung über die Adrenalinunempfindlichkeit von Schizophrenen, deren Genese wohl noch nicht klar ist und die auf eine Funktionsstörung des vegetativen Systems bezogen wird. Die hämoklasische Reaktion, die beim Normalen durch Adrenalin verhindert werden kann, soll

bei Schizophrenen trotz Adrenalinanreicherung auftreten. Jedenfalls darf wohl heute die Adrenalinunempfindlichkeit der Schizophrenen (SCHMIDT, NEUBÜRGER, ROTHMANN, SEVERIN, BILLER u. a.) nicht auf eine Hypo- oder Dysfunktion der Schilddrüse zurückgeführt werden. CLAUDE und BARUK haben nach Darreichung von 7—10 ccm Somnifen bei Katatonikern eine mehr oder weniger ausgeprägte Enthirnungsstarre, das Wiedererscheinen medullärer Automatismen, Auftreten von Pyramidenzeichen und Reizerscheinungen von seiten des Sympathicus gesehen, während Postencephaliker und andere Kranke nur mit Schlaf antworteten.

DELMAS-MARSALET hat mit Skopolamin bei Katatonikern das Verhalten des FOIX-THÉVENARDSchen Stellreflexes untersucht (s. o. S. 274).

In ganz anderer Linie als diese Versuche, die zum Zwecke des Nachweises abnormer Körperreaktionen Schizophrener oder der Beeinflussung des psychotischen Bildes unternommen wurden, liegen die Experimente von DE JONG, *bei Tieren* ein Krankheitsbild zu erzeugen, das der menschlichen Katatonie ähnlich oder gar mit ihr identisch sein soll. Es kann hier auf die interessanten Ergebnisse der außerordentlich vielseitigen und alle Laboratoriumstiere (Fische, Frösche, Schlangen, Eidechsen, Salamander, d. h. Tiere ohne Neocortex, Hühner, Tauben, Finken und Enten, d. h. Tiere mit rudimentärem Neocortex, sowie Affen, Katzen, Hunde, Kaninchen und Mäuse) umfassenden Untersuchungsergebnisse nicht ausführlich eingegangen werden. Alle Einzelheiten findet man in der von DE JONG und BARUK herausgegebenen Monographie über die durch Bulbokapnin verursachte experimentelle Katatonie und in der kurzen Zusammenfassung von DE JONG selbst über Bulbokapninversuche im Dienst psychiatrischer und neurologischer Forschung (Nervenarzt, 1931, 4. Jahrgang, H. 2).

Danach ist es bei gewissen mittelschweren Dosierungen möglich, außer vegetativen Störungen ausgesprochene Katalepsie zu erzeugen, ebenso aber auch einen passiven Negativismus. DE JONG weist außerdem auf gewisse experimentell erzeugte rhythmische Bewegungen, eigenartige Stellungen, Kreuzigungsstellung, Verzerrungen der Mimik und theatralische Haltungen der Tiere hin. Der Schlaf stellt den „Unterpole“ der Bulbokapninvergiftung dar, dann ergeben sich bei steigender Dosierung die Hauptmerkmale der Katatonie und bei sehr hohen Dosen epileptische Anfälle. Chronaxieänderungen, die DE JONG gemeinsam mit BOURGUIGNON während der Bulbokapninkatatonie bei Katzen fand, stimmten mit den von CLAUDE, BOURGUIGNON und BARUK zeitweise bei einem Katatoniker gefundenen Chronaxieänderungen überein. Während der Bulbokapninvergiftung waren Aktionsströme in ruhenden Muskeln bei Katzen und bei einem Affen vorhanden. DE JONG schließt daraus, daß die Katalepsie ein aktiver Zustand ist und tatsächlich haben CLAUDE, BARUK und THÉVENARD die gleichen Erscheinungen an einer ganzen Reihe von Katatonikern gefunden. So ergeben also elektromyographische und chronaximetrische Untersuchungen bei Katzen und Affen die gleichen Resultate wie bei katatonischen Kranken.

Außer den kataleptischen Erscheinungen kommt es auch zu vegetativen Störungen bei den Tieren wie Speichelfluß (Katzen, Affen), Polypnoe (Vögel, Hunde, Katzen), Erbrechen (Affe, Taube).

Ob das Bulbokapnin nur bei Anwesenheit corticaler Teile bei den Tieren ein als Katatonie gedeutetes Syndrom hervorzurufen imstande ist, ist noch fraglich. SCHALTENBRAND und COBB haben nämlich bei einer der Rinde beraubten Katze 5 Monate nach der Operation Katalepsie erzeugen können. Neuerdings haben aber DE JONG und KRAUSE nach einseitiger Abtragung der Hirnrinde bei Katzen nur eine aktive *halbseitige* Katalepsie erzeugen können. Dies scheint



für die Wichtigkeit des corticalen Mechanismus bei der Genese des Syndroms der Katalepsie zu sprechen. So interessant die Tierversuche von DE JONG sind, so wertvolle Schlaglichter auf die Pathogenese des katatonischen Syndroms bei Schizophrenie sie auch werfen, so werden wir trotzdem vor einer weitgehenden ätiologischen und pathogenetischen Identifizierung der Ergebnisse am Tier mit der menschlichen Schizophrenie warnen müssen. Wir haben in unserem Laboratorium beobachten können, daß die Darreichung von Harmin bei Mäusen zu denselben klinischen Symptomen der Männchenstellung, Pfotenüberkreuzung usw. führte, wie die Überimpfung von herpetischer Encephalitis auf diese Tiere (FISCHL, SCHAEFER): Eine toxische Einwirkung ergab also dasselbe Bild wie eine infektiöse. Wir werden hieraus entnehmen dürfen, daß unsere Laboratoriumstiere begrenzte klinische Reaktionsmöglichkeiten haben, weshalb es auf verschiedenste Noxen hin, wenn diese nur an ähnlichen Hirnmechanismen und Hirnorten einwirken, zu denselben klinischen Bildern kommt. Wir werden uns deshalb auch hüten, für die Schizophrenie eine extracerebrale toxische Genese aus den Ergebnissen der interessanten und ausgedehnten Bulbokapninversuche DE JONGS abzuleiten. Von besonderem Interesse mußte nach den Untersuchungen von DE JONG die Frage sein, ob es auch eine experimentelle Katatonie beim Menschen gibt. Die menschliche Maximaldosis wurde von DE JONG auf 200 mg pro Einzeldosis festgesetzt. Ein Selbstversuch von SCHALTENBRAND mit 350 mg ergab eine Verminderung der intellektuellen Tätigkeit. HENNER fand bei Darreichung von 500 mg eine Neigung der Extremitäten in gewissen Stellungen zu verharren, „eine Art psychischer und körperlicher Viscosität“. DE GIACOMO hat bei 3 schizophrenen Patienten intramuskulär Bulbokapnin (200—300 mg, einem davon noch dazu 200 mg per os) gegeben, in 2 der Fälle fand sich nach etwa 1 Stunde Neigung zu parkinsonoider Flexionshaltung. Bei den intravenösen Bulbokapnininjektionen (100 mg) reagierten ein epileptoider Psychastheniker 10 Minuten nach der Injektion mit allgemeiner Flexionshaltung und Katalepsie, ein Epileptiker mit ausgesprochener Somnolenz, leichter Hypomimie, Tendenz zur Katalepsie und einem kurzen Verwirrheitszustand mit unmotiviertem Lachen. 3 Katatoniker boten Somnolenz, Neigung zur Beugehaltung und Steigerung der Katalepsie. Die Wirkung begann 2—3 Minuten nach der Injektion und war im allgemeinen in 1 Stunde abgeklungen. DE GIACOMO unternahm auch einen Selbstversuch mit 100 mg per os und konnte bei sich eine etwa 3 Stunden anhaltende Schwere im Kopf und Schwerbesinnlichkeit feststellen.

Wir entnehmen aus diesen Versuchen einerseits eine Neigung zur Steigerung schon vorhandener kataleptischer Erscheinungen bei Katatonikern, andererseits aber auch die Möglichkeit der Erzeugung einer Katalepsie bei nichtschizophrenen Personen und es scheint uns hieraus in Verbindung mit den Tierversuchen eine derartig *generelle* Reaktionsweise auf das Bulbokapnin hervorzugehen, daß wir ihre genetische Bedeutung hinsichtlich der menschlichen Schizophrenie und Katatonie recht gering ansehen möchten. Sind doch gewiß kataleptische Erscheinungen nicht nur in der Hypnose, sondern bei allen möglichen anderen Hirnkrankheiten beschrieben, womit eigentlich erwiesen ist, daß es eine kataleptische Reaktionsform des cerebralen Geschehens gibt, die auch *außerhalb* der Schizophrenie vorkommt. Auch die Erscheinungen der Kataplexie bei niederen Tieren und die leichte Erzielbarkeit hypnotisch-kataleptischer Phänomene bei höheren Tieren müssen hier angeführt werden, um vor der allzuweit gehenden Analogisierung der menschlichen Schizophrenie mit den katatonischen und kataleptischen Erscheinungen bei Tieren zu warnen.

## 6. Schizophrenie in Verbindung mit anderen körperlichen Erkrankungen, vor allem des Nervensystems.

Schizophrenieähnliche Symptome kommen ganz gewiß bei einer Reihe ätiologisch verschiedener und von der Schizophrenie völlig zu trennender Krankheiten vor (progressive Paralyse, hirutraumatische Schädigungen, lethargische Encephalitis, siehe hiezu auch WILDERMUTH, WYRSCH, WARSTADT, CARRIÈRE u. a.). Klinisch und symptomatologisch *vergleichende* Untersuchungen sind psychiatrisch insofern von Bedeutung, als verschiedene Krankheitsprozesse des nervösen Gewebes, wenn sie dieselben Stellen des Gehirns befallen, zu ähnlichen oder identischen klinischen Erscheinungen führen können. Diese im wesentlichen topographisch-lokalisatorische Frage interessiert uns hier aber nicht. Von Wichtigkeit ist für uns eine andere Fragestellung, nämlich diejenige, ob eine gewisse Häufigkeit in der Verknüpfung bestimmter anderer Krankheiten mit der Schizophrenie ätiologische Hinweise geben könnte. Es würde schon genügen, wenn uns damit eine gewisse ätiologische Gruppeneinordnung gelänge, etwa nach der Richtung, ob die Schizophrenie als heredodegeneratives Leiden betrachtet werden könnte und daher feste Kombinationen der Schizophrenie mit anderen heredodegenerativen Erkrankungen auf dieses ursächliche Moment zu beziehen wären. KLEIST vertritt ja die Ansicht, daß es sich bei den Schizophrenien um psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen) handle, die in Analogie zu setzen seien mit systematischen anderen cerebros spinalen Heredodegenerationen, den verschiedenen Formen der Muskelatrophien, der FRIEDREICHschen Krankheit, den hereditären Kleinhirnatrophien, der HUNTINGTONschen Chorea, der WILSONschen Krankheit usw. In dieser Hinsicht auffällig ist zweifellos das Vorkommen muskeldystrophischer heredodegenerativer Prozesse in Verbindung mit schizophhren anmutenden psychischen Störungen. Ich weise hier auf ältere Beobachtungen von C. WESTPHAL hin an einer Familie, in der 5 Mitglieder derselben eine progressive Muskeldystrophie aufwiesen, mit paranoiden Psychosen, ausgesprochenen Schüben und periodischem Wechsel von depressiver und manischer Phase. In den manischen Phasen trat konstant ein Diabetes insipidus auf. Weitere Beobachtungen über schizophrene Psychosen bei progressiver Muskeldystrophie stammen von FRÄNKEL, RECKTENWALD, TSCHERNING, STRANSKY u. a. Bei den Fällen von RECKTENWALD waren es ausgesprochene und schließlich zu Verblödung führende schizophrene Prozesse. ZOLTAN RATH hat 1926 3 schizophrene Mitglieder einer Familie beschrieben, in der eine heredodegenerative Muskelatrophie vorlag. Er ist der Ansicht, daß eine gemeinsame patho-biologische Grundlage der Muskelatrophie und der Schizophrenie in einer elektiven ektodermogenen Degeneration gesucht werden müsse. Die spätere Veröffentlichung desselben Autors, in der er über eine erblich-dominante Form nukleärer Ophthalmoplegie in Verbindung mit Schizophrenie berichtet, erscheint uns nicht hierhergehörig, weil es sich dabei offenbar um keine Schizophrenien handelte, sondern um hysterisch-psychische Veränderungen bei 2 Familienmitgliedern und um eine schizoide Psychopathie bei dem dritten. A. WESTPHAL berichtet über eine Kombination von amyotrophischer Lateral-sklerose mit schizophrenieähnlichen Psychosen in 2 Fällen. Auf die Veröffentlichung von M. SCHMIDT, der bei 2 schizophrenen Schwestern und in deren Familie eine angeborene heredofamiliäre Nageldeformität (Onychogryphosis) in Verbindung mit totaler Alopecie fand, sei als Seltenheit nur hingewiesen.

Man wird sagen müssen, daß die Verbindung heredodegenerativer muskeldystrophischer Prozesse mit schizophhren anmutenden Psychosen bis jetzt wenigstens nicht in der Weise zu werten ist, daß hier eine engere genetische

Verknüpfung besteht. Die Häufigkeit solcher Verbindungen ist eine zu geringe, als daß sie uns irgendeinen ätiologischen Schluß erlauben würde.

Betrachten wir andere ätiologisch klare Krankheiten des Zentralnervensystems, so fallen uns oft schizophrene Gestaltungen des psychotischen Bildes auf; ich erinnere hier nur an die katatonischen Formen der progressiven Paralyse, bei Hirngeschwülsten und bei traumatischen Hirnschädigungen. Es ist wohl zweifellos, daß es einen katatonen Reaktionstypus bei cerebralen Prozessen nichtschizophrener Art gibt; wie er aber zustande kommt, worauf vor allem gerade die Auswahl dieser seltenen Form cerebraler Reaktion gegenüber den typischen Bildern beruht, ist noch durchaus unklar. Wir sind deshalb auch nicht in der Lage, eine Nutzenanwendung für die Entstehung der Schizophrenie zu ziehen. Im übrigen wird ja in dem Kapitel über die Pathogenese der Schizophrenie auf diese Fragen eingegangen werden müssen. In neuerer Zeit haben besondere, der Schizophrenie ähnliche, psychotische Zustandsbilder bei lethargischer Encephalitis Aufsehen erregt, wozu auch noch die Eigentümlichkeiten und Gemeinsamkeiten encephalitischer und katatonischer Motilitätsstörungen kamen. Es liegt außerhalb des Bereiches unseres Gegenstandes, auf die in dieser Erscheinungsweise liegenden Probleme hier näher einzugehen.

## IV. Die Klinik.

Von

**W. MAYER-GROSS**

Heidelberg.

Mit 50 Abbildungen.

### Vorbemerkung.

Die folgende Übersicht unseres heutigen klinischen Wissens von der Schizophrenie will sich mit keiner der in neuerer Zeit aufgestellten Theorien dieser Erkrankung identifizieren und doch muß sie die klinischen Tatsachen nach irgendwelchen Gesichtspunkten erfassen und alles das zur Darstellung bringen, was auf Grund dieser Theorien erkannt wurde. Die Absicht der einen dieser Theorien (STRANSKY, BLEULER, BERZE, CARL SCHNEIDER) ist offensichtlich, zu einem kennzeichnenden Grundsymptom, zu einem generellen Merkmal zu gelangen, wohingegen die an psychoanalytischen Gedankengängen orientierten Theorien (z. B. SCHILDER, aber auch STORCH, KRETSCHMER, ADLER) sich um eine Eingliederung der Schizophrenie in umfassendere biologische Lehren überhaupt bemühen. Das Ergebnis dieser Einordnungsversuche kennzeichnet schlaglichtartig die wissenschaftliche Situation der Abgrenzung: SCHILDER, STORCH, KRETSCHMER, aber auch BLEULER (insoweit er Affektivität und Komplexwirkung in den Vordergrund stellt) verfehlen ihr Ziel, dadurch, daß sie ins Uncharakteristische abgleiten; die Abgrenzung des Schizophrenen mißlingt. Sie können nur zeigen, daß psychische Phänomene wie Narcißmus, Archaismus, bestimmte Temperamentsformen und affektive Mechanismen, welche in den Neurosen, im Traum, beim Primitiven, beim Genialen, im „autistischen Denken“ des Durchschnittsmenschen, im „schizoiden“ Charakteranteil jedes Menschen bekannt sind, auch innerhalb der schizophrenen Erkrankung, einseitig betont, oft verzerrt, karikiert, nachzuweisen sind. Diese Feststellungen sind unter bestimmten Gesichtspunkten gewiß wichtig und fördernd, ja man kann der Meinung sein, daß eine Erkrankung Neues überhaupt nicht hervorbringen könne. Aber sie tragen natürlich zur Erkenntnis des Charakteristischen wenig bei. Vielleicht ist dieses Versagen vor der Grundfrage der Abgrenzung dadurch zu erklären, daß das intuitiv spürbare Ganze, das der Kliniker in der Schizophrenie zu erfassen glaubt (wie es etwa auch JASPERS umschreibend darzustellen versucht), überhaupt nichts begrifflich Einheitliches ist? Für diese Meinung spricht, daß auch die erstgenannten Theoretiker der Schizophrenie, welche (wie auch BLEULER in seiner Assoziationstheorie) dem Abgleiten ins Uncharakteristische entgehen, zu einer stark abstrahierenden Verdünnung und Ausweitung ihres Grundsymptoms genötigt sind, um die Gesamtheit der Symptome einigermaßen einzufangen.

Die vorliegende klinische Darstellung muß, ohne daß sie die Frage nach der Einheit prinzipiell zu entscheiden vermöchte, beide Gefahren vermeiden: sie darf weder einer biologischen Grundlehre zuliebe das Wesentliche verfehlen,

noch zugunsten eines einheitlichen Kardinalsymptoms die Fülle der Erscheinungen vernachlässigen. Sie behält die anschaulich gegebene Einheitlichkeit im Blickpunkt, und schließt in ihr eine kleine Zahl von primären Symptomen zusammen, wie das von GRUHLE in seiner Psychologie der Schizophrenie dargestellt ist. Dabei muß aber zugegeben werden, daß eine *begrifflich* scharfe Bestimmung und Umgrenzung des Schizophrenen überhaupt gegenwärtig unmöglich ist. Dieser Mangel an *begrifflicher* Schärfe dessen, was hier behandelt werden soll, entspricht unserem tatsächlichen Wissensstande. Er kann aber, so meinen wir, der Darstellung des Gegenstandes, dessen *anschauliche* Gegebenheit jedem Psychiater geläufig ist, zum Vorzug werden. Wir wollen uns die Mannigfaltigkeit und Fülle des empirisch Gegebenen vor Augen führen, ohne durch eine theoretische Gewichtsverteilung eingeengt zu sein. Die Aufgabe wird dadurch, wie sich bald zeigen wird, nicht vereinfacht, aber wir können hoffen, daß dem Bericht noch dann ein gewisser Wert zukommt, wenn sich die theoretischen Anschauungen längst gewandelt haben werden.

Jede der eben erwähnten Theorien, deren ausführliche Darstellung an anderer Stelle ihren Platz hat, hat uns den Blick für bestimmte Phänomene in unserem Krankheitsgebiet geschärft und zu einer vertieften Erkenntnis des jeweils als zentral angesehenen Symptoms und der Zusammenhänge Wichtiges beigetragen. Durch diese Forschungen sind wir in der Lage, eine mosaikartige Aufreihung dessen, was vorkommt, wie sie KRAEPELIN unter Zugrundelegung eines ganz allgemeinen psychologischen Gerüsts in der 8. Auflage seines Lehrbuches noch gegeben hat, zu vermeiden. Denn wir glauben dank der inzwischen vertieften Einsicht an manchen Stellen, den Aufbau und die Zusammenhänge der Symptomgruppierungen in den Psychosen besser zu durchschauen, wenn wir auch keineswegs imstande sind, alle Schwierigkeiten mit Hilfe der KRETSCHMERSchen mehrdimensionalen Diagnostik oder BIRNBAUMS Strukturanalyse aus der Welt zu schaffen. Gegen jede Vergewaltigung durch Rubrizierung müssen wir uns nach den Erfahrungen der Vergangenheit im Bereich der Schizophrenen ganz besonders wehren.

Unsere Bemühung um vorurteilslose Wiedergabe der Erfahrung entspricht es weiterhin, daß wir der *introspektiven Methode*, der Klarstellung der Erlebnisse des seelischen Ablaufs „von innen“, besondere Bedeutung beimessen. Obwohl es auch hier Fehlerquellen und Täuschungsmöglichkeiten gibt, die man kennen muß, gewährleistet doch die ausgiebige Heranziehung der Selbstwahrnehmung des Kranken allein die groben Fehldeutungen seelischer Erscheinungen, zu welchen die Beschränkung auf „objektive“ Symptome bei einer Erkrankung wie der Schizophrenie notwendig führen muß. Dieser Gesichtspunkt bedarf ja seit JASPERS Eintreten für die phänomenologische Forschungsrichtung ebenso wenig einer eingehenden Begründung, als es andererseits überflüssig ist zu betonen, daß diese Methode in der klinischen Betrachtung von jeher angewandt wurde und bei allen wichtigen psychologischen Erkenntnissen in unserem Gebiete immer mitgewirkt hat, allerdings ohne eine klare Herausstellung ihrer Ziele und Grenzen. Diese letzteren müssen besonders deutlich hervortreten bei einem Thema wie dem vorliegenden, wo nicht nur die Introspektion oft auf große Schwierigkeiten stößt, sondern sich vielfach das Charakteristische und Belangvolle in Handlung, Leistung und Lebensführung deutlich greifen läßt, während die zugehörigen psychischen Vorgänge, obwohl vorhanden, vielfach unfaßbar bleiben<sup>1</sup>.

FREUD, JUNG und BLEULER haben die Aufmerksamkeit auf die besondere Art der *verständlichen Zusammenhänge*, der Motivationen und Sinnbeziehungen, und der sie fundierenden Inhalte in der Schizophrenie gelenkt. Von dieser Forschungsrichtung sind die stärksten Impulse für die Beschäftigung mit den Schizophrenen und für ihre Behandlung ausgegangen. Es versteht sich von selbst, daß die Klinik auch diesen Ausgangsweg zu einer vollständigen Darstellung benutzen muß. Das gilt auch von den *körperlichen Untersuchungsmethoden*.

<sup>1</sup> Vgl. die kritischen Bemerkungen bei SCHILDER (Seele und Leben). Inwieweit wir von seiner „biologischen“ Grundauffassung abweichen, ergibt sich aus dem Folgenden.

Daß sie aber bei einer Erkrankung, bei der die körperlichen Zeichen eine so geringe Rolle spielen wie in der Schizophrenie, in erster Linie zu psychologischen bzw. psychopathologischen Kennzeichnungen zu gelangen versucht, bedarf keiner weiteren Begründung. Wir sehen nach dem vorläufigen Scheitern der Hirnpathologie, Serologie und anderer somatischer Methoden keinen Grund uns die Resignation KURT SCHNEIDERS zu eigen zu machen, der alle diagnostischen Lösungen aus „pragmatischen“ Gründen der körperlichen Seite überlassen will. Wiederum stehen wir einer „synthetischen Relationsbetrachtung“, für die STORCH eintrat, mit dem Vorbehalt gegenüber, daß sie allzu leicht dazu verführen möchte, die Lücken unseres Wissens zu verdecken, dadurch, daß sich Tatsachen und Theorien ohne scharfe Grenze vermischen. Wenn man an der Stelle, wo eine Forschungsmethode im Augenblick nicht weiter weiß, jedesmal eine andere ohne Zögern einspringen läßt, ist ein Festfahren in trügender Problemlosigkeit zu befürchten.

Ist es richtig, daß eine bestimmte kleine Anzahl von Grundsymptomen in allen Stadien der Erkrankung eine Rolle spielen, so wird es die Aufgabe der Klinik sein, zu zeigen, wie diese in der Empirie das Krankheitsbild gestalten. Die charakteristischen Ausformungen und Kombinationen durch den Verlauf des Leidens hindurch zu verfolgen, wird also unsere Aufgabe sein.

Ihre Durchführung wurde mir in dankenswerter Weise durch die Mitarbeit der ehemaligen Assistenten der Heidelberger Klinik: Dr. MARTHA PERL, Dr. LUDWIG GAUPP, Dr. REINHOLD KRAUSS und Dr. KARL TUCZEK erleichtert. Von den beiden letzteren durfte ich die Ergebnisse unveröffentlichter Arbeiten mitteilen. Den Direktoren des Bürgerspitals *Stuttgart* (Prof. Dr. WETZEL) und der Heil- und Pflegeanstalt *Wiesloch* (Dr. GROSS) habe ich für die Überlassung von Krankengeschichten und vielfache sonstige Förderung zu danken. Schließlich nenne ich in dankbarem Gedenken die verstorbenen Direktoren der Anstalten *Klingenmünster* (Pfalz) Dr. HÜGEL und *Rheinau* (Kanton Zürich) Dr. RIS, welche mir in großzügiger Weise das Studium älterer Anstaltskranker an Ort und Stelle ermöglicht haben.

## A. Der Erkrankungsbeginn und seine Symptomatik.

### a) Der schleichende Beginn.

#### a) Kennzeichnende Symptome.

Für eine *gesonderte Darstellung des Krankheitsbeginns* sprechen bei der Schizophrenie Gründe, praktischer und methodischer Art: 1. Die Erkennung der Erkrankung macht in dem Vorstadium, welches sich oft über eine lange Zeit hinzieht, die größten Schwierigkeiten. 2. Andererseits werden wir bei unserer Ablehnung eines einzigen ausschlaggebenden Grundsymptoms diagnostisch vorwiegend auf den *Verlauf* angewiesen sein, wie das kürzlich auch KURT SCHNEIDER zusammenfassend festgestellt hat. Verlauf bedeutet aber nicht nur Progredienz und Ausgang, sondern gerade beim Einbruch der Erkrankung in die gesunde Persönlichkeit finden sich diagnostisch wichtige und kennzeichnende Merkmale. 3. Daß wir trotzdem nicht, wie das bisher in der Regel geschah, diese Vorkommnisse im Zusammenhang mit den anderen Verlaufsproblemen erörtern, ist methodisch begründbar dadurch, daß die *Selbstwahrnehmung* der ersten Krankheitszeichen durch die noch erhaltene Persönlichkeit uns besonders klare Einblicke in die Symptomatologie zu gewähren vermag und so geeignet ist, die Ordnung und das Verständnis des voll ausgebildeten Krankheitsbildes zu erleichtern. 4. Endlich finden wir gerade im Krankheitsbeginn auch die *inhaltlich* wichtigsten und für das ganze Fragengebiet der verständlichen Zusammenhänge ausschlaggebenden Vorgänge, so daß auch von diesem Gesichtspunkt aus die gesonderte Behandlung zweckmäßig erscheint.

Da aber andererseits uncharakteristische Vorboten gerade bei der beginnenden Schizophrenie oft diagnostische Schwierigkeiten machen, wird man sich

zunächst die Frage vorlegen, ob es möglich ist, diese als *Prodrome* gesondert zu betrachten, oder ob es sich empfiehlt, diese Bezeichnung mit BLEULER überhaupt abzulehnen. Wir halten es für zweckmäßig, die oft vorhandenen uncharakteristischen Vorboten auf diese Weise abzugrenzen; und zwar nicht nur die von BUMKE vorwiegend aufgezählten körperlichen Erscheinungen, welche sich von den Vorboten anderer organischer Hirnerkrankungen nicht erheblich unterscheiden, sondern auch die depressiven, manischen, zwangsneurotischen, psychasthenischen und anderen psychopathischen Zustandsbilder, die dem Auftreten der kennzeichnenden Veränderungen vorangehen. Aus Gründen der Vereinfachung und Übersichtlichkeit trennen wir ihre Darstellung ab und geben sie an zweiter Stelle, obschon gerade sie zeitlich oft das erste und einzige Zeichen des langsam einsetzenden Krankheitsprozesses sind. —

Auch wenn man die durch die Prodrome verursachte diagnostische Unsicherheit zugibt und das Widerstreben des Psychiaters berücksichtigt, seelische Vorkommnisse unbefangen psychologisch (ohne ätiologische oder somattheoretische Hintergedanken) zu betrachten, so fragt man sich doch: warum hat man von dem eindrucksvollen Erlebnis, das der erste Einbruch einer Denkstörung, eines Aktivitätsnachlasses, einer Abwandlung der Sympathie- oder sonstigen Gefühlsregungen in die gesunde Persönlichkeit darstellt, zur Aufklärung dieser Symptome bisher so wenig Gebrauch gemacht? Das rührt sicher zum Teil daher, daß die ersten Stadien des chronischen Beginns dem Fachmann selten vor Augen kommen; es ist ferner auch der allgemeinen Erfahrung zuzustimmen, daß diese ganz allmählich auftretenden Veränderungen des seelischen Habitus sich oft der Fremd- und Selbstbeobachtung entziehen oder wegen ihrer Geringfügigkeit nicht beachtet werden. Trotzdem darf man diese Hindernisse nicht überschätzen. Man trifft immer wieder, wie BERINGER in bezug auf die Denkstörung hervorgehoben hat, auch auf einfache Menschen, die das Einsetzen dieser Störungen auch nachträglich noch gut zu schildern wissen, ja es zeigt sich sogar, daß diese Veränderungen manchem Kranken zu einer *vermehrten Selbstbeobachtung* Anlaß geben (wodurch dann allerdings wiederum der normale Funktionsablauf gestört werden kann (SCHILDER) oder durchaus normale Vorkommnisse erstmals beachtet und fälschlich als Störungen registriert werden). Ist die Vielgestaltigkeit ausgebildeter schizophrener Psychosen ein Ergebnis psychologischer Verarbeitung, Umformung und Anpassung, so wird man doch am ehesten im Beginn, wo noch diese Umbildungen und Umrankungen im Entstehen begriffen sind, hoffen können, das Kennzeichnende unverfälscht und rein zu erfassen.

### 1. Die Denkstörung.

Am schwersten ist es zweifellos, sich über das allererste Auftreten der *Denkstörung* ein klares Bild zu machen. Trotzdem muß nach den Arbeiten von CARL SCHNEIDER und BERINGER angenommen werden, daß sie in nicht seltenen Fällen, als erstes und einziges Symptom lange das Krankheitsbild beherrschen kann.

Der 12jährige *Fritz Tavrück* (25/150), der im März 1925 mit den deutlichen Symptomen einer beginnenden Hebephrenie in die Heidelberger Klinik aufgenommen wurde und hier über 2 Monate das Bild einer affektlahmen Verstimmung mit maniert-hochmütiger Zurückhaltung bot, berichtete über den Beginn seiner Erkrankung, die er selbst als solche durchaus empfand und gegen die er anzukämpfen bemüht war: (Wir übergehen interessante Angaben des überdurchschnittlich begabten, träumerisch veranlagten Jungen über sexuelle und religiöse Pubertätskonflikte; sie zeigen nichts, woraus auf eine prozeßhafte Erkrankung geschlossen werden könnte und waren so gut wie abgeschlossen, als er im Herbst 1925 ein Nachlassen seiner Arbeitsfähigkeit konstatierte). T. war in einer kunstgewerblichen Möbelwerkstätte beschäftigt. Damals bemerkte er, wie schwer es ihm fiel.

sich die einzelnen Möbelstücke, wie das bisher seine Gewohnheit war, in verschiedenen Durchschnitten anschaulich vorzustellen. Je schärfer er sich zusammenzureißen versuchte, je mehr er darüber nachdachte, und je mehr ihn der Meister trieb, umso schlechter kam er mit der Arbeit von der Stelle. Er wurde gleich müde, bekam Kopfschmerzen, das Gefühl einen Ring um den Kopf zu haben. Oftmals fiel ihm auf: wenn er über die Schnittart eines Stückes nachdachte, hatte er alles plötzlich klar vor Augen; aber wenn er den Einfall fixieren wollte, war alles wie weggeblasen. Manchmal gelang es ihm, solche Einfälle noch schriftlich niederzulegen, um sie bei der Hand zu haben, wenn er an die Arbeit ging. Auch beim Lesen sei er zu jener Zeit erstmals leicht müde geworden. Er sei nicht mehr mitgekommen, alles sei verschwommen. Erst nach einem Weilchen Ruhe habe er wieder klare Gedanken fassen können. Besonders wenn er sich etwas einprägen wollte, merkte er, wie alles unklar wurde. T. wechselte die Stelle, da der Meister nicht mit ihm zufrieden war. Zunächst ging am neuen Ort alles gut. Nur wenn er scharf habe denken wollen, sei er müde geworden. Seinem Vater klagte T.: es sei wie eine Decke über seinem Verstand. Andererseits habe er Momente gehabt, wo er die kompliziertesten Sachen habe mühelos fassen und durchdenken können. Nach einem weiteren Stellenwechsel im Febr. 1925 trat eine erhebliche Verschlimmerung ein. Die Arbeit gehe jetzt nicht mehr. Wenn er sich denkend anstrenge, sei er ganz dumm im Kopf. Es sei ein dösiger, schläfriger Zustand, sobald er sich konzentrieren wolle . . . Kopfschmerzen, Müdigkeitsgefühl. Bei weiterem Nachfragen stellt sich aber heraus, daß der Gedankenverschommenheit mindestens nicht immer eine Leere entspricht, sondern daß er auch Träumereien nachhängt, sich in Vorstellungen und Gedanken verliert. Aber diese treten nicht mit dem Charakter des Zwanges als etwas Fremdes auf und sind inhaltlich ganz unauffällig, nichts Komplex- oder Wahnhafes.

Wir geben zur Kennzeichnung der während des Klinikaufenthaltes vorhandener Denkstörung aus der Krankengeschichte noch folgende Stelle wieder: „Patient nennt es dösen. Kopfschmerzen habe er dann nicht. Nur eine Schläfrigkeit komme über ihn; der Geist werde furchtbar müde, er gehorche ihm nicht mehr. Er denkt in solchen Stunden eigentlich nichts, gibt er seinem Denken aber einen Inhalt, so ist alles verschwommen. Er gibt auf das Bestimmteste an, daß dann z. B. auch Vorstellungen unklarer werden, wie weiter entfernt sind. Wortbedeutungen werden dann noch erfaßt von ihm, „aber der Sinn des Satzes fehlt mir dann“. Rechnen kann ich noch, aber es geht langsamer, er muß sich anstrengen. Es fiel ihm auf, daß er dann Schreibweisen, orthographische Dinge nicht weiß, daß er stockt bei ganz geläufigen Worten. Die Schläfrigkeit sitzt im Kopf, in der Stirn. Wenn er sich anstrengt sie zu überwinden, wird er müde. Er fühlt die Potenz seines Willens so stark wie sonst; daß er dennoch zu schwach ist, liegt an der Übermächtigkeit des Phänomens, dessen Auftreten unwiderstehlich ist. Bei der Arbeit bringt er dann oft nicht fertig automatisch die wichtigen Griffe zu tun. Alles geht schrittweise, jetzt das, dann das usw. Das Vorschauende fehle ihm. Oft passierte es, daß er falsche Werkzeuge in die Hand nahm. Was ihm fehlt, ist die Möglichkeit in einer Richtung zu denken. Es fließt alles auseinander, wie in die Breite. In derselben Zeit kommen aufsteigende fremde Gedanken, die sich als Triebregungen darstellen. Er erinnert sich, daß in einer solchen Stunde der Gedanke kam, jemandem etwas anzutun. T. selbst meint, das sei ganz anders wie vor dem Einschlafen. Auf Befragen: jede Leichtigkeit fehle; es schwimme alles, aber anders. Es sei mehr zwanghaft, mehr als zöge es weg von ihm“.

Es ist noch bemerkenswert und durchaus typisch, daß bei *Taurich* (wie übrigens auch im Fall *Beringers*) die Störung während der Unterhaltung mit anderen nicht auftritt. Die durch das Gespräch gegebene Denkrichtung scheint ihn „wach“ zu halten. —

Der vorstehende Fall gewährt einen Einblick in das progrediente Eindringen der schizophrenen Denkstörung von den ersten Anzeichen der Konzentrationserschwerung an. Ohne scharfe Grenzen führt der Weg von diesen Scheinprodromen zu der ausgebildeten Zerfahrenheit und Gedankenleere, in der unmittelbaren Nachbarschaft des Gedankenentzugs. Es ist begreiflich, daß diese Vorkommnisse nur selten so deutlich geschildert werden können: das Phänomen steht selbst seiner bewußten Erfassung und Durchsichtigkeit im Wege, seine psychoreaktive Verarbeitung im Sinne irgendwelcher Persönlichkeitstendenzen liegt wegen der inhaltlichen Unbestimmtheit nahe.

Aber sind Erkrankung und Symptom nicht auch im vorliegenden Falle als eine Fluchtreaktion vor den gesteigerten Aufgaben des Berufs, als ein ausweichendes, psychasthenisches Versagen in der Adoleszenz deutbar? Dieser Auffassung steht nichts im Wege, wenn man der Tatsache der seelischen Erkrankung eines



Menschen überhaupt einen generellen „Sinn“, z. B. ein biologisches Telos, zugrundelegen will. Aber es ist notwendig, eine solche Interpretation unter außerpsychologischen Gesichtspunkten zu trennen von dem Verstehen des Einzelfalles in seiner individuellen Bedingtheit. Da zeigen sich sowohl im Zusammenhang der persönlichen Entwicklung, als auch in der Symptomatologie dieser „Psychasthenie“ Merkmale, die erfahrungsmäßig mit einer psychoreaktiven Auffassung unvereinbar sind oder doch nur durch gewaltsame Deutung ihr angepaßt werden können. Es würde zu weitreichende theoretische Ausführungen erfordern, dies für die Eigenart der Denkstörung bei *Taurich* beweisend durchzuführen. Es muß auf jeden Fall stets bedacht werden, daß diese Denkstörung eine formale, inhaltsindifferente ist; sie kann also sowohl durch bestimmte Inhaltserfüllungen nachträglich motiviert erscheinen, als auch, entsprechend der Labilität psychischer Abläufe, durch die verständlichen Inhalte formal abgeändert bzw. verdeckt werden.

Durchschaut man diese Wechselwirkung, so wundert man sich nicht mehr über die weite Verbreitung uncharakteristischer Vorboten bei der Schizophrenie. Man wird aber auch die Wichtigkeit der Kenntnis der verständlichen Zusammenhänge einsehen; denn nur eine sorgfältige Versenkung in ihre individuelle Gestaltung läßt bei der einschleichenden Veränderung die Risse deutlich werden, welche einen beginnenden Krankheitsprozeß vermuten lassen.

Für unseren Fall *Taurich* seien nur zwei solcher Momente herausgehoben: Die triebhafte Pubertätskrise ist bei T. abgeschlossen, die äußeren Schwierigkeiten, in die sie den Kranken getrieben hatte, sind beseitigt; da setzt bei dem eben gereiften Menschen das Versagen im Beruf ein. Und selbst, wenn man annimmt, daß dieser Abschluß der triebhaften Krise nur ein scheinbarer, äußerlicher war: warum zeigt sich die Insuffizienz nur im Beruf, bei schwerer Lektüre, also bei quantitativ höheren Anforderungen; nicht im Verkehr mit den Menschen, im Gespräch, wo alles Affektiv-Triebhafte viel stärker aufgerührt wird? Vor sachlicher, gefühlsindifferenter Arbeit in einer gewechselten Umgebung, sonst das Heilmittel psychopathischer Krisen, zeigt sich T. insuffizient.

Der Hinweis auf diese groben Diskrepanzen mag als Beispiel genügen, auf die zahlreichen, feineren einzugehen, erforderte eine umfangreichere Darstellung des Falles und seiner Zergliederung. Würde man in einem solchen Falle von der introspektiven Seite vollständig absehen und einfach das Versagen vor bestimmter gearteter Leistung konstatieren, so würden wir nicht nur in bezug auf die Ursachen dieses Versagens im Dunkel tappen, sondern auch die Kriterien der verständlichen Ableitung allzu leicht nehmen. So erklärt es sich, daß die neurologischen und somatobiologischen Theoretiker der Schizophrenie (wie ALFR. MEYER, LAFORGUE und CLAUDE) die psychologische Ergänzung ihrer Theorien leicht in den Gedankengängen der FREUDSchen Schule finden. Diese beiden Deutungsreihen lassen sich um so leichter in Übereinstimmung bringen, als dabei das Psychische selbst in der Abwandlung seiner funktionalen Eigenesetzlichkeit unberücksichtigt bleibt. Die klinische Überlegenheit der introspektiven Methode, der phänomenologischen Besinnung auf die Erlebnisform, zeigt sich hier deutlich; sie gibt in günstig gelagerten Fällen klare und sichere Kriterien und vermindert Trugschlüsse und unkontrollierbare Verallgemeinerungen.

Die Frage, ob es sich im Fall *Taurich* nicht um ein *Nachlassen der Aktivität* im Sinn von BERZE handelt, ist durchaus zu bejahen, wenn man den Begriff Aktivität in BERZES theoretisch weitem Sinne faßt. Es läßt sich aber zeigen, daß, wenn man zunächst nur einmal auf die Phänomene selbst blickt, wie sie *erlebt* werden, sich der Aktivitätsverlust, die Impulsstörung, als ein gesondertes in manchen Fällen dominierendes Symptom darstellt, das keineswegs immer an

die Denkstörung gekuppelt ist und sich auch gegen die Störungen der Sinnesphäre, der Affektivität usw. gut abgrenzen läßt. Zweifellos treten in den meisten Fällen mehrere dieser Erscheinungen gemeinsam auf, oft so, daß der Anteil jeder einzelnen am klinischen Gesamtbild nicht mehr zu differenzieren ist. Unbestreitbar bestehen auch zwischen manchen dieser Symptome besonders innige Beziehungen, welche auf eine funktionelle Zusammengehörigkeit hinweisen: so zwischen Denkstörung und Versinnlichung, Aktivitätsstörung und Ichstörung bzw. Affektanomalien. Trotzdem sehen wir bisher keinen Weg, die ganze Reihe von *einer* Störung herzuleiten oder eine auf die andere überzeugend ursächlich zu beziehen, wenn man sich an die Phänomene hält.

Zur beginnenden Denkstörung zurückkehrend zählen wir vorläufig nur die von CARL SCHNEIDER und BERINGER herausgehobenen Merkmale auf: die Flüchtigkeit, Unabgeschlossenheit, die fehlende „Spannweite des intentionalen Bogens“, der Mangel einer Gliederung des Denkgefüges nach der Wertigkeit seiner einzelnen Glieder (BERINGER); Faseln, Entgleiten und Auslassungen, Substitution, Verschmelzung (CARL SCHNEIDER). Im einzelnen sei auf den psychologischen Teil GRUHLES verwiesen.

## 2. Die Impulse.

Die *Aktivitätsstörung* als führendes Symptom zeigt die folgende Beobachtung:

Der 31jährige Bankbeamte *Ludwig Stahl* (26/258) hat von April bis Dezember 1924 umfangreiche Unterschlagungen und Betrügereien bei der Bank begangen, bei der er angestellt war, das Geld teils im Glücksspiel verbraucht, teils einem tiefstehenden Frauenzimmer geschenkt, mit der er keinerlei nähere Beziehungen unterhielt, die aber auf seine Kosten auf Reisen ging, sich kostbare Geschenke machen ließ, ohne daß er irgendeinen Vorteil davon hatte. Als während des Strafverfahrens Zweifel an Stahls Verantwortlichkeit auftauchten, wurde er psychiatrisch untersucht.

Damals gab uns seine Ehefrau über die Vorgeschichte folgendes an: sie kennt ihren Mann schon von Kindheit an. Sie schildert ihn als stillen, ruhigen, völlig unauffälligen Jungen. Während der Kriegszeit sei er sehr pflichteifrig gewesen, immer mit ganzer Seele dabei; er sei kaum auf Urlaub gekommen, und sie sei über seinen seelischen Zustand während dieser Zeit eigentlich nicht recht orientiert, da er nie über seine Erlebnisse im Felde sprach und auch nur wenige Briefe heimschickte. Noch monatelang nach Kriegsende habe er nachts laut kommandiert und gesprochen, und als sich das allmählich gab, sei ein Zucken am ganzen Körper aufgetreten, so daß er manchmal in der Nacht zusammenfuhr und aufwachte. Sie hätten Anfang 1919 geheiratet. Ihre Beziehungen zueinander seien von Anfang an mehr freundschaftliche gewesen, es sei mehr ein Verhältnis wie Mutter und Sohn gewesen. Ihr Mann sei nie leidenschaftlich, nie sehr zärtlich gewesen, habe manchmal Pausen von  $\frac{1}{2}$  Jahr Geschlechtsverkehr gemacht, dagegen habe er sich immer wie Schutz suchend an sie gehängt, habe nachts nicht allein schlafen können, sei immer zu ihr wie ein Kind zur Mutter gekommen. Er habe eigentlich *nichts Männliches* an sich gehabt, er sei ihr eher unreif vorgekommen. Sie habe für alles sorgen müssen, er habe sich für nichts entschieden, habe ihr alles überlassen, selbst die Sorge für Neuanschaffung seiner Kleidung. Schon seit Jahren habe sie den Eindruck, als ob er nicht ganz frei sei, als ob ihn etwas bedrücke, er sei oft zerstreut und wie abwesend gewesen, so daß sie glaubte, er habe keine Neigung mehr für sie. Dagegen sei er übertrieben ängstlich und besorgt gewesen, wenn sie krank war. Er habe nur wenig Freunde gehabt, sei diesen gegenüber zu gutmütig bis zum eigenen Schaden gewesen. Er habe keinem Menschen etwas abschlagen können. Ende 1921 sei ihr zum erstenmal eine Veränderung in seinem Wesen aufgefallen. Er habe über besonders heftige Kopfschmerzen, an denen er früher schon litt, geklagt, habe sich einige Tage ins Bett gelegt. Dann habe er seine Stellung bei der Darmstädter Bank aufgegeben und sei bei der Landesbank eingetreten. Kurz danach sei er von zu Hause und vom Geschäft weggeblieben, sei 10 Tage umhergeirrt und danach ganz verstört und heruntergekommen wieder nach Hause zurückgekehrt. In diesen Tagen habe sie eine fremde Aktie im Schreibtisch gefunden und habe Verdacht geschöpft. Er habe nie mit ihr über die Sache gesprochen, nie ein Motiv angegeben, sie habe auch nie in ihn gedrungen. Merkwürdig sei ihr damals auch gewesen, daß er alle Frühstücksbrote, anstatt sie zu essen, aufstapelte und sie teilweise sogar zu Hause auf einen Schrank geworfen habe. Nach der Affäre (erste Unterschlagung) habe er ca. 4 Monate untätig zu Hause herumgesessen, wie stumpf und

geistesabwesend, habe wochenlang nichts gesprochen; er habe auch keine eigentliche Reue gezeigt, sich nicht um eine neue Stelle beworben; sich ganz in sich zurückgezogen. Sie habe ihm damals Zeugnisse verschafft und ihn wieder zur Arbeit gedrängt. Zwei Jahre lang sei es dann wieder besser mit ihm gegangen. Im ganzen letzten Jahre aber sei er wieder auffällig gewesen. Sein Blick sei verändert, nervös und unergründlich, anders könne sie es nicht nennen. Abends, wenn er zurückkam, wollte er gleich ins Bett, sich nie mit ihr unterhalten und duldete kein Licht, sondern saß meist stumm im Dunkeln. Interessen habe er außer seinem Beruf und etwas Sport keine. Für sein Bankfach habe er sich alle möglichen Bücher angeschafft, er habe sie förmlich gesammelt, und häufig sei es vorgekommen, daß er ein und dasselbe Buch kurz nacheinander doppelt kaufte. Ebenso habe er eine Sammelwut für Nagelreiniger, er habe mindestens ein Dutzend nach und nach zusammengekauft, nicht etwa verschiedene, sondern einer so wie der andere. Im Gegenteil zu seiner Lahmheit und Gleichgültigkeit sei ihr im Herbst seine Erregtheit aufgefallen, als sie auf dem Sportplatz den Meisterschaften im Tennisspiel zusahen. Er habe ganz starr dagesessen, nichts von seiner Umgebung bemerkt, nur in größter Aufregung das Spiel verfolgt. Ungefähr in derselben Zeit habe er einmal eine ganz merkwürdige Äußerung gemacht. Er habe in allem Ernst gesagt, er wolle zusehen, daß er in den Verwaltungsrat seiner Firma käme, eine Sache, die völlig ausgeschlossen sei. Auf Nachfragen sei er dann nicht weiter eingegangen.

Im letzten  $\frac{1}{2}$  Jahr sei er durchschnittlich einmal in der Woche, manchmal auch nur alle 14 Tage eine Nacht von Hause weg gewesen. Er habe sich dann damit ausgedrückt, daß er den Zug von M. nach D. verpaßt habe, oder Freunde hätten ihn eingeladen, so daß sie tatsächlich keinen Verdacht hatte. Sie könne sich nur entsinnen, daß er zweimal mit der Ausrede, eine Geschäftsreise vorzuhaben, eine Nacht und 2 Tage weg war. Sie habe nichts von seiner Spielleidenschaft gehört, habe auch in seinen Gewohnheiten und in seinem Äußeren nicht gemerkt, daß er besonders viel Geld zur Verfügung hatte. Sie habe im Gegenteil mehr denn je für seine Anschaffungen sorgen müssen, damit er nicht mit abgetragenen Sachen herumlaufe, er selbst habe sich um nichts gekümmert. Von einem Bekannten, der ebenfalls bei der Bank angestellt war, habe sie jetzt erfahren, daß ihr Mann wieder dieselbe Angewohnheit hatte wie 1921; er stapelte nämlich seine Frühstücksbrote, anstatt sie zu essen, in seinem Schrank auf, bestellte sich aber beim Bankdiener alle möglichen Dinge, Brötchen, Bouillon usw., ließ aber auch diese stehen und aß nur ganz selten, was er bestellt hatte.

Bei der ersten Unterredung gab uns St. selbst eine völlig geordnete Darstellung seines Lebenslaufes. Über die Motive seines seltsamen Verhaltens und seiner Veruntreuungen war nichts herauszubekommen; in einer eigentümlich lahmen, unbeteiligten Weise sprach er von den Vorgängen: er habe einfach bezahlt, was die Dirne gefordert habe, sie habe ihn sexuell nur wenig gereizt; das erste Geld habe er genommen um Spielschulden zu decken, immer wieder gehofft zu gewinnen und das Entnommene zu ersetzen. Er sei nicht recht zur Besinnung gekommen.

Einige Zeit später hat er dann aufgeschlossener und gesprächiger Folgendes berichtet: Gegen Ende des Krieges fühlte er sich den Anforderungen des Dienstes nicht mehr recht gewachsen, er wurde bei Märschen widerstandsunfähiger. Wenn sein Bursche z. B. die Sturmkeule schlecht geputzt hatte, ging er selbst hin und putzte sie, da er nicht mehr den Mut hatte, den Burschen zu ermahnen. Auch jetzt könne er sich zu nichts auffaffen. Für eine kleine Weile könne er sich zusammennehmen und habe dann alle Kenntnisse zur Verfügung, aber dann sinke seine Energie wieder ab. Wenn ihm einer etwas energisch sage, wenn ihn einer zu etwas bringen wolle, dann könne er einfach nicht anders. Er tue sicher bald, was der andere von ihm wolle. Die veruntreuten Gelder hat er zum Teil zum sinnlosen Einkauf von Zeitungen verwendet, die er dann irgendwo liegen ließ.

Neben dieser mit Schwankungen abnehmenden Aktivität trat nun etwa gleichzeitig eine wahnhafte *Eigenbeziehung* auf, die, ohne irgendwie feste Gestalt genommen zu haben, noch heute fortbesteht.

Vor der Batterie im Felde fiel es ihm schwerer zu kommandieren. Er merkte, wie man ihn anschaute, spöttisch belächelte, wie man überall, wo er hinkam, heimlich abfällige Bemerkungen über ihn machte. Als er nach Hause zurückkam, ging dieser Beziehungswahn weiter. Auf der Straße schauten ihn die Leute an und fixierten ihn. In der ganzen Stadt ging ein Gespräch über ihn. Man sprach von ihm als einem leichtsinnigen, unzuverlässigen Menschen. Nie daß man ihm ins Gesicht etwas geäußert hätte, nein hinterher, hinter seinem Rücken flüsterte es der eine dem andern zu. Er zog sich daher ganz von allem Verkehr zurück, machte z. B. mit seiner Frau noch nicht einmal Brautbesuche. Auch auf der Bank merkte er, wie man ihn drücken und „kleinmachen“ wollte. Er bezog das darauf, daß er im Kriege Offizier gewesen war und viele seiner nunmehr Vorgesetzten nur als Gemeine fungiert hatten. Auch heute noch fühlt er sich fixiert von den Leuten und auf der Straße ausgelacht, meint überall, wo ein Gespräch ist, man rede von ihm.

Gedanklich verarbeitet, eingegliedert sind diese wahnhaften Erlebnisse nicht. Auch seine Unehrlichkeit, seine Sammelwut sind damit in keine rationale Beziehung zu bringen.

Er hat keine Beweggründe dafür, je mehr man in ihn dringt, um so deutlicher wird die Leere, Ziel- und Motivlosigkeit seiner Existenz, für deren Veränderung ihm das Bewußtsein durchaus nicht fehlt.

Der hier parallel mit der Aktivitätsabnahme auftretende *Beziehungswahn* bestätigt die oben schon angedeutete Verwandtschaft unter den schizophränen Primärsymptomen. Doch sind die beiden Symptome keineswegs untrennbar, über ihre Zusammenordnung wird noch zu sprechen sein.

Die Art, wie der Aktivitätsnachlaß sich hier objektiv auswirkt und wie die Störung andererseits subjektiv erlebt wird, ist für die Erscheinungsweise des Symptoms bei der beginnenden Schizophrenie ungemein charakteristisch. Sie wird von dem Kranken selbst wahrgenommen, aber dank der allgemeinen Insuffizienz bleibt auch dieses Bewußtsein der Schwäche oft ohne Einfluß auf seine Lebensgestaltung. Auf dieser Parallelität von Erleben und Verhalten baut ja auch BERZE seine Theorie auf, ohne allerdings genügend der Möglichkeit einer Selbsttäuschung des Kranken zu gedenken, die hier nahe liegt. Auch er geht von den Äußerungen der Kranken selbst aus und hat eine große Anzahl ungemein charakteristischer Wendungen gesammelt<sup>1</sup>, in denen sie die Insuffizienz schildern. Überblickt man aber diese Selbstbekundungen der psychischen „Hypotonie“, so stößt man, wie SCHILDER richtig bemerkt, auf „alle jene beweglichen Klagen, die man von den *Depersonalisierten* hört“. SCHILDER identifiziert daher auch ohne Bedenken psychologisch die Aktivitätsinsuffizienz der Schizophrenen mit der psychopathischen Depersonalisationserscheinungen und faßt auch sie als eine nur scheinbare Aktivitätsstörung auf, verursacht durch den Widerspruch des seelischen Hintergrundes.

Während BERZE in seinem umfangreichen Werk auf diese klinisch doch sehr wichtige Frage der Abgrenzung der Depersonalisation nicht näher eingeht, hat ihr KRONFELD eine tiefdringende Studie gewidmet. In ihr ist sowohl das Problem der Aktivität, ihre Beziehungen zu Ich und Gefühl, als auch die Theorie des psychotischen „Primärsymptoms“ in der Schizophrenie eingehend behandelt. In vorliegendem Zusammenhang interessiert vor allem eine scharfe Scheidelinie, mit der KRONFELD die qualitativen Umnüancierungen (Modifikationen) des Icherlebens, zu denen er auch die psychopathischen Depersonalisationserlebnisse rechnet, trennt von den „primär schizophränen Erlebnissen des fehlenden Aktivitätsbewußtseins“. KRONFELD bemüht sich zu zeigen, daß jene mannigfaltigen „qualitativen Modifikationen“ sekundärer Art, psychologisch (d. h. verständlich) ableitbar aus der psychischen Situation und anderem seien. Er gibt zu, daß diese auch bei Schizophrenen „numerisch weit überwiegen“; die zweite pathognostische Gruppe beschränkt er auf Störungen bei umschriebenen einzelnen Handlungen, bei einzelnen Denkerlebnissen („ich habe gar nicht geschrien, der Stimmnerv brüllt aus mir“; „sie hypnotisieren mir Gedanken in den Kopf hinein, die gar nicht meine Gedanken sind“). Die Störung ist keine generelle, sie haftet dem einzelnen psychischen Vollzuge an. Sie ist nicht rückführbar, außer „wir müssen auf das außerpsychische Agens der Psychose direkt zurückgreifen“. Das Ausgangsphänomen und die Zielsetzung der Untersuchung sind hier also ganz ähnliche wie bei CARL SCHNEIDER, der in einer seiner ersten Arbeiten dem „Gedankenentzug“ eine primäre, aber, über KRONFELD hinausgehend, zugleich auch zentral pathognostische Stellung anwies.

Blickt man auf die erhebliche Verbreitung des Symptoms des Aktivitätsnachlasses beim schleichenden Beginn der Schizophrenie — um den es sich hier zunächst handelt — ferner auf die relative Seltenheit von Depersonalisations- oder verwandten Phänomenen bei diesen Fällen, so kann man weder der SCHILDERschen noch der KRONFELDSchen Auffassung zustimmen. Die seelische Aktivitäts-

<sup>1</sup> Siehe GRUHLE.

insuffizienz ist in Fällen wie dem oben wiedergegebenen, ebenso bei den schizophränen Bummlern und Vaganten, objektiv vorhanden und wirkt sich aus, einerlei ob er in Formulierungen ähnlich wie der Depersonalisierte darüber verbaliter klagt, ob er sie selbst bemerkt und keine Stellung dazu nimmt, wie unser Kranker *Stahl*, ob er sie mit Ausreden zu motivieren sucht, oder schließlich sie (aus Aktivitätsinsuffizienz!) gar nicht bemerkt. Daß sie unter Umständen eine ähnliche sinnvolle Einordnung erfährt, wie psychopathische Depersonalisationserscheinungen, oder von ihnen umrankt wird, trifft sicher zu; wir werden dann von *prodromalen* Depersonalisationserscheinungen sprechen, deren Besprechung weiter unten ihren Platz hat. Periodische Schwankungen der Störung, auf welche auch *BERZE* hinweist, mögen solche verständliche Angleichung erleichtern. In solchen Fällen dürfte *SCHILDERS* Theorie der „Widersprochenheit aus der Tiefe“ mit Recht anwendbar sein, die aber mit dem Augenblick, wo die Aktivität *objektiv* absinkt, keinen Sinn mehr hat. Inwiefern in den *KRONFELD*-schen „Modifikationen“ des Aktivitätsbewußtseins nach unserer Meinung vieles als „sekundär“ abgeleitet und verarbeitet aufgefaßt ist, was in der Schizophrenie sicher als „primäre“ unmittelbar erlebte Gegebenheit anzusprechen ist, dies im einzelnen zu entwickeln, ist deshalb hier unmöglich, weil es eine Diskussion der psychologischen Grundfragen erforderte. Eine Schilderung der diagnostisch so ungemein wichtigen „gemachten“ Phänomene, der schizophränen *Ichstörung*, in ihrem ersten Auftreten könnte hier ungezwungen angeschlossen werden. Sie lassen sich aber mindestens ebenso gut dem Anomalien der „Grundstimmung“ in der Schizophrenie zuteilen, wie das von *GRUHLE* geschehen ist. Ihre Mittelstellung zeigt besonders deutlich, wie wenig zwingend die Trennungsstriche sind, die hier gezogen werden.

Wären wir im Besitz einer geordneten Übersicht über die Täuschungsquellen und -arten der Selbstwahrnehmung, überblickten wir klarer die dynamischen Abhängigkeiten im Seelischen überhaupt, so könnten wir auch der Verwicklungen des Aktivitätsproblems eher Herr werden, ohne unsere Zuflucht zu anatomischen Konstruktionen nehmen zu müssen, wie das *BERZE* im theoretischen Teil seines Hauptwerkes tat. Die klinische Beschreibung, um die gerade er sich ja auch eindringlich bemüht hat, und die sorgfältige Einzelanalyse, ist im Augenblick das einzige, was weiterzuführen verspricht.

Sie ergibt aber, wie bereits aus dem Fall *Taurich* zu entnehmen war, daß die Aktivitätsstörung in unserem Sinne zwar ein kennzeichnendes Symptom, aber keineswegs *das* Kardinalsymptom der Schizophrenie ist, wie umgekehrt das Fehlen der Denkstörung im Falle *Stahl* zeigt, daß auch sie nicht als *conditio sine qua non* angesehen werden kann. Wie bedeutsam der Aktivitätsnachlaß von allen Bearbeitern des Schizophrenieproblems eingeschätzt wurde, geht aus der historischen Übersicht bei *BERZE* hervor, der, wie wir glauben, mit Recht, auch *KRAEPELINS* Ansicht von der Schädigung der „allgemeinen Willensrichtungen“ im gleichen Sinne auffaßt. Abgesehen von der Mißverständlichkeit dieses Ausdrucks, der auf bestimmte *inhaltliche* Ausfälle gedeutet werden kann und auch wohl so gemeint ist, ist mit der *KRAEPELINS*chen Betonung der Willensstörung bei der *Dementia praecox*, wenn man sie nur auf das rechte Maß bringt, ein Kernproblem getroffen, und vielleicht sogar besser bezeichnet, als mit dem *BERZES*chen Aktivitätsbegriff, der sich völlig ins Theoretische verliert<sup>1</sup>. Trotzdem ziehen wir aus bestimmten Gründen, die im weiteren Verlaufe noch deutlich zu machen sein werden, die Bezeichnung Aktivitätsstörung vor.

*BLEULER* dürfte seinen theoretischen Anschauungen entsprechend das, was hier gemeint ist, der *Affektivität* zur Last legen; er weist aber in der Besprechung

<sup>1</sup> *BERZE* schreibt an einer Stelle seines Buches (S. 307): „In ihrer ursprünglichen Form tritt die Insuffizienz der spontanen Aktivität als *Hypo-* bzw. *Abulie* zutage“.

von „Handeln und Benehmen“ der Schizophrenen auf ein wichtiges Moment hin ohne dessen Berücksichtigung die Frage der Aktivitätsanomalie nicht erledigt werden kann. Es heißt dort: „Das Streben ist meist kraftlos, wenn es nicht ganz aufgehört hat. In einzelnen Fällen ist es *übertrieben stark*, wenn auch einseitig (Weltverbesserer Pseudodichter)“. Und einige Zeilen weiter: „Es gibt dann und wann Schizophrenie, die keine Ermüdung spüren und . . . . . den ganzen Tag schaffen, so daß man sie vor ihrer Arbeitsgier schützen muß“. Solche Beobachtungen, die besonders in der beginnenden *akuten* Erkrankung alltäglich sind, haben GRUHLE veranlaßt, neben der „Hypofunktion“ eine „Hyperfunktion“, eine Impulsvermehrung, als dem schizophrenen „Primärsymptom“ der „Unordnung des Aktivitätshaushaltes“ zugehörig anzunehmen. Wir finden die Meinung BERZES keineswegs zutreffend, der in anderem, aber ähnlichem Zusammenhang äußert, daß „wir uns die Funktion von Mechanismen (nach Art der Affektmechanismen) immer nur entweder im Sinne einer Hypo- oder Hyperfunktion gestört denken können, nicht aber nach beiden Richtungen zugleich“. BERZE ist dadurch zu der seltsamen Konstruktion einer „Pseudohyperbulie“ genötigt (S. 308). Es sprechen im Gegenteil zahlreiche psychologische und hirnpfysiologische Erfahrungen dafür, daß solche Anomalien derselben Funktion nach zwei Richtungen aufs engste zusammengehören trotz ihrer logischen Unvereinbarkeit. Die Erörterung der klinischen Erscheinungsform der Aktivitätssteigerung wird bei der Darstellung des akuten Beginns ihren Platz haben.

### 3. Störungen der Sympathiegefühle.

Neben Denk- und Aktivitätsstörung tritt als drittes führendes Symptom der chronisch beginnenden Schizophrenie die *Störung des Gefühlslebens*. Wir halten es nicht für fördernd, sie als eine generelle Anomalie der „Affektivität“ im Sinne von BLEULER hier zu betrachten, oder uns mit CARL SCHNEIDER mit der Konstatierung und Ableitung der *Affektlahmheit* zu begnügen. Bei der Verschwommenheit des Gefühlsbegriffes scheint uns das Problem umso fruchtbarer angefaßt, je *spezieller* es gewendet werden kann. Wir übergehen auch zunächst einmal die Ichstörungen, welche von GRUHLE hier zugeteilt werden und sparen ihre Besprechung für den Abschnitt über die psychomotorischen Anomalien auf.

BLEULER „fällt auf, wie früh die Gefühle, die den Verkehr der Menschen untereinander regeln, verkümmert sind“. Es ist kein Zufall, daß die mannigfaltigen Typen des KRETSCHMERSCHEN Schizoids nur *ein* gemeinsames Merkmal haben: die Verkehrsunfähigkeit, die Unfähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen. Es handelt sich um die Störung jener Gefühlsgruppe, die als *Sympathiegefühle* von SCHELER in glücklicher Weise abgegrenzt und in ihrer Sonderstellung beschrieben worden sind. Es ist unnötig darauf hinzuweisen, wie ursprünglich und bedeutsam gerade diese Gefühlsregungen für die seelische Entwicklung von ihren allerersten Anfängen an ist, wofür uns ihre schematische Sexualisierung durch FREUD den Blick nicht verdunkeln darf. Die hauptsächlichsten schizophrenen Anomalien sind zweifacher Art: einmal im Sinne der generellen *Erkaltung der Sympathiegefühle*, besonders von Liebe und Mitfühlen (ohne daß eine allgemeine Gefühlsverödung vorhanden zu sein braucht), und zweitens die spezielle Modifikation der *wahnhaften Eigenbeziehung*. Auf die Theorie dieser zweierartigen Form von Sympathiestörung soll hier nicht eingegangen werden. Die Psychoanalytiker haben mit dem Begriff des *Narcissismus* und seiner Projektion beides einzufangen versucht und glauben damit die Wurzel der Schizophrenie zu fassen. Für uns handelt es sich um kennzeichnende Symptome neben anderen, das sei noch einmal betont.

*Adolf Eisenmüller* (22/75) geb. 1901, wurde in der Klinik 1922 beobachtet. Damals bestanden bei ihm bereits deutlich katatone Symptome, Denk- und Aktivitätsstörung und der Beginn wahnhaft-autistischer Abkapselung. Die Wiedergabe der ganzen Krankengeschichte würde von dem hier behandelten Thema zu weit abführen. Wir geben die Schilderung des intelligenten, interessierten, jungen Goldschmieds vom Anfang seiner Veränderung und anschließend den objektiven Bericht des Vaters: E. selbst datiert die Veränderung ungefähr in die Zeit nach einer Kropfoperation im 14. Lebensjahr (1916). Bisher hatte er sich zu Hause wohl gefühlt, stand sehr gut mit den Eltern, war anhänglich und folgsam. Mit den Geschwistern habe er gut gelebt, den ältesten Bruder ausgenommen, mit dem er sich oft schlug. Mit der Zeit habe er sich ganz von der Familie zurückgezogen, es kam ihm so vor, wie wenn er gar nicht da hineingehörte, ein unbestimmtes Gefühl, wie wenn er sozusagen als Logisherr in der Familie wäre. Er sei eigenwillig, reizbar, unfolgsam geworden . . . es war ihm anfangs peinlich, er kämpfte dagegen an, dann mußte er sich fügen und später hatte er überhaupt keine Empfindungen mehr, er kam über alles kalt hinweg, es wurde ihm alles egal . . . Mit den Angehörigen sprach er kaum mehr . . . Früher war er mitleidig, weichherzig, alles ging ihm nahe, — jetzt . . . Wurstigkeit; nicht weichherzig, ohne hartherzig zu sein, keines von beiden, der Unterschied war nicht mehr da . . . Äußere Erlebnisse schlugen nicht an, wenn er mal „anders“ wurde, so kam es von innen, aus einer inneren Ungewißheit, Unruhe. Seine Stimmung war ganz unabhängig von den Vorgängen um ihn, da konnte ruhig jemand krank sein oder ein Bekannter sterben, er wurde dadurch nicht im geringsten berührt<sup>1</sup> . . . Die Eltern kamen ihm verändert vor, ihr Wesen, er habe das Gefühl gehabt, es stünde etwas zwischen ihnen und ihm, was sie nicht zusammen ließe . . . Seit er vom Militär zu Hause sei (1918), habe er überhaupt kein Empfinden mehr gehabt, es sei ja alles gegenseitig: da niemand zu ihm „Empfinden“ habe, warum sollte er Empfinden haben; da werde man von selbst abgehärtet.

Der Vater bezeichnet ihn als das ehemals liebenswürdigste Kind unter den Geschwistern, als Knabe offenherzig und aufrichtig, hilfsbereit der Mutter gegenüber, ganz und gar nicht zurückgezogen, im Gegensatz zu dem älteren Bruder verträglich. Bis etwa 1916 gar nicht auffällig. „Dann war er ganz plötzlich wie eingezogen, und wenn man gesagt hat: ja höre mal, Mensch, begreifst Du denn gar nichts mehr, schämst Du Dich nicht? gab er keine Antwort. Er war einfach „muckig“, gerade wie wenn er gar nicht zur Familie gehörte. Er benahm sich sonst durchaus geordnet, reinlich, pünktlich, war aber viel kälter. Bis 1916 schrieb er dem Vater sehr liebe Briefe ins Feld, von da an kein Wort mehr. Er behauptete immer das fünfte Rad am Wagen zu sein, verkehrte nicht mehr mit den Geschwistern, lief herum wie ein Stoffel, setzte sich beim Essen an einen Extratisch. Einmal zog er für 8 Tage in ein Hotel, ohne zu Hause etwas zu sagen. Wenn ihn der Vater, der alles für Leichtsinns und Unart hielt, zur Rede stellte, gab er keine Antwort. Bei Schlägen regte er sich so wenig wie ein Stuhl, man hätte ihn lautlos totschiessen können.“

Über Beziehungen zum anderen Geschlecht weiß der Vater nichts anzugeben. E. selbst gab an, daß er einmal 1919 Geschlechtsverkehr hatte, seitdem ab und zu onanierte, daß sein Trieb gering sei. Er interessiere sich nicht für Mädchen, habe nie getanzt.

Gewiß ist ein solcher Fall aus dem Mißlingen der „Objektbesetzung“ der Libido deutbar. Man erlebt es in der Darstellung anschaulich, wie die Fäden der Sympathiegefühle absterben und nur eine innere unbestimmte Erregung ohne Gegenstand bleibt. Sobald wir die (theoretisch simplifizierende) Sexualisierung FREUDS abstreifen und die angebliche Verursachung durch ein Kindheitstrauma, dessen Nachweis der Psychoanalytiker in solchen Fällen zu bringen glaubt, als eine unbeweisbare Konstruktion beiseite lassen, wird der richtige Kern guter Beobachtung in der psychoanalytischen Schizophrenieauffassung sichtbar. Aber es darf nicht übersehen werden, daß wir in ganz ähnlicher Form ältere Menschen in den besten Jahren, etwa aus glücklicher Ehe heraus, erkranken sehen, wobei sich in ganz allmählich spürbarer Abkühlung der ehelichen Beziehungen die allerersten Zeichen der beginnenden Erkrankung geltend machen. Gewiß wird auch dafür eine psychoanalytische Deutung im Einzelfall beizubringen sein, und wenn sie auch völlig anders lauten muß, wie bei einem in der Adoleszenz erkrankenden Fall, so wird doch auch ein solches Vorkommnis in den weiten Maschen des psychoanalytischen Systems irgendwie unterkommen. Trotzdem bleibt es ein

<sup>1</sup> Ähnlich eine Kranke KURT SCHNEIDERS: Als sie einmal zugesehen hatte, wie zwei andere Kranke Anfälle hatten, beklagte sie sich nachher darüber, sie habe ohne richtige Gefühle und ganz mechanisch zugesehen.

Verdienst, die Bedeutung der Sympathiegefühle in diesem Zusammenhang deutlich herausgestellt zu haben. Die Verallgemeinerung des einen Prinzips zum Kardinalsymptom, welche mit den Tatsachen nur durch komplizierte Deutungen in Einklang zu bringen ist, teilt FREUD mit den meisten anderen Theoretikern der Schizophrenie.

Über die Entwicklung dieser Sympathieerkaltung im weiteren Krankheitsverlauf und die Form und Art, wie auch im fortgeschrittenen Krankheitsstadium die Sympathiegefühle noch lebendig bleiben, wird weiter unten noch zu sprechen sein. Hier interessieren vor allem noch jene Fälle, wo die Störung *von der Kindheit an* nachweisbar ist und dem Ausbruch der Psychose jahrzehntelang vorausgeht. Nirgends zeigt sich die Schwäche der eigentümlichen Vermischung von Zügen der Psychose mit normalen Charaktereigenschaften bei KRETSCHMER so deutlich, als bei seiner Darstellung der sozialen Einstellung des „Schizoiden“ (in „Körperbau und Charakter“). Alle überhaupt möglichen Varianten zwischenmenschlichen Verhaltens, abgesehen von dem herzlichen Wohlwollen und dem freundlichen Gewährenlassen des Zykloiden, findet man in diesem Kapitel als „schizothym“ beschrieben; man vergleiche die Vielfältigkeit der mit liebevoller Anschaulichkeit gezeichneten Formen von Ungeselligkeit, „eklektischer“ Geselligkeit und „oberflächlicher“ Geselligkeit mit der eindeutigen und einheitlichen Beschreibung der sozialen Einstellung des Zykloiden in dem gleichen Werk, um zu erkennen, wie durch eine Gegenüberstellung zweier unvergleichbarer Gruppen die Einsicht in das psychologisch Kennzeichnende verdunkelt wird. Nimmt man alle aus der Einführung in das gesunde Verhalten übernommenen Deutungen fort, so bleiben die Bezeichnungen: Affektlahmheit, bzw. Stumpfheit einerseits und Einspannerium, Schüchternheit, Affektkälte andererseits. „*Der verbreitetste Typus* in unserem präpsychotischen Material ist . . . der der Affektlahmen, der Stillen, Scheuen, lenksamen Schüchternen mit dem Prädikat ‚gutmütig‘“. Dagegen heißt es einige Seiten vorher: „Die Ungeselligkeit der Schizoiden hat die verschiedensten Schattierungen; *selten ist sie affektlose Stumpfheit*, zumeist hat sie vielmehr einen deutlichen Einschlag von Unlust, von direkter Ablehnung mehr defensiver oder mehr offensiver Art“. Unter dem Gesichtspunkt der Sympathiegefühle sind hier zwei Gegebenheiten vermischt, die wir trennen müssen, weil sie in der Tat gesondert vorkommen: einmal die „narcißtische“ Sympathieabstumpfung, und zweitens die damit keineswegs identische und auch empirisch oft nicht verbundene *Ablehnung* bis zur Kälte, zur Menschenfeindschaft bzw. dem Mißtrauen. Gerade weil man verstehend als Gesunder die eine Haltung aus der anderen ableiten kann, sind wir gezwungen, zu prüfen, in wieweit im Pathologischen diese Zusammenhänge noch gültig sind.

Wir beobachteten den Studiosus *Siegfried Bergheimer*, der angeblich aus einer völlig unbelasteten Kaufmannsfamilie stammt. Nach der Angabe verschiedener Angehöriger, die mit der eigenen Schilderung des Kranken durchaus übereinstimmt, war er schon als Kind trotz intellektuell durchaus normaler, ja überdurchschnittlicher Begabung stets einsam, vermochte nicht zu spielen und sich nicht anzuschließen. Dabei war er von den Eltern aus gesehen lenksam und gutmütig, aber durch das ganze Gymnasium hindurch ohne einen Freund, ein Bücherwurm. Nur zum Abschreiben der Aufgaben kamen die Mitschüler zu ihm ins Haus. Wegen der vorzüglichen Schulleistungen rieten die Lehrer zum Studium. Immer wieder hat er als Student versucht, Beziehungen zu Frauen anzuknüpfen, wiederholt ist er in verschiedenen Verbindungen an verschiedenen Universitäten eingetreten; alles endete mit Fehlschlägen. Er kam bei Mädchen nicht weiter und fühlte selbst aufs Peinlichste sein linkisches Wesen. In den Verbindungen gab es nur Mißverständnisse, er konnte nicht mitmachen, trat selbst aus, oder es wurde ihm der Austritt nahe gelegt. Vorübergehend war er bei Verwandten in einem Ladengeschäft tätig, war aber unbrauchbar, weil er die natürliche Umgänglichkeit mit den Kunden nicht hatte. Er fühlte das selbst und das trieb ihn zu einem Selbstmordversuch. Nachdem er dreimal durch das Referendarexamen gefallen war, kam er als 26jähriger in die Sprechstunde



mit der dringenden Bitte, ihm zu einem Geschlechtsverhältnis oder zu einer Freundschaft zu verhelfen; das allein vermöge ihm wieder seine frühere Arbeitsenergie zu verschaffen. Er schilderte beweglich, wie er seit früher Jugend nie Kontakt mit den Menschen gewinnen konnte, berichtete über zahllose gescheiterte Annäherungsversuche und übersah keineswegs, daß das an seiner eigenen Natur lag. Er war weder scheu noch feindselig, noch mißtrauisch eher selbstbewußt, aufdringlich, trotz seiner vielfachen Enttäuschungen. Die Atmosphäre von Kühle und Beziehungslosigkeit um ihn war unmittelbar spürbar. Es zeigte sich bei dem Versuch ihn systematisch zur Arbeit anzuleiten, daß die Aktivität in den letzten Jahren erheblich abgesunken war. Wenn er sich selbst überlassen war, bestanden wohl auch Symptome der beginnenden Denkstörung, die er aber nicht deutlich schilderte. Während der ambulanten Behandlung setzte nach 4 Monaten plötzlich von einem Tag auf den anderen ein Beziehungswahn mit Denkstörung ein und in der folgenden Nacht begann eine akute Psychose mit Sinnesanomalien und katatonen Erscheinungen, auf die hier näher nicht eingegangen werden soll.

Der Fall, der ja eine ungemein verbreitete Verlaufsform unserer Erkrankung darstellt, bestätigt die hier gezogenen Trennungsstriche zwischen den Symptomen und zeigt doch auch wieder ihre Zusammengehörigkeit: Zu einer Anomalie der Sympathiegefühle, deren Beginn überhaupt nicht zu erkennen ist, gesellt sich in der Adoleszenz eine Aktivitätsstörung: aus dem glänzenden Schüler und Abiturient wird ein träger, energieloser Student, der dreimal durchs Examen fällt. Endlich treten in dem bis dahin ganz chronisch verlaufenden Krankheitsbild mit dem akuten Schub das Mißtrauen und die Feindseligkeit des Beziehungswahns, die Denkstörung und die Sinnesanomalien auf. Die Entwicklung solcher Krankheitsbilder vermag den Unbefangenen weiterhin zu belehren, daß die Beziehung der Ungeselligkeit des Schizoiden auf seine Hyperästhesie, auf die KRETSCHMER so großen Wert legt, gleichfalls eine fragwürdige Übertragung aus der Sphäre des Psychopathischen oder Gesunden ist; gerade bei *Bergheimer* setzte die Hyperästhesie mit der akuten Erkrankung in stärkstem Maße ein: er hatte während er in der Klinik im Einzelzimmer lag, nur eine immer wiederkehrende Klage: die lauten Geräusche, das helle Licht, die starken Farben alterierten ihn auf stärkste und sein Beeinträchtigungswahn knüpfte daran an. Er bezeichnete selbst seine akut einsetzende Erkrankung als eine allgemeine Überempfindlichkeit und bat um Dämpfungsmittel; während er vorher nie ähnliches vorgebracht hatte.

Schließlich zeigt der Fall die Notwendigkeit, die einfache Abstumpfung des Sympathieerlebens zu scheiden von den aggressiven Sympathieanomalien, der Brutalität einerseits, dem Mißtrauen und seinem wahnhaften Ausbau andererseits. Bei der Darstellung des akuten Beginns werden wir auf die Gewalttaten beim plötzlich einsetzenden Krankheitsprozeß zurückkommen.

#### 4. Der Beziehungswahn.

Während die Brutalität und Aggressivität wohl eine gewisse Abstumpfung zur Voraussetzung haben, ist das sicher nicht der Fall bei der dritten Form der Sympathiestörung: dem *primären Beziehungswahn* der Schizophrenie.

Von ihm gilt in besonderem Ausmaß, daß ihm als einleitendes Symptom des Krankheitsprozesses nicht diejenige Beachtung in den neuen Darstellungen der Schizophrenie geschenkt wurde, die er verdient. Zwar ist das Thema der Wahnentstehung überhaupt in den letzten Jahren Gegenstand vielfacher und eingehender Bearbeitung gewesen und hat zu Ergebnissen geführt, die auch in unserem Zusammenhang von Wichtigkeit sind (KRETSCHMER, KEHRER, LANGE, EWALD u. a.). Der charakteristische Beziehungswahn der beginnenden Schizophrenie aber, dessen weite Verbreitung und erlebnismäßige Gleichförmigkeit ihn allenthalben längst zu einem wichtigen diagnostischen Zeichen hat werden lassen, findet z. B. auch bei BLEULER nur eine beiläufige Erwähnung. Doch ist das Symptom jedem Fachmann so geläufig, daß auf die Wiedergabe eines ausführlichen

Beispiels verzichtet werden kann (vgl. auch Fall *Stahl* S. 399). Jahrelang gehen die wahnhaften Eigenbeziehungen mitunter dem Auftreten anderer Symptome, insbesondere dem akuten Ausbruch voraus. Lange ehe Denkstörung oder Aktivitätsstörung bemerkbar werden, ohne daß eine greifbare Abstumpfung der Beziehungen zur Umwelt zu erkennen oder der Selbstwahrnehmung zugänglich ist, schießt das wahnhafte Mißtrauen auf, führt zu Konflikten oder wird neugierig bewahrt, vorübergehend in Unsicherheit abgelehnt, um wieder von neuem aufzutauchen.

Der Bankbeamte *Camill Wirtz* (26/46) als Kind verträumt und mitunter eigensinnig mit Jähzornreaktionen, im übrigen aber bis kurz vor dem Ausbruch der akuten Psychose unauffällig, gesellig, beliebt, stürmte eines Tages zu dem vorgesetzten Abteilungsdirektor der Bank und sagte zu ihm, daß er sich nunmehr alle Mühe geben werde, besser zu arbeiten. Was eigentlich in ihm vorging, wurde aber erst am nächsten Tage verstanden, als man ihn frug, was er eigentlich bei dem Chef wollte, worauf er seine wahnhaften Beziehungsideen äußerte. Zur Mutter hatte er nur einmal vor Jahren gelegentlich einer Versetzung an eine andere Filiale von Antisemitismus im Geschäft gesprochen.

Kurz vor dem Ausbruch des Schubs hatte sich die Denkstörung in Form zunehmender Zerstretheit und Lässigkeit in der Arbeit geltend gemacht. Bei der Aufnahme des 19jährigen in die Klinik schilderte W. in seiner fahigen, manirierten Ausdrucksweise den Krankheitsbeginn folgendermaßen: „Im Geschäft ging das boshafte Beobachten schon früh los, schon bald nach meinem Eintritt. Es war ein profitliches Zuschauen des idiotischen Alten (eines Vorgesetzten), ein *ständiges Beobachtetsein* um jeden Preis des Geldes einerseits, ein *Belmsen* mit Augen, ein Beschleichen und Berationieren, andererseits ein undurchsichtiges Faszinieren, ein Verrücktwerden eines Punktes wegen, ein Bedrohen des Einzigen, wenn der Einzige nicht die Masse faszinierte. Auf der Straße war ich aus der Hölle draußen. Es war das Aufgeatmethaben nach dem profitlichen Durchlinsen jeder Möglichkeit. Und nachher war *auch auf der Straße das Zusammenarbeiten der Augen*, das Sichvorüberschmiegen mit böser Absicht. *Nur mit dem Blicke konnte ich es auf den Angreifer zurückleiten . . .* Zuletzt habe ich mich empfindungslos gestellt, und dann haben sie auch diese Empfindungslosigkeit gezeißelt. Ich habe nur meine Blicke gehabt, und dann habe ich die zu sehr umstellen müssen oder einstellen; davon sind die Kopfschmerzen gekommen. Wenn ich *sehe*, daß jemand mich haßt, so macht es mir Spaß; nur das furchtbar Heimtückische hab ich nicht gelitten“.

Sind wir auf Grund solcher Beobachtungen berechtigt, derartige wahnhafte Erlebnisse, die ja oft den chronischen Schizophrenen von Ort zu Ort, von Stelle zu Stelle treiben, den Störungen der Sympathiegefühle anzugliedern? Handelt es sich nicht um die Projektion des aus der selbstempfundenen Denkstörung und dem Aktivitätsnachlaß entspringenden Insuffizienzgefühls? Führt nicht in anderen Fällen die durch die Sinnesanomalien geschaffene Umweltveränderung zusammen mit jenem Insuffizienzgefühl zu dem Beziehungswahn?

In der Tat kann aus einer *Abstumpfung* der affektiven Regungen die übertriebene Feinfühligkeit für antipathische Regungen schwerlich hergeleitet werden, Wohl aber gehört offensichtlich diese übertriebene Geöffnetheit, Verwundbarkeit und Feinfühligkeit für die zwischenmenschlichen Regungen als ein Ausschlag nach dem entgegengesetzten Pol zu den Sympathieanomalien, welche der beginnende Krankheitsprozeß hervorruft. Wird doch sehr häufig von Schizophrenen, die sich gut beobachten, eine ihnen bis dahin unbekannte, verfeinerte Einfühlfähigkeit berichtet. Ganz wie bei der Abstumpfung kennen wir auch hier Fälle, wo von der Kindheit an die Empfindsamkeit und überzärtliche Liebedürftigkeit der präpsychotischen Persönlichkeit das Gepräge gibt. Hier ist der wichtige und tragfähige Kern der KRETSCHMERSche „psychästhetische Proportion“. Fraglos gehören in diesem Sinne Stumpfheit und Empfindsamkeit der gleichen Ordnung an.

Dabei darf aber ein Ergebnis der neueren Paranoiaforschung nicht übersehen werden, dessen Übertragung hier berechtigt ist, da wir es zwar nur mit schizophrenen Wahnbildungen, aber mit dem Einbruch der krankhaften Vorgänge in die gesunde Persönlichkeit und ihre Auseinandersetzung mit

diesen Vorgängen zu tun haben, was zum mindesten den *Vergleich* mit den anderen „Wahnkrankheiten“ (KEHRER) und ihrer Dynamik erlaubt<sup>1</sup>.

Eine rein charakterogene Entstehung von Wahnbildungen, allein aus dem verständlichen Zusammenwirken von Schicksal, Erlebnis und Charakter kommt nach den eingehenden und sorgfältigen Untersuchungen von LANGE auch bei wahnhaften Reaktionen psychopathischer Art nicht in Betracht. Selbst KRETSCHMER kommt ja bei seiner weitgehend durchgeführten, verstehend psychologischen Abteilung des sensitiven Beziehungswahns nicht ohne „biologische Momente“ aus: „biologische Minderwertigkeit des Gehirns . . . starke, auch körperliche Nervosität . . . erstaunliche Ermüdbarkeit . . . abnorme Erschöpfbarkeit . . .“. Etwas klarer sind diese Momente in seiner Arbeit über „psychogene Wahnbildungen bei traumatischer Hirnchwäche“ herausgearbeitet. Was er als wahnfördernde Züge beim Traumatiker heraushebt, deckt sich in manchem Punkte mit den Feststellungen LANGES und ist in abgewandelter Form in unserem Zusammenhang von Wichtigkeit. Ehe wir aber in die Erörterung der Einzelheiten eintreten, muß auf den für das ganze Wahnproblem wichtigen Punkt hingewiesen werden, welchen uns auch die Schizophrenie lehrt: die weite Verbreitung des initialen Beziehungswahns bei Schizophrenen der verschiedensten charakterologischen Artung beweist aufs neue die *Unabhängigkeit solcher Wahnbildungen vom prämorbidem Charakter*, auch von jenem „Letzten und Ursprünglichsten“ KEHRERS, dem qualitativen „Gefüge der Lebenstribe“.

Welche wahnfördernde Momente sind im Beginn der Schizophrenie gegeben?

1. Es bedarf keines besonderen Beweises, daß die Denkstörung *unmittelbar* durch Fehlen der Beziehungsfülle, Unabgeschlossenheit und Erfüllungsunsicherheit irrtümlicher Urteilsbildung Vorschub leistet. Darüber hinaus und sicher noch wichtiger ist die *mittelbare* Wirkung der Unsicherheit, welche durch die Selbstwahrnehmung der Konzentrationsschwäche, des Gedankenabreißen, der Zielunsicherheit hervorgerufen wird und zum Insuffizienzbewußtsein führen kann.

2. Die Selbstwahrnehmung verminderter seelischer Leistungsfähigkeit auf dem Gebiete des Willens, verursacht durch die Aktivitätsverminderung, kann den Schizophrenen, sobald er sich den Energienachlaß schuldhaft zurechnet, erst recht zu einer Projektion nach Art des schlechten Gewissens treiben. Nach diesem Schema wären die Beziehungswahnideen des vorher mitgeteilten Falles *Stahl* interpretierbar.

In solcher Weise hat O. KANT das schizophrene „Beeinflussungsgefühl“ aus der Hingabefähigkeit infolge der durch die Erkrankung verursachten *Schwäche* der „Persönlichkeitsbündelung“ verständlich zu machen versucht.

3. Daß die weiter unten zu besprechenden Anomalien der Sinnestätigkeit und die durch sie erlebten Umweltveränderungen in der Richtung der Wahnbildung wirksam sein können, wird an Ort und Stelle noch deutlich werden.

4. Ferner sind die Abwandlungen der Affektivität und hier besonders die Anomalien des Sympathieerlebens in der bereits dargelegten Richtung der Wahnbildung günstig. Hier scheint eine wesentliche Wurzel des initialen Beziehungswahnes zu suchen zu sein, ohne daß daneben die anderen genannten Momente völlig belanglos wären. Besonders das „persekutorische Moment“, dessen Genese auch BERZE nicht leicht zu fassen dünkt, scheint uns aus dem Zusammenwirken von Insuffizienzbewußtsein und Sympathieanomalie ableitbar: während allerdings weder das schuldhaft sich zugerechnete Versagen des Willens, noch die verfeinerte Empfindlichkeit gegen Äußerungen der Mitwelt *allein* das Symptom fundieren kann. An der Wahngewißheit, die ja anfangs keineswegs

<sup>1</sup> Auch KEHRER bezieht ja die schizo- und paraphrenen Wahnbildungen in seine Darstellung ein.

sehr stark zu sein braucht, oft nur keimhaft auftaucht, wirken Denkstörung und Sinnesanomalien mit.

5. Ausschlaggebend für ihr Auftreten ist aber schließlich das *Bedeutungsbewußtsein* (GRUHLE), die primäre motivhafte Verknüpfung ohne Anlaß im Sinne der „fehlerhaften Eigenbeziehung“ CLEMENS NEISSERS, die nicht weiter rückführbar eine symbolartige Beziehung setzt und festhält.

So ergibt sich auch hier ein sinnhafter Zusammenschluß von für unseren wissenschaftlichen Blick primären, getrennt entstehenden und unter Umständen auch getrennt vorkommenden pathologischen Erscheinungen.

Unsere Verankerung dieser Wahnbildung in der Sphäre der zwischenmenschlichen Beziehungen führt einerseits in die Nähe der Hypothese KEHRERS, der allerdings in die Tiefe der letzten Motive vorzustoßen sucht, indem er wegen der gehäuften sexuellen Abweichungen in seinem Material auf die Triebe und ihr somatisches Korrelat zurückgreift, ein Gedanke, den auch KOLLE wieder aufnimmt. Könnten aber diese sexuellen Verbogenheiten nicht zum großen Teil *Folge statt Ursache* der Wahnbildung sein? Auch in der beginnenden Schizophrenie spielen Störungen der Geschlechtssphäre oft eine erhebliche Rolle, bei Fällen mit und ohne initialer Wahnbildung. Wir glauben uns nicht berechtigt, hier nach Art der Psychoanalytiker Ursache und Wirkung scheiden zu können.

Andererseits erklärt unsere Auffassung zwanglos die soziologische Inhaltsbildung der Wahngedanken (Verfolgung, Verkanntsein als Herrscher, Gott, Prophet, Erfinder, Beeinflussung überhaupt), wie besonders des Beziehungswahns und damit auch die gebräuchliche inhaltliche Einteilung der Wahnformen, wie sie besonders in der französischen Psychiatrie bis heute üblich ist.

##### 5. Andere Störungen der Affektivität.

Vergegenwärtigt man sich die bedeutsame Rolle, welche die Störungen der gesamten Affektivität in den Darstellungen der Schizophrenie von STRANSKY, JUNG, BLEULER, ferner die Wichtigkeit der Feststellung der gemüthlichen Abstumpfung für die Prozeßdiagnose in der alten Psychiatrie, so wird man eine Besprechung der Veränderungen des gesamten Gefühlslebens, soweit sie schon von Beginn der schleichend einsetzenden Erkrankung sichtbar sind, für notwendig halten. Während es sich nun bei den Sympathieanomalien um relativ klar herausstellbare, besonders auch einigermaßen isolierbare Erscheinungen handelt, ist es bei den anderen Affektivitätsstörungen viel schwerer auch nur einigermaßen das Charakteristische beschreibend zu erfassen. Das rührt sicher zum Teil daher, daß die normalpsychologischen Vorarbeiten so wenig zureichend sind und nicht einmal eine einigermaßen einheitliche Nomenklatur vorliegt. Begnügt man sich mit einer Aufzählung dessen, was vorkommt, wie etwa BLEULER, so ergeben sich recht widersprechende Feststellungen: Fehlende Einheitlichkeit, Eintönigkeit, Modulationsunfähigkeit, schneller Umschlag, keine Nachdauer, zu lange Nachdauer, fehlende Tiefe, auffallend gute Konservierung der Affekte in den Komplexen usw. Hebt man das erfahrungsmäßig im Beginn der Erkrankung wichtigste aus der durch Beispiele lebendig illustrierten Schilderung BLEULERS heraus, so erhält man eine Reihe von *Defekten*: fehlende Tiefe, Wurstigkeit, Modulationsunfähigkeit, Steifigkeit, denen der Satz gegenübersteht: „So ist es ganz unzweifelhaft, daß die Fähigkeit der Psyche, Affekte zu produzieren, bei der Schizophrenie nicht zugrunde gegangen ist“. Den Ausweg aus diesem Zwiespalt ermöglicht dann die Lehre von den Komplexen, ihrer Affekt ansaugenden und bewahrenden Fähigkeit usw. So sehr auch die tägliche Erfahrung an Fällen fortgeschrittener Erkrankung die Beobachtungen BLEULERS

bestätigt, so ist doch gerade im Beginn der langsam einsetzenden Psychose die Feststellung der feinen Abänderungen, besonders auch der Parathymie und Paramimie (auf die STRANSKY seine Schizophrenietheorie aufbaut) — nur möglich durch eine *verstehende Analyse der Zusammenhänge innerhalb der Einzelpersönlichkeit und ihres Schicksals*. Die Selbstwahrnehmung des Kranken wird hier nur in seltenen Fällen den Tatbestand aufklären helfen. Ist doch die gegenstandsgerichtete (im Gegensatz zu der persongerichteten) Affektivität nur unter ganz besonderen Umständen Anlaß der Selbstreflexion, und nur bei sehr guten Beobachtern erhalten wir klare und vergleichbare Schilderungen, auf welche wir bei Besprechung des ausgebildeten Symptoms auf der Höhe der Krankheit noch zurückkommen werden. Fehlen solche, so urteilt die unmittelbare Einfühlung des Untersuchers besser und zuverlässiger über die Adäquatheit emotioneller Äußerungen als eine eingehende Exploration. „Alle diese Dinge sind leichter zu fühlen als zu beschreiben“ (BLEULER).

So wenig wie im Bereich der Affektivität eine übersichtlich geordnete Schilderung des für die Schizophrenie Kennzeichnenden möglich ist — auch etwa eine Zusammenfassung unter dem Gesichtspunkte des *Autismus* würde weit in Bezirke des Normalen reichen und so keine klare Abgrenzung ergeben — ebenso bedenklich scheint uns der Versuch, von dieser im Normalpsychologischen so mangelhaft fundierbaren Stelle aus eine psychologische Theorie für die *Dementia praecox* überhaupt aufzustellen, wie das STRANSKY versucht hat. Wir kennen parathymische Reaktionen bei vielen organischen Defekten und es fehlen andererseits beweisende Untersuchungen über den Anteil der *Ausdrucksanomalien* an den sogenannten parathymischen Reaktionen der Schizophrenen.

Die veränderte Stellung des Schizophrenen zu sich selbst und zur Umwelt dürfte in der Tat — darin ist BLEULER beizupflichten — viele unverständliche emotionale Verhaltensweisen erklären. Es wird in vielen Fällen heute doch schon durchschaubar, in manchen anderen mit unseren heutigen Mitteln nicht klar aufzudecken sein, worauf diese grundlegende Haltungswandlung beruht, was an ihr krankhafte Abänderung, was Anpassung an diese Abänderung sei. Es ist möglich, daß dabei bestimmte emotionale Funktionen in einer nicht näher faßbaren Weise abgewandelt sind — um einfache Defekte handelt es sich sicher nicht. Mit den bekannten psychotisch bedingten Affektanomalien des manisch-depressiven Symptomkomplexes haben sie sicher keinerlei funktionelle Verwandtschaft. Vielleicht haben aber auch BERZE und CARL SCHNEIDER recht, insofern, als es sich dabei nur um Auswirkungen einer *anderen* Störung *an der Affektivität* handeln kann. Doch kranken gerade ihre Darstellungen der affektiven Anomalien an einer gewissen Einseitigkeit, mit der sie das Gesamtproblem lösen wollen.

### β) Die Prodrome.

Die klinische Bedeutung der affektiven Störungen im Stadium des Krankheitsbeginns zeigt sich vor allem in ihrer Unentbehrlichkeit bei der Erkennung der uncharakteristischen scheinbar psychopathischen Vorboten, der Prodrome.

Einige methodologische Vorbemerkungen sind erforderlich, ehe wir in die Beschreibung im einzelnen eintreten, welche einen Überblick über die wichtigsten psychopathisch-reaktiven Symptome geben soll, soweit sie eine Schizophrenie einleiten.

Ihre Schilderung kommt an dieser Stelle selbstverständlich nur insoweit in Betracht, als ihre Erscheinungsweise durch die prodromale Natur Abänderungen kennzeichnender Art erfährt. Sind solche Abänderungen nicht oder nicht deutlich erkennbar, so kann der Umstand, daß die psychopathischen Symptome

in der Regel auf dem Boden einer entsprechend gearteten Persönlichkeit verständlich ableitbar aus der besonderen Lebenssituation entstehen, als diagnostisches Hilfsmittel dienen; jedoch *niemals* in dem Sinne, daß die aufzeigbaren verständlichen Zusammenhänge einen schizophrenen Prozeß *ausschließen*. Sondern allein das *Fehlen* der Verstehbarkeit aus Anlage und Milieusituation *legt den Verdacht nahe*, daß hier etwas Neues in die Erscheinung tritt und verarbeitet werden muß. Es handelt sich dann also um eine verständliche Eingliederung und motivierte Verarbeitung der allerersten prozeßbedingten Störungen, die je nach der Eingliederungsfähigkeit und Reife der ursprünglichen Persönlichkeit große Unterschiede der Art und Vollständigkeit aufweisen muß. Unsere Erkenntnis ist noch weit davon entfernt, das Warum und Wie solcher Eingliederungen völlig zu durchschauen. Aber das bedeutet nicht, daß eine solche Einsicht grundsätzlich unmöglich wäre. Sie setzt allerdings eine Kenntnis der prämorbidem Persönlichkeit des Kranken voraus, wie wir sie in vielen Fällen nicht erlangen können; wo diese aber einigermaßen vorhanden ist, läßt sie außer den „Prodromen“ alsbald die Zeichen des schizophrenen Prozesses sichtbar werden. Diese Zeichen können bekanntlich entweder an den uncharakteristischen Syndromen selbst auftreten oder auch neben ihnen erscheinen. Es ist aber auch denkbar, daß der beginnende Prozeß selbst sich in psychopathischen Symptomen äußert. Weil wir über deren physische Grundlagen so gut wie nichts wissen, sind wir doch keineswegs berechtigt, diese direkte Verursachung abzulehnen.

Dies um so weniger, als zwischen bestimmten psychopathischen und schizophrenen Krankheitserscheinungen *Verwandtschaften der psychologischen Struktur* bestehen, welche an dieser Stelle zunächst einmal aufgezählt werden müssen: Es kann nicht überraschen, daß der schizophrene *Aktivitätsverlust* in der Form *psychasthenischer* Symptome erscheint, sich in Depersonalisations- oder auch in Zwangsphänomenen äußert. Auch die Denkstörung kann einleuchtender Weise zuerst in Form der psychasthenischen Konzentrationsschwäche und -erschöpfbarkeit erscheinen. Andererseits das ihr zugehörige „Gedankendringen“ unter bestimmten Umständen im manischen Bilde. Endlich können bestimmte Formen des Denknegativismus zu Zwangsgrübeleien, Zweifelsucht usw. leicht in Beziehung gebracht werden. Auch auf die Analogie der Verslossenheit des Zwangsneurotikers zu dem schizophrenen Autismus ist wiederholt hingewiesen worden (KEHRER, JAHREIS). Zwischen der Versinnlichungsbereitschaft des Schizophrenen und entsprechenden hysterischen Erscheinungen lassen sich Parallelen ziehen. Und endlich bedarf es nur eines kurzen Hinweises auf die Ähnlichkeit der schizophrenen und der psychopathischen paranoiden Erscheinungen.

Trotzdem wäre es irrtümlich auf eine Unterscheidung und Erkennung des Prozesses von vornherein zu verzichten.

*Depressive und manische Prodrome.* Die affektiven Regungen werden einförmig, starr, modulationsunfähig, ihre gegenständliche Fundierung erscheint inadäquat, ihr Ausdruck schematisch oder auch pathetisch, hohl und leer. Der Umstand, daß gerade differenzierte Individuen zu einer weitgehenden verständlichen Eingliederung wesensfremder Innenerlebnisse imstande und geneigt sind, erleichtert die Einsicht in die wahren Zusammenhänge; denn gerade bei ihnen müssen affektive und ausdrucksmäßige Unstimmigkeiten am ehesten spürbar werden. Nur darf man nicht mit dem durchaus unzureichenden Mittel einer rein *inhaltlichen* Analyse der Äußerungen des Kranken Erscheinungen fassen wollen, welche nur *im unmittelbaren Kontakt* mit der *Äußerungsform* zu erkennen sind. Je eingehender ein solcher Kranker uns in die verständlichen Zusammenhänge seines Lebens Einblick nehmen läßt, um so leichter lassen

wir uns von dem unmittelbaren Eindruck ablenken und zu einer „Einfühlung“ verführen, welche die Selbsttäuschungen des Kranken übernimmt. Andererseits können wir wiederum einen solchen Einblick nicht entbehren, weil wir bei Erkenntnis der psychischen Entwicklung, der Eingliederungsbereitschaft früherer Erlebnisse, der Innenvorgänge überhaupt, erst recht in die Irre gehen können.

So befindet sich der Kliniker angesichts eines Falles im prodromalen Stadium oft in einer zwiespältigen Stellung, welche durch die ungleiche Durchbildung und Beweissicherheit der Methoden verursacht ist. Er muß seine Entscheidung an der unmittelbaren, schwer kontrollierbaren und schwer darstellbaren Erfassung der besonderen Affektivität des Kranken und ihres Ausdrucks orientieren und ihr mehr Gewicht beilegen als dem Ergebnis einer sorgfältigen Befragung. Es besteht hier noch keine Störung der „Beziehung“ zwischen Arzt und Patient, im Sinne KURT SCHNEIDERS; oder sie braucht jedenfalls nicht zu bestehen; wohl aber sind „Untiefe“ und „Steifigkeit“ der Affekte schon greifbar. Es liegt gar kein Grund vor, die vorläufig noch vorhandene Subjektivität in der Beurteilung solcher Affektavandlungen für etwas Unabänderliches zu erklären. Wir haben auf diesem Gebiete durch BLEULER so vieles sehen gelernt; warum sollte es unmöglich sein, die Kriterien und die Begriffe weiter zu schärfen und zu verfeinern? Jedenfalls ist es heute schon leichter, das depressive Vorstadium einer Schizophrenie an der Besonderheit seiner affektiven Färbung als solches zu erkennen, als eine Depression im Beginn einer Paralyse, bei der somatische Zeichen fehlen, richtig einzureihen.

Was hier für die manischen und depressiven Prodrome ausführlich dargelegt wurde, gilt sinngemäß auch für die anderen reaktiv-psychopathischen Prodrome. An der Unangemessenheit der sie begleitenden Affektivität zeigt sich zuerst ihr Vorbotencharakter. Psychasthenische Klagen ohne entsprechendes gefühlsmäßiges Mitschwingen, völlig unbeeinflussbare, einförmige, zähe, hypochondrische Selbstbemitleidung, Zwangsphänomene ohne adäquate Angst und Abwehr gehören hierher (im einzelnen vgl. Fall *Resp* S. 315); endlich einförmige, isolierte Depersonalisationserscheinungen, deren prodromales Auftreten bei der Erörterung der Aktivitätsstörung bereits Erwähnung fand.

Initiale *hysterische* Einzelsymptome sind ungemein häufig, viel seltener eine hysterische Gesamthaltung, mit der mitunter die Schizophrenie in der Haft oder während eines Rentenverfahrens beginnt (Beispiele S. 373 u. 374). Die Milieufärbung, die Plastizität des Zustandsbildes in Abhängigkeit von inneren wie äußeren Situationen, ist in den hysterischen Erscheinungen am deutlichsten, die Erkennung der zugrunde liegenden schweren Erkrankung oft unmöglich. Hier sind die affektiven Unstimmigkeiten viel schwerer zu fassen, weil Untiefe, Hohlheit und Pathetik der affektiven Äußerung auch dem hysterischen Verhalten das Gepräge gibt. Man wird aber das Verhältnis von Anlaß, Charakter und Reaktion prüfend vielfach auf *Schwierigkeiten der verständlichen Ableitung* stoßen.

Diese *Prüfung der Motivationszusammenhänge* hat natürlich auch bei allen anderen psychopathischen Prodromen ihre Berechtigung und kann unter Umständen zur Aufdeckung von Spalten führen, in denen der schizophrene Prozeß sichtbar wird. Auf die Gefahren aber, die eine Überbewertung des Verstehens mit sich bringt, wurde vorher schon hingewiesen. Wir befinden uns hier in der nächsten Nachbarschaft des ungemein wichtigen Problems der psychoreaktiven Verursachung oder Auslösung eines schizophrenen Schubs, das bereits eingehend erörtert wurde (s. S. 112).

Endlich nehmen die *Zwangsphänomene* als Prodrome eine gesonderte Stellung ein und beleuchten noch einmal von den verschiedensten Seiten die Problematik, in der sich die Erwägungen der klinischen Betrachtungsweise hier abspielen.

Ihr nicht seltenes Auftreten im prodromalen Stadium läßt eine Deutung *nach vier Richtungen* zu: *einmal* als die unspezifische Reaktion einer entsprechend veranlagten („anankastischen“) Persönlichkeit auf Unausgeglichheiten und Konflikte, welche der beginnende Prozeß mit sich bringt. *Zweitens* sind Zwangsgedanken als Vorboten von Wahngedanken besonders dem Rationalismus der älteren Psychiatrie vertraut (MERKLIN, TUCZEK, CRAMER, SOMMER). KURT SCHNEIDER hat in einer kasuistischen Arbeit an diese Fragestellung angeknüpft und neue Beobachtungen mitgeteilt. Er hat zugleich aber auf die Schwierigkeit der definitiven Abgrenzung mancher Zwangsphänomene gegenüber den überwertigen und wahnhaften Ideen hingewiesen. Seine Kasuistik zeigt vor allem die nahe Beziehung von Zwangshandlungen zu Stereotypen und Manieren („plastische Wahngedanken“ SCHÜLES), aber auch die Entstehung eines schizophrenen Schubes nach anankastischen Vorboten, die mit dem Hervortreten der Prozeßsymptome völlig verschwinden und endlich das Bestehenbleiben von Zwangsercheinungen neben den reichlich vorhandenen Wahnhaltungen. Die letzteren Vorkommnisse weisen uns *drittens* auf die Erfahrungen bei den Spätfolgen der Encephalitis lethargica hin, wo wir Zwangsphänomene als Symptome eines cerebralen Prozesses ohne jede charakterogene Grundlage auftreten sehen. Es ist nicht einzusehen, warum die schizophrene Hirnerkrankung nicht unmittelbar durch ihre Ausbreitung die gleichen Symptome erzeugen sollte<sup>1</sup>. Dies um so mehr, weil *viertens* der durch die Forschungen BERZES bei vielen Schizophrenen deutlich nachgewiesene Verlust an spontaner Aktivität (Psychasthenie!) die psychologischen Voraussetzungen zum Auftreten von Zwangsercheinungen zu schaffen geeignet ist. Endlich ist hier auf die Beziehung mancher Zwangsphänomene (Zweifelsucht, Irrtumsfurcht, Kontrastideen) zum Negativismus, bzw. zur negativistischen Unschlüssigkeit und Ratlosigkeit hinzuweisen, wofür JAHREIS neuerdings einige interessante Beispiele mitgeteilt hat.

Diese Erwägungen zeigen, wie vorläufig und schwankend der hier verwandte Begriff des Prodroms ist. Je weiter unsere psychophysiologischen Kenntnisse vorschreiten, je mehr es uns gelingt logische Definitionen durch psychologische Ordnungen zu ersetzen, um so klarer werden wir auch diejenigen Zeichen als prozeßbedingt erkennen, die uns heute noch unspezifisch erscheinen. Die vierfache Einreihungsmöglichkeit der Zwangsphänomene zeigt aber weiterhin, wie verfehlt es wäre, sich bei den anderen Prodromen mit der verständlichen Herleitung zu beruhigen und die kausalen Probleme jedesmal mit den Worten „Charakter“, „Anlage“ beiseite zu schieben. Nur indem man sich von dem Vorurteil, daß im Bereich der Psychopathien Physiologie und Anatomie des Zentralnervensystems kein Heimatrecht hätten, frei macht, wird der Zugang zu einer vorurteilslosen psychologischen *und* physiologischen Betrachtungsweise seelischer Erscheinungen geöffnet.

Wir illustrieren das Vorhergehende durch die kurze Wiedergabe *zweier Fälle* mit Zwangssymptomen, welche die Kasuistik von KURT SCHNEIDER und JAHREIS ergänzen (vgl. S. 456 u. 457):

Die 1900 geborene Lehrerin *Paula Scheuf* (14/364) litt wie ihre ein Jahr ältere Schwester von Kindheit an an Stottern. Sonst wird nichts von familiärer Belastung, nichts von auffälligen Charakteren berichtet. Sie war ein hochbegabtes Kind, in der Schule jedoch durch das Stottern stets behindert. Von Charakter weich, träumerisch, sinnig, gern allein, aber — nach Angabe des Vaters und der Schwester — nicht verschlossen, freundlich, beliebt, ungezwungen, hilfsbereit. Oft wetterwendisch, oft neue Berufspläne. Erstes nervöses Versagen vor dem Lehrerinnenexamen; erschöpft, klagte über sprachliche Hemmungen,

<sup>1</sup>) Vgl. hierzu die Auffassung GOLDSTEINS, der den Zwangsmechanismus für eine generell präformierte Anlage hält, die beim Abbau höherer Leistungen hervortreten kann.



zwangsmäßig auftauchende Furcht zu stottern, während tatsächlich fast keine Sprachbehinderung mehr bestand. Sie machte das Examen, aber die an das Stottern anknüpfenden Zwangsercheinungen scheinen sie seitdem nie mehr ganz verlassen zu haben. Sie traten bald mehr, bald weniger hervor. Sch. war in Privat- und staatlichen Stellungen, zeitweise glücklich und unbehelligt, zu anderen Zeiten, besonders wenn sie länger in einer Klasse unterrichtete, so von dem zwingenden Gedanken, daß sie hängen bleiben werde, erfüllt, daß sie das Pensum, z. B. in Geschichte (ihrem Lieblingsfach) vollständig aufschrieb und vorlas. Das Symptom war bald stärker, bald schwächer, zum Teil abhängig von dem Alter der Kinder, die sie unterrichtete. Unangemessenem Betragen älterer Schulkinder fürchtete sie infolge ihrer sprachlichen Hemmung nicht autoritativ entgegenzutreten zu können. Andere Zwangsphänomene sind nie bei Sch. aufgetreten.

Nach einer vierwöchigen Phase besonders günstiger Verfassung, „seltsamer Heiterkeit und Leichtigkeit der Stimmung wie nie im Leben“, brach bei der 24jährigen plötzlich ohne Vorboten die Psychose aus. Sie äußerte unvermutet zur Schwester, sie und der Vater seien „komisch“. Nach einem plötzlichen Schwächeanfall wurde sie besonders redselig und lustig, glaubte sich von allen Leuten auf merkwürdige Art angesehen. Die Erregung nahm zu, ihre Reden wurden immer unzusammenhängender. Äußerungen überschwenglichen Glücksgefühls, religiöse Gedankengänge, Singen, Deklamieren; schließlich war sie gar nicht mehr ansprechbar, verweigerte die Nahrung, mußte katheterisiert werden. In solchem Zustand schwerster Erregung wurde Sch. wenige Tage später, am 21. 11. 1924, in die Klinik aufgenommen. Bei der Aufnahme war sie völlig unansprechbar, gänzlich entrückt, ließ willenlos alles mit sich geschehen, nahm gar keine Notiz von ihrer Umgebung. Sie predigte und sang stundenlang in einförmiger Weise Bruchstücke von Bibel- und Gesangbuchversen, startete auf einen Punkt. In den nächsten Tagen nahm die Erregung zeitweise sehr zu. Sie richtete dann die Worte direkt an ihre Umgebung, verquickte Religiöses mit den Ereignissen aus letzter Zeit: „Vater, ich erlöse Dich durch meine Liebe, Herr Lehrer H. aus P., fertig, amen, Schluß. Ich bin rein, rein, rein, — ich schwöre es, amen, amen, amen, — Ich bin entzückt, entzückt, erscheine geliebter Hermann, — alles vermengt sich, alles wird klar“. Die letzten Worte in höchster Ekstase. Dann gleich wieder elegisch: „Ach nein, ich bin nicht klar, — das ist das Bild, — in Angst und Qual — in Angst und Qual“ usw. Darauf wieder zunehmend erregt, schließlich völlig rasend in einem ungeheuer eindrucksvollem Glücksrausch. Doch kann sie sich plötzlich ruhig an den Arzt wenden: „Ich habe Sie immer für Herrn B. gehalten; ich bin in der Grabesnacht, bin hypnotisiert, muß mal so, mal so sagen. Aber ich fühle mich eins mit ihm —“.

Während des Übergangs zu einem stuporösen Zustande, in welchem sie grimmassierend, gestikulierend, mutazistisch, mit gequältem Gesichtsausdruck im Bett lag, gab sie einmal kurz Auskunft über Beeinflussungen, eingegebene Gedanken, das Gefühl, daß die Welt vergehe. Nichts aber von den Inhalten der Zwangsneurose. Der Stupor dauerte etwa einen Monat. Dann wechselten Zeiten ablehnender Versunkenheit mit solchen einer starken Erregung, insbesondere mit Gestikulieren und Predigen, die nach Inhalten und Äußerungen wohl der ersten Erregung gleich, aber im affektiven Ausdruck immer flacher, einförmiger, stereotyper wurde. Ohne Anteilnahme leierte sie Bibelverse herunter, alle Antworten wurden zerfahrener; schnippisch, verschoben, karikiert war das meiste, was sie vorbrachte. Nie kam man in einen natürlichen Kontakt mit der ablehnenden Kranken. Dieses Verhalten dauerte auch noch nach der Überführung in die Anstalt H. (am 1. 4. 1926) unverändert an. Läppisch heitere Erregungen, in welchen sie zeitweise ausgesprochen echolalisch war, wechselten mit stuporösen Zeiten. Bei Besuchen der Angehörigen war sie entweder völlig gleichgültig, oder abweisend, gereizt, finster und gab nur ganz kurze Antworten. Auch gegen die Ärzte blieb sie verschlossen und abweisend und muß immer noch zeitweise im Dauerbad gehalten werden, bis im Februar 1926 ziemlich schnell eine Besserung einsetzte.

Zum ersten Male erklärte sie in jener Zeit ihr Schweigen auf die Fragen der Ärzte mit der Angst, nicht weiter sprechen zu können. Die Sprachhemmungen, die seit Kindheit bestünden, seien die Ursache ihrer Erkrankung, sie habe von jeher darunter unsagbar gelitten. Sie hat sich in der folgenden Zeit noch vielfach über ihre Erkrankung geäußert, aber dabei nie mehr auf diesen Zusammenhang abgehoben. Ihre Bewegungen waren zunächst noch steif, ihr Benehmen reserviert, verschüchtert; dann schloß sie sich an eine andere (nichtsichizophrene) Kranke an und wurde modulationsfähiger. Aus den Briefen, die sie an Verwandte und Bekannte in großer Zahl schrieb, geht hervor, daß sie die Krankheit als eine Läuterungsperiode auffaßte. Ihre durchaus einsichtige Stellungnahme wird durch folgende Briefstellen charakterisiert: „Deine kleine Sch. ist schon seit 15 Monaten seelisch erkrankt. Doch bin ich nun seit 6 Wochen wieder ganz klar. Vorher waren meine Sinne verwirrt. So dachte ich, ich wäre gestorben. Die Heidelberger Nervenklinik und die H. Anstalt für Geisteskranke hielt ich für Orte meines zweitens Lebens. In Heidelberg war ich vom Dezember 1924 bis April 1925. Seit dieser Zeit bin ich hier in H. Doch erst seit Anfang dieses Jahres bin ich mir über meine äußere Lage ganz klar. Seitdem sind auch die kranken Vorstellungen im Innern gewichen. Die Erkrankung kam ganz plötzlich. Sonnabends

bin ich noch in der Schule gewesen. Montags fuhr ich nach Hause. Dienstag wurde ich von A. aus fortgebracht. In meinem Berufe war ich bis jetzt glücklich. . . . Wenn wir (in der Schule) morgens gesungen und gebetet hatten, ist allemal mein Herz aufgetaut, und Deine Sch. ist sehr berecht geworden“. „Du ahnst ja nicht, welch brennendes Heimweh nach unserer schönen stillen Pfarre ich hier im Dauerbad oft hatte. Und doch habe ich mich in meiner Krankheit oft so herrlich frei von allen Menschen gefühlt. Die „gesunde gute“ Gesellschaft konnte einen nicht einengen . . . Hoffentlich schützt mich Gott auch in dieser siebenten Genesungswoche“.

Anfangs April 1926 wurde sie nach Hause beurlaubt, war dort zuerst noch etwas zurückhaltend und ängstlich, beschäftigte sich aber bald mit Lektüre und Hausarbeit, sprach davon, daß sie den Dienst wieder aufnehmen wollte, trotz der Besorgnis, daß die Sprachhemmungen wieder auftreten könnten. Im September 1926 richtete sie einen kindlich überschwänglichen Brief an die befreundete Patientin in der Anstalt, teilte aber gleichzeitig mit, daß sie sich wieder zum Schuldienst gemeldet habe.

So klar sich auf den ersten Blick in diesem Falle die schizophrene Psychose von den psychopathischen Erscheinungen, die seit früher Kindheit bestehen, abhebt, so ergeben sich doch bei eingehenderer Betrachtung alle die Erwägungen, die sich bei weniger übersichtlichen Fällen erst recht einstellen. Ist das in der Spätpubertät plötzlich auftretende Versagen mit Angst vor dem Stottern nicht schon als der Vorbote der Psychose aufzufassen? Obwohl es nicht möglich scheint, diese Auffassung aus dem vorliegenden Material näher zu begründen, obwohl die durchaus verständliche Entwicklung der Zwangsneurose aus der Situation, in welcher die Patientin durch den Sprachfehler bei der bevorstehenden Aufnahme der Berufstätigkeit sich befand, gegen eine solche Deutung spricht, — es darf nicht vergessen werden, daß vieljährige uncharakteristische Vorboten nicht selten sind. Jedenfalls ist es diskutabel, wenn auch in Fall *Scheuf* nicht wahrscheinlich, daß eine genaue Kenntnis ihrer Verfassung in der Zeit des ersten Auftretens der zwangsneurotischen Erscheinungen deren prodromalen Charakter aufgeklärt hätte.

Wir schließen an diesen Fall, den unter dem Gesichtspunkt der Prodrome entgegengesetzten an, bei dem im Verlauf einer schleichend beginnenden Psychose zwangsneurotische Phänomene ohne verständliche Wurzel auftauchen, vergesellschaftet mit den charakteristischen Prozeßzeichen.

*Adolf Resp* (24/326) (geb. 1898). Der Großvater väterlicherseits war ein Sonderling. Er soll als Gendarm den Verbrechern, die er verhaften sollte, zur Flucht behilflich gewesen sein, schoß auf der Jagd auf die Christuskreuze am Weg. Er wurde sehr alt, von seinen Lügereien und Phantastereien sprechen die Leute heute noch.

R. selbst war bis zur Schulzeit Bettnässer und hatte zeitweilig Angstträume mit Aufschreien. Er war ein guter Schüler, lebhaft, aufgeweckt, gesellig und verträglich. Er hatte stets Freunde und war allenthalben beliebt. Alle Erkundigungen nach zwangsneurotischen Zügen in der Jugendzeit waren erfolglos. Er wollte ursprünglich Schreiber werden, doch hatte er kein Sitzfleisch und kam deshalb in die Schlosserlehre, mit deren Ende er 1917 zum Heeresdienst einrückte. Nach kurzem Dienst an der Front wurde er bei einem Mineneinschlag zudeckt. Ohne äußere Verletzung, ohne Symptome einer *Commotio* war er kurze Zeit bewußtlos. Dann stellte sich Zittern ein, das im Heimatlazarett durch Elektrisieren bald geheilt wurde. Er will damals auch noch eine leichte Malaria durchgemacht haben. Im März 1918 wurde er als Schlosser reklamiert. Diese Arbeit konnte er gut leisten, während ihn später angeblich das Fahren in einer Autowerkstätte zu sehr erregt habe. Er war weiterhin wieder als Schlosser tätig und zuletzt als Führer einer Kleinbahnlokomotive in einem großen Werk. In den letzten Jahren schloß er sich sehr an einen Freund, einen bildungsbeflissenen Krankenwärter, an, wie übrigens auch er selbst seit jeher auf seine Fortbildung bedacht war, in der Garnisondienstzeit Stunden nahm, eine Eisenbahnschule besuchte. In sexueller Beziehung war er nicht zurückhaltend. Der bei Beginn der Erkrankung einsetzenden psychischen Impotenz scheint eine Periode gesteigerter libidinöser Erregbarkeit vorausgegangen zu sein, in der er eine Freude daran hatte, „die Mädchen bis zum letzten zu verführen und dann laufen zu lassen“.

Seit etwa 1922 fühlte R., wie er uns selbst im September 1924 erzählte, eine langsam zunehmende Veränderung. Er hat nachts das zwanghafte Gefühl, daß jemand hinter ihm hergehe, ferner nächtlichen Namensanruf. Tagsüber fällt ihm auf, daß er immer am Rand des Bürgersteiges gehen muß. Beim Essen rührt er oft um, ob keine Fliege oder kein Haar darin ist; er wäscht sich oft die Hände, treibt sorgfältig Nagel- und Mundpflege,

ist in der Kleidung, besonders insbesond auf die Bügelfalte viel sorgfältiger geworden. Abends ordnet er die Kleidung in pedantischer Ordnung auf einem Stuhl, „während er früher in Sorgfalt und Akkuratess das Gegenteil war“. Endlich tauchen im Halbschlaf, wenn er sich irgend etwas Geschäftliches oder Politisches überlegt, vor ihm gedruckte Zeitungsartikel auf, die seine Gedanken enthalten, er muß dann den fiktiven Zeitungsartikel bis zu Ende herunterlesen, abzubrechen ist nicht möglich. Dazu kamen Ejaculatio praecox, Impotenz, endlich das Wiederauftauchen einer Sprachstörung, die in der frühen Kindheit bestanden hatte: Anstoßen bei schwierigen Worten.

Auch in seiner Umgebung wurde die Veränderung deutlich bemerkt. Der Stiefbruder erzählt, daß man sich seit einem Jahr kaum mehr mit ihm unterhalten könne, er sei ganz im Gegensatz zu früher verschlossen, man bekomme keine Föhlung mehr mit ihm. Nur mit dem einen Freund verkehre er noch. Dieser schrieb uns, er habe an R. von vornherein eine Neigung bemerkt, Eigentümlichkeiten fremder, extravaganter Menschen anzunehmen. Tönende Worte und Redensarten habe er aus der Lektüre entnommen. Einzelne Charakterzüge seien äußerst unfertig bei ihm. R. habe in Vielem extremen Auffassungen bis zur Borniertheit zugeneigt. Seit langem bemerke er an ihm einen zunehmenden Mangel an Ordnungssinn. Diese Beobachtung, die im auffälligen Gegensatz zu Rs. eigenen Angaben steht, wird nun auch vom Stiefbruder bestätigt, der den Bruder nachlässiger und unordentlicher findet.

Bei der ersten Untersuchung in der Heidelberger Klinik im September 1924 brachte der Kranke bereits Äußerungen, die an der neurotischen Natur des Leidens Zweifel ließen. So erklärte er, er freue sich impotent und nicht mehr so vom Geschlechtstrieb belästigt zu sein wie früher. Er glaubte sich auf der Straße von den Leuten angesehen, begrüßt, fühlte den Zwang, die Häuserfronten abzusuchen. Beim Briefeschreiben, beim Sprechen bleibe er an einem Wort kleben und könne nicht mehr weiter. Er habe eine Freude daran die Leute zu ärgern, sich als Räuberhelden hinzustellen. Hänge er seinen Gedanken nach, so träume er von großen Erfindungen, fange vieles an, verliere dann wieder die Freude an dem Plan. Der Schlaf sei schlecht, von Angstträumen beunruhigt, aus denen er schweißgebadet erwache.

Diese mannigfachen, noch immerhin psychopathisch deutbaren Symptome erhalten ein andersartiges Gesicht, wenn man von den Menschen seiner Umgebung hört, daß R. ungemein rechthaberisch geworden ist, keinen Widerspruch verträgt, grob wird und sich dann in sich selbst verkriecht. Er läuft plötzlich grundlos von der Arbeit fort, treibt sich auch nächtelang ziellos umher. Der Freund hat beobachtet, daß Rs. Denkkraft mehr und mehr nachlasse, daß er keine rechte Ordnung mehr in seinen Gedanken habe, einmal unterbrochen sich nicht mehr auf die Hauptsache besinnen könne.

Vollends erschüttert wird die Annahme einer anankastischen Entwicklung durch *das Ausdrucksverhalten des Kranken* während der Beobachtungszeit in der Klinik. Von vornherein fiel eine gewählte, hochdeutsche Ausdrucksweise auf mit inadäquaten, maniert wirkenden Gesten. Die Sprache war stockend, hatte eine Art Leutnantston, und ließ eine deutliche Überlegenheit trotz aller Zutraulichkeit zum Arzt durchfühlen, die schließlich in eine kollegiale Vertraulichkeit mit allerlei Scherzchen umschlug. R. war voller wohlwollendem Vergnügen, während er seine angeblich gequälte Verstimmtheit beschrieb.

Dazu stand wieder der Inhalt zerfahren-schwülstiger Briefe an den Freund in unvereinbarem Gegensatz: „Freund!, Bruder! Lieber an den ersten Baum aufhängen als hier noch lange zubringen, schicke mir — oder bringe mir das auf dem Gemeindehause liegende alte Schießseisen, damit ich die ganze Gehirngasse in Atome zerschiesse, denke Dir, lebendig begraben, etwas niederträchtigeres, gemeineres kann sich auf unserem Kontinent nicht wiederholen, und dann das Essen, so wie in der früheren kaiserlichen Armee, so kurz vorm Sturm, und hier kurz vorm Sterben. Hast Du einmal Wahnsinnsgedanken oder Ideen gehört, hier hat man den Glauben. Denke Dir, ich tue bald eine Wahnsinnstat, wenn ich noch lange bleiben muß“. . . . „Ich muß Schluß machen, denn das Lager in meiner Gedankengasse ist aufgebraucht, vielleicht morgen oder nächste Woche oder als toter Mann mit einem Ring durch die Nase“. . . . „Ich bin schon so (total stupid) daß das Datum in meiner Gehirngasse ausgezogen ist, und die andern hier, die möchte ich nicht fragen, denn — ? Du wirst Dir im Stillen denken, das ist mal gut für ihn-mich-doch die Zeit kommt, wo auch ich wieder zu reden habe, dann — ? Du darfst meinen Eltern nichts sagen, daß aus mir ein Narr geworden ist, denn meine Mutter würde sich zu Tode kränken, wo man auf mich so viel gebaut hatte und plötzlich wird der ganze Krystallpalast in sich zusammengerissen“.

Als R.  $\frac{1}{2}$  Jahr später (März 1925) zum 2. Male einige Wochen in der Klinik beobachtet wurde, zeigte sich solch phrasenhaftes Wortgeklingel auch bereits in seinen Reden. Die Manieren in Geste und Tonfall, die kühle, leere Heiterkeit seines Gehabens hatte erheblich zugenommen, dabei war er geradezu starr und unmoduliert in allen affektiven Äußerungen geworden. Angaben über wahnhafte Beziehungserlebnisse, plötzliche

Gedankenleere, quälende Hetzjagd der Gedanken, unbegründete maßlose Wutausbrüche, zunehmende „Wurstigkeit“, Energielosigkeit (letzteres in Übereinstimmung mit objektiven Berichten) sicherten die Diagnose eines schizophrenen Prozesses. Die Zwangsphänomene hatten sich weder ausgebreitet, noch waren sie weiter verarbeitet worden. Sie wurden auf Befragen genau so geschildert wie früher; aber sie spielten keine Rolle mehr.

Der Fall zeigt in relativ durchsichtiger Form die Entwicklung eines schizophrenen Prozesses aus uncharakteristischen Prodromen. Es bleibt eine offene Frage, ob nicht von vornherein die Zwangsphänomene bei R. manches Atypische gezeigt haben: in der Zeit als sie allein bestanden war er nicht in ärztlicher Beobachtung. Dabei muß auch der Schwierigkeiten gedacht werden, die dadurch entstehen, daß auch die Zwangsneurose den Erkrankten isoliert und sein Ausdrucks- und Sympathieverhalten abwandeln kann. Als er zum ersten Male zu uns kam, war die Unangemessenheit der affektiven Stellungnahme schon deutlich, daneben traten auch schon die kennzeichnenden Symptome, Störungen des Ausdrucks und Sympathieverhaltens, Denkstörung und einzelne Anomalien in der Sinnessphäre hervor. Auf die letzteren wird im folgenden weiter einzugehen sein.

### b) Der akute Beginn.

Versucht man sich klar zu machen, welche Momente zu dem eindrucksvollen Bild der akuten schizophrenen Erkrankung führen, durch welche Symptome der Beginn akuter Schübe, sei es ohne, sei es nach chronischen Vorboten, welcher letzterer Fall ja der weitaus häufigere ist, in Erscheinung tritt, so zeigt es sich, daß diese Frage durchaus nicht leicht zu beantworten ist. BLEULER zählt als akute Syndrome die mannigfaltigsten Zustände auf (melancholische, manische, katatonische Zustände, Wahnsinn, Dämmerzustände, Benommenheit, Verwirrtheit, Zornanfälle, Gedenktageaufregungen, Stupor, Delirien, Wanderzustände, Dipsomanie), die er einleitend auf eine nicht ganz durchsichtige Art zu ordnen versucht als: 1. Schübe des Prozesses. 2. Exacerbationen der chronischen Zustände (welches sind die Gesichtspunkte, diese beiden Gruppen voneinander zu scheiden? Verf.) 3. Abnorme Reaktionen der kranken Psyche auf Erlebnisse. 4. Nebenprodukte des Krankheitsprozesses, deren Zusammenhang mit demselben wir vorläufig nicht verstehen: wahrscheinlich ein Teil der melancholischen und manischen Verstimmungen. 5. Zustände, die gar nicht der Krankheit als solcher angehören, sondern dieselbe komplizieren oder höchstens von derselben ausgelöst werden (auch die Trennung von 3 und 5 bleibt unklar. Zu 3 werden hysteriforme, zu 5 wiederum periodische und cyclische Verstimmungen genannt). Hören wir nun weiterhin, daß sich diese Erscheinungen in Wirklichkeit in beliebigen Verhältnissen mischen, so bringt uns auch die Begründung, daß sie ja alle auf dem gleichen Boden erwachsen und Symptome der gleichen „Disposition“ sind, weder im Verständnis weiter, noch zu einer klaren Übersicht über Vorkommnisse und Zusammenhänge.

Um uns weiter zu tasten, halten wir uns zunächst an den Hinweis BLEULERS, daß die meisten akuten Syndrome *bloße Steigerungen von chronischen* seien. Es wird sich in der Tat zeigen, daß besonders die Denkstörungen und die Gefühlsanomalien auch an dem Aufbau der akuten Zustände Anteil haben. Doch erhebt sich bereits hier die Frage, ob in der Tat, wie etwa auch CARL SCHNEIDER zu meinen scheint, die schweren Formen der Inkohärenz nur eine quantitative Steigerung der schizophrenen Gedankenflüchtigkeit und -unabgeschlossenheit seien, der Stupor eine ununterbrochene, verlängerte Sperrung und dgl. mehr. Jedenfalls tritt im Zusammenhang mit der Denkstörung, sobald sie akut einsetzt oder sich akut verstärkt, das Moment der *Versinnlichung* in einem ganz anderen Umfange in Erscheinung als bei dem schleichenden Beginn. Von seiner Erörterung und von dem Problem der Sinnestäuschungen im Rahmen der

Schizophrenie überhaupt muß deshalb eine Darstellung des akuten Beginns ihren Ausgang nehmen.

Noch unzureichender erweist sich die Annahme einer rein quantitativen Steigerung auf dem Gebiete der affektiven Anomalien. Es treten — daher rührt wohl auch die Bedeutung, welche für BLEULER die sogenannten melancholisch-manischen Zustände hier haben — *Gefühlseinbrüche* von qualitativ andersartigem Charakter auf als beim chronischen Beginn. Sie werden von BLEULER im weiteren Verlaufe seiner Darstellungen zum großen Teil den Dämmerzuständen zugeteilt. Die Frage der Bewußtseinsstörungen, welche damit angeschnitten ist, wird bei ihrer Schilderung, aber auch bei der Erörterung der psychosensorischen, wie psychomotorischen Anomalien anzuschneiden sein. Während wir uns auf dem Gebiete der anormalen Gefühlszuständlichkeiten noch vielfach auf unsicherem Boden bewegen, sind die akuten *psychomotorischen* Phänomene in vieler Hinsicht leichter übersehbar und infolge ihrer greifbaren Erscheinungsweise besser bekannt und länger studiert. Es liegt nahe, sie mit der Aktivitätsstörung in Beziehung zu bringen, doch haben uns gerade die Erfahrungen an Kranken mit extrapyramidalen Bewegungsstörungen in den letzten Jahren auf die Schwierigkeiten und Unklarheiten, die hier noch bestehen, hingewiesen.

### 1. Die Sinnesanomalien.

Mögen die Auffassungen des Wesens der schizophrenen Erkrankung bei den verschiedenen neueren Autoren noch so unterschiedlich sein, so ist doch in der Beurteilung der Sinnestäuschungen und der ihnen nahestehenden Phänomene zumindest eine einheitliche Richtung deutlich festzustellen. Trotz der Betonung der „Massenhaftigkeit“ der Halluzinationen, ihrer Rolle beim Manifestwerden der Psychose, wird allgemein ihre Bedeutung für das spezifische Krankheitsgeschehen selbst gering eingeschätzt. Das Problem der Trugwahrnehmungen ist in der Schizophrenie zu einem solchen zweiten Ranges geworden, sie werden zu den „akzessorischen“ Symptomen gerechnet (BLEULER). Die Motivierung dieser gegenüber z. B. KRAEPELIN veränderten Einschätzung ist je nach dem theoretischen Standpunkt verschieden: Während BERZE in diesem Zusammenhang den Schwerpunkt auf den durch die Insuffizienz der Aktivität veränderten Bewußtseinszustand der „Abspannung“ legt, in welchem wie in der „Schläfrigkeit des Gesunden“ Vorstellungen als Halluzinationen in die Wahrnehmungslücken einbrechen, gehen die Bemühungen CARL SCHNEIDERS auf den Nachweis der schizophrenen „Formmerkmale“ im anschaulichen Erleben; von dessen Funktionsanomalien auszugehen, scheint ihm eine erlebnisfremde Abstraktion, die der „Erlebnisgesamtheit“, dem „Vollzug“ nicht gerecht wird. Wie BERZE weist auch er auf die normalen Wahrnehmungstäuschungen in hypnagogen und ähnlichen schlafnahen Zuständen hin und zieht entsprechende formale Parallelen. BUMKE, dessen Darstellung sich vielfach mit der SCHNEIDERS deckt, hält es für selbstverständlich, „daß die schizophrenen Sinnestäuschungen mit der Denkstörung aufs Innigste zusammenhängen“; doch behandelt er sie gesondert und läßt die Frage nach der Art des Zusammenhangs offen. Vollends setzen die psychoanalytisch orientierten Bearbeiter unseres Themas die „Projektionen“ (SCHILDER) und „Objektivationen“ (BYCHOWSKI), als welche sie die Halluzinationen wegen ihres Inhaltes ansehen, in Beziehung zum Traum (JUNG), leiten ihr Auftreten verständlich aus der veränderten Stellung des Ichs zum Körper und zur Welt ab. (Wobei allerdings gerade SCHILDER wiederholt auf eine Abänderung der Erregungsverhältnisse der wahrnehmenden Organe hingewiesen hat und sie auch experimentell zu erhärten versuchte.) So betrachtet man die Sinnestäuschungen nur noch als Ausfluß einer veränderten

seelischen Gesamtverfassung, für den sinnesmäßigen Anteil daran ist das Interesse geschwunden.

Neben den mannigfachen besonderen Gründen, die zu solchen Auffassungen geführt haben, lassen sich als generelle namhaft machen: 1. Die Abneigung gegen die positivistische Überbewertung der Sinnesdaten, welche einer vergangenen Epoche der Naturwissenschaft das Gepräge gab, für das Seelische überhaupt. Man glaubt in der Assoziations- oder Denkstörung oder Aktivitätsinsuffizienz zentralere Funktionen zu fassen, welche die Natur der Erkrankung aufzuklären vermöchten. 2. Der enge Zusammenhang zwischen dem Denken und seinen anschaulichen Repräsentationen, den die neuere Denkpsychologie aufgeklärt hat, erlaubte es, die Sinnesanomalien zum Teil jenen unterzuordnen. 3. Weiterhin hat die sorgfältige psychologische Analyse der Erscheinungsweise der Halluzinationen ergeben, daß es sich gerade bei der Schizophrenie um Erlebnisse handelt, die mit der sinnlichen Wahrnehmung der Wirklichkeit oft nicht verglichen werden können und deshalb nur annäherungsweise als Trugwahrnehmungen bezeichnet werden können (SCHROEDER, ZUCKER). 4. Endlich hat — im Widerspruch zu diesem Einwand — die Gleichsetzung der halluzinatorischen Zustände in der Schizophrenie mit solchen in anderen Psychosen das diagnostische Interesse an dem Symptom erlahmen lassen.

Diese Entwicklung war zweifellos heilsam und fruchtbar. Die Behauptung SCHROEDERS, daß in der Deutung und im Verständnis der Sinnestäuschungen seit ESQUIROL keine wesentlichen Fortschritte gemacht worden seien, schießt über das Ziel weit hinaus. Die Einordnung der halluzinatorischen und ähnlichen Erlebnisse in die sinnvollen Zusammenhänge und in die psychischen Gesamtkomplexe hat zu ihrer Aufklärung dadurch erheblich beigetragen, daß an Stelle einer starren logischen Ordnung der Phänomene eine psychologisch-phänomenologische getreten ist. Zugleich haben die normalen und psychopathischen Erscheinungen wie Traum, Wachträumerei, eidetische Anlage, sog. Unterbewußtes, „Sphäre“, Einschlafdenken usw., vergleichend herangezogen, die Fragestellungen vertieft. Eine klinische Darstellung aber, will sie die Tatsachen nach ihrer Gegebenheitsweise und nicht nach von außen herangebrachten Theorien ordnen, darf sich durch alle diese Beziehungen und Analogien nicht dazu bringen lassen, den sinnesmäßigen Anteil an den pathologischen Phänomenen, mag er auch noch so eingegliedert und ableitbar sein, zu übersehen (GRUHLE). Ganz besonders beim akuten Einsetzen der Erkrankung können wir hoffen, darüber, ob hier allemal etwas „sekundäres“, „akzessorisches“ vorliegt, Klarheit zu gewinnen.

Wir beginnen deshalb mit der Wiedergabe einiger *Fälle*, bei denen beim Einsetzen des akuten Schubs die Erscheinungsweise halluzinatorischer Erlebnisse einwandfrei geschildert sind und deutlich vor Augen tritt und sich zugleich die Eingliederungsweise in das Krankheitsbild zeigen läßt. Wir geben zuerst einen Fall einer monosymptomatischen *Geruchshalluzinose* wieder und erinnern uns dabei an die wichtige Rolle, die Geruchstäuschungen bei der einsetzenden akuten Schizophrenie spielen, meist sofort wahnhaft als Vergiftungsfurcht verarbeitet.

Der 36jährige Färbereiarbeiter *Albert Dreher* (19/349) geriet nach 4 Jahren Felddienst im Juli 1918 in amerikanische Gefangenschaft. Bis dahin war er durchaus unauffällig, gesund und sozial. Als er im September 1919 zurückkehrte, erzählte er, er habe sich im November 1918 beim Baden einen Blasenkatarrh zugezogen. Als er dann seine Decken mit Gasolin gewaschen habe, sei dieser Geruch in den Körper gezogen. Seitdem sei sein Kopf heiß und schwül, er spüre ein Sausen darin, wie wenn er Wasser schwappe, er sei vergeßlich geworden. Wegen des Geruchs in seiner Haut hätten sich die Kameraden von ihm zurückgezogen; zwar hätten sie immer auf Fragen verneint, daß sie etwas riechen, um ihn nicht zu kränken. Aber man weiche ihm aus. In der Baracke kam einer und sagte „hier ist Stickluft“. Ein Bett Nachbar habe die Decke über den Kopf gezogen. Wenn es nur der säuerliche Kohlengeruch des Gasolins wäre, wäre es nicht so schlimm, aber mit dem Körper

zusammen, rieche es wie Abortröhre. Ständig und überall rieche er den ölhaltigen Geruch, auch im Freien. Er habe sich nur krank gemeldet, um im Lazarett gereinigt zu werden. Daß ihm das von dritten beigebracht sei, wird ebenso abgelehnt wie jede andere wahnhaftige Verarbeitung des Symptoms, das aber selbst mit unerschütterlicher Sicherheit festgehalten werde. Keinerlei sonstige Sinnestäuschungen, Wahnerlebnisse und dgl. Während des über einmonatigen Aufenthaltes in der Heidelberger Klinik wurden keine neuen Symptome produziert. D. verlangte heim, um Dampfbäder zu nehmen: dann wieder erklärte er, er könne nicht heim wegen des Geruches. Er lebte still, zurückgezogen, zeigte stets ein etwas gedrücktes Wesen. Dabei völlig geordnet, natürliches Ausdrucksverhalten, keine Denkstörung. Häufig fand man ihn mit vom Weinen geröteten Augen; als ihm zufällig ein alleinstehendes Bett angewiesen wurde, faßt er die Anordnung im Sinne seiner nach wie vor zentralen Geruchstäuschung auf.

Der Fall ist ungewöhnlich für die Schizophrenie wegen der zunächst fehlenden wahnhaften Beziehung auf fremde Einwirkungen, es ist aber typisch, wie an ein zufälliges, reales Erlebnis der zentrale Inhalt der Psychose anknüpft. Gewiß ist mit psychoanalytischen Deutungen solchen „zufälligen“ Inhalten beizukommen, um so leichter, je mehr Wahnmaterial bereits ankrystallisiert ist. Warum — so können wir ganz im Sinne FREUDS fragen — wird von *Dreher* von den zahllosen Möglichkeiten der Darstellung analerotisch-narzisstischer Tendenzen gerade diese gewählt? Hier waltet allerdings, auch nach unserer Meinung, kein Zufall, sondern, wenn wir darauf antworten wollen, dürfen wir das Wesentliche des Symptoms nicht beiseite schieben, eben die Geruchstäuschung. Wir glauben nicht, daß es möglich ist, sie wegzudiskutieren, nachdem z. B. die Vergiftungsfurcht bald mit, bald ohne bestimmt angegebene Geruchsanomalien bei der beginnenden Schizophrenie beobachtet wird. Daß ferner gerade im Bereich der sog. niederen Sinne Einstellung, Aufmerksamkeitshinlenkung usw. auch beim Gesunden leicht zu Täuschungen führt, darf weder hier und erst recht nicht im akustischen und optischen Bereich dazu veranlassen, das sinnesmäßig Erlebte zu vernachlässigen.

Die Erscheinungsweise der coenästhetischen Täuschungen schildert die folgende Patientin sehr charakteristisch, die übrigens auf allen Sinnesgebieten halluzinierte, aber keine Denkstörung aufwies. Auf die Verbindung der Coenästhesien mit katatonen Erscheinungen, die hier andeutungsweise auch vorhanden war, wird noch zurückzukommen sein.

*Kühchen Stern* (12/178) (2 Kusinen psychopathisch, davon eine sicher schizophren) erkrankte nach dem vierjährigen chronischen Vorstadium eines ausgebreiteten Beziehungswahns im 40. Lebensjahr an einer akuten Halluzinose. Sie hörte, während sie in der Küche den Boden schuerte, vom Nachbarhause alle ihre Arbeiten besprochen . . . z. B. auf dem Korridor eine Stimme so laut, daß sie meinte, es sei neben ihr: „wie weit bist Du jetzt? was schaffst Du jetzt, bist Du bald fertig?“ Im Nähssaal der Klinik hört sie vor dem Fenster wiederholen, was drinnen von den Kranken oder Pflegerinnen gesprochen wird, z. B. wenn eine den Zwirn oder die Schere verlangte und ähnliches, lauter Kleinigkeiten. Sie ist erstaunt darüber. Es heißt draußen: „Was haben sie jetzt gesagt?“ und dann wird es wiederholt. Sie verneint, daß ihre Gedanken gestört, beeinflusst oder nachgesprochen werden. Genau berichtet sie über nächtliche *Körpersensationen*: Sie lag im Halbschlummer und hörte eine Stimme, es war nicht wie im Traum, sie war sofort wach. „Gerade wie wenn es jemand männliches ist, ich weiß nicht, so habe ich es aufgefaßt“. Die Stimme kam von unten „ich glaube das, denn ich habe schon oft unterscheiden können, wenn es von der Seite gekommen ist“. Es hat geheißen: „Sie oder Du müssen liegen bleiben“ — was die Stimme vorher geflüstert, konnte sie nicht verstehen. „Wenn ich nicht das Gefühl gehabt hätte, es geschieht mir etwas, wäre ich gar nicht aufgestanden, denn Stimmen habe ich schon oft gehört“. Die Schultern waren ganz steif und die Arme auch und sie hatte „so ein kühles Gefühl, ich weiß selbst nicht wie das war“. „Auf einmal habe ich gemerkt, wie es gegen das Herz geht. (?) „Es ist mir unangenehm geworden“ (deutet auf die Herzgegend). „Es ist den Rücken hinten heraufgelaufen wie mit der Hand oder dem Finger“. Dabei „hat es anhaltend gesprochen“, (was?) darauf hat sie „nicht so acht gegeben“. Wie sie aufstehen wollte, hat es geheißen „sieh nur zu, ob Du noch aufsitzen kannst“. Zwischendurch „hats geheißen, ich müßte mich hinlegen“, „ich konnte mich nicht hinlegen, ich habe gesagt: ich lege mich nicht hin“. „Ich konnte nicht liegen bleiben, mein Herz hats nicht erlaubt“. (?) „Es war so unruhig, es ist bald nüber und bald rüber“. „Ich habe mich schon in die Höhe ziehen

müssen, gerade wie wenn mich was aufs Kissen zieht, so wars“. Sie hat „gemerkt, das sei nichts Richtiges. Daß mir was geschieht, das war mir *sicher*“. „Der Oberkörper war schon ganz steif“. Es habe auch geheißen „das sei so ein Magnet, wo den Körper so steif macht“. Nachdem sie eine Weile außer Bett gewesen (auf dem Gang) „hat es geheißen, es geht jetzt zurück“. „Ich habe ihm gute Worte gegeben und gebittet, es möchte zurückgehen“. „Er hat gesagt, er würde es lassen, weil ich so lieb sei“. „Ich weiß jetzt nicht, wie es war, denn in der Angst habe ich vieles überhört“. Sie *meint*, es seien zwei Stimmen gewesen, die eine im Bett, die andere draußen, die zweite habe gesagt, „es geht jetzt zurück oder so ähnlich“. Sie verneint mit großer Bestimmtheit, dies „es geht zurück“ bloß gedacht zu haben. Während sie draußen war, habe sie die Stimme im Bett nicht gehört, „ich glaub auch, daß es ruhig geworden ist“, „ich glaube nicht, daß noch gesprochen worden ist“.

Die andere Nacht sei „eine ganz andere Art“ gewesen. Eine Schwere im Körper, von den Beinen ausgegangen. „Die Art war wieder ganz anders, die erste Art war, wie wenn jemand einen packt“. „Ich weiß nicht wie ich das nennen soll — da bin ich ruhig gelegen und hab das Ding beobachtet — es ist immer weiter rauf gekommen, wenn das Herz nicht in Anspruch genommen ist, kann ich ruhig liegen bleiben“. (Schwere wie Müdigkeit?) Sehr bestimmt ablehnend: „ganz was anderes“! (Ob sie es irgendwie vergleichen könne?) „Eigentlich nicht“; alle möglichen Vergleiche werden abgelehnt. „So ein sonderbares Gefühl — Angst nicht wie das erste Mal, denn es war nicht so schlimm“ — „Wie es raufgekommen ist, gegen die Schulterblätter ists gekommen, wie wenn ich einschlafen täte, da habe ich gesagt: was ist da?“ denn es hat vorher gesprochen, so geheimnisvoll im Flüsterton, ich habe nicht unterscheiden können, was es sei, und was es sein soll. — Da hats geheißen — nicht wie unter dem Bett, sondern mehr seitwärts — etwas lauter, das habe sie dann verstanden — „sie schläft, da kann man nichts machen“. — Sie sei „aufmerksam geworden“ und habe gefragt „was ist da?“ — ich wäre eingeschlafen, aber da habe ich mich aufgerafft, weil ich merkte, das ist etwas, was nicht sein soll — es hat geheißen, sie solle heut liegen bleiben — heut will sie schlafen. Sie sei aufgestanden „weil ich gefühlt habe, da ist etwas, was nicht recht ist“. Sie habe „eine Weile auf dem Bett gesessen“, „da habe die Stimme gesagt: das sei ein Gas, wo in den Körper dringt und die Schwere verursacht, grad wie wenn man eine Spritze kriegt — „ich habe noch nie eine Spritze gekriegt, daher weiß ich nicht wie das Gefühl ist“. Sie habe gefühlt, wenn sie nicht aufgestanden wäre, wäre sie eingeschlafen — „das hat es auch geheißen, das hat auch jemand gesagt: die Gase seien so stark, das Herz wäre auch still gestanden“.

Alle die körperlichen Sensationen und Gefühle sind für sie was ganz Neues: „Stimmen habe ich schon oft gehört, das war mir nichts Neues, aber da bin ich erschrocken, das war etwas, wo man gemerkt hat, das ist nichts Rechtes“. „Ich habe gar nicht gewußt, daß so etwas existiert, das so etwas könnte passieren“. Auf alle Fragen nach einer Erklärung dieser Dinge versichert sie immer wieder, das könne sie sich nicht erklären, sie wisse gar nicht was das sei.

Die Bemühungen dieser ungebildeten Patientin eine möglichst klare Darstellung der Vorgänge zu geben und die Fragen des Arztes zu beantworten sind deutlich. Was würde aber wohl im Verständnis solcher Vorgänge gewonnen, wenn man ihre seltsamen anfallsweisen nächtlichen Körpersensationen als orgasmische Erregungen deutete? Es liegt außerordentlich nahe, bei dem älteren Mädchen an sexuelle Wurzeln dieser und der anderen Symptome zu denken, obwohl in den Inhalten solche greifbar nicht zum Ausdruck kommen. Aber zugegeben, daß solche triebhafte Faktoren auch hier mitspielen, daß sie in anderen sonst ähnlichen Fällen unverkennbar darin enthalten sind, so erreicht man mit solcher Herleitung doch in keiner Weise die eigenartige empirische Gegebenheitsweise der Coenästhesien, welche ja für die Schizophrenie so ungemain charakteristisch und auch diagnostisch wichtig sind. Aber auch die „hypochondrische“ Selbstbeachtung des Körpers infolge narzistischer Triebregression hilft hier schwerlich weiter. SCHILDER, der im übrigen die hier ansetzenden fantastischen Theorien von TAUSK kritisiert, würde vielleicht auch bei Fräulein Stern von „nicht zu verkennenden Versteifungsgefühlen“ sprechen, um die sexuelle Natur ihrer Empfindungen zu beweisen. Und vollends: wie soll man von der schlaf- oder müdigkeitsähnlichen Änderung der seelischen Haltung, dem Zustand passiver Abspannung zur Erklärung dieser auf bestimmte Teile des Körpers begrenzten Sensationen gelangen, es sei denn, man nimmt individuelle, qualitative Abwandlungen dieser Bewußtseinsänderungen an.



Der folgende Fall zeigt sichere *akustische* Halluzinationen, welche von dem Phänomen der „Gedankenbeeinflussung“ abgelöst werden.

*Andreas Ambold* (19/25) erkrankte mit etwa 39 Jahren mit einer akuten Halluzinose von dreiwöchiger Dauer. Nach seiner eigenen Angabe hat er in jüngeren Jahren reichlich getrunken, in den letzten 6 Jahren (zum Teil Kriegszeit) sei er mäßig geworden; er arbeitete als Werkzeugschlosser in einem großen Industrierwerk. Im Juli/August 1917 hörte er nachts im Bett erstmals sprechen. Da von einem Werkzeugschlosser aus F. die Rede war, habe er sich nicht anders denken können, als daß es sich auf ihn beziehe. Er ging aus dem Schlafzimmer, wo es von der Straße kam, in die Küche, wo er es von der Hofseite hörte. Von beiden Seiten gleich stark, nicht sehr laut, aus einer Entfernung von etwa 15 Meter. Er habe die Hausfrau gefragt, ob etwas gegen ihn vorliege, ob sie es auch höre. Nach drei Wochen sei es verschwunden, keine Angst, keine schwere Beunruhigung. An Weihnachten 1917 sei es erneut aufgetreten. Ständig habe er die ganze Nacht die Worte „kerzengrader Werkzeugschlosser“ gehört. Dann hatte er auch, wenn im Geschäft zwei miteinander sprachen, die Vermutung, man schimpfe über ihn. Doch hat ihm das niemand bestätigt, auch hat er im Benehmen der Kameraden keine Änderung bemerkt. Er blieb schließlich aus der Fabrik weg und machte, als ihn das nächtelange Sprechen stark beunruhigt hatte, einen Selbstmordversuch mit Gas. Im Krankenhaus, wohin er gebracht wurde, hörte er in der Zelle die beiden Worte immer noch und kam nun auf den Gedanken, daß es krankhaft sein müsse, was er den Kameraden bis dahin nicht geglaubt hatte. Auch während der Eisenbahnfahrt nach Heidelberg habe er es noch gehört — in der Klinik trat es nicht mehr auf. A. wurde nach einem Monat geheilt und einsichtig entlassen. Nichts von einer Denkstörung oder anderen schizophhren Symptomen war damals nachzuweisen.

Genau ein Jahr später wurde A. erneut eingeliefert. Man hatte ihn mit seiner schwer kranken Frau in halb verhungertem Zustand in der Wohnung gefunden. Er erzählte: bereits nach wenigen Tagen habe zuhause dies Sprechen wieder begonnen; etwa 2 Wochen später setzte etwas Neues ein: er hörte nun dauernd, wie von einer männlichen Stimme auf ihn eingeredet wurde, ist aber nicht in der Lage auch nur ein Wort anzugeben, was sie ihm sage. Er kann die Stimme auch nicht genau erkennen, habe nur den Eindruck, daß es eine männliche Stimme sein müsse, das Gefühl, daß die Person sich dauernd mit ihm beschäftige. „Wenn ich einen Gedanken fasse, wird schon darüber gesprochen, wenn ich irgendwohin blicke und etwas sehe, kriege ich schon gesagt, das ist das und das“. Er könne nicht denken, was er wolle, müsse denken, was ihm da vorgeschagt werde. Wenn er Zeitung lese, könne er nicht dabei bleiben, er müsse denken, was ihm die Stimme vorsage, ob er wolle oder nicht. Die Stimme, . . . eigentlich keine richtige Stimme . . . verfolge ihn Tag und Nacht, sogar im Traum. Länger zusammenhängend denken könne er nicht, da kämen die anderen Gedanken dazwischen. Unangenehm seien sie nur insofern, als sie störten, nicht dem Inhalte nach; oft Sachen, die ihn zum Lachen reizten, obwohl er gar nicht lachen wolle. Näheres könne er nicht sagen, sei nicht fähig, irgendetwas als gehört zu bezeichnen, was ihm die Stimme vorher zugeflüstert habe.

Diese Stimme sei anders als die frühere, damals habe ihm eine richtige Stimme zugerufen, jetzt sei es direkt ein Gedanke, der ihm eingegeben werde. Er könne dadurch nicht bei seinen eignen Gedanken bleiben usw.

Das Symptom bestand unverändert während eines über ein Jahr dauernden Aufenthaltes in der Klinik. Er sprach im Laufe der Zeit immer weniger gern davon und erklärte nach dem Inhalt der „Gedankenübertragung“, wie er es nannte, befragt, jedesmal, er könne darüber nichts sagen, da die Gedanken ihm immer weggezogen würden, wenn er darüber reden wolle. A. war dann 2 $\frac{1}{2}$  Jahre in der Heil- und Pflegeanstalt, wo sich sein Zustand nur insofern veränderte, als er die „Fernhypnose“ mit den Ärzten und der Internierung in Zusammenhang brachte. Er hielt sich dann wieder ein Jahr in der Freiheit. Bei der Wiederaufnahme in die Klinik war er ganz entgegen seinem früheren Wesen ablehnend, mißtrauisch, verschlossen und gereizt. Wenn man ihn zu explorieren versuchte, geriet er in eine flache, starre Zornmütigkeit und verweigerte jede Auskunft. Völlig einsichtslos drängte er heim, und mußte zwei Monate später wieder aufgenommen werden, nachdem er sich in der Fabrik mehrmals entkleidet hatte und wirre Reden führte. Auch jetzt wich er allen Fragen nach früheren und jetzigen Erlebnissen aus, stritt alles ab und geriet in Erregung sobald man in ihn drang.

Diese Krankengeschichte zeigt, daß auch die WERNICKESCHE Herleitung der akustischen Täuschungen aus dem „Gedankenlautwerden“, welche neuerdings SCHRÖDER für seine „Verbalhalluzinose“ wieder aufnimmt, an den Tatsachen scheitert. Die zeitliche Reihenfolge der Symptome ist bei *Ambold* genau umgekehrt. Die theoretische Selbstverständlichkeit, daß das Halluzinierte nur aus der Erfahrung des Halluzinierenden stammen kann, fand in dem Symptom

des „écho des pensées“ (DE CLÉRAMBARDT) eine willkommene empirische Stütze. Wenn wir aber sehen, wie sich in unserem Falle die Phänomene voneinander scheiden, führt die Annahme eines gemeinsamen „Grundphänomens“, des nicht weiter zerlegbaren und erklärbaren „Fremdheitsgefühls“ (SCHRÖDER), nur zu einer theoretischen Zuordnung. Wir wissen bis heute nichts über die inneren Zusammenhänge dieser Symptome und vermögen über ihr Wesen nur etwas auszusagen, wenn wir uns an die Art des Erlebens halten. Diese aber weist uns hier, wie in allen Fällen mit klaren Beschreibungen, auf die Sinnessphäre.

Dies um so mehr, als es bekanntlich auch völlig umgestaltete Akoasmen bei der Schizophrenie gibt. Wir kennen einen Fall, der jahrelang nur Pfeifen hörte. Bei der Darstellung der katatonen Phänomene werden wir mit einem Beispiel (s. S. 347) belegen, wie ein wochenlang dauerndes „Gedrummel“ den katatonen Anfall vorbereitet. Aber es wird dort andererseits auch zu zeigen sein, wie in einer hyperkinetischen Psychose ganz dürftige entotische und entoptische Empfindungen weitgehend ausgedeutet werden. Man muß sich gegenwärtig halten, daß in der Schizophrenie wie in keiner anderen Psychose plötzlich ganz oder fast ganz umgestaltetes sinnliches Material in Erscheinung treten kann, daß aber auch — und das viel häufiger — zumal bei den weit überwiegenden akustischen Trugwahrnehmungen sinnvoll geformte Halluzinationen, selbstverständlich aus den Tendenzen der Persönlichkeit des Kranken, vorkommen. Für die moderne Wahrnehmungspsychologie ist die Unterscheidung nicht mehr von Bedeutung<sup>1</sup>.

Wir ergänzen den vorigen Fall durch das Bruchstück einer Krankengeschichte, bei der etwa gleichzeitig mit den Gehörstäuschungen die Denkstörung einsetzte, doch von ihr deutlich zu unterscheiden ist.

*Fritz Reisle*, 19 Jahre alt, dessen Vater gleichfalls wegen Schizophrenie in der Klinik wiederholt behandelt wurde, war schon als Kind verschlossen und unmotivierten Stimmungsschwankungen unterworfen, die sich in den Jahren vor dem Ausbruch der akuten Psychose zu abgegrenzten Phasen von Gereiztheit und lahmer Gedrücktheit steigerten. Beim Ausbruch der akuten Psychose traten objektiv, nach Angabe seiner Umgebung, unmotiviertes Lachen, barsches, herrisches Wesen, sinnlose Handlungen und einzelne verwirrte Äußerungen hervor. Er wurde in einem Zustand zerfahrener Erregtheit mit vorwiegendem Rededrang in die Klinik aufgenommen (4. 7. 1925) und berichtete selbst über den Beginn seiner Psychose Folgendes: seit dem 4. April sei er nicht mehr im Geschäft. In der Nacht vorher schlief er schlecht, er war unruhig, alles kam ihm unheimlich vor. Er piff zum Fenster hinaus und bekam Antwort. Am Fenster stehend hörte er helle Kinderstimmen, die ununterbrochen rasend schnell plärrten, „Bronchitis, Bronchitis, wir haben auch Bronchitis . . .“ (R. litt früher an einer Lungenaffektion). Es kam ihm vor, als laufe einer mit Stelzen die Treppe herunter, so laut und dröhnend ging er. Von diesen Phänomenen trennt er scharf die „Gedankeneinflößung“, wobei ihm bestimmt Namen wie Ford, Hindenburg zwischen seine anderen Gedanken kommen. Die Kinderstimmen seien keineswegs im Kopf oder im Ohr gewesen, hätten ihn erstaunt, dann in furchtbare Angst versetzt. — Die Denkstörung war auch objektiv nachweisbar.

Es folge nunmehr ein Beispiel, bei dem sich die wesentlichen Anomalien auf *optischem* Gebiet abspielen.

*Albert Kirner* (25/621), ein 23jähriger Polizeistreifenmeister, hat zwei schizophrene Geschwister, außerdem ist eine Mutterschwester schizophren; sämtliche wurden in unserer Klinik beobachtet. Albert galt als der gesundeste in der Familie. Er entwickelte sich durchaus normal, war mittelmäßig begabt, gesellig, lebhaft, anpassungsfähig. Er arbeitete in der Munitionsindustrie und sorgte für die Mutter, solange der Vater im Feld war. Dann war er ein 1/2 Jahr bei der Reichswehr, machte die mitteldeutschen Unruhen mit. Nach der Auflösung der Formationen wurde er Hoteldiener in Süddeutschland, meist länger in der gleichen Stelle. Seit Juni 1923 ist er bei der Polizei, wo er sich sehr wohl fühlte. Einer der besten auf der Polizeistube, schnell befördert, hatte er Spaß am Dienst. Stets verträglich, gesundes Selbstvertrauen, nicht scheu, gewandtes Auftreten, er fand sich überall zurecht. Seit 3 Jahren hat er ein festes Verhältnis mit einem Mädchen, das er heiraten will. Bei der ersten Exploration im November 1925 in der Klinik, wohin er vom Polizeiarzt eingewiesen wurde, weil er über Kopfschmerzen klagte, erzählte er mit lebendiger

<sup>1</sup> Vgl. Band I dieses Handbuchs.

Anteilnahme vom Dienst und den häuslichen Verhältnissen. Mit gutem Urteil äußerte er sich über Erkrankungen seiner Geschwister und über die Unstimmigkeiten, die dadurch zuhause entstanden.

Seit 3 Monaten leide er dauernd an Kopfschmerzen, als drücke ihm eine Faust auf den Kopf. Gleichzeitig bemerkt er ein Nachlassen im Unterricht. Beim Kartenlesen verwirre sich oft alles. Die Zeichnung werde ein Durcheinander, ein Klumpen. Oder es drehe sich plötzlich alles rechts herum und zwar um den Punkt, den er gerade fixiere. Wie ein Wirbel, ein grauer Fleck . . . von der übrigen Karte sehe er nichts mehr. Beim Lesen: die Zeilen zogen sich zusammen zu einem dicken schwarzen Strich, nach der Mitte zu, Buchstaben sah er nicht mehr, vermochte nichts zu entziffern. Bei schriftlichen Arbeiten lief plötzlich alles für einen Moment durcheinander. — Auf Posten als Verkehrsschutzmann drehte sich plötzlich alles rasend schnell um ihn als Mittelpunkt. Die Häuser, Straße, Fahrzeuge alles wuchs auf ihn zu. Die Häuser verschoben, die Menschen in die Länge oder Breite gezogen, fratzenhaft verzerrt, so daß er einzelne Züge nicht unterscheiden konnte. Konturen verschwommen, alles blaß, grau, farblos, das Licht gedämpft. „In diesem Moment lief alles wie rasend“. Dabei lähmende Angst, Druck auf den Magen, Atemnot, klammerte sich an sich selbst. Oder: plötzlich wickelte sich um ihn alles ganz geräuschlos ab, wie im Film, dabei keine Veränderung des optischen Eindrucks; in den Ohren ein summend-brummendes Geräusch. Manchmal sah er Gebäude dastehen, in voller Plastizität, die gar nicht da waren. Die Straße dabei nicht verändert, nur ein Gebäude an einem freien Platz, das im Moment wieder verschwunden war. Manchmal erschien alles fremd, wie nie gesehen, er sah näher hin, alles war wie sonst. Öfter sah er Fahrzeuge kommen, sprang beiseite, weil er meinte, das Auto komme in rasender Fahrt — dabei fuhr der Wagen ganz langsam. Dabei keine Veränderung der Straße, keine Scheinbewegung des Gesamteindrucks. Er war wie erlöst, wenn der Dienst vorbei war; die Geräusche quälten ihn, sie klangen viel lauter, sie taten ihm weh, sogar die eigene Stimme. Beim Gehen hatte er oft das Gefühl, als sei ein Bein wie eingeschlafen, oder als ginge er auf weichem Morast.

Daneben eindeutige Schilderung von *Gedankenentzug*, der aber nicht mit den schwindelartigen Erscheinungen zugleich auftritt. Manchmal Augenblicke wie gedankenleer. Wenn er dann auf der Straße die einfachsten Dinge gefragt werde, wisse er nichts zu sagen. Dabei immer den Hintergedanken: Hergott, Du weißt doch — konnte es aber nicht finden und sagen. Er war absolut leer, unfähig zu einem klaren Gedanken. Im Moment danach hatte er alles wieder gegenwärtig. Oder: er sah ein Auto kommen, gab das Durchfahrzeichen und hatte es sofort wieder vergessen, hielt den Wagen an, fragte den Chauffeur, warum er die Richtung nicht anzeige. Hatte vollkommen vergessen, daß dieser sein Durchfahrzeichen schon gesehen hatte. — Beim Nachschlagen in einem Buch wußte er plötzlich nicht mehr, was er wollte und mußte „sich erst richtig in die Situation hineinleben, um das Ende zu finden“. — Er dachte z. B., dieses Auto muß so fahren. Dann kam ihm plötzlich etwas dazwischen. Er hörte etwas, was gar nicht hineinpaßte; es war niemand in der Nähe, doch hörte er es laut — d. h. er konnte nicht richtig auseinanderhalten, ob es gehört war, oder ein Gedanke. Oder wie wenn man ihm etwas zu lesen vor die Augen schöbe.

In den letzten Wochen merkt er, daß man ihn auf der Straße anschaute, daß die Leute, oder auch die Kameraden hinter ihm her tuschelten. Er erregte sich darüber so, daß er an sich halten mußte, nicht zuzuschlagen. Etwas mißtrauisch sei er wohl von jeher, in letzter Zeit aber in besonderem Maße. Er meinte, die Vorgesetzten ritten besonders auf ihn herum. Das Verhältnis zur Braut blieb unverändert, wurde eher inniger. Zuhause führte seine Gereiztheit zu vermehrten Auseinandersetzungen. Auf der Straße hörte er spöttische Bemerkungen: „Dämelak“ und dgl. Öfter fuhr er die Leute an. Die Gesichter der Vorbeigehenden waren oft spöttisch und höhnisch, ohne daß sie etwas sagten. Wenn ihn jemand scharf ansah, hatte er das Gefühl, man wolle ihn hypnotisieren.

Während K. in der ersten Zeit des Klinikaufenthaltes (trotz voller Einsicht, daß er gemütsleidend sei, wie die Geschwister) an der Realität des Beziehungswahns festhielt, kämpfte er später solche Anwandlungen nieder: wenn 2 oder 3 Personen auf der Station zusammen standen, hatte er das Gefühl, man rede von ihm, dann sagte er sich aber, daß es Einbildung sei.

Schließlich wurde in den letzten Monaten vor der Aufnahme der nächtliche Schlaf schlechter, er lag von 1—2 Uhr ab in einer Art von Halbschlaf und träumte szenisch, lebhaft, wie Wirklichkeit deutlich. Er ist aber beteiligt, es ist „wie das wirkliche Leben“. Während er früher nur „wesenlose Sachen“, zusammenhanglos, schattenhaft träumte, weiß er jetzt beim Erwachen aus dem Halbschlaf nicht, ob er geträumt hat, oder ob es Wirklichkeit war. Diese Wachträumereien setzten sich in letzter Zeit auch in den Tag fort, im Dienst muß er „alles sehr im Kopf behalten“, um den Unterschied zwischen Traum und Wirklichkeit nicht zu verlieren. Der Inhalt der Wachträumereien entspricht überwiegend seiner Tagesstätigkeit im Dienst.

In der Klinik besserte sich der Schlaf, die Träume verschwanden. Beruhigt konnte K. nach etwa 3 Wochen entlassen werden.

Sehen wir zunächst einmal von dem charakteristischen Zusammenspiel der Trugwahrnehmungen mit Denkstörung und Beziehungswahn im vorliegenden Falle ab, so vermittelt er uns in der klaren und objektiven Beschreibung wesentliche Züge der *Wahrnehmungsanomalien* in der beginnenden Schizophrenie: Überempfindlichkeit, hier besonders für Gehörseindrücke, räumliche und zeitliche Verzerrung der optischen Wahrnehmungsgegenstände, Abänderung von Farben- (Kontrast-) und Bewegungseindrücken, Wahrnehmungsausfälle, Entfremdung der Wahrnehmungswelt, Versinnlichung von Gedanken und Vorstellungen, ähnlich wie im Traum: hier auch im Traum selbst; endlich echte optische und akustische Halluzinationen „neben und gleichzeitig mit realen Wahrnehmungen“ (JASPERS). Ohne eine Abänderung des sinnesmäßig vermittelten Materials sind die Erscheinungen, die hier auftreten, nicht erklärbar. Mögen diese Abänderungen durch Störungen des Gesamtbewußtseins bedingt sein, mag man sie auf einen theoretischen Zentralfaktor wie etwa die Aktivitätsschwäche zurückführen, sie sind, wenn man sich an die Erscheinungen hält, und von der in den meisten Fällen fast unabtrennbaren, nachträglichen gedanklichen Verarbeitung abstrahiert, unbestreitbar. Wir sehen bei *Kirner* in einer ungewöhnlichen Objektivität erfaßt das Material zu einem Weltuntergangserlebnis, das aber als solches nicht erlebt wird; warum ist eine Frage, die hier nicht beantwortet werden kann (vgl. S. 368). Und wenn auch durchaus nicht bestritten werden soll, daß für die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes die Modalität der Erlebens- und Verarbeitungsweise des sinnesmäßig Gegebenen von größter Bedeutung ist, so lehrt doch eine rein phänomenale Betrachtung, daß auch die Art dieser sinnesmäßigen Gegebenheit selbst nicht gleichgültig ist. Ungemein aufschlußreich waren für uns in dieser Hinsicht die Erfahrungen im *Meskalinrausch*, der ja eine Fülle solcher schizophreneähnlichen Symptome aufzuweisen hat, ohne daß sie in der Regel wahnhaft verarbeitet werden (auch das kommt vor), und vor allem, ohne daß eine Denkstörung nach Art der schizophrenen vorliegt. (BERINGER, MAYER-GROSS und STEIN.)

Fraglos sind Fälle, wie *Kirner* auch geeignet, die Meinung CARL SCHNEIDERS zu stützen, wonach der Schizophrenie erst von der „Erlebnisvariante“ des *Einschlafens* her einige psycho-pathologische Klärung zuzuführen sei. Die Art und Weise wie die anschauungsmäßig abgewandelte Welt und die gestörte Funktion des Denkablaufs zusammenwirken, wie von der dadurch erzeugten inneren Unsicherheit der Beziehungswahn verständlich ableitbar ist, endlich das Ganze sich eingliederbar erweist in eine selbst empfundene Verwischung des Unterschiedes zwischen Schlaf und Wachen: Das zeigt uns, daß SCHNEIDER auf funktionell gesetzmäßige Gesamtstörungen hingewiesen hat, die größte Beachtung verdienen.

Trotzdem sind wir aus den schon vielfach erwähnten Gründen zunächst einmal mißtrauisch und prüfen die Einheitsbildungen näher. Dabei zeigt sich, daß die Sinnesanomalien des vorliegenden Falles nicht ohne weiteres nur eine Folge der Denkstörung sind; das ergibt sich einmal daraus, daß sie gesondert von Gedankenentzug auftreten, vor allem aber auch sonst in Stärke und Ausprägung oft nicht mit der Denkstörung parallel gehen. Hierzu im folgenden ein kurzer Beleg:

*Berta Krüner* (26/178) erkrankte manifest Weihnachten 1924, wo sie zum erstenmal Verfolgungsideen äußerte. Der Beziehungswahn bestand nach ihrer eigenen Angabe schon jahrelang vorher, sie wechselte ihre Stellen als Verkäuferin häufig, weil sie sich überall beeinträchtigt glaubte. Beim Ausbruch der akuten Psychose etwa Januar 1926 im 37. Lebensjahr glaubte sie sich von einem Vetter hypnotisiert, hörte allenthalben über ihre häuslichen Verhältnisse fremde Leute sprechen. Etwa gleichzeitig berichtete sie: „Meine Mutter ist im Haus rumgelaufen, wie soll ich denn sagen, wie wenn sie aus Holz wäre, sie hat immer geschafft, gekocht, gemacht, aber es war doch nicht das Richtige, — wie

an einem Draht gezogen, automatenhaft, gar nicht wie wenn Leben drin wäre. — Auf einmal stand da der Vater, da die Mutter, wie hingezaubert, ich konnte keinen Zusammenhang hineinbringen“. Die Katze, die sie schon 5 Jahre hatten, hatte so komische Façon, Hinterbeine, die dreimal so lang waren wie sonst — der Dackel war verändert, größer und dicker. „Die Mutter sprach gar nicht mehr zusammenhängend, hat immer 5 Minuten ausgesetzt, bis sie weiter sprach. Oft hab ich gedacht, meine Mutter ist nicht recht gescheit. — Die ganze Geschichte kommt mir unheimlich und unnatürlich vor“.

Auf andere Einzelheiten des Falles sei hier nicht näher eingegangen. Es fehlte aber jede Denkstörung, sowohl subjektiv wie objektiv, nichts von Gedankenentzug, keine Wachträumereien oder ähnliches, kein Nachlassen der Aktivität. Auf affektivem Gebiete bestand eine eigenartige parathymische Dauerstimmung, die die Kranke selbst als „lachende Angst“ bezeichnete. Sie klagte ständig über Angst, ohne daß sich zunächst die Beziehungswahrerlebnisse in der Klinik fortsetzten, mit gleichgültig lächelndem Gesicht.

Nach einmonatlichem Aufenthalt in der Klinik war sie ein halbes Jahr zu Haus. Dort trat plötzlich ein zerfahrener Rededrang auf. Bei der Wiederaufnahme befand sie sich in erheblicher sprachmotorischer Erregung, erfüllt von religiösen Größenwahnideen: „ich bin ein Hofnarr, ein Hofnarr ist immer das Gescheiteste. Meine Mission ist erfüllt hier, die Weltgeschichte wartet, sonst kommt ein ganzes Land in Not . . . ich bin reicher wie ich weiß, ganz Heidelberg gehört mir . . . (zum Arzt gewendet): ich kann alles machen, ich mache die religiöse Wohlfahrt des Landes. Ich will keine gefüllten Schweineställe, ich will Weihrauch, ich will jubelnde Gesänge, Musik und Posaunen, allen Reichtum wie die Mohammedaner. Ich bin die Wahrheit und das Leben und der Weg . . . Die Schw.-Oberin ist eine Gräfin, ist die erste Dame, die mich heiratet. Ich bin Gottes Stimme, wer gibt mir 40 Pf. bis nach Seckenheim? Mein grüner Hoffnungsmantel ist verpfändet . . .“

Lag es im Fall *Kirner* noch nahe, Denkstörung und Sinnesstörungen auf eine gemeinsame Ursache zu beziehen, so sehen wir hier keine Möglichkeit der Rückführung. Nach jahrelang währendem Beziehungswahn ohne faßbare Mitwirkung der Sinnestätigkeit kommt es zum plötzlichen Auftreten von Trugwahrnehmungen. Gleichzeitig setzen parathymische Affektanomalien ein. Monate später erst finden wir bei einem weiteren Schub deutliche Symptome der Denkzerfahrenheit. Man beachte auch — die Analyse ähnlicher Fälle zeigte das immer wieder — die Unmöglichkeit einer verständlichen Ableitung der optischen Trugwahrnehmungen in den beiden Fällen aus dem Beziehungswahn. Es dürfte schwer zu zeigen sein, inwiefern die Wahngedanken hier „den Inhalt des Vernommenen bedingen“ sollen (SCHRÖDER). Eher wäre zu fragen, ob nicht umgekehrt pathologische Abwandlungen des Wahrnehmungsvorgangs, z. B. im Falle *Kirner*, die wahnhaftige Umwelterfassung nahe legen. Doch scheint uns keine der beiden genetischen Ableitungen solcher Zustandsbilder fruchtbar. Es bleibt vorläufig nichts anderes übrig als die *isolierende Betrachtung* bestimmter Gruppen von Einzelsymptomen. Gerade der Beginn des Prozesses zwingt, wie man sieht, zur Ziehung von Trennungsstrichen auch in Symptombildern, die sich anscheinend leicht als einheitlich geschlossene auffassen lassen. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir dies darauf zurückführen, daß hier noch die Vergegenwärtigung des tatsächlich Erlebten durch Introspektion des erlebenden Patienten möglich ist. Das Fortschreiten des Krankheitsprozesses bringt mit einer größeren Mannigfaltigkeit der Symptome auch ein vereinfachendes Zusammenspiel hervor. Die auch in der Krankheit nicht zerstörbare Tendenz des Seelischen zur sinnvollen Einheitsbildung tritt in Wirksamkeit; darüber hinaus kommt es zu einer umbildenden Verarbeitung der Phänomene, die dem Beobachter eine Scheidung erschwert, vielmehr eine Vereinheitlichung unter diesem oder jenem theoretischen Gesichtspunkt nahe legt.

Wir haben hier, wo es sich um die Beziehungen zur Denkstörung handelt, absichtlich Fälle mit Bevorzugung des *optischen* Gebietes herangezogen — obschon das Optische in der Schizophrenie eine relativ geringe Rolle spielt — weil hier die Verhältnisse besser überschaubar, die Abtrennung gedanklicher Bestandteile leichter möglich ist, als in der Sphäre des Akustischen, das durch seine enge Verknüpfung mit Sprache und Denken den sinnesmäßigen Anteil nicht

entsprechend hervortreten läßt. Aber wir sind der Überzeugung, daß auch auf dem Gebiete des Gehörs ganz in der gleichen Weise Abwandlungen des durch die Sinnesapparate vermittelten Wahrnehmungsmaterials stattfinden, und die Störung nicht *nur* „durch Verhinderung gegenständlich geordneten Denkens Bedingungen schafft, unter denen nach allgemein psychologischer Erfahrung unsere Vorstellungen besonders deutlich werden“ (CARL SCHNEIDER). Diese Bedingungen normaler Versinnlichungsbereitschaft hat SCHNEIDER in sehr einleuchtender Weise zum Vergleich herangezogen: Besonders das Müdigkeitsdenken, hypnagoge Zustände, beginnende Narkose, alles Zustände veränderten, mehr oder weniger getrübtten Bewußtseins, welche analogisch die „Erlebnisstörung“ der Schizophrenie aufklären sollen. Aber man würde doch wichtige Fragen gar nicht mehr stellen, wenn man sich mit dieser Feststellung begnügte und der Meinung wäre, der Schizophrene sei eine Art wacher Einschlafender, der seine seelischen Innenvorgänge beobachtet.

Stellen wir uns einmal für einen Augenblick auf den Standpunkt, daß diese Analogie völlig zuträfe, so ergeben sich folgende Fragen:

1. Woher rührt bei der Flüchtigkeit und Undeutlichkeit der „Gedanken“, die sogar zu einer „Auflösung der (äußeren) Gesamtwahrnehmung“ führt, die Zuwendung zum eigenen Vorstellungsablauf? 2. Wie ist dessen relativ klare Erfassung trotz jener Flüchtigkeit usw. möglich? 3. Wodurch kommt aber denn überhaupt jene Versinnlichungsbereitschaft in der Müdigkeit, in der beginnenden Narkose usw. zustande? Denn damit, daß wir dort ähnliches wie in der Schizophrenie aufweisen, sind wir einer Erklärung beider Vorkommnisse nicht überhoben. Aus der Flüchtigkeit der unanschaulichen Gedanken kann kein anschauliches Korrelat entstehen. 4. Eine „toxische“ Entstehung des getrübtten Bewußtseins enthebt uns erst recht nicht der Pflicht, uns klar zu machen, was denn diese Bewußtseins-trübung psychologisch sei; in unserem Problemkreis, was an ihr versinnlichend wirke? 5. Wie kommt es z. B., daß bestimmte Gifte, Hypnotica, diese Teilerscheinung des Müdigkeitserlebnisses geradezu unterdrücken, jedenfalls so gut wie gar nicht fördern, wohingegen andere, z. B. Hyoscin, vor allem aber Meskalin und Haschisch eine Fülle zugehöriger Phänomene, oft identisch mit der akuten Schizophrenie, hervorgerufen? 6. Endlich sind bestimmte, gerade besonders kennzeichnende Phänomene wie das Mitsprechen der Gedanken („Gedanken hören“), das Mitsprechen der Tätigkeiten, die halluzinatorische Vorwegnahme der Gedanken weder aus der einfachen Zuwendung nach Innen, noch aus der Änderung des „Vollzugs“ nach Art einer Bewußtseins-trübung herleitbar.

Auf alle diese Fragen gibt es heute nur die eine Antwort: die Annahme von Anomalien des Apparates, der dem sinnlich-anschaulichen Erlebnis zugeordnet ist.

Sehen wir daher im Beginn der Schizophrenie, wie etwa im Falle *Kirner* Änderungen der optischen Wahrnehmung, welche wohl sicher den Störungen im Gebiet des Vestibularis entsprechen, in diesem wie im Falle *Kruner* Abwandlungen des Bewegungsssehens, die im Meskalinrausch vorkommen, wo diese Funktion nachweisbar stark beeinträchtigt ist, ferner sinnesmäßige Überempfindlichkeit, welche gleichfalls beim Meskalinisierten exakt experimentell nachgewiesen werden konnte, so scheint es uns nicht notwendig, auf eine Unbekannte, sei es nun die assoziative Schaltschwäche (BLEULER), sei es ein irgendwie verändertes Bewußtsein zurückzugreifen, um dem Wesen dieser Erscheinungen und der Trugwahrnehmungen überhaupt näher zu kommen. Allerdings hören wir — das kann nicht bestritten werden — gerade von Kranken mit akutem halluzinatorischem Beginn oft Hinweise auf Änderungen der allgemeinen seelischen Verfassung in den Zeiten des Halluzinierens und der Versinnlichung der Gedanken; doch ist diese Änderung, wenn sie überhaupt nachweisbar ist, oft eine so geringfügige und jedenfalls von dem analogisch herangezogenen schlafähnlichen so verschiedene, daß, wenn der Schizophrene sie überhaupt bemerkt, bei ihm die so wesentliche Kontinuitätsunterbrechung fehlt, welche in allen vorher genannten Vergleichsfällen die korrigierende Stellungnahme ermöglicht. Wir belegen das durch folgendes Beispiel:

Karl Schweubel 23/318 (geb. 1875) kam im 48. Lebensjahr wegen eines wenige Tage vorher ausgebrochenen akuten schizophrenen Schubs in die Klinik, in welchem er seine Frau so heftig mit dem Schürhaken schlug, daß sie bewußtlos liegen blieb.

Karl Schweubel war nach Angabe seines Bruders schon als Kind etwas still, schwächlich und empfindlich. Er war befangen und zog sich leicht gekränkt zurück. Da Sch. auf der Realschule nicht mitkam und auch körperlich viel kränkelte, ließ man ihn Frisör werden. Als solcher arbeitete er nach beendeter Lehrzeit in den verschiedenen Städten der Schweiz 6 Jahre lang. Dann veranlaßte ein nicht näher aufklärbarer Zustand von „Blutarmut“ und Heimweh die Eltern ihn nach Haus zu nehmen. Möglicherweise hat es sich damals (im 21. Lebensjahr) um den ersten Erkrankungsschub gehandelt; weder aus seinen eigenen Angaben, noch aus denen seiner Angehörigen ging das eindeutig hervor. Nach einem halben Jahr nahm er seine Arbeit wieder auf, hatte Stellungen in Brüssel, Paris, Baden-Baden, und machte sich schließlich 1898 in Wiesbaden selbständig. 1906 siedelte er nach Pforzheim über, weil er, wie er selbst angab, in dem Geschäft in Wiesbaden trotz eifriger Tätigkeit nicht recht vorwärts kam, und sich abgemattet fühlte. In Pforzheim reussierte er und fühlte sich wohl. Auch die Kriegsdienstzeit bei einem Landsturmabteilung und die wirtschaftlichen Nöte der Nachkriegszeit bestand er, ohne aus dem seelischen Gleichgewicht zu kommen. Zuletzt arbeitete er im väterlichen Geschäft als Maler, nachdem er seinen Friseurladen hatte verkaufen müssen. Gemeinsam mit Vater und Frau trat er, offenbar auf Veranlassung des Vaters, ein Jahr vor Ausbruch der Erkrankung in eine religiöse Sekte, wie solche in Sehs. Wohnort sehr verbreitet sind, ein, in die apostolische Gemeinschaft. Es ließ sich nicht nachweisen, daß pathologische Momente, erste Zeichen einer beginnenden Persönlichkeitsveränderung, bei diesem Schritt mitwirkten.

14 Tage vor dem eigentlichen Ausbruch des Psychose bemerkte er, daß eine Änderung mit ihm vorging, die er nur schwer in Worte fassen kann. „Ich fand, daß da was ist, was krankhaft sein muß“. Körperlich fühlte er sich müde, hatte wenig Kopfschmerzen, keine Schlaflosigkeit, guten Appetit, keine Atem- oder Herzbeschwerden. Er war dysphorischer Stimmung ohne Anlaß. Da er selbst keine Gründe finden konnte, kam er auf den Gedanken, daß es krankhaft sein müsse. Zwar verlor es nie einen bitteren Beigeschmack für ihn, daß er nicht mehr selbständiger Geschäftsinhaber war, doch spielte auch dieser Gedanke zu der angegebenen Zeit keine besondere Rolle.

In dieser leer dysphorischen, beklommenen Zeit traten zum ersten Mal *Sinnes-täuschungen* auf. Eines Tages, als er auswärts Anstreicherarbeiten verrichtete, sah er plötzlich mit halbgeschlossenen Augen in der Größe einer Visitenkarte einen weiblichen Steiß, von dem ein dicker Wurm nach vorne zog. Er sprach vor sich hin: wo will das hinaus? In diesem Augenblick kam ein jung verheirateter Arbeitskollege vorbei. Er sagte zu diesem: „Du, Deiner Frau ist etwas passiert, ich hab etwas gesehen“. Kurze Zeit nach diesem Vorfall am gleichen Vormittag sah er etwas in den Wolken: ein riesengroßes Kreuzifix, heilige Gestalten, ferner ein Bett, vor dem seine Frau kniete. Er hielt diese Gestalt für seine Frau mit völliger Sicherheit, „weil ich dachte, es wäre etwas passiert, da mein Vater gerade krank war“. Die Vision war ein großartiges erschütterndes Bild. Beängstigt ging er sofort nach Hause. Dabei stand die Erscheinung immer in gleicher farbig leuchtender Plastizität am Himmel. Die vorwiegenden Farben waren rot und gelb. Während des Heimwegs wechselte die Frau die Stellung und sah zum Fenster hinaus, was er als ein Zeichen auffaßte, daß er sich eilen sollte. Zu Hause fand er die Frau kochend, es fehlte ihr gar nichts. Er aß zu mittag und ging wieder ins Geschäft. Immer noch war die Erscheinung am Himmel, jedoch an der rechten Seite 3 schwarze Teufelsgestalten, silhouettenartig um das Kreuzifix. Diese kamen in Streit miteinander und verschwanden. Er dachte: Da lacht der liebe Gott darüber. Dann stand ein neuer größerer Teufel da, er dachte dasselbe, da verschwand auch dieser. Schließlich arbeitete er wieder auf seiner Arbeitsstelle weiter.

Zu jener Zeit habe er öfters einen starren Blick bekommen. Mittags, wenn er sich gegen seine Gewohnheit müde auf einen Stuhl setzte, schaute er jeden starr an, der vorüberging und blickte ihm nach, ohne daß er sich eines Grundes für dieses Verhalten bewußt war. Es ging eigentlich gar nichts in ihm vor. Das Augapfelgefühl war angespannter, doch war die Beweglichkeit des Auges vollkommen erhalten, er sah klar und deutlich; auch die übrigen Sinne funktionierten. Als er dann wieder an die Arbeit ging, hatte er ein zunehmendes Gefühl von körperlichem Mißbehagen, war in einer erwartungsvollen Stimmung, meinte, man habe die Türe verschlossen und werde ihn nicht mehr hinauslassen, war überrascht, daß er ohne weiteres die Arbeitsstelle verlassen konnte. Ein Gefühl, als ob er leichtes Fieber hätte, beherrschte ihn die ganzen Tag bis zum Ausbruch der Erregung.

An diesem Tage ging er wegen seiner Nervosität nicht zur Arbeit. Er half der Frau in der Küche beim Zwetschenaussteinen. Wie er mit der Arbeit fertig war — sein Gefühlszustand sei ganz normal gewesen — habe er, ohne daß eine Auseinandersetzung vorangegangen wäre, zur Frau gesagt: ich geh jetzt weg. Sie habe ihm widersprochen und ihn aufgefordert zu bleiben. Beide seien ins andere Zimmer gegangen. Er habe entgegnet:

wie kommst du dazu, daß ich nicht fort soll, wer sagt denn das? Die Frau habe entgegnet: der Teufel. „Da schau ich sie so plötzlich an, in die Augen, mach die Türe zu, wir packen uns, fallen zu Boden, wälzen uns schrecklich auf dem Boden herum. Vom Ofen fällt der Einsatz heraus, wir greifen beide danach, die Frau hat ihn. Ich dachte, du unterliegst nicht, ich fasse das Ding, schlage zu, da hat es geblutet, sie war dann plötzlich ruhig. Ich stehe auf, nehme die Schlüssel, schließe ab und gehe weg zum Ältesten der apostolischen Gemeinde, der holte 2 Kriminalschutzleute. Dann kam die Angst. Ich dachte, man will mir etwas tun. Die Schutzleute schauten mich starr an, ich bin aber geduldig mit und habe mich nicht gewehrt“.

Die Ehefrau schilderte uns den Vorgang ganz ähnlich. Ohne daß ein Wortwechsel vorausgegangen sei, verließ er die Küche und ging in das Zimmer. Da die Frau ihm nicht recht traute, ging sie ihm dorthin nach, wo ein heftiger Erregungszustand ausbrach, in dem er die Frau mit einem Schürhaken so schlug, daß sie bewußtlos liegen blieb. Auch die Frau berichtete, daß er sie gefragt habe, was hinter der Schlägerei stecke, und sie habe gemeint, der Teufel. Er habe in sie gedrungen, wollte den wahren Namen des Urhebers wissen, den die Frau nicht sagen konnte.

Nach der Verbringung in das städtische Krankenhaus hat Sch. wieder vorwiegend optisch halluziniert; wiederum wurden ihm wie ausgeschnittene Papierfiguren gezeigt und unsittliche Sachen vorgemacht. Bei der Verbringung in die Klinik, 3 Tage nach dem Ausbruch der Psychose, standen gleichfalls zahlreiche Sinnestäuschungen im Vordergrund des Bildes. Er war unkonzentriert und abgelenkt und sprach von Stimmen. Teils waren es gedachte, teilweise äußere Stimmen. „Die einen kommen von außen rein, das sind die falschen, die andern kommen von innen heraus, das sind die echten“. Damals machte er auch Angaben über Körperbeeinflussungen: „Dieses Summen da — fährt mit der Hand im Kreis herum — die giftigen Sachen und das andere . . . Das ist ungefähr so, wie wenn man ganz feinen Sand hat und jedes kleine Körnchen hat ein scharfes kleines Häkchen, und dieses Häkchen — wie es aussieht, weiß ich ja nicht, ich kann nur aussagen, wie es empfunden wird — hat ungefähr einen Geschmack und dann noch etwas. Als fließendes Wasser kam, hat sich die Sache miteinander verbunden und die Häkchen wollen immer wieder tiefer hineingehen. Das war so mein Empfinden. Es ist so etwas Giftiges (grimmasiert). Auf diese Häkchen folgt der Tod, das Gute ging, das Böse kam“.

In der Folgezeit sind bei uns in der Klinik zweimal *Zustände gehäufter Sinnestäuschungen*, das erste Mal zusammen mit Denkstörung aufgetreten, welche einen *anfallsartigen Charakter* hatten. Am 19. 11. 1923 abends ging er aus dem Bett, schien verstört, sagte, das Bett zittere so und legte sich in ein fremdes Bett. Die ganze Nacht war er schlaflos. Am andern Morgen berichtete er zunächst etwas verlegen, schließlich freier: wie er sich gestern Abend zu Bett legte und wenige Minuten darin lag, er plötzlich zu zittern begann, die Zähne klapperten, so wie wenn man naß in Zugluft kommt. Dabei hatte er Kopfweh, nicht vom Migränetyp. Die Muskulatur sei nicht gespannt gewesen, keine Hemmung der Beweglichkeit, vergebens habe er versucht, durch Fäusteballen das Zittern abzuschwächen oder es sonst willkürlich zu unterdrücken. Dabei leichte Brechneigung, sah etwas verschwommen, flimmerig. Keine Zuckungen der Glieder, keine Spontanbewegungen, kein Schwindel. Das rote Nachtlicht habe ihm weh getan, er habe die Augen zugemacht, sah gelb und grün. Im Ohr habe er ein Geräusch gehört, wie wenn man an eine gespannte Saite tippt, metallisch hell. Der Rhythmus wechselte, wie wenn es etwas sagen wollte, etwa die Worte: paß auf, komm, willst du was machen? Gehört habe er aber immer nur den Rhythmus, nicht etwa die Worte, habe aber sofort erkannt, was in dem Rhythmus lag. Auch die Geräusche im Zimmer schienen ihm solche Worte zu enthalten, wenn auch viel unklarer, doch konnte man Worte daraus ziehen. Erst gegen 1 Uhr habe er einen unruhigen, oft unterbrochenen Schlaf gefunden . . .

Außerdem habe er eigentümliche Gedanken gehabt. Sein Abendgebet sei verlängert gewesen, das Aussprechen langsamer, wie gehemmt. Es kamen Zusätze, d. h. die verschiedensten religiösen Gedanken, nicht inhaltlich neuartig, auch nicht zusammenhanglos. In Ärger und Mißstimmung sei ihm dann alles mögliche Zeug durch den Kopf gegangen, obszöne Ausdrücke, die er gelegentlich gehört hatte, die ihm selbst widerlich seien. Im Denken war schließlich kein Zusammenhang, „ein Durcheinander, das ich nicht behalten konnte“. Es war auch gar nicht der Wille da, etwas zu behalten. Manchmal Schimpfwörter, manchmal Worte, die man einem guten Freund sagt, dann Aussprüche, die am Tag gefallen sind. Manche Gedanken scheinen ihm aufgezwungen zu werden, besonders die obszönen. Er habe sich darüber geärgert . . .

Am folgenden Abend klagte Sch. wieder über Übelkeit und schilderte am nächsten Morgen wieder ein ganz ähnliches Erlebnis mit vorwiegender Beteiligung der Körperfühlsphäre, jedoch ohne Störung des Gedankenablaufs. Der Kopf war wie zusammengedrückt, die Haut erschien ihm gefühllos. Dieses Empfinden zog weiter hinunter nach dem Nacken. „Ich dachte, ein Herzschlag macht jetzt bald ein Ende, konstatierte aber, daß ich noch unverändert atmete. Dann hatte ich die Empfindung, wie wenn etwa von der Hüfte aus laues Wasser an mich herangegossen wurde, das bis an die Kniekehle herabließ“.



Schließlich schlief er ein. Als er wieder erwachte, kam ihm die ganze Umgebung neu und unbekannt vor, so wie wenn man in einem fremden Ort zum erstenmal aufwacht, bis ihm schließlich die Umgebung nach 10 Minuten wieder vertraut war.

Etwa 14 Tage später schilderte uns Sch. die Erlebnisse der letzten Woche wie folgt: Er sei auf der Wachabteilung erregt geworden, weil er glaubte, daß 3 Patienten ihn durch Lichtschein plagten, wie wenn sie mit einer Laterne von ihrem Bett aus einen Schein auf ihn würfen. Es war eine Art Bestrahlung, die er spürte und die sein Gesicht erhitzte. Auf der unruhigen Abteilung sah er in den Bäumen und auf dem Dach des gegenüberliegenden Gebäudes kleine Figuren, blau, grün und rot, wie im Schimmer eines Facettenglases. Die Figuren standen abgeteilt zwischen den einzelnen Fenstergittern, verschmolzen mit den Blättern und Zweigen der Bäume, die ihrerseits wiederum den Umriß der Figuren bildeten. Die Figuren waren bildhaft, nicht plastisch, Figur neben Figur, sich aneinander anpassend, „wie wenn man was Fettes ins Wasser schüttet und das zusammenläuft. Wie so ein Kostümfest, altertümliche Kostüme“. Der einzelne Mensch war etwa 30 cm groß, die Figuren waren leblos, wenn er ruhig hinsah; wenn er sich selbst bewegte, bewegte sich dann alles. Das Gebäude hinter dem Baum war durch die Blätter nicht zu sehen. Es war wie eine Art Glasmalerei. Er selbst dachte, es müsse mit den Augen zusammenhängen, „wenn man das Auge etwas zudrückt, sieht man ja auch doppelt und alles in so einem Schein“. Er sah diese Figuren zwei Tage, „zuerst habe ich nichts gesehen, wenn der Blick aber einige Zeit darauf geruht hat, kamen die Figuren, besonders schön, wenn die Sonne schien“. Auf der Wand oder im elektrischen Licht sah er nichts. Er hatte auch sonst keine körperlichen Begleiterscheinungen.

Außerdem hörte er Stimmen im Kopfkissen, weiß jedoch nicht, mit wem er verbunden war. Es wurde über Christus gesprochen. Er selbst sei ein großer Mann, „das haben sie gut gemacht, das haben Sie sehr gut gemacht“ vernahm er auf seine eigene gedachte Antwort hin, die er den Stimmen gab. Die Stimmen selbst waren mehr Töne wie die einer Spieldose, man hat es „verstanden für ein Wort“. Einzelne Andeutungen aus der Umgebung bezog er auf sich. Das Kissen sei wohl mit irgendetwas verbunden gewesen, Genaueres über das Gehörte kann er aber nicht mehr mitteilen. Es war so schnell, so viel, so rasch gesprochen. (Fremde Gedanken?) „Das ist so: jetzt denkt man etwas, das gedachte Wort kann man aber auch hören; denn sobald ich etwas dachte, bekam ich auch schon Antwort. Gelegentlich kommen auch Gedanken, die man gar nicht will. Ich sage z. B.: das ist ein gutes Essen und da kommt: da ist eine schöne Schweinerei. Das Ganze ist mehr eine gedachte Sprache . . . Ich fragte, wer es sei, der mit mir spricht . . . eine verstorbene Verwandte. Je nachdem welches Ohr ich auf das Kissen legte, hörte ich verschiedene Personen. Die Sprache selbst war immer gleich. Den Ton hörte ich nur, wenn der Kopf auf dem Kissen lag. Ich habe das Wort, das ich dachte, in das Rosshaar hineingedrückt, gewissermaßen mit dem Rosshaar Signale gegeben. Die Stimme hörte ich nur, wenn das Ohr nicht zu fest auf dem Kissen lag . . .“ Auf diese Weise beschäftigte sich der Kranke in der folgenden Zeit und fühlte seine Gabe der Weissagung wachsen.

Der Fall zeigt Anomalien auf den verschiedenen Sinnesgebieten in den Erscheinungsformen, die wir vorwiegend in der Schizophrenie finden (wir sehen von dem Einbruch des abnormen Gefühlszustandes, der die Psychose einleitet, zunächst ab). Die Täuschungen beginnen auf optischem Gebiet in der Form kleiner Bilderausschnitte, wie wir sie, seitdem wir darauf achten<sup>1</sup>, vielfach beobachtet haben und die wahrscheinlich vom Charakter lebhafter Vorstellungen sind. Dann folgen illusionäre optische Phantasmen, Pareidolien, nach Art der „phantastischen Gesichtserscheinungen“, in den Wolken. Es folgen Täuschungen, von denen nicht klar zu erkennen ist, ob es sich um Störungen des Hautsinns, des Geschmacks oder des Gehörs handelt (Summen, Häkchen, Gift), wahrscheinlich synästhetische Gebilde. In der Klinik treten auf: anfallsartig mit Übelkeit und Zittern: einmal Akoasmen, in welche die Gedanken, denen eine deutliche Versinnlichungstendenz innewohnt, hineingehört werden. Vorher und wohl auch gleichzeitig deutliche Symptome der Denkstörung. Ein andermal Coenästhesien ohne Denkstörung, im Anschluß daran Umweltentfremdung. Schließlich optische und akustische Illusionen mit Denkstörung bei Bewußtseinsklarheit als Dauersymptome.

In kurzer Zusammenfassung: Keine eindeutige Abhängigkeit irgendeines der Sinnesgebiete vom Bewußtseinszustand, enge Zusammengehörigkeit der

<sup>1</sup> Vgl. BÜRGERs Fall *Oetzel* S. 448.

akustischen Phänomene mit den Denkstörungen, ziemlich gleichartige Versinnlichungstendenz auf allen Sinnesgebieten, jedoch kein szenisches Zusammenhalluzinieren der Sinne. Gewiß ist auch hier wieder vieles, was in anderen ungenauer berichtenden Fällen als Trugwahrnehmung imponiert hätte, aufklärbar durch veränderte Beobachtungsrichtung, besonders die „Wendung nach Innen“. Aber ebenso unbestreitbar können die Erscheinungen ohne Abänderungen der Sinnestätigkeit nicht erklärt werden.

Die Bedeutung der Sinnesanomalien gerade im akuten Beginn der Psychose kann nicht leicht überschätzt werden. Jeder der Gelegenheit hatte ältere Wahnkranke zu untersuchen, stößt bei ihnen auf die Inhalte aus der akuten halluzinatorischen Phase, die oft Jahrzehnte zurückliegt (vgl. S. 432). Diese Nachwirkung ist sicher zum Teil inhaltlichen Ursprungs; sie ist aber ohne Frage auch mitbestimmt durch die Art und Weise, *wie* diese oft phantastischen Eindrücke im Zusammenhang mit der Realität, unabgesondert von der sonstigen Erfahrung, als objektiv gegeben erlebt werden. Nicht nur weil hier Wünsche, „biologische Bedürfnisse“, Triebregungen „projiziert“ erscheinen (SCHILDER), was in vielen Fällen sicher zutrifft, sondern weil sie auf Grund von Störungen der Wahrnehmungsapparate in einer anderen bisher unbekanntem Gegebenheitsweise erscheinen (wofür SCHILDER in der gleichen Arbeit schöne Belege bringt), knüpft an sie die Wahnbildung und auch die veränderte Stellung zur Welt an, die den Schizophrenen später charakterisiert. Es wäre ja sonst nicht einzusehen, warum Träume, Narkosen, Delirien, deren Erlebnisse ja angeblich aus der gleichen Quelle entspringen, und auch inhaltlich damit identisch sind, nicht dieselbe oder eine ähnliche Nachwirkung haben.

Die vom Inhaltlichen ausgehenden Theoretiker der Schizophrenie gehen an dieser Stelle mit den streng formalen Lösungsversuchen BERZES und CARL SCHNEIDERS eine kurze Strecke zusammen, kommen aber zu durchaus entgegengesetzten Ergebnissen: für JUNG z. B., der ja vorwiegend den Traum vergleichend heranzieht, muß die Bewußtseinsklarheit des halluzinierenden Schizophrenen als unterscheidendes Merkmal von besonderer Wichtigkeit sein. Bekanntlich lehnt BLEULER sogar den Begriff der Bewußtseinsstrübung überhaupt ab. Autoren wie BERZE und CARL SCHNEIDER, welche aus formalen Gründen die Zustände getrüben Bewußtseins zum Vergleich heranziehen, können ihn dann aber nicht mehr entbehren und vermögen die halluzinatorischen Zustände nur mit Hilfe des veränderten Bewußtseinszustandes zu erklären.

Unsere Auffassung, die hier wie bei allen anderen Symptomen eine Verabsolutierung vermeiden will, bemüht sich vor allem auch der psychopathologischen Einzelforschung den Weg offen zu halten. Der experimentelle Nachweis der Abänderungen des Sinnestätigkeit, der uns im Meskalinrausch gelungen ist, muß auch in den entsprechenden halluzinatorischen Zuständen der Schizophrenie möglich sein. Das Problem des Zusammenhalluzinierens der Sinne, ihre gegenseitige Beeinflussung (vgl. die schönen Vestibularisversuche SCHILDERS), seine Beziehungen zu den Synästhesien vermag von hier aus geklärt zu werden. Weiterhin spricht manches dafür, daß die beim Schizophrenen so häufig vorherrschende Neigung zur magischen Beziehungsform den halluzinatorischen Erlebnissen seinen Ursprung verdankt, worauf gleichfalls SCHILDER hingewiesen hat. Doch fehlt es bisher an einem sicheren Nachweis, wieweit dieser Zusammenhang reicht. Endlich ist es bis heute völlig ungeklärt, warum bei akuten Psychosen, welche im höheren Lebensalter ausbrechen, der Reichtum und die Mannigfaltigkeit der halluzinatorischen Erlebnisse oft so viel größer ist (Typus des präsenilen Beeinträchtigungswahns). Läßt sich die geschlossener und konklusivere Wahnbildung dieser Schizophrenen aus der reiferen, straffer geordneten, selbstsicheren Denkweise jener Altersstufe ableiten, so gibt es für das Überwiegen der Sinnes-

anomalien keine ähnlich einfache Erklärung, vollends versagt bei diesen besonnenen Halluzinosen der Rückgriff auf den Bewußtseinszustand. Den Übergang zu den psychomotorischen Erscheinungen und den katatonen Automatismen möge der folgende Auszug aus der Selbstschilderung eines gebildeten Kranken, dessen Lebenslauf katamnestic ergänzt wurde, bilden, welche zum Teil schon in der 7. und 8. Auflage der KRAEPELINSchen Psychiatrie mitgeteilt ist, in ihrer Anschaulichkeit aber schwerlich übertroffen werden kann.

*Karl Schmetter* (geb. 1876) soll sich völlig normal entwickelt haben und in der Kindheit durchaus unauffällig gewesen sein. Er war in der Schule mittelmäßig begabt und trieb vom 9. Lebensjahr ab mit Leidenschaft Musik. Auf dem Konservatorium in Mannheim und Leipzig war er bei hervorragender Begabung fleißig und strebsam. Nach Beendigung des Studiums arbeitete er ein Jahr zu Hause, erhielt 1898 sein erstes Engagement, wechselte dann mehrfach und war zuletzt, vor dem Ausbruch der Erkrankung 2 Jahre Kapellmeister an einem Stadttheater. Nach Angabe des Vaters war Sch. von jeher still, etwas leutescheu, strebsam und neigte etwas zu Hypochondrie, ohne sich dadurch aber in seiner Arbeitsfähigkeit behindern zu lassen. Bis zum 31. 5. 1902 will er sich vollkommen wohl gefühlt haben.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 11. 7. 1902 brachte Sch. *Aufzeichnungen* über die Erlebnisse der letzten Jahre mit, die er am 6., 8. und 9. des gleichen Monats niedergeschrieben hatte. Wir geben daraus folgendes wieder:

Es sind heute 5 Wochen, daß ich mit Papa und Lissi in Frankfurt war. Am Abend vorher, Samstag, den 31. Mai, war ich im Frankfurter Opernhaus . . . Als wir am Samstag Abend zurückkamen, fiel mir auf, daß sich in unserer Wagenabteilung 4 Schutzleute befanden. Als wir die Brücke passierten, hörte ich, wie einige Leute sehr deutlich hinter uns sagten: „beleidigt, beleidigt“. Ich schenkte diesem Ausspruch weiter kein Gehör. Wir gingen dann in das Hotel, darauf machten wir uns auf den Weg zum Bahnhof . . . Nachdem wir in Mannheim angekommen, fuhren wir in der elektrischen Bahn bis zum Fruchtmarkt. Als wir daselbst ausstiegen, bemerkte ich, daß sich daselbst eine große Menschenmenge angesammelt hatte . . . Nachdem wir das Licht ausgelöscht hatten und uns zur Ruhe gelegt hatten, entstand auf der Straße ein großer Lärm. Unsere Haustüre wurde aufgerissen und alsbald klirrten in unserem Keller die Weinflaschen. Es war ein furchtbarer Spektakel. Es dauerte nicht lange, so wurde die an dem gegenüberliegenden Hause angebrachte Gaslaterne angesteckt; es war ungefähr  $\frac{1}{4}$  1 Uhr nachts. Es schien mir, als ob eine Hausuntersuchung vorgenommen wurde, was sich aus dem Folgenden als Tatsache ergeben wird. Ich machte die ganze Nacht kein Auge zu . . . ich entsinne mich . . . , daß das Wort „beleidigt“, das ich auf der Mainbrücke in Frankfurt schon hörte, während des *ganzen* Tages in sehr *merkwürdiger Weise* vor unserem Hause ausgesprochen wurde, ohne daß ich nur die geringste Ahnung davon hatte, was dies alles zu bedeuten hat. Nachdem ich mich abends zur Ruhe begeben hatte, wurde abermals die Haustüre aufgerissen, es entstand in unserem Hause wieder ein Lärm, der mich tatsächlich in große Angst versetzte, obgleich ich nicht wußte, was die Ursache von aller dieser Aufregung, die ich schon in Frankfurt am Bahnhof gewahrt wurde und sich bis hierher fortsetzte, sein könnte . . . Als er (Vater) zurückkam, fing der Lärm auf der Straße wieder an, hörte jedoch diesmal bald auf, und ich glaube, daß ich dann eingeschlafen bin. Am andern Morgen schickte mich Papa zur Post, es fiel mir dabei ganz besonders auf, daß mich die Leute auf der Straße scharf ansahen, von verschiedenen Häusern rief es „Karl“, es kam mir vor, als ob die Leute in mir einen großen Verbrecher vermuteten. Ich war durch die ganze Affäre dermaßen aufgeregt, daß ich nach dem Arzt verlangte. In der folgenden Nacht wurde ich elektrisiert. Ich schließe das daraus, daß ich am folgenden Morgen ganz eigentümliche Schmerzen und Zuckungen verspürte und mir vor einigen Tagen durch einen elektrischen Apparat, der nun seit diesem Tage (3. Juni) an mir arbeitet, der mir alle möglichen Stimmungen und Gedanken *ingegeben* hat und vermittels dessen *jeder Gedanke verstanden wird*, zugerufen wurde; „Wir haben sie elektrisiert“. Wie das alles geht, ist mir ein Rätsel. Am kommenden Morgen wurde ich durch diesen Apparat, oder was es ist, in eine ganz eigentümliche Stimmung versetzt, so daß Papa und Mama der Meinung waren, ich würde lebhaft phantasieren. Was ich aber damals sprach, ist mir zum größten Teil vollkommen bewußt. Als Beweis dafür möge folgendes dienen, das mir nicht nur momentan in Erinnerung kommt, da der sogenannte „Apparat“ immer noch in Tätigkeit ist und mir diese Gedanken wieder wachrufen könnte; ich konnte vielmehr die ganze Zeit bei *vollkommen klarem* Verstande, ich hebe dies besonders hervor . . . , mich genau daran erinnern. Nachdem ich die bereits erwähnten Schmerzen ausgestanden hatte, wurde der Apparat . . . so eingestellt, daß mir jedes Wort, das ich sprach, auf elektrischem Wege mittels des Apparates, *ingegeben wurde*, und ich natürlich nicht anders konnte als die Gedanken in dieser eigentümlichen Stimmung . . . zum Ausdruck zu bringen . . . Die Gedanken waren mir damals genommen, daß ich nicht einmal wußte,

warum ich sterben solle. Es war mir eine Freudenstimmung eingegeben, die mich weiter an gar nichts denken ließ. Zeitweise wurde mir meine natürliche Denkungsart gegeben, dann dachte ich „Ja, was wollt ich denn sagen“, diesen Satz wiederholte ich öfters, ich weiß dies ganz genau, es kam mir aber kein Gedanke, jedenfalls war mein Denken durch den elektrischen Strom so sehr aufgerieben worden, daß ich keinen natürlichen Gedanken fassen konnte. . . . Dann rief ich mit ziemlich kräftiger Stimme „Also Adieu holde Kunst und . . . no ja . . . also los, ich zähle auf drei, dann gehts los . . . also . . . eins . . . zwei . . . drei . . . halt, erst auf los. Also . . . 1, 2, 3, los!“ Dann ging ich aber nicht los, sondern der Apparat schnappte und gab mir meine natürliche Stimmung wieder.

Ich fühle, daß ich durch den Apparat geistig immer mehr aufgerieben werde und habe des öfteren schon gebeten, daß die Leitung abgestellt und mir mein natürliches Denken zurückgegeben wird, da auf absehbare Zeit sonst leicht eine Katastrophe eintreten könnte. Ich wiederhole hier nochmals, daß ich weiß, daß *jedes* Wort, das ich denke, von den Herrn, welche am Apparat beschäftigt sind, verstanden wird. In erster Linie ist es das nicht gar zu schöne Wort „Lump“, das nicht aus meinem Kopf zu verbannen ist. Wie sich das Wort in meinem Hirnschädel so festgesetzt hat, kann ich mir nur daraus erklären, daß mir dies Wort zu jener Zeit als ich im Bette lag, unzählige Male von der Straße aus, wie auch durch den Apparat, zugerufen wurde. Ich muß hier ausdrücklich betonen, daß dies durchaus keine Einbildung ist. . . . Ich muß hier noch einen Punkt erwähnen. Es sind dies die entsetzlichen *Gerüche*, die mir, ich weis nicht wie, zeitweise übermittelt werden. Als mich Herr Dr. H. untersuchte, strömten auch solche Pestgerüche aus, so daß Herr H. entsetzt zurückwich. Auch dies ist durchaus keine Einbildung. . . . Solche Gedanken, wie „ich wollte selbst Papa ermorden“, sind doch gewiß unnatürlich, obgleich ich vollkommen meinen Geist beherrsche. Weiter wurde mir durch den Apparat eingegeben, „Der Hund muß ver. . . .“ Als ich hierauf *fürchterliche Schmerzen* auszustehen hatte, der elektrische Strom ging wie schon früher durch den ganzen Körper, wurde mir zugerufen: „Sie werden jetzt gelyncht“!! Da erschrak ich doch nicht wenig. . . . Eines andern Tages wurde mir ebenfalls meine Nachtruhe geraubt. Bei *furchtbarer Hitze*, die mittels Elektrizität erzeugt wurde, rief man mir die Wörter „Bösewicht, Hallunke, Erzgauner, Anarchist“ zu. Namentlich das letzte Wort wurde mir einige Minuten förmlich um den Kopf gewunden. . . . Wie meine Gedanken alle so genau verstanden werden und mir ganze Sätze durch denselben zugerufen werden, es ist Tatsache, da ich bestimmt weiß, daß dies zum allergrößten Teil *nicht* meine eigenen Gedanken sind, ist mir ein großes Rätsel. Es muß dies ein komplizierter Apparat sein, der mich selbst in *jede beliebige Gemütsstimmung* wie: ernst, heiter, lachen, weinen, grimmig, humoristisch — verschiedene Male war es auch bei meiner Untersuchung auf „Galgenhumor“ eingestellt, das ich sehr wohl begriffen habe — liebenswürdig, griesgrämig, energisch, zerstreut (diese Stimmung wurde mir bei meiner Untersuchung sehr häufig angewendet), aufmerksam, Verweilen der Gedanken auf einem Punkte bis zur Bewußtlosigkeit, ja selbst verrückt — ich erinnere mich eines Abends wo ich tatsächlich nicht wußte, was ich dachte — melancholisch, verwirrt usw., versetzt hat. Der ganz merkwürdige Apparat ist auch imstande, mir plötzlich Schlaf zu geben, den Schlaf abzuhalten — ich habe bis jetzt schon viele schlaflose Nächte gehabt, in denen mir der Schlaf tatsächlich genommen wurde, und in denen ich so viel zu leiden hatte — in mir Träume zu entwickeln, mich zu jeder Zeit aufzuwecken, mich bei größerer Anspannung des elektrischen Stromes (oder wie dies geht) auf jeden beliebigen Gedanken, wie auch auf einen bestimmten Punkt zu führen, ferner die Gedanken abzulenken, ja selbst jede beliebige Bewegung mir anzugeben. — Mein Geist ist dermaßen erregt und kommen mir hauptsächlich beim Erwachen in der Frühe die ungläublichsten Gedanken, vor allem aber macht mich der Apparat beim Klavierspielen ganz konfus. . . . Ich versuche die Gedanken mit äußerster Energie zu bekämpfen, es geht aber mit dem besten Willen nicht, so lange der Apparat tätig, und ich mich immer an denselben erinnern muß, da mir außerdem die Gedanken geradezu herausgezogen werden. Auch beim Lesen, sei es was es wolle, kann ich dem Inhalt des Buches keine genügende Aufmerksamkeit schenken und kommt mir fast bei jedem Wort ein Nebengedanke. . . . Dieselben peinigen mich nicht nur beim Lesen, sondern sogar auch beim Betrachten von Bildern. — Ich möchte noch einen Punkt festhalten, es ist das ein so *übertriebenes* Lachen, das mich schon öfters, wenn auch nicht gequält, so doch ganz eigentümlich berührt hat. . . . Dieses Lachen, das durchaus nicht schmerzlich ist, wurde mir dann übermittelt, wenn ich was besonders Dummes dachte. . . .

9. 6. 1902. Meine Geduld ist mit dem heutigen Tage zu Ende. Nachdem ich die vergangene Nacht wieder durch die schrecklichen Träume aufgeregt wurde, die mir mittels Apparat eingegeben wurden (mir träumte, man wolle Papa ermorden, ich selbst erhielt eine heftige Wunde am Kopf) und seit 3 Uhr nachts nicht mehr schlafen konnte, außerdem von dieser Stunde an mir die schon früher erwähnten Pestgerüche, so daß ich jede Minute glaubte, mich erbrechen zu müssen, zugeführt wurden, werde ich mich nun nicht eher beruhigen können, bis ich genaue Aufklärung über den Sachverhalt bekomme. Ich kann meinen Zustand nicht beschreiben. . . .

In der Klinik schien Sch. nach der Aufnahme zunächst völlig beruhigt und einsichtig, erklärt alles für Unsinn. Nach der Entlassung Anfang August 1902 zeigte sich zu Hause, daß er stundenlang in der Ecke saß und an den Fingern zupfte. Im September 1903 berichtet die Krankengeschichte über „rapiden körperlichen und geistigen Verfall“. In der Anstalt, wohin Sch. im Oktober 1903 verlegt wurde, war Sch. bis etwa Januar 1906 (!) in einem mutazistischen Stupor. Dann wurde er zeitweise lebhafter und produzierte in diesen kurzen freieren Zwischenzeiten in manierter Weise mannigfache Wahnhalte: „Es wird mir alles durch die Lüfte zgedacht. Die Herren Ärzte verkehren hier nur, die Leute sind nicht krank, sind aus der Luft gefallen, bezahlen nichts. Es ist mir vom Kaiser zgedacht durch Spiritismus, daß ich hier wohnen muß.“ 1909 spielte er geläufig regelmäßig mit dem Musiklehrer vierhändig, aber „mechanisch, ohne Leben“. Einer Rücksprache mit den Ärzten ging er aus dem Wege. Im März 1910 wurde er in eine weitere Anstalt überführt, wo er bei der Aufnahme einige kurze Angaben über die Vorgeschichte machte, von seinen Wahnideen aber nichts verriet. Er machte einen schwachsinnigen Eindruck. Das Bild war 1912, wo er wiederum die Anstalt wechselte, ungeheuer einförmig. Er war viel im Bett, oft ängstlich, gereizt, anscheinend unter dem Einfluß von Halluzinationen, über die er aber so gut wie nichts äußerte. Einmal (Juli 1913) spricht er von Stimmen, die ihn in den Gedanken, beim Lesen, beim Essen stören. Er spielte ab und zu noch Klavier, zuletzt nur noch auf Aufforderung. Mai 1914 wird sein Spiel als gut und technisch gewandt, aber weniger sicher im musikalischen Ausdruck bezeichnet. Zeitweise geht er mit zur Gartenarbeit, plötzlich schlägt er auf Mitkranke und Wärter los.

Der Fall weist in ungewöhnlicher Vollständigkeit fast das ganze Arsenal der charakteristischen Symptome des akuten schizophrener Schubs auf. Neben Sinnestäuschungen des Gehörs, Geruchs, Getasts, neben plötzlichen Gefühls-einbrüchen die Fülle der „gemachten“ Gegebenheiten, Wahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken, Gefühle, Träume, endlich deutlich Zeichen gestörten Gedankenablaufs. Er zeigt, wie schließlich das ganze Erleben in eine Art passive Magie, unter die Wirkung des „Apparates“ rückt, ohne daß etwa alle Erlebnisse in eine sinnvoll systematische Ordnung wahnhafter Art eingereiht werden können; daneben augenblicksweise der Versuch aktiver Magie mit dem Erlebnis der „versagenden Katastrophe“.

Wenn wir auch über das ausdrucks- und handlungsmotorische Verhalten des Kranken in der akuten Phase nichts wissen, so ist doch zu vermuten, daß auch motorische Automatismen (Bewegungen, „Lachen“) bei ihm aufgetreten sind, deren Zusammengehörigkeit mit Ichstörungen und Aktivitätsnachlaß im folgenden Paragraphen darzustellen sein wird. Worauf hier schon hingewiesen sei, das ist die Erlebnisweise des „Gemachten“, die hier auf alles Seelische sich gleichartig zu erstrecken scheint, vielleicht doch, wie in manchen anderen Fällen, vom Denken oder von den motorischen Anomalien nachträglich zur Erklärung der seltsamen Wahrnehmungen und Träume auf diese übertragen wird. Über den Bewußtseinszustand des Kranken während der initialen Halluzinose etwas Sicheres auszusagen, ist nicht leicht, zumal er seinerzeit nicht näher befragt wurde. Bezeichnungen wie „Dämmerzustand“, „Benommenheit“ treffen schwerlich das Charakteristische, sie hätten jedenfalls auf solche Zustände angewandt einen völlig anderen Sinn als in der sonstigen Psychiatrie. Die vorzüglich erhaltene Erinnerung, die vollständige Klarheit in der Erfassung der Umwelt, die von dem Kranken selbst geschilderten, vergeblichen Ablenkungs- und Beschäftigungsversuche sprechen mit aller Deutlichkeit gegen eine Bewußtseinsstörung, die etwa mit den bekannten Zuständen in anderen Symptomenkomplexen gleichzusetzen wäre.

## 2. Die psychomotorischen Störungen und die „Automatismen“.

Wenn es überhaupt einen Sinn hat, von einer Pathologie der *Psychomotorik* zu sprechen, so ist dies bei den katatonen Erscheinungen der beginnenden Schizophrenie der Fall. Ausdrucks- und Handlungsweisen, die sich sowohl einer rein neurologischen Interpretation, als auch einer Einordnung in die apraktischen

bzw. parapraktischen Störungen widersetzen, treten hier auf und erweisen sich weder *nur* als Mechanismen erklärbar noch als *nur* psychologisch interpretierbar. Der letztere, psychologische Zugangsweg aber ist im Beginn der Erkrankung — im Gegensatz zu den Bewegungs- und Handlungsstörungen vieler fortgeschrittener Fälle — noch relativ gangbar, wir erhalten unter Umständen Auskunft über die seelische Erlebnisweise der Bewegungsäußerungen und stoßen an die Grenzen der Möglichkeit psychologischer Auflösung. Diese muß — darin ist ZUTT fraglos zuzustimmen — versucht werden, um so mehr, als die Erfahrungen bei in vieler Hinsicht ähnlichen Bewegungsstörungen der Encephalitis epidemica die Vergleichsmöglichkeiten in jüngster Zeit bedeutend vermehrt hat. Die theoretischen Schwierigkeiten des Gebietes aufzurollen, ist hier nicht der Ort. Doch nötigt die Stellung des ganzen Tatsachengebietes zu einer sorgfältigen Abgrenzung gegenüber den anderen hier aufgestellten Symptomgruppen.

Es ist bekannt, wie außerordentlich verschieden die Bedeutung der sog. katatonen Symptome, welche hier hauptsächlich zur Erörterung stehen, im Rahmen der Schizophrenie eingeschätzt wird. Einigkeit besteht nur in dem Punkt, daß ihr *diagnostisch* kennzeichnender Wert seit den Arbeiten von WILMANN, BONHÖFFER und anderen gerade für die Schizophrenie nicht mehr sehr hoch veranschlagt wird. In dem Buch BERZES ist ihnen nur eine sehr kursorische Besprechung gewidmet. BLEULER spricht von „eigenartigen Motilitätsstörungen“, „im Sinne einer psychischen Lähmung oder Parese“ und grenzt die durch innere Vorgänge motivierten motorischen Äußerungen davon ab. Er entwirft ein Schema der „Grade des Automatismus“, einen Begriff, den dann BERZE zum Generalnenner der Störungen macht. Für KRAEPELIN ist in der 8. Auflage seines Lehrbuches zwar die diagnostische Wichtigkeit der katatonen Zeichen erheblich gemindert, aber die Phänomene sind ihm doch noch eine wichtige Bestätigung für das von ihm angenommene Grundsymptom der „Herabsetzung der Willensantriebe“, „Abschwächung der Willensherrschaft“. Wie aber BLEULER von dem „Instinktiven“ der Negativismus, von einer „Neigung zur Stereotypisierung“ auch außerhalb der Komplexe, so spricht KRAEPELIN von „triebartigem Rededrang“, der „triebartigen Entstehung“ des Negativismus. Hier schließen sich die für das ganze Problem weitaus bedeutungsvollsten Untersuchungen von KLEIST an. Er anerkennt in seinen beiden Büchern zwar weder die Begriffe *Dementia praecox* und Schizophrenie, noch die Bezeichnung Katatonie. Unter seinen Fällen mögen sich dieser oder jener befinden, der zur Schizophrenie keine Beziehung hat. Die wichtigen Krankengeschichten aber und seine grundlegenden Darlegungen behandeln die Motilitätssymptome, die ganz vorwiegend im klinischen Bild der Schizophrenie anzutreffen sind, und alle seine Erörterungen über Denk- und Affektstörungen haben überhaupt nur im Rahmen der Erkrankung Sinn, die wir heute als Schizophrenie bezeichnen.

Seine an WERNICKE anknüpfenden Darlegungen gehen besonders in den „Weiteren Untersuchungen“ über dessen Grundgedanken hinaus: KLEIST macht von der introspektiven Methode Gebrauch, legt den größten Wert auf die (mitunter allzu wörtlich genommenen) Angaben der Patienten und begnügt sich nicht mehr damit, nur das „Endergebnis zu studieren, um auf den Vorgang, aus dem es resultiert, zurückzuschließen“ (WERNICKE). Es ist nicht ganz leicht, in wenigen Worten zusammenzufassen, wie sich KLEIST die Beziehung der psychomotorischen Erscheinungen zu den übrigen Symptomen der Schizophrenie, besonders der Denkstörung, vorstellt. Denn bald betont er (bei der Akinese) die zentrale Stellung der „umschriebenen Störung eines einzigen Faktors, dessen Funktion . . . in den Ablauf sämtlicher Bewußtseinsvorgänge eingreift“. „Daß dieser Faktor hier die Motilität sei, . . . dafür spricht der häufig

zu verfolgende Parallelismus zwischen Einstellungen und Denkleistungen. Eine Denkstörung von dieser Art kommt ferner nur in Begleitung psychomotorischer Akinese (und auch bei hyperkinetischen, psychomotorischen Störungen) vor“. Andererseits konnte es seiner in musterhafter Weise immer von neuem an die klinischen Erfahrungen anknüpfenden Forschungsweise nicht entgehen, daß diese Parallelität keine allgemeingültige ist, was für die hyperkinetischen Zustände im weiteren Verlauf der Untersuchungen ohne weiteres zugegeben wird.

Auf die Bedeutung der motorischen „Einstellung“ im Sinne von KLEIST für das Denken werden wir weiter unten noch zurückzukommen haben. Hier sei nur zusammenfassend auf die Gefahr hingewiesen, der KLEIST nicht entging, den Begriff „Einstellung“ in ähnlicher Weise wie BERZE die Aktivitätsinsuffizienz zu verabsolutieren. Die Bedeutung der KLEISTSchen Analysen besteht aber in der Heraushebung gesonderter psychomotorischer Störungen, die nicht aus den anderen Symptomengruppen hergeleitet werden können, nicht Ausdruck oder Handlung, aus der innerseelischen Situation entspringend, sind, sondern Anomalien des psychomotorischen Apparates selbst, genetisch in relativer Unabhängigkeit von dem psychischen Gesamtverhalten.

Das ist schon in den oben wiedergegebenen Wendungen von BLEULER und KRAEPELIN angedeutet, KLEIST machte mit dieser Tatsache ernst und versuchte die Bewegungsformen zu ordnen und hirnpathologisch zu fundieren. Während uns die lokalisatorischen Probleme hier nicht interessieren, weisen uns die 5 Typen hyperkinetischer Zustände (Parakinesen, Reaktivbewegungen, Expressivbewegungen, Kurzschlußakte, Impulshandlungen) auf wichtige Unterscheidungen und Zusammenhänge innerhalb der klinischen Vorkommnisse hin, deren Bedeutung gerade bei der akut einsetzenden Psychose nicht vernachlässigt werden darf.

Ehe wir das an Beispielen zu belegen versuchen, ist es notwendig, auf das Verhältnis der motorischen Störungen zu unseren anderen Symptomgruppen kurz einzugehen. Denn bei keiner Symptomengruppe besteht, schon mit dem Einsetzen der eben beginnenden Psychose, eine so durchgreifende Tendenz der verständlichen, motivierenden Rückführung und damit Verschleierung der unmittelbaren Gegebenheit.

Die so häufig beobachtete scheinbare Veranlassung bestimmter motorischer Verhaltensweisen, z. B. des Stupors durch *Halluzinationen*, des Stupors, der in anderen Fällen in völlig gleicher Form motivlos, rein automatisch, ichfremd auftritt, zeigt bereits, wie wenig eine Abtrennung des Motorischen vom Sensorischen (nach dem Schema des Reflexes) im Bereich dieser motorischen Anomalien den Tatsachen gerecht werden kann. Noch deutlicher beweisen die sog. *Halluzinationen des Muskelsinnes*, deren Erwähnung ebensogut im vorigen Abschnitt hätte erfolgen können, das Unzureichende solcher Unterscheidungen neurologischer Herkunft, mit denen vor allem WERNICKE arbeitet. Zwar wird die Erscheinungsweise dieser sensomotorischen Störungen oft erst vom beruhigten Kranken nach den Stürmen der akuten Schübe klar und faßbar geschildert. Aber es unterliegt keinem Zweifel, daß das Phänomen mit den sprachmotorischen Hyperkinesen des akuten Beginns und auch mit den allgemeinen Dyskinesien in engstem Zusammenhang steht.

Mit der Beziehung des psychomotorischen Anomalien zur *Denkstörung* beschäftigt sich besonders die zweite Arbeit KLEISTS. Er lehnt die Theorie von SOMMER und RAGNAR VOGT, wonach jene der Ausfluß dieser seien, ab. Er nimmt eine Parallelität der Störungen der Einstellmotilität mit der Denkstörung an, sie ist „ein Spiegelbild der Denkstörung“. So liegt es für ihn nahe, „die Denkstörung von der psychomotorischen abzuleiten.“ Und zwar ist zur Entwicklung

der Denkstörung, wie weiter ausgeführt wird, eine Ausbreitung des psychomotorischen Störung über die gesamte Motilität (einschließlich der Sprache) notwendig. Kurz darauf wird andererseits als möglich bezeichnet, „daß die psychomotorische Störung der Augenbewegungen, der „mimischen Zone“ der Antlitzmuskulatur, eine besonders schwere und schwerer ausgleichbare Schädigung des Denkens bewirken könnte“. Der Beweis für diese Möglichkeit wird nicht geführt. Lesen wir dazu nun bei POHLISCH, der den hyperkinetischen Symptomenkomplex in jüngster Zeit bearbeitet hat, daß die Augenmuskulatur an den Bewegungsstörungen, die im übrigen die gesamte Willkürmuskulatur befallen können, niemals teilnimmt, so erkennt man, wie unzureichend der KLEISTSche Einstellungsbegriff ist, um die Zusammenhänge, die hier sicher vorliegen, einer gesetzmäßigen Lösung zuzuführen. Es ist aus den Ausführungen KLEISTS nicht klar zu ersehen, welcher Art die von ihm für die Entstehung der Denk-anomalien so wichtige Einstellmotilität sei; ja stellenweise kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß er aus dem Vorliegen der Denkstörung im akinetischen wie im hyperkinetischen Zustand das Vorhandensein einer Einstellstörung ableitet und jene dann auf ihr beruhen läßt. CARL SCHNEIDER sprach einmal von einer *petitio principii*, in der KLEIST eine an sich richtige Auffassung in unzulässiger Weise verallgemeinere.

Einen originellen, wenn auch wohl allzu sehr in normal-psychologischen Analogien befangenen Versuch, diese Schwierigkeiten zu überwinden, hat ZUTT unternommen: Er spricht von der „inneren Haltung“, mit welcher sich beim Schizophrenen das Ich nicht zu identifizieren vermag und leitet daraus auch u. a. die psychomotorischen Störungen ab. Diese „innere Haltung“ zielt ähnlich wie KLEISTS Einstellung auf einen zentralen Punkt, an dem die schizophrenen Erscheinungen zusammenlaufend gedacht werden könnten. In denjenigen Fällen aber, in welchen sie nicht parallel gehen, muß auch ZUTTS Theorie resignieren, bzw. zu weiteren Hypothesen greifen.

Wichtiger als theoretische Unstimmigkeiten ist für uns das Ergebnis der sorgfältigen Untersuchungen KLEISTS, daß eine strikte Parallelität zwischen den Störungen der Motorik und des Denkens *nicht* besteht. Leider hat POHLISCH sein zahlenmäßig großes Material nach dieser Richtung so gut wie gar nicht bearbeitet. Seine psychologischen Analysen der hyperkinetischen Zustände sind nicht zu verwerten. Und doch muß es möglich sein, die Wirkung des vermehrten Sprachantriebes, der gerade bei akuten Schizophrenen oft vorliegt, (und auch des Mutismus), auf das Denken näher zu charakterisieren, wie das neuerdings BÜRGER für das Teilproblem der „Reihung“ versucht hat.

Die von manchen Seiten (STEINER, FRÄNKEL) weitgehend behauptete, von anderen (LANGE, BOSTROEM, STERZ) ebenso eifrig bestrittene Analogie der Bewegungsstörungen bei Encephalitis lethargica und Schizophrenie ist für unser Problem des Zusammenhangs von Denkstörung und Motilität natürlich von besonderer Bedeutung. CARL SCHNEIDER hat auf die wichtigen neurologischen und psychologischen Unterschiede ebenso hingewiesen wie auf die nach seiner Meinung gleichartigen Unruhezustände als Ursache hyperkinetischer Erscheinungen. So sehr man seinen grundsätzlichen Erwägungen zustimmen muß, in denen er in überzeugender Weise die Gleichsetzung der schizophrenen mit elementaren Bewegungsformen bei organischen Hirnkranken, KLEISTS Begriff der Innervationsbereitschaft, andererseits aber auch die Ableitung der katatonen Motorismen aus Motivationsstörungen ablehnt, so übersieht er doch, daß der „Mangel an Antrieb“ häufig gerade das erlebnismäßige Verhalten des Encephalitikers, längst nicht so deutlich das des Schizophrenen charakterisiert; ferner verallgemeinert er fälschlich seine Auffassung des Stupors als einer dauernden quantitativ hochgradigen Sperrung, und betont die Parallelität von Denkstörung und Motilitätsstörung sogar bestimmter als KLEIST, wie wir glauben, nicht im Einklang mit der Empirie; endlich erweist sich die zentrale Stellung, die er der spezifischen schizophrenen „Erlebnisstörung“ einräumt, schließlich doch als eine zu enge Basis, um die Gesamtheit der schizophrenen Motorismen zu erfassen.

Aus der Rolle der Motorik als Ausdrucksorgan und Begleiterscheinung von *Gefühlszuständen* ergeben sich Beziehungen zu den schizophrenen *Sympathieanomalien* und den anderen affektiven Störungen.



Die gesamten katatonen Motorismen aber ursächlich auf affektive Anomalien zurückzuführen, gelingt auch BLEULER, wie die eingangs zitierten Sätze zeigen, nicht. Im theoretischen Teil seines Werkes führt er die verständliche Ableitung viel weiter durch und polemisiert gegen KLEIST und die Annahme einer gesonderten Störung des psychomotorischen Apparates. Bei der Besprechung der Stereotypien aber muß er zugeben, daß auch außerhalb der Komplexe eine Neigung zur Stereotypisierung besteht und diese „Disposition“ läßt er sogar an ihrer *Entstehung* mitwirken. Die Bedeutung des Ausdrucks-motoriums für die Sympathieanomalien, welche wir im ersten Abschnitt geschildert haben, darf nicht gering veranschlagt werden, wenn auch eine Ableitung nach dem Schema Ursache-Wirkung dem Zusammenhang keinesfalls gerecht werden kann. Aber wenn man an das eigentümlich täppische, linkische Ausdrucksgebaren mancher initialer Schizophrenen, an die kühle Starre der Mimik von anderen, und wiederum an den theatralischen Pathetik mancher Hebephrener denkt, so erkennt man, daß hier noch manches ungeklärt ist.

Was die *akuten Affekteinbrüche* anlangt, so haben die Beobachtungen KLEISTS gerade in der hier interessierenden Fragestellung manches verdeutlicht; auf die Einzelheiten wird im folgenden Abschnitt noch einzugehen sein. Seine Schilderungen „abgeänderter Ausdrucksbewegungen vorhandener Gefühle“ und „Ergänzung parakinetischer Motorismen zu Ausdrucksbewegungen“ werden durch die Erfahrung vielfach bestätigt. Und doch zieht er den Begriff des Expressiven oft allzu eng und zeigt eine zu große Sicherheit in der Beurteilung dessen, was Ausdrucksbewegung des Gesunden sein könne. Auch Rhythmus, Iteration und Perseveration sind unter Umständen ausdrucksmäßige Verhaltensweisen. Andererseits scheint uns für KLEISTS affektive Theorie des *Negativismus* wiederum der Vorwurf einer einseitigen Überbewertung des Gefühlsanteils berechtigt. Hier dürfte BLEULERS vielfältigere Auffassung den Vorkommnissen eher gerecht werden.

Wir haben schließlich noch in besonderer Weise der Beziehung der psychomotorischen Störungen zu der *Aktivitätsstörung* zu gedenken. Nicht nur die akute Aktivitätssteigerung, das Gegenbild des chronischen Aktivitätsnachlasses, muß sich ganz vorwiegend psychomotorisch äußern; wir werden an Beispielen alsbald zu zeigen haben, in welcher Form das vor sich geht. Sondern auch die eigentümlichen qualitativen Abwandlungen der Eigenaktivität, des Ich, die „gemachten“ Phänomene haben hier ihre Stelle; ihr „motorischer“ Anteil bedarf der Klarlegung um so dringender, als von KURT SCHNEIDER, KRONFELD u. a. gerade sie als *diagnostisch* kennzeichnende Symptome der Schizophrenie angesehen werden. Allgemein werden sie im Zusammenhang der katatonen Erscheinungen betrachtet, welche also wenigstens in dieser Beziehung auch wieder diagnostisch bedeutsam für die Schizophrenie sind.

Halten wir uns an die Aktivitätsminderung, wie wir sie im I. Abschnitt (S. 299) veranschaulicht haben und vergegenwärtigen wir uns ein entsprechendes Aktivitätsübermaß, wie wir es im Beginn akuter Schizophrenie häufig beobachten, so macht es keine Schwierigkeiten als Ausfluß der schwersten Form dieser Störungen stuporartige Unbeweglichkeit und hyperkinetische Erregungszustände anzusehen, schließlich auch impulsive Handlungen als plötzlichen Ausbruch gesteigerter Aktivität. Alle diese Vorkommnisse bedürfen, wie GRUHLE darlegte, im Zusammenhang des Psychomotorischen keiner besonderen Besprechung.

Von diesen Phänomenen nicht herleitbar, zum mindesten nicht ohne das Hinzutreten neuer genetischer Momente, sind die Gruppen: Negativismus-Befehlsautomatie und die sog. „Automatismen“. Die Theorie BERZES, welche den Negativismus ansieht als eine sekundäre Abwehr gegen die Zumutung einer Aktivität, welche nicht geleistet werden kann, ist unbefriedigend, angesichts der bei dem negativistischen Verhalten entfalteten Aktivität, welche oft die des Gesunden weit übersteigt. Andererseits enthalten aber die „Automatismen“: Befehlsautomatie, Echosymptome, Katalepsie, Stereotypien,

Manieren, „gemachte“ Phänomene aller Art doch ohne Frage erlebnismäßig sehr häufig die Ohnmacht der Eigenaktivität. Man wäre geneigt, das hinzutretende Moment in verselbständigten psychomotorischen Mechanismen zu sehen, wenn nicht eine ganze Zahl der Erscheinungen sich auch in völlig gleicher Form an seelischen Gegebenheiten abspielten, die überhaupt nichts mit dem Motorium zu tun haben (innerer Negativismus, Stereotypien und Manieren der seelischen Gesamthaltung [„attitudes schizophreiques“], gemachte Gedanken, Gefühle usw.). So bleibt uns nichts übrig, als mit KRONFELD die Vorkommnisse den Aktivitäts- und Ichstörungen einzureihen und die *außerpsychologische*, nicht weiter auflösbare Genese jenes Momentes, das den Vorgängen ihr charakteristisches Gepräge gibt, anzuerkennen. Trotzdem bleibt festzuhalten, daß sich gerade im Psychomotorium der eigenartige Vorgang der Automatisierung besonders klar und durchsichtig ausgeprägt und hier zur Ausbildung der katatonen Erscheinungen im Rahmen der Schizophrenie führt, deren Voraussetzung allerdings die charakteristische Aktivitätsstörung wohl sein muß.

Als ein interessantes und eigenartiges Frühsymptom psychomotorischer Art seien zunächst die vorübergehenden Starrezustände erwähnt, die nicht selten dem Ausbruch der Schizophrenie um Wochen vorausgehen. Die Kranken liegen „wie gebannt“, unfähig sich zu bewegen, im Bett, betonen eindringlich, daß sie, obwohl es sich meist um nächtliche Vorkommnisse handelt, völlig wach gewesen seien, gebrauchen wohl auch den Ausdruck „steif“. Manche berichten, daß sie das Gefühl hatten, es gehe mit ihnen zu Ende; andere erleben sonst nichts Bemerkenswertes außer der völligen Bewegungshemmung, über deren Dauer meist exakte Auskunft nicht zu erhalten ist. Die Umgebung weiß meist nichts von diesen Zuständen, nur aus dem späteren Bericht des Kranken selbst erfahren wir davon.

Zur Frage der Beziehungen des Aktivitätsverlustes zu den psychomotorischen Störungen sind frisch einsetzende Krankheitsprozesse, wie etwa der folgende, aufschlußreich:

*Theodor Rettlinger* (25/102) stammt von einem imbezillen Vater. Th. war gesund und unauffällig, gutmütig, still und brav; ungelerner Arbeiter, vorübergehend Reichwehrgoldat. Im 24. Lebensjahr fiel der Umgebung auf, daß er an Arbeitsamkeit nachließ und ohne rechten Grund sich weigerte, mit Pferden und Rindvieh in der Landwirtschaft umzugehen. Allmählich stand er morgens nicht mehr auf, wurde langsamer, schwerfälliger in seinem Wesen, ging schlürpfend, sprach davon, man solle ihn auf den Kirchhof tragen. Zuletzt zählte er allabendlich 10 000 Mark in verfallenen Scheinen (Inflationsgeld) Stück für Stück durch. Einige Tage vor der Aufnahme in die Klinik verstummte er völlig, lag steif und bewegungslos im Bett, kam aber zum Essen und verrichtete seine Bedürfnisse. Bei der Einlieferung lag er regungslos mit geöffneten Augen da, nannte auf mehrfaches Fragen seinen Vornamen und stieß auf die Frage nach Stimmen ein lautes „Ja“ heraus. Die Muskulatur zeigte normalen Tonus. Mühsam war bei der ersten Unterredung am Nachmittag einiges zur Vorgeschichte von ihm zu erfragen. Er starrte minutenlang vor sich hin, mit leerem, mimiklosem Gesichtsausdruck, hier und da schlich ein gezogenes Lächeln über sein Gesicht. Mehrmals klagte er bei der Aufzählung seiner Dienststellen über Gedankenlosigkeit, er könne sich auf nichts besinnen. Wiederholt geriet er in ein reihenartiges Aufzählen z. B. von landwirtschaftlichen Arbeiten, von den Ereignissen auf einem Marsch, ganz monoton brachte er hintereinander die gleichgültigen Geschehnisse eines Tages vor, denen er selbst auch keine besondere Bedeutung zumaß.

Von psychotischen Inhalten erfährt man bruchstückweise: er sei eingerichtet, schon lange, zum sprechen; Stimmen höre er, vom Leib herauf, große und kleine Gedanken würden ihm zugesprochen; oft nur Worte, aber auch Sätze. Wie ein Schneckensteg gehe es von unten aus dem Leib oben zum Kopf hinaus; wie wenn Leute auf seinem Kopf herumliefen. Ferner spricht er von „Bildflächchen“, die er sehe, ganz eben, mit vielen Menschen. Das sei die Geistesgegenwart von unten. Jetzt gehe es um die neue Welt, die angefangen habe. In ihm habe sich die ganze Welt herumgedreht und dgl. mehr. Alles ohne klaren Zusammenhang, ganz fragmentarisch, ohne Anteilnahme vorgebracht.

Interessant sind folgende Äußerung über sein Innenleben: es werde manchmal so leicht, alles so leer inwendig. Alles sei manchmal ganz steif, ganz weg. Tagelang habe er nichts

von sich gewußt, so schwach und wackelig sei er immer. Er habe (nach dem Denken gefragt) alles vergessen, es gehe so schwer, es dauere so lang, bis man etwas wisse; bis man alles wieder wisse, werde wohl lange Zeit vergehen.

Es bestand auch in der Folgezeit keine Katalepsie, keine Befehlsautomatie usw. Negativismus nur einmal bei der Prüfung der Augenbewegungen. Das stuporöse Bild steigerte sich bald zu völligem Mutismus. R. folgte im Bett sitzend allen Vorgängen um ihn mit den Augen, blieb aber minutenlang vor der geschlossenen Tür stehen, ohne sich zu rühren. Während er anfangs noch selbst aß, und sich unauffällig und orientiert bewegte, wenn er das Klosett aufsuchte, verweigerte er nach 14 Tagen die Nahrung, wenn man sie ihm einflößen wollte, wehrte er sich heftig unter Schreien bei der Sondenfütterung. Etwas später mußte er auch wegen Urinverhaltung katheterisiert werden. Am 20. Tage des Klinikaufenthaltes begann er plötzlich nachmittags zu sprechen, verlangte Nahrung und eine Zigarette, ging umher und antwortete dem Arzt auf die entsprechende Frage: „Ha, es geht so“. (Warum er nicht gesprochen habe?) „Wenn man doch nicht kann“. (?) „Ha, das ist so“. (Hunger?) „Es wird Zeit zum essen!“ Am folgenden Tag sagt er auf die Frage nach der Stummheit: „Ich konnte nicht richtig denken“. (Warum nicht gegessen?) „Wenn man nicht kann“. (Nicht gesprochen?) „Von unten rauf ist es gekommen, ein Stockwerk höher. Der Kopf ist ganz frei gewesen, so leer, so frei im Kopf“. Wiederholt gab er in den folgenden Tagen auf die Frage, warum er nicht gesprochen habe an: „Ich konnte keine Worte finden; jetzt geht es besser. Eines oder zwei finde ich schon mal“.

Nach wenigen Tagen relativer Zugänglichkeit, wobei jedes Gespräch allerdings nach wenigen Sätzen an der alsbald eintretenden negativistischen Unansprechbarkeit scheiterte, versank R. wieder in den Mutismus. Zwei Formen deutlich affektbetonter Reaktionsweise waren in der Folgezeit bei ihm zu beobachten: Gelegentlich besonders eindringlicher, längerer Bemühungen des Arztes, ihn unter vier Augen zum Sprechen zu bringen und aus dem Stupor zu reißen, änderte sich der sonst völlig leere Gesichtsausdruck, er wurde traurig, leidend, mehrmals stieg ihm eine tiefe Röte ins Gesicht, die Lippen zitterten und die Augen füllten sich mit Tränen. Kurz vor der Überführung in die Anstalt kam es ferner während der ärztlichen Visite zu wiederholten anscheinend unmotivierten Ausbrüchen starrer Gereiztheit: R. schimpfte über Internierung, drängte hinaus, ihm fehle nichts, er wolle seine Kleider. Er war völlig unbeeinflussbar in diesem gespannten Zornaffekt.

Der Fall wäre in seiner Entwicklung und Symptomatik zum allergrößten Teil als eine stetig zunehmende Aktivitätsstörung deutbar, würde nicht mit dem Einsetzen des Stupors Stummheit, Ausdruckslosigkeit, Nichthandeln trotz aller entgegengerichteter Einwirkungsversuche mit einer Beharrlichkeit festgehalten, die aus einem einfachen Minus an Tätigkeitsbereitschaft nicht abzuleiten ist. An einem bestimmten Zeitpunkt tritt ein neues Moment hinzu, das aus dem lässig vertrottelnden „Hypophrenen“ den zunehmend negativistischen Stupor werden läßt. Ist es die Denkstörung? Oder ihre Steigerung, denn sie bestand, worauf die Vorliebe für das mechanische Aufzählen deutet, wahrscheinlich schon vorher. *Rettlingsers* Äußerungen über Gedankenlosigkeit, innere Leere, Schwäche, Schwerfälligkeit weisen in dieser Richtung. Daneben aber spricht er davon, daß er die *Worte* nicht finden könne und erweist sich bei allen Gelegenheiten, wo der Stupor durchbrochen wird (Gang aufs Kloset, ins Untersuchungs-zimmer, zurück auf die Abteilung), als vollkommen klar orientiert und verhält sich der Situation entsprechend. Auch seine Augenbewegungen waren nicht „ziellos-ratlos“, sondern man hatte wie bei vielen ähnlichen Fällen durchaus den Eindruck, daß er alle Vorgänge auffaßte und verfolgte. Die Denkstörung im Sinne von Unabgeschlossenheit und Flüchtigkeit war sicher vorhanden, das zeigte z. B. eine kurze Leistungsprüfung, bei der die Wiedergabe der Salzeselgeschichte darin bestand, daß einige ganz äußerlichen Motive ohne rechten Zusammenhang reproduziert wurden. Aber auf diese Abwandlung des Gedankengefüges scheint uns die zunehmende Sprach- und Regungslosigkeit nicht rückführbar, auch wenn man vom Negativismus zunächst einmal ganz absieht.

Auch vom Negativismus und Autismus her gibt es keine befriedigende Erklärung von Zuständen wie dem vorliegenden. Eine dauernde „Affektlage der Ablehnung“ (KLEIST) kommt (trotz der einzelnen Zornausbrüche) nach allen Äußerungen des Kranken nicht in Betracht. Wir zweifeln aber auch, ob die KRAEPELINSche Theorie des Gegenantriebs in solchen Fällen sinnvoll ist, wenn

wir feststellen können, wie der Patient sich Mühe gibt, in indifferenten Situationen, wie etwa bei einfachen Rechenaufgaben, zu einer Lösung zu gelangen. Wir beobachteten jüngst einen ganz ähnlichen Fall ohne jeden aktiven Negativismus, der mit größter sichtbarer Anstrengung einzelne Worte flüsterte, um seine Wünsche zu äußern und auf die Aufforderung, seinen Namen zu schreiben, nach langem Ansetzen, die Hälfte des Anfangsbuchstabens zu Papier brachte.

Wo sollen wir endlich eine Komplexwirkung im Sinne BLEULERS vermuten, wenn allmählich mehr und mehr die ganze Existenz, die animalischen Verrichtungen zuletzt, in die Störung einbezogen werden? Die aus der vorstuporösen Zeit herübergenommenen Wahnhalte machen den Stupor ebensowenig verständlich wie die vereinzelt Sinnestäuschungen.

Der folgende Fall von Aktivitätsnachlaß, Ichstörung zusammen mit psychomotorischen Anomalien paßt insofern nicht an diese Stelle, als ein schleichender Beginn vorliegt, zu dem sich nachträglich die motorischen Störungen hinzugesellten: Von seinen subjektiv empfundenen Veränderungen gab uns *Robert Waser* (26/365) ausführliche Schilderungen. Die Vorgänge waren hier von vornherein wahnhaft zentriert.

W. bezog den Aktivitätsnachlaß, den er selbst schmerzlich bemerkte, auf feindliche Einwirkungen des Vaters, dessen Wesen er als robust dem seinen feinnervigen durchaus entgegengesetzt empfand. Wir verzichteten auf eine ausführliche Wiedergabe des Falles, dessen Zustand bei der Aufnahme in die Klinik einem Stupor sehr nahe kam; jeden Augenblick, meinte man, könne der Kranke in völlige Regungslosigkeit versinken. Auf der Abteilung saß er müde, in sich versunken da, sprach spontan nicht; eine lässige Apathie, ohne jede Initiative, eine lahme Stumpfheit kennzeichneten sein äußeres Verhalten. Auch beim Sprechen blieb er völlig unbeweglich, saß gerade und regungslos, zeigte keine Sprechmimik, lediglich Blickmimik. Die Stimme war monoton, gleichförmig, die Sprechweise ohne Betonung, konturlos, ohne richtige „Interpunktion“. Wiederholt wurde beobachtet, wie ihm über das regungslose Gesicht die Tränen liefen, wobei er erklärte, diese kämen von selbst, er sei nicht traurig, könne nichts dagegen machen.

Aus W.s Äußerungen über seine innere Verfassung: Er spüre, daß er seit einem Jahr immer weniger geworden sei. Es ist jetzt, als ob er keinen seelischen und geistigen Gehalt mehr hätte . . . ganz leer. Früher wußte er noch, daß diese Hand ihm gehört, jetzt weiß er es nicht mehr. Er weiß nicht, ob er noch einen Kopf hat, habe das Gefühl, als ob der Kopf abginge, als ob er einen Totenkopf hätte. . . . wie wenn der Körper tot wäre, auseinanderfallen wolle, zu Staub verfliegen würde. Er sei gar nicht mehr, müsse sich oft fragen, ob er überhaupt noch existiere. Sein Körper gehöre nicht mehr zu ihm, und eine Seele habe er auch nicht mehr. „Es kommt mir vor, als ob die Hand nicht weiß, was sie tut“. . . .als ob die Beine von alleine gingen, er muß sich zwingen zu wissen, daß es seine Beine sind. Neben zahlreichen Klagen, die durchaus dem Bild der Depersonalisation entsprachen, äußerte er u. a. auch: wenn der Vater ihn ansieht oder mit ihm spricht, so spürt er, wie der Blick des Vaters an seinem Körper zehrt . . . als ob er immer leichter würde, kein Fleisch mehr hätte, fortfliegen müßte. . . . Er habe keine Sicherheit mehr im Hirn. . . . Ich bin gar nicht mehr ich . . . ein ganz anderer . . . ich fühle auch immer weniger . . . immer weniger denken. Er fürchtete sich in nichts aufzulösen, am meisten, wenn er allein war. Darum mußte die Mutter immer bei ihm sein. Jeder Blick des Vaters führe ihn weiter der Auflösung entgegen.

Daß sich dabei tatsächlich auch Änderungen in der Körperfühlssphäre abspielen, dafür sprechen Angaben wie die folgende: Manchmal das Gefühl, als ob er überhaupt nichts mehr an sich hätte, als ob alles ganz leicht wäre, oder dann, wie wenn alles ganz dick würde, aufgeblasen, als ob er platzen müßte, dann als ob ihm alles ganz fest würde, wie Stein.

Während der Gespräche, bei denen W. stets nur sehr zähflüssig antwortete, traten wiederholt Sperrungen ein, die er so schildert: Die Gedanken sind auf einmal weggenommen. Dabei versteht er alles, ahnt noch, wovon gesprochen worden ist, er zieht das noch so mit, weiß es noch ganz undeutlich, kann es aber nicht mehr fassen. Dabei Schwindelgefühl, Frösteln, Drehen im Kopf, „als ob die ganze Gestalt verändert wäre“.

Auch sonst Klagen über Gedankenflüchtigkeit, bildhaft kommt ihm die Gesundheit in den Sinn, ohne daß er es will. Schließlich eine Anzahl gemachter Phänomene: geschlechtliche Erregung, gemachte Gedanken: „viele Gedanken machen nur noch was der andere (der Vater) will“.

Entsprach nun hier, wo die Aktivitätsstörung als erlebte das Krankheitsbild weitgehend beherrschte, das motorische Verhalten vollkommen der inneren

Verfassung? Obschon jeder Negativismus fehlte, kann die restlose Zuordnung angezweifelt werden. Bei der großen Schwierigkeit, Bewegungsverhalten sprachlich darzustellen, ist es nicht leicht, den Beweis dafür zu führen, daß die starre Bewegungsarmut, das Fehlen jeder Lockerung und Lässigkeit, die Monotonie von Sprache, Mimik und Gestik doch als ein recht wenig zureichender Ausdruck der geklagten Kraftlosigkeit, Schwäche, Leere usw. gelten konnte. Jeder Psychiater kennt ja das Ausdrucksverhalten des Psychasthenikers, der sehr ähnliche Klagen hat. Mit ihm ist ein fast stuporöser Kranker wie *Waser* nicht zu verwechseln. Zugegeben, daß die Aktivitätsstörungen solcher Schizophrener nur äußerlich denen des Psychasthenikers ähneln, faktisch und erlebnismäßig etwas völlig anderes sind, so kann man doch nicht behaupten, die Ausdrucksform schizophrenen Aktivitätsnachlasses sei der Stupor, nachdem wir weitgehend aktivitätsinsuffiziente Schizophrene beobachten, die nichts von Stupor aufweisen (vgl. S. 299, Fall *Stahl*).<sup>14</sup>

Vergegenwärtigt man sich schließlich die Erfahrungen, die neuerdings bei den postencephalitischen Akinesen inbezug auf die Unabhängigkeit der erlebten Aktivitätsintentionen von der objektiven Bewegungsstörung gemacht wurden (HAUPTMANN u. a.), so wird man erst recht Bedenken haben, die psychomotorischen Erscheinungen der Katatonie einfach aus der Aktivitätsinsuffizienz herzuleiten. Bei der Encephalitis kann weder im Sinne KRAEPELINS von einer Willensschwäche, oder von Gegenantrieben die Rede sein, noch weniger handelt es sich um eine Aktivitätsinsuffizienz im Sinne BERZES, es fehlen alle Ichstörungen, „gemachte“ Phänomene sind unbekannt: Trotzdem ist die objektive Ähnlichkeit z. B. des schizophrenen Stupors mit den akinetischen Spätformen nicht wegzudiskutieren.

So stößt die Analyse dieses Tatsachengebietes immer wieder an jene Grenze, wo die neurophysiologische Betrachtung, welche KLEIST für diese Vorkommnisse angebahnt hat, einzusetzen hat. Ihre Durchführung erfolgt an einer anderen Stelle dieses Buches (HOMBURGER). Aufgabe dieses Abschnitts kann es nur sein, die psychologische Interpretation so weit vorzutreiben, als es die Tatsachen erlauben und die Frage zu stellen, wie sich die psychologische Eingliederung vollzieht.

Wir greifen zurück auf die oben mitgeteilten Stuporfälle *Rettlinger* und *Waser* und erinnern an die Angaben „ich konnte nicht richtig denken“, „keine Worte finden“. Eine unserer Kranken (96/75) schilderte nachträglich den Stupor folgendermaßen: Sie sei dann immer stummer geworden und habe nicht mehr essen mögen. (Warum?) Weil sie keinen Appetit gehabt habe. Sie habe einfach nicht gekonnt. Sie habe nicht mehr reden können wie früher. Weshalb vermag sie nichts zu sagen. (Warum regungslos im Bett; konnten Sie nicht umher laufen?) „Doch ich hätte gekonnt . . . aber ich weiß nicht“. Sie habe alles verstanden, gewußt, wo sie sei, Ärzte, Wärterinnen usw. gekannt; aber für nichts rechtes Interesse gehabt . . . Diesen nicht seltenen Angaben über Nicht-können, schließen sich unmittelbar solche an: „Es war grad, als ob mir meine Sprache genommen sei“ und wiederum mit einer anderen Nuance die wiederholte Äußerung einer hyperkinetischen Kranken (20/248), welche anfallsartig in stuporöse Zustände mit Schnauzkrampf verfiel und das Nicht-sprechen jedesmal damit begründete: „Weil ich so verwirrt war“. Eine Variante stellt auch die Begründung dar: „Ich konnte die Worte nicht gleich finden, es kamen mir immer falsche Worte auf die Zunge“. Und endlich: „Ich konnte nicht sprechen, mußte immer von allem das Gegenteil machen!“

Damit ist bereits der Übergang vom Nicht-können zum Nicht-dürfen gegeben. Wir knüpfen an die wahrscheinlich sinnesmäßigen Erlebnisse der Leere und Leichtigkeit bei den beiden genannten Stuporfällen an und stellen ihnen die

vielfach von Stuporösen geklagten Empfindungen der *Enge und Schwere* gegenüber. Aus der Selbstschilderung eines jahrelangen Stupors: „Ich könne nicht sprechen, sprach man zu mir, was ich auch eingestehen muß, zu dem ich aber leider (nicht ?) gewalttätig gezwungen werde. Bin immer so eingeengt, kann (mich) nicht mehr dehnen, ab und zu gespannt, was ja nichts zu bedeuten hat. Ich bin es ja und werde es auch bleiben, für mich gibt es keine Rettung mehr. Mit den Augen bin ich immer im Leiden; sie schmerzen mich immer, immer will ich sehen und jedesmal werde ich eingedämmt. Jedesmal will ich immer genauer forschen und immer bin ich wieder in meinem Leiden. Nun ich denke, es geht immer, mit Geduld und Leiden schlage ich mich durch. Das ganze Leben erscheint nur ein Kampf und Ringen. Aber Gott hat mich noch nicht verlassen, es sind eben die argen Tage“.

Wie in vielen ähnlichen Bannungszuständen (vgl. auch *Käthchen Stern*, S. 320) macht der Kranke unmittelbar Körperempfindungen pathologischer Art ursächlich für die Bewegungslosigkeit verantwortlich, oft scheint eine nicht trennbare Verschmelzung der sensorischen und motorischen Störungen vorzuliegen: „Ich kann durch Elektrizität nicht sprechen, ich bin ganz voll von elektrischem Dunst, alle Speisen sind voll Elektrizität. Ich bin gespalten und geschnitzelt, bin zu sehr gedrückt worden; ich habe gespürt, die machten es vom Boden aus mit dem Spiegel“ (03/258). Eine Kranke (18/46) mit schwerstem Stupor, Katalapsie, Cyanose äußerte in einem freien Moment: „Sie habe so Angst, wisse nicht, was mit ihr sei. Wenn sie oben einschnaufe, gehe unten der Strom hinaus. Sie meine, sie werde von der Welt und der Natur angezogen“. Eine ganz frische Schizophrenie berichtete über das akute Einsetzen des Stupors folgendermaßen (19/180):

„Auf einmal war es in ihr, als ob innen alles zugehe. Am 15. 8. war das. Sie war da daheim, nicht aufgeregt. Es kam ganz plötzlich, dabei keine Angst. Mit einem Schlag war ihr alles egal. Auf der Brust ging alles zu. Sie bekam keine Luft mehr, habe sich auf dem Boden gewälzt. Sie könne nicht sagen, was das für ein Gefühl war. So etwas Ähnliches hatte sie noch nie. Sie habe nicht mehr sprechen können, kein Wort herausgebracht. Dabei niemals etwas gehört, keine Stimmen. An Empfindungen nur, als ob die Brust zugehe. Sie war momentan ganz verstellt, sie spürte das in sich. Nie habe sie vorher an das Korsett gedacht. Habe es „in der Dummheit“ immer angezogen. In dem Augenblick, da alles „zuing“ habe sie gleich gewußt, daß das Korsett schuld war. Von der Zeit ab hatte sie keine Ruhe mehr, ging von einem Bett zum andern. Keine Verfolgung, halt einfach keine Ruhe. Sie fand keinen Schlaf, stand immer am Fenster. Am Bett war nichts Besonderes; nur „in mir ist es anders“. Geschickt hat ihr das niemand, „ich war es ganz selbst“ . . .

Die Kranke glaubte im Anfang, sie habe sich durch ein neues Korsett zugrunde gerichtet. Später wurde dieser Gedanke von religiösen Erlebnissen und daran anknüpfende Wahngedanken abgelöst.

KLLEIST legt bekanntlich auf diese Halluzinationen der Körperfühlssphäre besonderen Wert. Sie spielen aber sicher in vielen Fällen keine Rolle (oder werden, wenn sie vorhanden sind, nicht beachtet), in denen der Stupor als ein Gebundensein durch massenhafte halluzinatorische Erlebnisse *auf anderen Sinnesgebieten* aufgefaßt werden kann.

Und zwar sind hier wiederum drei Varianten zu unterscheiden: Einmal wird das Nicht-dürfen als der Ausfluß imperativer Stimmen erlebt; zweitens hat man recht häufig den Eindruck, daß eine ganz analoge *Ratlosigkeit*, wie sie die Denkstörung hervorruft, auch vorwiegend halluzinatorisch bedingt sein kann; endlich kann die Akinese dem halluzinatorischen Gesamtzustand einfach ohne Motivierung zugeordnet sein, vergleichbar der Fesselung durch den Eindruck der inneren Vorgänge, oder auch — ein Vergleich, der uns den Tatsachen näher zu kommen scheint — der objektiven Bewegungslosigkeit des Träumenden, der sich im Traum zu bewegen glaubt.

1. Wir belegen den ersten Fall durch die Schilderung eines Mutismus unter halluzinatorischem Befehl. Die Krankengeschichte ist zugleich ein typisches Beispiel schizophrener Ichstörungen.

*Peter Geiß* (19/234), geb. 1890, war bis zum Krieg kaufmännischer Angestellter, unauffällig und gesund. Februar 1915 geriet er in französische Gefangenschaft. Von 1916 ab schrieb er nicht mehr an die Angehörigen. Im Juni 1919 wurde er aus einem Lazarett in Paris ausgetauscht. Bei den Eltern angekommen war er fast völlig stumm, gab durch Gesten zu verstehen, daß er alle erkannte, las, schrieb, verhielt sich geordnet. Doch lachte er viel und onanierte häufig. In der Klinik bot er sich selbst überlassen, das Bild eines mutistischen, bewegungsarmen Stupors. Er sitzt mit starrem Gesichtsausdruck zur Seite gerichtet, halb geöffneten Augen in ungezwungener Haltung, Kopf leicht zur Seite geneigt. Sobald man ihn anspricht, erscheint ein maniertes, leeres Lächeln auf seinem Gesicht, das sich unter Umständen, wenn man mit ihm kleine Scherze macht, zu einem anhaltenden fast herzhaften Lachen steigern kann, welches dann oft auffallend lang anhält, ähnlich wie bei Kindern. Kein Negativismus, keine Spannungserscheinungen, keine Echosymptome, keine Befehlsautomatie. Während der halbjährigen Behandlung in der Klinik hat er einige wenige Male mit abgewandtem Gesicht, unter heftigem Grimassieren, dem Arzte kurze Auskunft über sein Innenleben gegeben, außerdem in der ersten Zeit manches schriftlich niedergelegt. auch Fragen schriftlich beantwortet, was er später, nachdem er auch die Klinik in sein Wahnsystem eingeschlossen hat, verweigerte.

Von seinen Wahnideen sei erwähnt, daß er sich zu einer Heirat mit einer Millionärin bestimmt glaubt, in der Angelegenheit spielt eine Gräfin Eulenburg, eine Verwandte des Kaisers, eine Rolle, er schreibt Postkarten an seine Braut und ihre Eltern und erwartet jeden Tag, daß sie ihn erlöse. Er ist nämlich durch Kameraden in der Gefangenschaft mißbraucht worden. Sie haben ihm Medizin gegeben, Eisen, dadurch ist er in eine Bildsäule verwandelt worden. „Sprechen konnte ich nichts, ich bin nur so dahin gewandelt wie hypnotisiert. Da mir gedroht wurde, daß ich im Lager nichts mehr zu essen bekomme, falls ich da in diesem Zustand verbleiben muß, kam ich in die Hospitäler als Stumpsinniger“. Man hat ihn dann zu „Sittlichkeitsverbrechen“ verwandt, ihm den Geschlechtssamen geraubt, zum Onanieren gezwungen, „da das Weib fehlt und die Eindrücke in seinem Kopf zu solchem Tun reizen“. G. schreibt von sich häufig in der dritten Person: „Jeder Arzt kann ihm die Medizin (= „das Gegengift von Eisen“), die er für den Kopf braucht, um als normaler Mensch wieder denken zu können, verschreiben, und jede Apotheke wird es liefern können“. „Also soll ich nun 29½ Jahre hypnotisiert oder stumpfsinnig gelebt haben. Wer weiß, wann ich wirklich in das normale Leben treten darf? . . . Nicht stumpfsinnig bleiben ist das Vorteilhafteste für mich und für die Täter. . . . Was ich niederschreibe, geschieht in hypnotischem Zustand“. (Warum er nicht spreche?) „Weil eben die Leute nicht wollen, daß aus dem Stumpsinnigen gesprochen wird, und es selbst nicht kann. Auch wird immer noch gewacht, ob er nicht doch selbst sprechen oder selbst etwas machen kann. Er macht bestimmt gar nichts. Er wäre tot, wenn sein Herz nicht gesund wäre nebst den Lungen“. „Wir sehen im Kopf die Eindrücke durch Bilder und Zeichen, hervorgerufen von dem Frl. Hafner, der gnädigen Frau Hafner seiner Mutter, seinen Brüdern und den interessierten Einwohnern der Stadt Mannheim. Nur dadurch, daß man die sämtlichen Eindrücke in seinem Kopf sieht, ist man in der Lage, sich mit ihm abgeben zu können. Er hört, versteht, fühlt und sieht. Wenn er sich wehrt, ist es immer nur die Gewalt des fremden, in ihm wohnenden Geistes“.

In den kurzen Gesprächen gab er immer an, *das Sprechen könne ihm jederzeit wieder verboten werden*, er habe schon einige Male während der 3 Jahre kurze Zeit gesprochen und sei wieder verstummt. Im übrigen sei er in keiner Weise er selbst. Wenn er von einem Zimmer in das andere geht, dann ist es nicht der G., der da hin- und hergeht. Wenn er ißt, trinkt oder schläft, so sind dies alles Beschäftigungen und Lebensäußerungen, die nicht von ihm ausgehen, die ihm vielmehr von irgend jemand gemacht sind. Wer dieser jemand ist, kann er nicht genau angeben. Auf jeden Fall scheint es eine ganze Reihe von Einheiten zu sein, die ihm abwechselnd seine Lebensäußerungen vorschreiben. Einige davon kennt er, andere sind wieder mehr unbekannter Natur — alle sind sie jedoch geisterhaft, sie beherrschen ihn abwechselnd in jeder Beziehung. Ganz ähnlich ist es auch mit der Onanie. Er sei für dies und alles andere nicht verantwortlich.

2. Von der *zweiten Variante*, der halluzinatorisch bedingten Ratlosigkeit im Stupor, verfügen wir nicht über ein Beispiel, das den allgemein bekannten äußeren Eindruck solcher Stuporen seinem Innenleben nach zu klären vermöchte. Es ist charakteristisch, daß man bei der Durchsicht einer größeren Anzahl von Krankenblättern, die über katatone Stuporen berichten, vielfach den Vermerk findet, daß die Kranken offensichtlich halluzinieren, daß man vielfach in der

Klinik diesen Eindruck nicht los wird, daß es aber nur selten mit aller Sicherheit gelingt, hinterher Genaueres über die Art des halluzinatorischen Erlebens zu erfahren. Das ist umso weniger verwunderlich, als es sich bei diesen ratlosen und ängstlichen Halluzinanten (meist sind es Frauen) wohl allermeistens um die Verbindung mit Denkstörungen handelt, die infolge ihrer Labilität und Flüchtigkeit die Reproduktion erschweren. Einzelne Aufschreie, Tränen, gequältes Lauschen, und vor allem die impulsiven Ausbrüche von Abwehrhandlungen aus dem Stupor beweisen hier mehr als nachträgliche Angaben wie: „Die Leute haben immer so laut geschwätzt, und da habe ich gedacht, ich sage lieber gar nichts“.

3. Für die *dritte Variante* der halluzinatorischen Fesselung wählen wir als Beispiel eine Patientin (18/217) *Dora Ellert*, welche nach erregtem Vorstadium von einigen Wochen am 11. 10. 1918 im Stupor in die Klinik eingeliefert wurde.

Sie war eine intelligente Bauerntochter, hat zwei schizophrene Geschwister. Anfangs klammerte sie sich noch an den Arzt, schien sprechen zu wollen. Später versank sie immer mehr, es zeigten sich Katalepsie, Salbengesicht, Cyanose der Glieder, abgehobener Kopf, negativistisches Verhalten bei den Entleerungen. Sie mußte mit der Sonde ernährt werden. Im März 1919 begann sich der Stupor ganz allmählich zu lösen. Anfang April wurde sie lebhafter, sprach, suchte mit dem Arzt zu scherzen und begann Briefe zu schreiben. Den Übergang zu einem schweren hyperkinetischen Zustand, der sich im folgenden Monat mehr und mehr ausbildete, stellt eine Zeit eifrigster Schreiberei dar. Sie legte in den umfangreichen Schriftstücken eine phantastische Schilderung ihrer Erlebnisse im Beginn der Psychose nieder. Machen diese Berichte zum Teil auch einen ausgeschmückten Eindruck, so geht doch aus ihnen eines deutlich hervor: die Fülle von Erscheinungen, szenenhafter Erlebnisse: Wanderung durch die Wüste, Verfolgung durch wilde Tiere, brennende Steppe und Petroleumquellen, Kreuzzug, Kämpfe und Kriegserlebnisse und dgl. mehr erstrecken sich zeitlich über die erregte Phase zu Hause in den Stupor hinein, ohne daß irgendeine Grenze zu erkennen wäre. Die Kranke wird in ängstlicher Getriebenheit durch alle Fährnisse gejagt, während sie regungslos auf der Abteilung im Bett liegt.

In der nachfolgenden erregten Phase kehren in den Reden der Kranken die Inhalte dieser Erlebnisse immer wieder.

Die gemeinsam mit BERINGER veröffentlichte Selbstschilderung des Falles *Hahnenfuß* gehört hierher, bei dem während eines monatelangen Stupors sich die großartigsten, tiefgreifendsten Erlebnisse halluzinatorischer Art abspielten, daneben eine Anzahl pathologischer Gefühlszustände erlebt wurden, auf die noch zurückzukommen sein wird.

Was in diesen Fällen noch einigermaßen psychologisch begrifflich zu machen ist, daß nämlich die motorischen Anomalien gar nicht bemerkt werden, oder zum mindesten als etwas Selbstverständliches hingenommen werden, mit dem sich der Kranke identifiziert, das findet sich nun auch merkwürdigerweise beim „leeren“ Stupor. Wenn wir von einer eben aus dem Mutismus befreiten Kranken auf die Frage, warum sie nicht gesprochen habe, die Antwort erhalten: „Ja warum sollte ich denn sprechen?“, ohne daß wir feststellen können, daß sie überhaupt im Stupor etwas erlebt hat, so scheint dies das denkbar entgegengesetzte Verhalten der zuerst genannten Erlebensform der Akinese. Was dort als ichfremd, krankhaft, oder von außen kommend erscheint, wird hier nicht etwa nur sinnmäßig durchdrungen, sondern auch als vollgültig, ja willensentsprungen erlebt. Anstelle des Nicht-könnens und Nicht-dürfens finden wir ein Nicht-wollen. So erklärte KRONFELDS Patient *Schleifer* über seine Starrezustände: „Nicht von selbst wurden die Muskeln starr, sondern ich spannte sie aus Leibeskräften an“.

Erst seitdem wir aus den Erfahrungen bei der Encephalitis lethargica wissen, in wie eigenartiger Weise die Selbstwahrnehmung der motorischen Anomalien gestört sein kann, ist auf diese Verhältnisse einiges Licht gefallen. Wenn auch noch eine systematische Bearbeitung des Gebietes fehlt, so zeigt doch die bei Encephalitikern ohne alle psychische Anomalien oft fehlende Selbstwahrnehmung



des Rigors und der Bewegungsverlangsamung, ferner die Identifikation mit Iterations- und anderen hyperkinetischen Phänomenen, besonders den sog. „Pseudospontanbewegungen“, daß es nicht der Annahme einer „Benommenheit“ oder anderer seelischer Minderleistungen bedarf, um sowohl die Nichtbeachtung, als auch die Ichanerkennung der katatonen Erscheinungen zu erklären. Offensichtlich ist es die besondere Erscheinungsform der psychomotorischen Störungen, welche die Eingliederung in das seelische Gesamterleben so wenig einheitlich macht; weder die Angabe vom Nicht-können, noch diejenige des Nicht-wollens gibt den Sachverhalt völlig richtig wieder.

Nach wie vor sind wir noch weit entfernt von einer auch nur einigermaßen befriedigenden Lösung der Probleme, welche uns die psychomotorischen Anomalien der Schizophrenie aufgeben. Das zeigt sich ganz besonders auf dem Gebiete der sog. katatonen *Anfälle*, welche hier als Übergang zu den hyperkinetischen Erscheinungen erwähnt werden. Diese anfallsartigen Zustände leiten ja nicht selten die Erkrankung ein.

In der Arbeit von STEFAN ROSENAL wird über eine Patientin *Regine Michler* (Fall 5) berichtet, bei der 6 Jahre vor dem Ausbruch der eigentlichen Psychose ein merkwürdiger Starrezustand vorausging. Diese selbst begann mit einem anfallsartigen Zustand von etwa gleicher Art: starre Glieder, schwere Atmung, keine eigentliche Bewußtlosigkeit. Wenige Tage später wurde sie im Zustand pathetischer Erregung in die Heidelberger Klinik gebracht und bekam hier am Tage der Aufnahme einen dritten Zustand, dessen Beschreibung wir hier nach ROSENAL wiedergeben:

Der Abteilungsarzt fand die Patientin mit starren Gliedern im Bett liegend, ihr Kopf war stark nach hinten in die Kissen gebohrt, der Mund zusammengepreßt, die Atmung war laut, stöhnend und hastig. Die Augen waren offen, die Cornea ganz nach oben gedreht. Der Cornealreflex war vorhanden, die Pupillen auffallend eng. Die Lichtreaktion schien, soweit das bei der Pupillenstellung mit der künstlichen Belichtung prüfbar war, erhalten zu sein, wenigstens angedeutet. Tiefe Stiche in die Nase riefen noch leichtes Zucken des Gesichtes, aber keine Abwehrbewegungen hervor, auf alle anderen Schmerzprüfungen blieb jede Reaktion aus. Dieses Bild blieb etwa 10 Minuten, dann öffnete sich der Mund weit, ließ sich auch mit Gewalt nicht mehr zusammenpressen; die Patientin fing ganz monoton sehr laut und durchdringend an zu schreien. Die Augen verhielten sich so, wie oben beschrieben. Die ursprünglich ganz starren Glieder blieben starr, ließen sich aber doch mit Gewalt etwas biegen, so daß man trotz des Widerstandes doch dahinter die Flexibilitas cerea zu fühlen glaubte. Und nun blieben Glieder und Körper in allen Lagen und Stellungen, die man ihnen gab, stehen. Man konnte z. B. die Arme eine Kreuzifixstellung einnehmen lassen und Kopf und Rumpf weit aus dem Bett heraus zum Boden biegen; die Kranke blieb, wie man sie gestellt hatte; dabei ging das monotone Schreien unverändert weiter. Die Sensibilitätsverhältnisse blieben wie oben, es gelang auf keine Weise, die Patientin abzulenken. Dann nach einigen weiteren Minuten hörte das Schreien ebenso plötzlich auf, wie es gekommen war, und es zeigte sich mit einem Schlag ein Zustandsbild, welches äußerlich einer schweren Bewußtlosigkeit entsprechen dürfte; die Kranke lag mit absolut schlaffen Gliedern da, welche, aufgehoben, wie tot herabfielen. Die Atmung war etwas röchelnd aber ruhig, das Gesicht wurde entschieden etwas cyanotisch. Die Patellarreflexe waren beiderseits gleich und nicht besonders lebhaft, dasselbe gilt von den Achillessehnenreflexen. BABINSKISCHES Zeichen war nicht vorhanden, andererseits fehlte überhaupt jede Reaktion auf die Reizung der Fußsole, und die Sensibilität war jetzt total auch in der Nasenhöhle aufgehoben. Der Herzschlag war regelmäßig. Schaum, Blut usw. vor dem Munde traten nicht auf und außerdem war es auffallend, daß, obwohl der Kopf ganz zurückgebogen und der Mund offen war, die Zunge nicht nach hinten rückte. Trotz der allgemeinen Muskelschlaffheit ließ sich der Mund nicht zusammenpressen. Eigenartig waren die Verhältnisse an den Augen: Meist standen die Augen bei ziemlich engen, aber reagierenden Pupillen weit offen und der Lidschlag war sehr verlangsamt; berührte man die Cornea, so erfolgte prompt ein Lidschlag und die Cornea wandte sich im selben Augenblick weit nach oben, so daß nur die Skleren sichtbar waren. Nach einiger Zeit stellte sich dann das ursprüngliche Verhalten wieder her. Nach einer Weile wurde die absolute Schlaffheit der Glieder wieder vorübergehend von Starre abgelöst. Dann kamen rasch hintereinander Spontanbewegungen der Glieder. Plötzlich stieß die Kranke in jammernden Töne mehrmals hintereinander aus: „Ich bin verlassen“, stand auf, und mit einem Schlage kehrte genau derselbe Zustand pathetischer Erregung, wie er bei der Aufnahme bestanden hatte, wieder, nachdem der „Anfall“ fünf Viertelstunden gedauert hatte. Die *Erinnerung* war zumindest teilweise erhalten: sie wußte, wo sie gelegen hatte, daß man an ihren Gliedern

herum gemacht hatte und in ihren Reden kam einmal die spontane Äußerung vor: „. . . damals (= zu Hause) hab ich wirklich im Starrkrampf gelegen, nicht so wie heute, wo ich es bloß gemacht habe“. Als man sie später, nachdem die Erregung zurückgetreten war, noch einmal danach fragte, erklärte sie, sie habe alles gehört im Anfall, es habe sie nur etwas gezwungen, daß sie nicht reden konnte. Sie erinnerte sich an die Nadelstiche, an die Verlegung auf eine andere Abteilung. Sie habe den Anfall nicht ganz markiert, aber ein bißchen habe sie ihn schon gemacht. „Wenn ich ihn ganz gemacht hätte, könnte ich es jetzt doch auch“.

Diese zwiespältige Stellungnahme, zweifellos Ausdruck einer ihrem willensmäßigen Anteil nach ungeklärten Erlebnisform, ist besonders charakteristisch für die Art, wie die katatonen Störungen von dem Erlebenden selbst nicht eindeutig dem Gesamterleben zugeordnet werden können.

Man vergleiche mit diesen Äußerungen die folgende Angabe des *Dr. Mendel* bei *JASPERS*, eines gebildeten Kranken, der ganz besonders kritisch und scharf beobachtete: Als er, der Musik zuhörend, auf die Terrasse des Kurgartens getreten war, fühlte er den Zwang, einen ganz bestimmten Weg zu gehen. Er fühlte, daß er genau in die Fußstapfen einer anderen Persönlichkeit trat. „Dabei fühlte ich, ich kann mich dem Zwange entziehen. Aber ich will den Willen ablegen, will nachgeben und mich hingeben“ (das System des eingewickelten Kindes trat ihm ins Bewußtsein). Der Zwang wurde stärker, plötzlich blieb er stehen: „Hier muß ich stehen bleiben“. Der Körper begann nun in seinen Bewegungen der Musik rhythmisch zu folgen. Dabei blieb der Kopf ganz frei; er beobachtete, daß Leute über ihn lachten, daß jemand, den er scharf ansah, wegging usw. Die Körperbewegungen kamen automatisch wie von selbst, und doch wollte er sie. Die Muskeln arbeiteten von selbst, nachdem er sie einmal hatte machen lassen, was sie taten. Nun hätte er — das fühlte er — sich dem Zwange auch nicht mehr entziehen können. Er brauchte gar nicht auf seinen Körper zu achten, es ging völlig von selbst.

Es leuchtet ein, daß von hier aus auf die Rolle der individuellen Bereitschaft zur verständlichen Einordnung der schizophrenen Symptome überhaupt ein gewisses Licht fällt. Bei der seelisch durchgeformten Motorik eines reifen Menschen wird eine viel weitgehender Durchdringung mit sinnvollem Erleben zu erwarten sein und damit ein willensmäßiges Sichidentifizieren mit der Bewegung als bei dem Jugendlichen, bei dem die normale Motorik noch seelisch unausgeglichen und uneingegliedert ist. Der Unterschied im motorischen Verhalten zwischen männlichen und weiblichen Kranken hat sicher hier eine wesentliche Wurzel. Endlich ergibt sich, wenn wir uns die besondere Erlebnisweise dieser Art von Motorismen, soweit es möglich ist, vergegenwärtigen, daß (wie auch im Falle *Michler*), zwischen dem *ersten* derartigen Vorkommnis und den nachfolgenden Anfällen Unterschiede der seelischen Erlebens- und Verarbeitungsweise bestehen können. Diese *können* nur „sekundäre“ Verarbeitungen und ohne Einfluß auf den motorischen Ablauf selbst sein; in der Regel aber — und das sind die eigentlich interessanten und schwierigen Vorkommnisse — *ändert die Eingliederung sowohl Erscheinungsweise, als auch den gesamten psychischen Ablauf*. Der Ausdruck durchdringt die motorischen Äußerungen und die „Gewöhnung“ ordnet sie bestimmten seelischen Einstellungen zu. Darauf wird bei der Darstellung des Krankheitsverlaufs noch einzugehen sein.

Die ganzen Schwierigkeiten der Frage, ob die katatonen Anfälle psychogener oder organischer Natur seien, von *ROSENAL* eingehend erörtert und abgewogen, haben hier ihren Ursprung. Man braucht sie heute, nach den Erfahrungen, bei den extrapyramidalen Bewegungsstörungen, nicht mehr in so schroffer Gegenüberstellung der Einzelmerkmale zu stellen wie *ROSENAL* es tat. Auch das Fehlen eindeutiger neurologischer Zeichen läßt uns an der organischen Grundlage der Zustände nicht mehr zweifeln (vgl. auch S. 510).

Die Erscheinungsweise des initialen katatonen Anfalls sei noch an einem weiteren Beispiel belegt.

*Lina Schlemmer* (21/243) geb. 1905 war ein völlig gesundes und unauffälliges Dienstmädchen. Sie hatte keinerlei psychopathische Züge. Mit 16 Jahren fiel sie plötzlich

ohnmächtig um, nachdem sie sich einige Tage vorher müde gefühlt und über Kopfschmerzen geklagt hatte. Nach einer Stunde kam sie zu sich, hatte große Angst und wollte nicht allein bleiben. In der folgenden Nacht „fantasierte sie“, nach Angaben des Bruders, und sprach davon, sie hänge sich auf. Sie beruhigte sich bald und war wohl und munter, bis sie etwa 8 Wochen später eines Morgens im Zimmer, wo sie Betten machte, auf dem Boden liegend gefunden wurde. An dem Tage vorher hatte sie über Müdigkeit und Durst geklagt und viel getrunken. Da sie auf keine Weise zu erwecken war, brachte man sie in die Klinik. Hier wurde sie mit geschlossenen Augen auf dem Tragstuhl sitzend eingeliefert. Als sie auf die Beine gestellt wurde, ließ sie sich schlaff zu Boden sinken. Die Pupillen reagierten auf Licht, die Kranke schien auf keine Weise aufzurütteln. Kurz darauf wurde sie aber im Bad schon völlig ansprechbar, schien aber noch müde. Sie berichtete in den folgenden Tagen über ihre Erkrankung völlig geordnet und einsichtig folgendes: Die ersten Erscheinungen der jetzigen Erkrankung traten vor 4 Wochen auf und zwar führt sie Patientin auf ein wirkliches Erlebnis zurück: Vor 3 oder 4 Wochen sei sie abends von der Wohnung ihres Bruders etwa um  $\frac{3}{4}$  10 Uhr nach Hause gegangen, da habe sie ein Mann angesprochen, er wolle sie begleiten. Sie hat ihn abgewiesen, worauf er dauernd hinter ihr herging. Sie war in großer Angst und „von da ab war's mir nicht mehr richtig“. In dieser Nacht hatte sie „sonderbare Träume“; sie habe „nicht so richtig wie sonst schlafen können“, und da habe sie „immer einen Mann gesehen. . . ganz deutlich. . . das Gesicht konnte ich nicht sehen. . . manchmal ist er fort und dann ist er wieder gekommen“. Es war dunkel im Zimmer, sie hat ihn aber doch gesehen; wie das kam weiß sie nicht. Gesprochen hat er nichts, ihr auch keine Zeichen gemacht; (ob sie die Augen auf oder geschlossen hatte?) das weiß ich nicht. (Wach oder geträumt?) Ich mein halt, ich hätt, geträumt; — in dieser Nacht habe sie große Angst gehabt. (Warum nicht gerufen?) Ich hab mich nicht getraut. (Dabei geschlafen?) Das weiß ich nicht. — Am nächsten Morgen sei sie sehr müde gewesen. Am Tage erlebte sie nichts Auffälliges, auch in den nächsten Nächten nicht. —

Nach 3 oder 4 Tagen hörte sie „Stimmen“; sie hat jetzt erst die Bezeichnung „Stimmen“ für dieses Erlebnis gefunden; „damals hab ich nicht gewußt, was das war; es war so ein Brummeln — sie macht es vor in der Art eines unverständlichen Gemurmels — ich dachte, es käme von vor dem Haus. . . — bei Tag und bei Nacht, aber nicht immer, nur zeitweise. . . immer wenn ich allein war, wenn es ganz still war. . . es hat sich wie Menschenstimmen angehört, manchmal war es so fein, so wie Kinderstimmen, und dann war es wieder grob. . . meistens mehr wie eine Frau. . . nein, nicht mehrere zusammen. . . ich meine immer, sie hätten über mich geschimpft (?) sie waren halt immer so böse. (Worte gesprochen?) „Ja“, — sie weiß aber keine mehr; angeredet wurde sie nie, aber über sie wurde gesprochen. — Die letzten 5 oder 6 Tage war das Gebrummel stärker. (Ohren zugehalten?) „Nein, manchmal bin ich fort, wo ichs gehört habe, in ein anderes Zimmer, da ist es einen Moment besser geworden, dann ist es wieder gekommen“. — Sie hat immer Angst dabei gehabt, hat deswegen nie gewagt, einmal aus dem Fenster zu sehen, ob jemand draußen sei, von dem das Gebrummel komme. — „Ich hab immer gedacht, ich möchte bloß wissen, was das ist“. — Daß es krankhaft ist, auf den Gedanken sei sie nicht gekommen, jetzt wisse sie es. (Umgebung anders?) Einige Tage bevor sie die Stimmen hörte, etwa 6 oder 7 Tage lang, war es morgens, wenn sie aufwachte „immer so komisch; ich hab mich immer so umgeguckt im Zimmer (?) weil ich dachte, daß alles anders ist (?) damals gedacht: das scheint alles anders zu sein. (scheint oder ist?) es ist anders — habe sie gedacht. (Wie?) Ich hab alles nicht mehr so deutlich gesehen (Augen krank?) das glaube ich nicht. (sondern?) Die Luft war so dick, ganz dick. — Die Gegenstände hat sie nicht recht sehen können. „Die Gegenstände, wo weiter weg waren, waren undeutlicher“. . . „wenn ich dann zum Fenster ins Helle sah, dann war alles wieder hell. Ich hab mich gefragt, was ist das alles“. — (Heute?) „Ich würde jetzt denken, das muß die Krankheit sein“.

Seit etwa 2 Monaten hat sie selbst bemerkt und auch Frau K. hat es ihr gesagt, daß sie soviel vergesse z. B., wenn sie mehrere Einkäufe machen sollte, hat sie immer einige vergessen. Sie meine, jetzt, seit gestern sei es wieder besser. (Gedanken abgezogen?) Das habe sie nicht beobachtet, „aber dagegen ist mir manchmal ein Gedanke so neingefahren“ (?) „ja, ein Gedanke, den ich nicht recht denken wollte“. — Sie war von solchen Gedanken nicht etwa verfolgt, sie konnte sie gut fallen lassen „aber dann hab ich meistens nicht mehr gewußt, was ich vorher gedacht hab“. (Zwang?) „Ja, ich hab immer das Gefühl gehabt, jetzt mußt du das tun, jetzt mußt du das tun“. — Nicht bei der Ausführung, sondern davor hat sie „denken müssen: du mußt das jetzt tun“. Beim Arbeiten hat sie öfter gedacht: „man wird dazu getrieben“. Sie legte sich das nicht als Beeinflussung aus, weiß auch nicht, daß sie hypnotisiert wurde, hatte nie abnorme Körpersensationen. — Über ihren gestrigen Zustand sagt sie folgendes aus: Das letzte, an das sie sich von gestern vor dem „Anfall“ erinnere, ist, daß sie die Betten auslegte; sie sei am Morgen wie sonst aufgestanden und hätte gearbeitet; das „Gebrummel“ hat sie wieder gehört, aber nicht stärker oder sonst anders wie an dem vorhergehenden Tage; sonst sei nichts passiert. Daß sie umfiel, weiß sie nicht recht; schwindlich oder ähnlich war ich nicht vorher. Wie sie dann mit geschlossenen Augen

dalag, hat sie nicht verstehen können, was um sie her vorging, aber sie hat gehört, daß gesprochen wurde, „so undeutlich, so Gebrummel“, Worte habe sie nicht verstanden; richtig wach sei sie nicht gewesen, sie meint, sie hätte geschlafen; wie sie dann etwas hören konnte, vermag sie nicht zu erklären. Was mit ihr gemacht wurde, habe sie nicht oder kaum gemerkt; wie sie weggetragen wurde, habe sie „so ein bisschen was empfunden, daß was an mir gemacht wird“, aber sie habe nicht gewußt, daß sie getragen wurde. Das Rütteln des Wagens spürte sie auch „so ein bisschen“. Hier auf dem Korridor habe sie gehört, daß der Arzt „etwas vom Liegenlassen“ sagte (stimmt!). Richtig zu sich gekommen sei sie „wie mir die Schwester ein Glas ins Gesicht geleert hat“. Sie wußte nicht, wo sie war, fragte auch nicht, denn sie habe gleich gemerkt, daß sie in einer Klinik war, als sie die Schwestern sah. — Nach 4 Tagen wurde Fr. S. in durchaus geordnetem Zustand frei von allen Krankheitszeichen nach Hause entlassen.

Dieser Fall eines ganz kurzen schizophrenen Schubs ist in vieler Hinsicht lehrreich. Er zeigt ein chronisches Vorstadium von einigen Wochen mit akustischen Halluzinationen und Denkstörung. Andeutungsweise, in der Form lebhafter ängstlicher Träume und gestörten Erwachens, werden auch hier die Grenzen zwischen Traumwelt und Wachen vermischt. Aber die Sinnesanomalien haben weder traumartigen Charakter, noch sind sie mit der Denkstörung in Beziehung zu bringen. Die „Anfälle“ jedoch treten von allen diesen Symptomen völlig unabhängig, ohne verständliche Wurzel, ohne ausdrucksmäßige Erscheinungsform ein, aber auch ohne sichere cerebrale Symptome. Der eigenartige Bewußtseinszustand, am ehesten einer leichten psychogenen Benommenheit vergleichbar, aber doch sicher seinem Wesen nach etwas völlig anderes, kann wohl schwerlich deutlicher gekennzeichnet werden, als es hier geschieht. Die Kranke zeigte, wie in dem Protokoll ausdrücklich vermerkt ist, gutes Verständnis für die an sie gerichteten Fragen und gab sich Mühe alles so gut als möglich zu schildern. Sie war dabei affektiv ganz unauffällig und nahm durchaus objektiv zu der abgelaufenen Erkrankung Stellung. Trotzdem kann sie ein klares Bild ihrer psychischen Verfassung im Anfall nicht geben.

Wir nehmen den Gedankengang der sinnvollen Eingliederung motorischer Anomalien wieder auf, weil er für die Betrachtung der *hyperkinetischen* Syndrome des akuten Krankheitsbeginns von besonderer Wichtigkeit ist. Denn während die verständliche Eingliederung und Motivierung der Bewegungslosigkeit im Erlebnis noch einigermaßen schwierig ist, verlangt der Bewegungsüberschuß nach „Inhalt“, nach ausdrucksmäßiger oder handlungsartiger Formung und findet sie sozusagen selbstverständlich aus den inneren Vorgängen, besonders affektiver Art. Hier ist es deshalb so sehr viel schwerer zu zeigen, daß in der Tat psychomotorische Anomalien vorliegen. Und doch zeigen schon die Arten, wie die Hyperkinese erlebt wird, daß sie der Akinese ihrem Wesen nach durchaus entspricht: Alle vorher beim Stupor aufgezählten Äußerungen über die Innenvorgänge von dem ichfremden Nichtanderskönnen über die Varianten halluzinatorischer Abhängigkeit bis zur völligen Identifikation des Ich mit den seltsamen, grotesken Bewegungsbildern der katatonen Erregung finden wir auch hier. Wir können uns deshalb ihre Erörterung und Illustrierung im einzelnen ersparen. Gesonderte Darstellung aber bedürfen die *Ausdrucksanteile*, die *impulsiven Handlungen* und vor allem die Frage des *Impulsüberschusses*.

Gehen wir von der *Aktivitätsstörung* aus, so ist das initiale übermäßige Kraft- und Fähigkeitsbewußtsein ja ein in der akuten Schizophrenie ungemein verbreitetes Symptom. Daß dieser von den Kranken oft plastisch geschilderte Aktivitätsüberschuß sich in Rede, Mimik und Handlung entläßt, wie er sich in Wahnbewußtheiten vom Charakter der Größenideen äußern kann, bedarf gleichfalls keiner weiteren Darlegung, erregt auch im Zusammenhang der motorischen Anomalien kein besonderes Interesse. An eine gleichzeitige Störung

des motorischen Verhaltens muß man schon eher denken, wenn das erhöhte Aktivitätsniveau sich etwa in folgender Form äußert:

Eine am 30. 8. 1926 in das Bürgerspital Stuttgart aufgenommene erregte Kranke berichtet über den Beginn ihres Zustandes: Unterwegs, sie sei gerade durch einen Wald gegangen, sei auf einmal etwas über sie gekommen; die Weisheit sei über sie gekommen, wie mit Kübeln geschüttet. Sie sei ganz atemlos geworden, sei gar nicht mehr recht bei sich gewesen. Sie habe sich auf dem Boden gewälzt, weil sie geglaubt habe, den Verstand zu verlieren. Sie habe ihn auch verloren gehabt, sei aber dann auf einmal wieder zu sich gekommen. Die Erleuchtung sei ihr damals gekommen, daß sie Gott und Eva zugleich sei, bestimmt die Menschheit zu erlösen. . . usw.“ Daran schloß sich ein monatelang dauernder hyperkinetischer Zustand mit großer Einförmigkeit der Bewegungsform und inkohärentem Rededrang.

So wie hier die Form der motorischen Entäußerung (Wälzen am Boden) mit dem erlebten Inhalt gesteigerter geistiger Kräfte nur schwer in Einklang zu bringen ist, sehen wir in anderen Fällen einen zweifellos erlebten Aktivitätsüberschuß sich motorisch äußern in verzückter Erstarrung oder in einem stuporartigen Angstzustand. Andererseits gibt es viele hyperkinetische Zustände, welchen jedes Kraft- und Tätigkeitsbewußtsein als erlebnismäßiges Korrelat fehlt. Aus einer Schilderung im Vorstadium einer schweren katatonen Erregung.

(19/257): Es bestand zur Zeit der Exploration ein beträchtlicher Rededrang mit manchen ideenflüchtigen Zügen. Der Untersucher faßt seinen Eindruck folgendermaßen zusammen: Während dieser ganzen Äußerungen, die nur durch kleine Zwischenfragen geleitet werden, ist die Kranke ständig in leichter Bewegung. Sie nestelt am Hemd und einem Halstuch herum, setzt sich bald auf, legt ein Kissen in den Rücken, weil ihr dort kalt sei, bald legt sie sich hin, läßt die Füße aus dem Bett hängen, reibt sich die Stirn, drängt auch gelegentlich aus dem Bett. Trotz dieser triebhaften Unruhe ist sie ziemlich leicht, aber nur für kurze Zeit zu konzentrieren. Die Stimmung ist nicht eigentlich lustig, sie fühlt offenbar diese Unruhe als ein Geheztwerden von ihren Gedanken und betont mehrmals, daß der Rededrang lästig und ermüdend sei. Dann wieder verlangt sie im nächsten Augenblick zu arbeiten, sie sei gewohnt zu schaffen und wolle in der Küche und in der Krankenpflege helfen. Das Gesicht ist, wie gestern, stark gerötet, die Augen nicht mehr so glänzend. — Dieses Bild motorischer Getriebenheit, die peinlich empfunden sich bald in dieser, bald in jener Form entladen will, oft sich in einförmigen, sinnlosem Fortdrängen äußert, ohne als Aktivitätszuwachs erlebt zu werden, ist ja als Vorstadium der motorischen Erregung sehr charakterisiert.

Kurzum, zwischen der erlebten Aktivitätssteigerung und dem motorischen Bewegungsübermaß besteht *keine gesetzmäßige Parallellität* in der Schizophrenie; auch hier ist man also berechtigt die psychomotorischen Anteile an dem Symptombild gesondert zu betrachten.

Wir erinnern uns, daß der Impulsüberschuß sich beim Encephaliker, wo keinerlei Denkstörung, keine Aktivitäts- und Affektanomalien vorzuliegen pflegen, äußert in *Iterativerscheinungen* einerseits (Reimen, Zählen, Beten, Tics, einförmiger „Hyperkinesen“, „Zwangs“bewegungen, sich aufdrängende Melodien, Sätzen, Worten usw.) und andererseits in der Form der *Hypermetamorphose* WERNICKEs (Nennen, Registrieren, Abtasten, Aufzählen, „Reihung“). Die Beziehungen der Echosymptome und der Befehlsautomatie zu der Hypermetamorphose liegt auf der Hand. Beide Symptome, Iterationen und Hypermetamorphose, können gesondert und gemeinsam eine katatone Erregung charakterisieren. Wir geben aus einer älteren Krankengeschichte ein Beispiel (95/12) von Iterationen mit Echolalie in einem schweren katatonen Erregungszustand:

. . . Auf beiden Darmbeinen, an den Schulterblättern, an den Knien, weniger an den Ellbogen Hautschürfungen und blutunterlaufene Stellen. Taktmäßige katatonische Bewegungen: Körper, Arme, Beine beugend und streckend; hebend und senkend. Oder auch rudernd. Auffallendes Grimmassieren. Verbigeriert meist unverständliche Laute und Worte. „! llio, ellio, ellio, altomello, altomello usw. selvo, elvo, delvo, helvo. . .“ wie früher, in wechselnder Affektbetonung. „Ef, ef, ef, lieber Vater, ef, ef, ef, lieber Vater. . . e, e, ef, alte und neue, ef, ef — ef, ef, ef — katholische Kirche, w, e, ef, katholische Kirche, w, e, f, usw.“ Daneben besteht ausgesprochene Echolalie: (Der Arzt fragt den Wärter ob der Kranke Milch genommen) „Vater die beste Milch, Vater die beste Milch. . .“ (Ist er fortwährend unruhig?)

„Ist er fortwährend unruhig. . .“ Deutliche Katalepsie. Starke Muskelspannungen. Trotzdem Reflexe gesteigert. —

Iterationen und Hypermetarmorphose gehören der Gruppe der „Kurzschlußakte“ bei KLEIST an. Ihr Charakter als einer Art motorischer „Urphänomene“ (LEYSER) wurde aber durch diese Einreihung verwischt. Von diesen Phänomenen aus scheint es nämlich möglich, zu einem Ordnungsprinzip der Hyperkineseformen zu gelangen, das den Tatsachen nach unserer Meinung besser gerecht wird als die Einteilung KLEISTS. Der folgende Versuch, die Zustandsbilder ihrer Struktur nach zu erfassen und zu sichten, gehörte eigentlich erst in das Kapitel über die ausgebildeten psychotischen Zustandsbilder. Die Vorwegnahme an dieser Stelle ist aber notwendig, weil sonst das hier nicht zu umgehende Hyperkineseproblem auf halbem Wege stecken bliebe.

Setzt man voraus, daß die beiden „Urphänomene“ immer wieder zum Durchbruch kommen können, sobald Impulsüberschuß besteht, so liegt die Annahme nahe, daß beim Vorliegen einer schweren *Denkstörung* die Sprach- und Handlungsmotorik, besonders aber die erstere den Charakter der „Parakinesen“ KLEISTS aufweist. Die Kombination vermehrter Impulse mit den *Affektanomalien* der beginnenden Schizophrenie muß zu ganz anderen Formen motorischer Entladung führen: mit *Sympathieanomalien* zu brutalen Impulshandlungen oder negativistischer Störrigkeit; mit dem akuten *Gefühlseinbruch* zu der ekstatischen, schwärmerisch-verzückten und ängstlich-ratlosen Erregungszuständen, welche KLEIST als „Expressivhyperkinesen“ abgegrenzt hat. Impulsüberschuß führt schließlich, wenn er sich mit *wahnhaften Bedeutungserlebnissen* oder *Sinnesanomalien* vereinigt, zu jenen „Reaktivhyperkinesen“, welche KLEIST auch dann aus dem Bewegungstypus erschließen zu können glaubt, wenn der Kranke von den angeblich zugrunde liegenden Körpersensationen nichts angibt.

Dabei betont KLEIST die eigenartige, pathologische Abwandlung dieser Reaktiv- wie auch der Expressivbewegungen gegenüber dem Normalen, offenbar um das Primat einer pathologischen Motorik auch bei diesen Bewegungsformen zu beweisen. Nimmt man nach unserem Vorschlag als Ausdruck des krankhaften Vorgangs lediglich ein Impulsübermaß an, so bedarf es dieses Beweises nicht. Dieser selbst ist aber durchaus nicht schlüssig. Denn woher will KLEIST wissen, daß die Körpersensationen, auf welche unsere Patienten mit den Bewegungen reagieren, nicht so eigenartige und unvergleichbare sind, daß die beobachteten Abwandlungen des normalen Bewegungsverhaltens diesen neuartigen Coenästhesien entsprechen? Und ebenso deutet alles, was wir von den Kranken darüber erfahren, darauf hin, daß ihre pathologischen Gefühlszuständlichkeiten vielfach völlig andersartige, dem Gesunden nicht nacherlebbar sind, so daß die Abwandlung und auch die längere Nachdauer der Ausdrucksbewegungen möglicherweise dem krankhaften Gefühlsablauf adäquat ist, soweit sie das überhaupt sein kann. Da wir darüber nichts Sicheres wissen, bleibt uns nur die Feststellung des motorischen Impulsüberschusses, dessen Kombination mit den kennzeichnenden Symptomgruppen auch in der Tat, wie wir gezeigt haben, eine Aufklärung der wichtigsten Formen schizophrener Hyperkinesen ermöglicht.

Wir beschließen den Abschnitt mit der Wiedergabe einiger guter Schilderungen frischer Hyperkinesen, welche das Vorausgehende zu erläutern geeignet sind. Die Literatur ist nicht reich an solchen Fällen, erst recht aber arm an guten Selbstschilderungen der Art des Erlebens in der Erregung.

Wir gehen aus von dem bisher nicht übertroffenen Selbstbericht jenes Falles des Oberlehrers *Schleifer*, den KRONFELD (a) vor Jahren aus der Heidelberger Klinik mitgeteilt hat. Wir stellen hier den objektiven Bericht über den Erregungszustand in der Klinik den nachträglichen Angaben über das subjektive Erleben gegenüber und übergehen die anderen Symptome der reichhaltigen Krankengeschichte. In der Klinik war Sch. 6 Wochen, und zwar in einem völlig sich gleichbleibenden Zustand wilder motorischer Erregung. Er war während der ganzen Zeit niemals auf Fragen oder auf Aufforderung hin fixierbar. Seine spontanen Äußerungen bestanden in murmelnd oder schreiend vorgebrachten inkohärenten Wortfolgen. Diese wurden zu schnell vorgestoßen, als daß man sie hätte schriftlich fixieren können. Trotz der großen motorischen Unruhe war kein Zeichen eines nuancierten oder

tiefgehenden Affektes vorhanden. Sichere Anzeichen von Halluzinationen und Wahnideen fanden sich nicht. Die motorischen Unruheerscheinungen hatten nichts Gleichbleibendes, Wiederkehrendes, aus dem man auf irgendeinen bestimmten Inhalt hätte zurückschließen können. Es fanden sich wechselnde Grimassen, flüchtig vorübergehende Manieren, meistens aber eine einfache, teils spielerische, teils gereizte Unruhe. Vielfach traten verschrobene Haltungen auf, mehr noch turnerische Mätzchen, Klettereien am Fensterkreuz hinauf und ähnliches. Auch einige kurzdauernde Starrezustände wurden beobachtet. Einen großen Teil dieses Aufenthaltes brachte Patient im Dauerbad zu. Er abstinierte und mußte zeitweise mit der Sonde ernährt werden.

Aus den katamnesticchen Erhebungen KRONFELDS: Der Patient tritt dann auf Ersuchen des Referenten in eine Analyse seiner Erregungszustände ein: „Ich erinnere mich nicht genau an den Anfang des ersten Erregungszustandes und an seinen Ausgangspunkt. Es war nichts äußerlich Bedingtes, etwa durch Gereiztheit oder dgl., ich war ja vorher guter Stimmung gewesen, wie ich genau weiß. Meine Stimmung während der Erregung war nicht Wut, überhaupt keine besondere Stimmung außer *rein animalischer Bewegungslust*, es war nicht die böartige Erregtheit, wie wenn man etwa einen morden will; weit entfernt! Eine absolut unschuldige Sache. Dennoch war der Impuls wie ein Zwang, so stark, daß ich das Springen nicht hätte unterlassen können. Ich kann es nur vergleichen mit einem wilden Eber oder Pferd; wer es erlebt hat, muß sagen, es muß dieselben motorischen Ursachen besitzen wie bei diesen Tieren. In der Klinik war es mit den Erregungszuständen oft auch so, bloß trat als besonderes Moment noch eine Freude hinzu, eine Ausgelassenheit, eine Lebensfreude, die ich noch niemals sonst annähernd so stark empfunden habe. Am ähnlichsten ist es noch dem Gefühl, wenn man auf dem Gipfel eines Berges steht, aber auch dies ist ganz unvergleichlich schwächer. Man fühlt sich wie fliegen, so federig, so körperlos leicht, so ein Luftballongefühl, wie ich es damals nannte. Z. B. wenn auf einem runden Tischchen drei leichte Gegenstände standen, hatte ich den Eindruck, sie seien nicht äquilibrirt und sprang als vierter selbst auf den Tisch, um das Gleichgewicht herzustellen“. . . Sch. erläuterte dieses Aktivitätsübermaß noch an einem früheren Erlebnis. „Was die Erinnerung während der Erregungszustände angeht, so ist sie im allgemeinen gut; doch, reicht sie meistens nicht auf den Anfangspunkt zurück. Man wird durch äußere Momente, wie kalten Fußboden, überhaupt erst gleichsam geweckt und in die Situation zurückgerufen. Dann ist man über die Umgebung orientiert und sieht alles, aber man beachtet es nicht, sondern gibt seiner Erregung weiter Lauf. Insbesondere achtet man absolut nicht auf Personen, obwohl man sie sieht und hört. Wohl aber achtet man darauf nicht zu fallen, schaut die Treppen an usw. Wird man dann angehalten und ins Bett gebracht, so ist man über das ganz Plötzliche erstaunt und beleidigt und wehrt sich. Das motorische Äquivalent entläßt sich dann nicht im Weiterspringen, sondern im Umsichschlagen; aber es ist kein Zeichen von Gereiztheit.“

Über die Denkstörung, die Sch. als „Stumpfheit“ bezeichnet, gab er an: „Es ist keine Gedankenkonzentration da. Manchmal, in einigen ordentlichen Momenten, kommt einem das direkt zum Bewußtsein. Nicht immer! Aber dann merkt man, das man keinen Satz mehr konstruieren kann, daß letzten Endes summa summarum, was man redet, Unfug ist. Allerdings kommt man in den redseligen Zeiten leicht darüber hinweg. Mir kommt es vor, als wenn jene Zeit eine totale Dekomposition gewesen wäre; z. B. die Bildung der einfachsten logischen Einheit, des Satzes, war unmöglich. Ferner, daß ich Zeitschriften in manierter Sprache las, weil ich mich für einen anderen hielt, z. B. für den Feldmarschall von Haeseler. Diese Überzeugung fiel mir unvermittelt und ganz ohne Motiv ein; ein besonderes Erlebnis war nicht damit verbunden. Ich hätte aber den Inhalt dessen, was ich las, niemals wiedergeben können. Wahrnehmungen habe ich noch gemacht; und manche Dinge machten mir immerhin einen gewissen Eindruck; aber im allgemeinen hatte ich gar kein Gefühl mehr in bezug auf meine Umgebung, Familie und mich selbst und meine Interessen. Was ganz ähnliches war z. B.: ich konnte die Uhr nicht mehr lesen, ich wußte noch ungefähr, wozu das Instrument da war; ich wollte mir Methoden erfinden, sie zu lesen, versuchte es von rückwärts, aber ich kam nicht darauf. Ich war ganz glatt wie gesperrt (spontaner Ausdruck). Es war ungefähr so, wie wenn man anfängt, das Lesen der Uhr zu lernen, in der dritten Vorschulklasse. Auf der gleichen Stufe stand die Unfähigkeit, mich am Himmel zu orientieren, obwohl ich immer Ausschau hielt.“ Auf eine diesbezügliche Frage: „Bei alledem hatte ich nie das Gefühl von Ratlosigkeit oder Insuffizienz; nicht *ich* sah mich in Unordnung, sondern das Chaos war draußen entstanden, daran lag es“. Angstgefühl hatt ich nie. Im Bade erinnere ich mich noch an die vielen Turnbewegungen, die Kletterei, davon sprach ich ja schon früher. Ich erinnere mich ferner, abends oft lange Reden gehalten zu haben, aber was, weiß ich nicht mehr; Einzelheiten sind mir ganz entfallen. Es waren ganz dunkle Sachen, haltlos, verwirrte Gedanken, so verblaßt und undeutlich, gar nicht scharf. Klar hätte ich mir damals überhaupt keinen Gedanken machen können, weil alles so undeutlich war, darum kann ich eigentlich jetzt zu nichts Positivem kommen, was ich Ihnen erzählen könnte, obwohl ich mich an die Gedankengänge erinnere; aber sie waren so fürchterlich

zerstreut und zerfahren, äußerst seltsam. Bei alledem hatte ich ständig das Gefühl einer gewissen Befriedigung an diesen Dingen, ein Stadium, wo man gerne träumt.“

Dieser von KRONFELD nach ganz anderen Gesichtspunkten ausgewertete Fall bestätigt weitgehend unsere Auffassung der Hyperkineseformen. Sch. schildert in ungemein plastischer Form den Impulsüberschuß, die „animalische Bewegtheit“, die Impulsvermehrung aus motorischen Ursachen, „das motorische Äquivalent“. Er trennt dieses Übermaß ohne primäre Gefühlsbetonung von den später hinzutretenden Komponenten des gesteigerten Lebensgefühls (= subjektiver Aktivitätsüberschuß), das ihm zeitweise eine besondere Färbung verleiht. Und weiterhin berichtet er über die Denkstörung, welche in Flüchtigkeit, Unschärfe, Zerstreutheit und Traumähnlichkeit ungemein treffend charakterisiert wird. Ihr Einfluß auf die Art der Hyperkinese, besonders aber der „inkohärenten“ sprachmotorischen Äußerungen ergibt sich aus dem Bericht mit besonderer Deutlichkeit. Das Fehlen von Ratlosigkeit oder Angst (welche in anderen sonst gleichartigen Fällen gewiß häufig vorhanden sind oder erschlossen werden können) erleichtert hier die Analyse; denn immer verleitet das Primat der Affekte zum einführenden Verstehen psychischer Einheitlichkeiten und verschleiert die Risse, welche die pathologischen Zustände im Gegensatz zu dem Verhalten des Gesunden aufweisen.

Das anfallsweise Auftreten des Impulsübermaßes verbunden mit erlebnismäßiger Aktivitätssteigerung zeigt auch die Schilderung des *Dr. Mendel* (JASPERS).

Nun faßte er den bewußten Willen zu normalem Benehmen. In dieser Absicht ging er zu einem Kellner und bestellte sich eine Zigarre. Doch dauerte es nicht lange, da überkam ihn wieder ein Drang zum Hin- und Hergehen. „Ich hätte mich noch beherrschen können, aber einmal drin war ich machtlos“. Er merkte, wie er die Gewalt über sich verlor, rannte den Kellner um, sprang über die Balustrade der Terrasse und stürzte in den Park mit dem Bewußtsein: die Dame, die eben die Bewegungen mitmachte, ist fort; ich muß ihr folgen; er hatte das Gefühl überall dorthin zu gehen, wo sie eben gewesen war; im Widerspruch dazu kam der Gedanke, er laufe überall eilig die Wege nach, die sie heute morgen gegangen sei; und der Gedanke, vielleicht sei sie überhaupt nicht mehr da. In anderen Momenten fühlte er die Dame wieder als seine eigene andersgeschlechtliche Verdoppelung. Bei dem rasenden Lauf durch den Park wurde er von Kurgästen gepackt. Das ließ er sich gern gefallen. Er war sich dabei über seine Situation völlig klar und wurde einen Augenblick ruhiger. In kurzem kam wieder der Drang über ihn. Er schrie: „Obacht, es kommt wieder über mich; packen Sie mich. Es langt nicht, es langt nicht, noch ein paar her.“ Nach etwa einer halben Minute wurde er wieder ruhig, und das wiederholte sich anfallsweise noch mehrere Male. Auf dem Wege zum Krankenhaus kamen noch mehrere Male die „Anfälle“. Er fühlte dabei eine ungeheure Kraft und fühlte, wie schwach alle die Menschen seien, die ihn halten. Darum schrie er: „Jetzt gebe ich Euch 10 Männerkraft“ und steigerte das bis in die Milliarden. Dabei fühlte er, wie seine Kräfte beträchtlich weniger wurden, und er schließlich ganz matt war.

Während die Abwandlung des Impulsüberschusses durch das Einbrechen pathologischer Gefühlszuständlichkeiten im nächsten Abschnitt durch weitere Beispiele belegt werden soll, geben wir im folgenden auszugsweise den Fall einer katatonen Schizophrenie wieder, bei welchem *halluzinatorische* Vorgänge das motorische Verhalten formen und zwar sowohl optisch-akustische, szenische Halluzinationen prägen die Erregungszustände als auch Organempfindungen vorwiegend sexuellen Gepräges, welche alsdann als überwiegende Reaktivbewegungen im Sinne von KLEIST imponieren.

Die Lehrerin *Mathilde Mohr* (17/203) (geb. 1890) erkrankte im 22. Lebensjahr mit nächtlicher Ängstlichkeit und Klagen über innere Unruhe. Sie blieb bei keiner Arbeit länger, reiste zu ihrer Mutter, von dort wollte sie alsbald wieder zu ihrer Dienststelle zurück. Sie tanzte herum, sang, spielte dasselbe Klavierstück zehnmal. Im Sanatorium, wohin man sie brachte, war sie ungemein lebhaft und sprach zu der besuchenden Mutter davon, sie wolle keine Lehrerin mehr sein, sich im Singen, Deklamieren und Klavierspiel ausbilden. Bei der Aufnahme in die Klinik am 1. 10. 1912 zeigte sie eine sehr ungenierte burschikose Leb-



haftigkeit, berichtete von einer Liebe zu einer Kollegin auf den ersten Blick, welche sie in letzter Zeit empfunden habe. Es entwickelte sich nach wenigen Tagen eine zunehmende motorische Erregung.

Am 7. 10. liegt Frl. M. morgens mit gefalteten, gerungenen Händen im Bett, macht windende, unaufhörliche Bewegungen mit dem Oberkörper, wirft den Kopf von einer Seite auf die andere, bringt die Arme in gezielte, pathetische, meist ablehnende Stellungen. Die Pupillen sind sehr weit. Die Stellung des Körpers wird jeden Augenblick gewechselt. Sie spricht spontan wenig, meist nur auf mehrfaches Anreden, antwortet in Bibelsprüchen, die sie in erhobenem, feierlichen Ton hersagt. Dabei sieht sie verzückt, schwärmerisch aus, lacht dann wieder plötzlich. Die Auffassung ist gegen sonst erschwert. Sie erscheint präokkupiert, wohl durch religiöse Dinge. Oft spricht sie die Sätze nur zur Hälfte aus, kommt dann nicht weiter, verstummt plötzlich, scheint von etwas anderem eingenommen. Sie beginnt sich plötzlich abzudecken, steigt aus dem Bett, immer mit weit in die Ferne gerichtetem Blick, verzücktem Gesichtsausdruck, steht in betender, affektierter Haltung vor dem Fenster, reagiert auf Anruf nicht mehr, scheint von den Anwesenden nichts zu bemerken. Sie beginnt sich dann mit heftigen Bewegungen auszuleiden, löst ihr Haar, drängt zum Fenster, das sie immer wieder öffnet, läßt sich nach einigen Minuten ohne erheblichen Widerstand wieder ankleiden, geht aber nicht ins Bett zurück. Sie reagiert gar nicht auf die Außenwelt, spricht nicht, ißt nicht, steht lange in derselben unbequemen Stellung. Abends sitzt Frl. M. im Bett motorisch sehr unruhig, windet sich, sehr gezielte Haltung der Arme. Hält die Arme waagrecht oder gebeugt, weit vor sich hin, Finger gespreizt, werden auf und ab bewegt. Oft heftiges Zittern. Pupillen groß, angstvoll, dauernd lautloses Weinen. Keine Reaktion auf Anrufen; wenn man näher tritt oder die Hand ausstreckt, ängstliches Ausweichen ohne den Blick zu wenden; der ganze Körper wird in derselben Stellung, die er gerade inne hat, von dem Herannahenden fortgeschoben. Häufige Lippenbewegungen, doch ist nichts zu verstehen, es wird kein Wort geäußert. Nach oft wiederholter Aufforderung reicht sie nach mühsamen Vorbereitungen, langem Zögern und Zurückziehen, zitternd die Hand hin. Beim Versuch des Besuchers wegzugehen, mehrmals deutlich stumme Versuche ihn zurückzuhalten, Ausstrecken der Hände, Vorneigen des Körpers, Bewegungen der Lippen. Auf die Frage, ob man gehen soll, erfolgt einige Mal Kopfschütteln. Sonst keine Reaktionen, die ein Eingehen auf die Außenwelt und Verständnis beweisen. Worte sind nicht zu erlangen. Die Bewegungen erscheinen im hohen Grade maniert, dabei scheint ein trauriger und ängstlicher Affekt vorhanden zu sein. Lebhaft, oft affektierte Mimik. Anscheinend nicht von einer einzigen Idee präoccupiert; dauernd neue Impulse, die sich durch plötzliche Veränderung des Ausdrucks und der Stellung äußern. Schiebt die Decke zurück, leidet nicht, daß sie wieder zugedeckt wird.  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde später wird Beobachter gerufen. Heftige Erregung der Patientin, lautes unartikulierte Schreien. Liegt abgedeckt im Bett, starr und steif, Kopf tief, Füße gegen die Wand gestemmt. Sehr starker Tonus der Muskulatur. Erotische Bewegungen der Hände, scheint stark erregt. Pupillen weit, Augäpfel starr, soweit wie möglich konvergierend. Gesichtsmuskulatur gespannt. Züge verzerrt, erscheinen starr, wie im Krampf. Mund gespitzt, ununterbrochenes eintöniges Pfeifen. Die Hand wird in sonderbarer pendelähnlicher Weise, mit erhobenem Finger, vor dem Gesicht auf und ab bewegt. Durchaus keine Beachtung der Umgebung, auf Berührung äußerste Versteifung aller Glieder, Muskelanspannung. Muß von 4 Leuten ins Bad getragen und dort aufrecht erhalten werden, weil der Körper brettsteif ist. Immer dasselbe Pfeifen, dieselbe Konvergenz des Schachsen. Allmählich werden im Bad die Glieder schlaffer, der Blick fängt an, Gegenstände zu fixieren. Beim Anblick des Schlafmittels stößt die Kranke ein eintöniges lautes Gebrüll aus, macht lebhaft Würgebewegungen. — Solche Erregungszustände, jedesmal von relativ kurzer Dauer, wiederholten sich im Laufe des nächsten halben Jahres noch häufig, der Charakter bleibt ein sehr ähnlicher.

So wird etwa am 20. und 24. 5. 1913 notiert: Im Bad, sehr erregt, steht auf, macht drohende Gebärden, schreit unartikuliert heraus. Durch die Anwesenheit des Arztes entschieden beeinflusst, ruhiger, setzt sich im Wasser, schüttelt den Kopf, hebt den Arm, macht spielerische Bewegungen mit dem Zeigefinger, starrt den Doktor bald entsetzt, bald kokett-schmachtend an — zieht die Schultern hoch, zuckt mit den Achseln, verzerrt die Stirn. „Ammer, aha, Starnberg“ — „blau und rot, gelb“ „aber nein — in keine Schiefbude — ich wurde operiert, gelt“ „Reif — tot — Krankenhaus — was ist da — wer hat denn das gemacht — Schmutzdeck — ja Opium — hm „a — ah“. Tiefer Seufzer. Pfeift vor sich hin. „Wer hat denn da Lebenslauf gesagt?“

In dieser Weise geht es ununterbrochen. Die verschiedensten Bewegungen in beständigem Wechsel, beständig wechselnder Gesichtsausdruck, dazu abrupte Äußerungen in der Art der wiedergegebenen. Auf Frage ist sie nicht fixierbar, jede Frage scheint sie stärker zu erregen. Im Bad nicht zu halten, ins Einzelzimmer verlegt, von einer besonderen Pflegerin ständig überwacht. In lebhafter, fortwährender Bewegung, springt im Bett auf, fährt herum, springt heraus, nimmt merkwürdige Stellungen ein, schwingt die Arme im Kreis.

tastet an der Wand entlang. Abrupte Ausrufe mit den verschiedensten Betonungen. Z. B. „allein im Bett“, „Alfred, schlafen“, — „Hm Gedanke, was sind das?!“ „Frl. Göben — pst, Sonne, Geld, schau, hm“. Schreit heraus: „Schwein! Tier! Stier?! Ja! hm“. Singt dazwischen mit klagender Stimme ein Liebeslied. „Alfred!“ Rauft sich die Haare, ganz verzweifelt: „Jesus, Maria“. Stönt laut: „ach“ —. Von der Anwesenheit des Beobachters nimmt sie wenig Notiz, nur ab und zu wirft sie ihm einen schmachtenden Blick zu. — Das ganze Bild ist auf keine kurze Formel zu bringen — am ehesten „Ophelia“ zu vergleichen. Zeitweise scheint sie zu lauschen, einmal schreit sie — „hört das Spiegeln nicht auf?!“ Wahrscheinlich halluziniert sie. — In den Zeiten relativer Beruhigung war Frl. M. vorübergehend stuporös, vorwiegend aber heiter, gesprächig, zugänglich und aussprachebedürftig. Sie redete gern und viel von ihrem Vorleben, der Liebesaffäre und berichtete auch wiederholt über das, was sie in den Erregungszuständen erlebte.

Es ließ sich unter anderem feststellen, daß die sich am 15. 10. noch an den oben beschriebenen Erregungszustand vom 7. des gleichen Monats vollständig erinnerte, mit allen Einzelheiten des Betens, Augenrollens; sie habe damals, so erzählte sie, durch das Fenster die Austreibung der ersten Menschen aus dem Paradies gesehen. Bei einer späteren Exploration gab sie folgendes an: „Nachher war ich furchtbar erregt, habe gemeint, ich müßte all das Leiden durchmachen, das Christus durchgemacht hat. Immer hab ich laut gebetet und Sprüche hergesagt. Dachte, ich wäre zu Hause oder im Himmel oder tot. Wußte, daß ich in der Klinik war, dachte aber, selig sind, die geistig arm sind, denn das Himmelreich ist ihrer. Dachte darum, ich wäre im Himmel, geistig arm wäre gleich geistig krank, und das wäre eine ganz schwere Krankheit. Gemeint, ich wäre geistig krank, weil ich in der psychiatrischen Klinik war. Meinte zeitweise, ich wäre Christus, es war ein furchtbarer Kampf für mich, ich hab die Leidensworte gesagt, mich besonnen, daß ich die richtigen sage. Erlebte es nur stückweise. (?) Die Kreuzigung sehr stark. Nicht körperlich empfunden, nur die Bewegungen gemacht. Immer nachgedacht. Was kommt jetzt? Einmal gedacht, ich muß sterben, sagte der Schwester, ich wolle meine Angehörigen noch einmal sehen. Dachte trotzdem, ich wäre Christus. Dachte, ich müßte jetzt etwas Besonderes erleben. Sonst nie für eine andere Person gehalten. Aber Stimmen gehört: ich wäre die Unruh selbst, die Welt selbst. Dachte der Weltuntergang sei nahe. Stimmen wie damals die von Herrn B. Dachte sie kämen aus der Heizung. Stimmen der Frau Oberin und der Ärzte. Manchmal unangenehm, ich sollte mich vor bestimmten Patienten in acht nehmen. Keine Drohungen. Dachte einmal, eine Patientin wäre meine Schwester, die Stimmen sagten: ja, sie ist's. Doktor G. hielt ich für meinen Bruder, dachte, wir wären alle im Himmel wieder zusammen. Das war angenehm. Wechselte ganz plötzlich, es war mir merkwürdig, furchtbar, daß ich, die ich sonst so klar wäre, nicht von den Gedanken abkäme.“

Einen nächtlichen halluzinatorischen Erregungszustand beschrieb sie wie folgt: Abends ziemlich ruhig. Vorbereitungen für die Schule. Die gingen mir dann noch lange im Kopf herum. Schief nicht ein. Dann kam die Stimme und zugleich eine Lähmung. Der Körper war wie gelähmt, ich wollte schreien, aber ich hatte keinen Atem dazu. Anders als wie im Traum. Wie gefesselt. Aber nicht, als ob mich jemand anpackt. Rief: „Herr B. lassen sie mich in Ruhe“. Fuhr auf, machte Licht an. Konnte mir nicht erklären, wie Herr B. das machen konnte. Furchtbare Atemnot. Betete das Vater unser wohl 12 mal. Konnte nicht im Bett bleiben. Lief zu meiner Hausfrau, sagte: „Helfen Sie mir, Herr B. läßt mich nicht in Ruhe“. Dachte, er dächte an mich. Meinte bis 5 Uhr als wenn jemand nahe wäre, wie eine leichte Berührung, mit Fragen auf mich eindringe. Deutlich hab ich's nicht mehr gehört.“ —

Die erotische Formung eines hyperkinetischen Zustandes, zum Teil wohl unter dem Einfluß genitaler Sensationen, aber auch wohl bei Täuschungen auf anderen Sinnesgebieten zeigt klar die folgende Beschreibung; doch fehlen hier alle nachträglichen Angaben der Kranken (13/55):

Die Kranke redet fast gar nicht mehr, antwortet auch kaum. Das motorische Verhalten beherrscht das Bild. Außer Bett. Bewegt sich auf dem kleinen Raum des Zimmers mit außerordentlich merkwürdigen Bewegungen. Es sind bestimmte Haltungen, die miteinander abwechseln und in gleicher Art sich wiederholen; Fechterstellungen, hingegossene Lagerung auf dem Boden, schmerzbehaftetes Sich-anklammern an einen der Zuschauer. Sie verharrt wenige Sekunden in einer Haltung, dann kommt eine andere. Das Eigenartige ist aber gerade dieser Übergang. Er geht nicht mit flotten, fließenden, natürlichen Bewegungen vor sich, sondern diese haben etwas Gebundenes, Verhaltenes, sie ähneln denen, mit denen man etwa ein schweres Gewicht stemmt, selbst das Zittern fehlt nicht. Die Kranke seufzt und stöhnt dabei und befindet sich sichtlich in starker Alteration. Noch etwas sehr Merkwürdiges fällt auf: die Mimik. Sie wechselt unaufhörlich und zwar nun nicht langsam wie die Bewegungen, sondern blitzschnell. Unvermittelt lösen sich der Ausdruck tiefen

Schmerzes, der Angst, vergnügter Zufriedenheit ab und jeder einzelne ist in seiner Art außerordentlich markant. Ob der Wechsel mit halluzinatorischen Erlebnissen zusammenhängt, weiß man nicht; mit äußerlich erkennbaren Momenten besteht sicherlich kein Zusammenhang.

Drei Wochen später heißt es im Krankenblatt: „Die ganz akuten Erscheinungen sind rasch vorübergegangen. Aber, wenn auch in der Ausprägung geringer, im großen ganzen sind dieselben Erscheinungen noch vorhanden wie zuletzt beschrieben. Nur ein wesentlicher Unterschied gegen damals besteht: wenn sich niemand um sie kümmert, wenn kein Arzt auf der Abteilung ist (der Dr. X. spielt die Hauptrolle), liegt sie meist mit müdem, apathisch-egleischem Gesichtsausdruck da und nur selten einmal schaut sie plötzlich auf. Kommt aber die Visite in ihre Nähe, dann wird sie unruhig, wendet sich mit gequältem Ausdruck hin und her und nun setzt auch das ganz eigenartige Posieren und Grimmassieren wieder ein. Sie „spielt“ insbesondere Abwehrhaltungen der verschiedensten Art, beugt den Kopf weit zurück und streckt die Hände vor, drückt sich in die Kissen, beugt sich zur Seite usw. Die einzelnen Attitüden haben etwas enorm theatralisches, man denkt direkt an ein Schäferspiel aus dem Barock. Wenn sie mit ganz weichen, fließenden Bewegungen von einer Haltung in die andere übergegangen ist, dann verharrt sie eine Zeitlang regungslos bis die nächste Bewegung einsetzt. Besonders zu bemerken ist, daß das am 31. 7. beschriebene Anknüpfen gegen einen Widerstand (von „Gewichtsstemmen“ war damals die Rede) vollständig fehlt. Das „Grimmassieren“ besteht wie seinerzeit schon darin, daß immerzu alle möglichen Affekte blitzartig in den Mienen einander ablösen. Ab und zu, wenn sie in einem ihrer zornig-verzweifelten (vorwiegend gegen den Doktor gerichteten) Affektzustände hineinkommt, in denen sie auch ganz eigenartige Schreie ausstößt, kommen nun aber auch Inhalte, die eine Ahnung geben von dem, was in ihr vorgeht. Zweifellos stehen sexuelle Dinge im Vordergrund, wahrscheinlich der schon im Anfang zutage getretene Komplex, daß sie hier geschwängert (aber auch zum Idioten, zum Affenkind gemacht) würde. Wahrscheinlich ist, daß sie auch Halluzinationen in der Genitalsphäre hat. Endlich ist sie erotisch, teils allgemein (einmal auf die Frage, worin denn ihre Krankheit bestehe: „in Verliebtheit in alle Welt“), teils speziell dem Dr. X. gegenüber. Neuerdings hat sie dementsprechend auch auf den Arzt einen besonderen Haß geworfen. Über allem besteht ein ausgesprochenes Veränderungsgefühl; daß sie krank, unheilbar krank ist, kehrt immer wieder. Probe ihrer Äußerungen: „Gerechtigkeit gibt es nicht, man muß es meine(n) Vater sagen, sagen sie doch, was ist denn mit mir; was haben sie denn mit mir angefangen, genarrt haben sie mich, ich weiß es nicht wie, irgend etwas ist geschehen, ich weiß nicht was, weil ich meinen Verstand schon verloren habe; gemeine Menschen sind an mir gewesen. (Gefühlt?) Ja. (?) Kann es nicht sagen, was man an ihr gemacht habe, man solle sie gehen lassen; „ich kann es nur einem Geistlichen meiner Religion sagen“.

Der Fall scheint uns trotz der fehlenden Angaben über das Erleben in der Erregung bemerkenswert; denn abgesehen von seiner unverkennbar orgastischen Note im Bewegungsausdruck, zeigt er, wie eine pathologische Bewegungsform, welche ursprünglich über längere Zeit offenbar als Äußerung des Impulsüberschusses bestand, nach eingetretener Beruhigung wieder anspringt, sobald durch die Anwesenheit des geliebten Arztes die erotische Erregung fühlbar, der „Komplex“ angeschnitten wird. Die verständlichen Zusammenhänge legen in solchen Fällen auch die Annahme einer kausalen Verknüpfung nahe und man ist dann geneigt, eine solche „Reaktivhyperkinese“ als orgastische Ersatzbefriedigung schlechtweg zu deuten. Auch wenn man die mimischen Unstimmigkeiten, die man dabei übersehen müßte, beiseite läßt, so sollte die folgende Parallelbeobachtung zu denken geben:

Ein hochgebildeter Schizophrener, trotz jahrelang bestehender Krankheit intellektuell wohl erhalten, von großer geistiger Lebhaftigkeit und feinsinniger Interessiertheit litt an zeitweise auftretenden Brüllanfällen, in denen er jedesmal auf einen bestimmten Arzt, in dessen Anstalt er seine akute Psychose durchgemacht hatte, maßlos schimpfte. Rührte man an diesen seinen Komplex *in ruhigen Zeiten* gesprächsweise, so zeigte sich eine plötzliche, höchst auffallende Veränderung seiner Mimik: der lebhafte, meist etwas ironische Gesichtsausdruck wurde schlagartig starr, ausdrucks- und bewegungslos, geradezu blöde, ohne daß es zu irgendwelchen anderen Äußerungen eines Affektes zu kommen brauchte.

Eine verständliche Zuordnung dieses Ausdrucksgeschehens dürfte ohne gewaltsame Deutungen nicht leicht sein. Wohl aber besteht, genau wie bei der vorher geschilderten Patientin, eine „assoziative“ Verknüpfung eines mit der akuten Phase eingeschliffenen motorischen Mechanismus mit den Namen aus

jener Zeit und seinem Gefühlsgehalt. Bei der Darstellung des Krankheitsverlaufs wird auf diese Einschleifung und Sinndurchdringung solcher Mechanismen noch weiter einzugehen sein.

### 3. Primäre Wahnerlebnisse.

Es kann nach unseren bisherigen Darlegungen erwartet werden, daß bei *akuten* Wahnkranken die primären, nicht rückführbaren, genetisch bedeutungsvollen Symptome viel deutlicher in Erscheinung treten als bei einer schleichenden Wahnentwicklung, bei der die inhaltlichen Zusammenhänge viel leichter gewahrt bleiben und die verständliche Eingliederung bzw. Herleitung aus den Tendenzen der ursprünglichen Persönlichkeit die eigentliche *Störung* zu verdecken vermag. So blieb es eine offene Frage, ob z. B. der allmählich einsetzende Beziehungswahn nicht weitgehend aus den anderen primären Störungen, vor allem der Änderung der Sympathiegefühle herzuleiten sei. Der akute Wahneinbruch, das „Peripetieerlebnis“ des Krankheitsbeginns, das für die Schizophrenie so ungemain kennzeichnend ist, läßt das von GRUHLE charakterisierte „Ursymptom“ der Wahnbildung, das primäre *Bedeutungsbewußtsein* (Symbolbewußtsein), viel deutlicher und faßbarer hervortreten. Dieses unableitbare krankhafte „Wissen um Beziehungen“ ist aber trotz seiner oft inhaltlichen Unbestimmtheit auch hier im klinischen Gesamtbild meist eingebaut und oft untrennbar verknüpft mit Sinnesanomalien, Denkstörung, mit Ichstörung und vor allem mit affektiven Anomalien. Auf solche Weise entsteht eine große Mannigfaltigkeit pathologischer Erlebnisformen. Zugleich taucht auch immer noch die vorläufig nicht beantwortete Frage auf, wieweit wir zur Rückführung des einen auf das andere Symptom berechtigt sind, ohne der Gefahr allzu normalisierender Einfühlung zu erliegen.

Wir gehen von einer von WETZEL mitgeteilten Schilderung aus, in welcher die plötzlich einbrechenden wahnhaften Bedeutungserlebnisse besonders klar hervortreten, zugleich aber *Sinnesanomalien* vorhanden gewesen zu sein scheinen. Ein Vergleich dieses Falles mit der Schilderung *Kirner* (S. 323) läßt ohne Schwierigkeit erkennen, daß dort das sinnliche Material zu einem „Weltuntergangserlebnis“ recht vollständig gegeben war, ohne daß es aber — aus fehlendem Bedeutungsbewußtsein — zu einer Wahnbildung kam.

*Anna Meixner* (19/128), 22 Jahre altes Dienstmädchen. Frische Schizophrenie mit akutem Beginn. Erlebnisreiche Psychose mit guter Remission. Aus dem Protokoll einer Exploration vor der Entlassung: Die Kranke hat noch keine volle Kritik, kämpft noch mit paranoiden Einstellungen, dissimuliert an manchen Stellen, ist selbst unsicher, wie sie ihre Erlebnisse deuten soll, muß sehr behutsam angefaßt werden, kommt aber aus einem dunklen Gefühl, daß sie selber so besser zur Klarheit gelangen würde, der Exploration einigermaßen entgegen.

Nach einer Schilderung wahnhafter Verkennungen und Umdeutungen der Klinikindrücke bei tatsächlich vollkommen erhaltener Orientierung rückte sie mit dem Anlaß ihrer damaligen Ängstlichkeit heraus. Sie habe geglaubt, die Leute werden umgebracht wie in alten Zeiten und werden gekreuzigt oder so ähnlich. Diese Meinung sei bei ihr durch die „Geschichte vom Karfreitag“ gekommen. Sie habe gedacht, es seien andere Zeiten angebrochen, so, wie die Zeit war zur Zeit der ersten Christen. So habe sie sich eben gedacht. Sie wisse, wie sie darauf kam, (sie erzählt nun von Anfang an): . . . Sie sei in Stellung bei dem Altbürgermeister in B. gewesen, dort sei sie krank geworden. Sie schlief nicht mehr und konnte ihre Arbeit nicht mehr richtig machen. Sie setzte sich nachts heraus auf das Sofa, weil sie nicht schlafen konnte. Die Ängstlichkeit habe da schon angefangen und habe sich dann in der Folge von Tag zu Tag erhöht. Stimmen habe sie keine gehört. Ein Hund habe gebellt, aber das sei natürlich gewesen. Das Hundegebell sei ihr nicht anders vorgekommen wie sonst. Am anderen Tage sei sie zur Tochter der Frau gegangen mit der sie befreundet war. Es war in der Natur so trübe und so dunkel. Die Freundin hatte so trübe, dunkle Augen. Sie habe zur Freundin gesagt: „Du siehst so ganz anders aus“. Es war dies am Gründonnerstag. Sie half der Freundin Kuchen backen. Als der Kuchen in den Ofen kam, sei ihr der Gedanke gekommen, da wird eine arme Seele in den Backofen

geschoben. Sie fügt diesen Bericht lachend hinzu: „Ich habe doch früher auch schon Kuchen gebacken und habe nichts derartiges gedenkt“. Sie konnte nichts essen, es war ihr alles so zuwider. Die Herrschaft war nicht anders zu ihr als sonst, alles war nett zu ihr. Der Herr telefonierte dem Vater, der brachte sie zunächst zum Arzt. Sie wollte eigentlich nur ein Schlafmittel aufgeschrieben haben, aber die Männer sprachen etwas leise miteinander, dann kam sie ins Spital.

Sie lag in einem Saal direkt am Fenster. Als morgens die Sonne aufging, schien sie ihr direkt auf den Kopf. Es war Karfreitag. Da war alles so anders. „Ich sage mir heute, es war das Morgenrot. Aber die Sonne war so groß und so merkwürdig. Im Garten standen drei Pfähle, die kamen mir vor wie drei Kreuze, über dem mittleren Pfahl hing ein Tuch“. Da meinte sie, es sei der gekreuzigte Heiland. Sie sagte es den anderen: „Was ist denn das, wir sind auf dem Kalvarienberg“. Die anderen sagten, sie sei verrückt. Sie habe gesagt, sie sollten doch heraussehen, aber die anderen erklärten, sie sähen nichts.

Ihre Intelligenz reicht nicht dazu aus, um den differenzierten Fragen zu folgen, die herausbringen sollten, wie damals das Sehen des Pfahles mit dem Tuch und das Sehen des gekreuzigten Heilandes nebeneinander stand. Immerhin läßt sich mit ziemlicher Sicherheit soviel herausholen, daß sie nicht etwa von einer anderen Besichtigung her weiß, daß es sich um einen Pfahl mit einem Tuch handelte, sondern daß sie das von jenem Anblick her weiß, der ihr gleichzeitig eingab, daß es sich um den gekreuzigten Heiland handele.

Sie fuhr fort: „Im Spital lebte ein Findlingskind, ein Mensch, der zum Einheizen usw. verwendet wurde. Sie kenne ihn schon von ihrem früheren Spitalaufenthalt her. Als er ins Zimmer kam, habe sie auch genau gewußt, daß es dieser Mensch sei. Trotzdem habe sie geschrien: „Das ist der Judas, der Judas soll fort“. Es sei ihr alles wie umgewandelt vorgekommen. Sie habe gedacht, es sei eine neue Welt. Es fing an zu schneien. Es war eine unheimliche Umwandlung, keine freudige, absolut nicht. Sie konnte sich gar nicht freuen, auch nicht als ihre Geschwister kamen. Sie habe kaum eine Antwort gegeben. Sie wisse gar nicht, wie sie sagen solle, wie die Leute waren. Alles lief so schnell. Es war gerade wie elektrisiert. Sie war wie in einem Kino. Die Leute auf der Straße liefen so eigentümlich, so hastig. Wie im Kino die Bilder kommen und verschwinden.

Diese Angaben seien noch durch folgende Stellen aus der Krankengeschichte ergänzt:

... Solange sie im Spital war, sei sie so verzerrt und so ängstlich gewesen. Als es eine Sternchensuppe gab, habe sie gemeint und auch zu den Anderen gesagt, die seien aus ihrem Kopf. Sie habe immer gemeint, man nehme ihr von der Decke aus mit Strahlen den Sinn. Oben hämmerte es, da dachte sie, da sitzen sie. Das Bett sei so elektrisiert gewesen. Es war ihr, als würden alle Nervenfasern herausgezogen.

Stimmen bestreitet sie ruhig und sachlich, nachdem sie sich längere Zeit besonnen hat. An der Wand seien so Scheine und so Kreise erschienen. Das sei auch hier gelegentlich noch vorgekommen. Sie meine aber immer, das sei von den Blättern und dem Mond gekommen. Ängstlich kamen ihr die Kreise vor, weil sie so tanzten. Sie sei nicht mehr klar darüber geworden, was dies bedeutete. Sie habe sich eben *alles immer wie verzaubert vorgestellt. Die Welt war verzaubert*. . . . Sie sah auch manchmal Häuser, wo sie in Wirklichkeit nicht waren. Wenn sie im Spital zum Fenster hinaussah, so waren viel mehr Häuser da als sonst. Es war, als ob alles so verstellt wäre. . .

Das folgende Wahnerlebnis ist etwa deutbar als ein generelles Symbolbewußtsein mit beginnender *Denkstörung* und zwar im Sinne der in akuten Zuständen so häufigen Überproduktion gelockerter und vager Einfälle. Doch erkennt man sofort, wie schwer es im einzelnen ist, diese Symptome getrennt zu halten.

*Eugen Rees* (24/211), geb. 1881, Zeichenlehrer, hat den ersten Erkrankungsschub mit 30 Jahren in der Staßburger Psychiatrischen Klinik durchgemacht. Darüber wissen wir objektiv nichts Näheres. Nach seinen eigenen Angaben standen paranoide Ideen im Vordergrund. Gleichzeitig trat eine Polydipsie und Polyurie auf, die auch nach Abklingen der psychischen Symptome die ganzen Jahre über weiter bestanden: er trank täglich 3—4 l Wasser, vor allem nachts, wo er stündlich aufstand, um zu trinken. Trotzdem versah er wieder einwandfrei seine Lehrtätigkeit bis er im 40. Lebensjahr plötzlich aufs Neue unter katatonen Zeichen erkrankte. Er war in getriebener Unruhe, führte einen „hypnotischen Tanz“ auf, gezwungen von einer höheren Macht, versteigerte in der Schule Hefte und Zeichengeräte, verschenkte sein Eigentum, halluzinierte, beschäftigte sich mit einer Mars-theorie und wurde in schwerer Erregung in die Klinik eingeliefert (Mai 1921). Er zeigte hier eine theatralische Erregung bei stärkster gehobenem Selbstgefühl, war großsprecherisch, reizbar, zeitweise kaum zugänglich, dann wieder aufs intensivste in pathetischem Ton auf die Umgebung einsprechend, ganz erfüllt von halluzinatorischen Erlebnissen und weltbewegenden Gedankengängen. Nachdem eine gewisse Beruhigung eingetreten war,

berichtete er ausführlich über den Ausbruch des zweiten Erkrankungssschubs und gab unter anderem folgende Schilderung einer Episode in seiner reichhaltigen Erlebnisfolge:

Um 8 Uhr morgens früh sei ihm befohlen worden nach Neckarelz zu gehen, bis ihm ein Auto entgegenkomme. Unterwegs habe er Rede und Verse über alles machen müssen, was ihm begegnete. Das Stichwort war „Dalles“. Ich mußte auf alle Zeichen achten, auf kleine Papier- und Holzstückchen und auf Streichhölzer, die auf dem Wege lagen. Wenn 2 gekreuzte Streichhölzchen dalagen, mußte ich den Weg verändern, über jede Kleinigkeit habe er Witze gemacht; als er an einen Kreuzweg kam, habe er die Hand auf den Markstein gelegt und habe erklärt, wenn es jetzt nicht bald Schluß ist, mache ich Schluß. Dann sei er an der Idiotenanstalt vorübergekommen, da habe er sich gedacht, das gehört auch mit dazu, den Idioten markieren. Wie ein Reh sei er über den Zaun gesprungen, ein Idiot habe ihn verhaftet, da habe er gedacht, so läßt sich der Weise vom Narren führen. Als er heimkam, standen 2 junge Leute vor seiner Tür und sagten ihm, er solle weitergehen zu seiner Frau. Er habe gedacht, jetzt ist die Rolle ausgespielt. Als ich zu meiner Frau kam, war diese idiotisch. Sie habe ganz blaß, ganz fahl, zusammengesunken ausgesehen, sie habe ihm gesagt, er habe sie alleine gelassen. Der Anblick habe ihm das Herz angegriffen, er habe erklärt, wenn man mit mir spielt, das ist mir gleich, aber meine Frau hat man nicht herein-zuziehen. Er habe am ganzen Körper gezittert. Auf die Frage, ob er sich nicht geirrt haben könne, erwiderte er mit Nachdruck: Auf keinen Fall, die Frau kann davon nichts wissen, weil sie idiotisiert war.

Das eigentümliche Zusammenspiel von dem meist bedeutsam-gewichtigen, oft religiös oder magisch gefärbten Bedeutungsbewußtsein mit einer Bereitschaft zu Scherzen und Witzeleien, die man aus der Denkstörung ableiten mag, zeigt auch die folgende Erzählung eines einfachen Bauernburschen, welcher mit den Symptomen einer beginnenden paranoiden Schizophrenie im Juni 1926 in das Bürgerspital in Stuttgart aufgenommen wurde:

*Peter Spenz* (geb. 1897) schildert mit einem Einschlag von Humor, der seine innere Unsicherheit in bezug auf die einzelnen Wahnerlebnisse schlecht verdeckte, aber doch nicht ohne eine Art Krankheitsgefühl, den Beginn seiner Persönlichkeitsveränderung, die um Ostern 1926 einsetzte: . . . daß er eines Tages in einem Zustand war, der nicht ein Schlaf war, in dem er aber doch gänzlich anders war als sonst. Er habe plötzlich Witze herausdenken können, er habe eine Art von Couplet aufsetzen können, er habe sich Reden ausdenken können; dabei seien in seine Phantasie Gedanken gekommen, als ob er Präsident von Deutschland wäre und „anderer solcher Scheiß“. Er habe gedacht: „Herrgott, was ist denn das?“ Es sei im Kopf so ein Wirrwarr gewesen, er habe gar nicht gewußt, was das ist, was er da angehört habe . . . er habe gedacht, er sei doch nicht so gescheit; außer der Kriegsdienstzeit sei er überhaupt kaum aus Leinzell herausgekommen, höchstens mal nach G., da können solche merkwürdigen Dinge im Kopf doch nicht von ihm stammen. . . Er habe sich gleich gedacht, das sei nichts anderes als Gedankenübertragung. Sp. spricht von Hypnose und von Elektrizieren, von Kopfwehmacherei, bezieht diese Einwirkungen auf einen Feind in seinem Heimatdorf. Er zieht aber aus dem Inhalt des damals Erlebten oder aus den neuartigen Fähigkeiten bisher keine wahnhaften Folgerungen.

Beachtenswert ist, wie hier die *Ichstörung* geradezu als eine sekundäre Erklärungsannahme anmutet. Die Verallgemeinerung einer solchen Annahme ginge sicher fehl. Das zeigt die folgende Schilderung einer Spätschizophrenie.

*Daniel Scheller* (geb. 1876) (26/355); ein selbständiger Kunststeinhändler, stets gesund, fröhlich, umgänglich, ein Freund der Geselligkeit, der gerne zum Tanz aufspielte und allgemein beliebt war, erkrankte an Ostern 1926 an nächtlichen Erstickungsanfällen, ohne Angst oder sonstige psychische Störungen. Trotz mancher auf Alkoholismus verdächtigen Angaben in der Vorgeschichte, war die dann folgende Psychose ohne jede alkoholische Färbung, und es sei gleich vorweggenommen, daß sie sich vollkommen im Sinne einer chronischen halluzinatorisch-paranoiden Schizophrenie weiterentwickelte. 1917 wurde Sch. zum 2. Male bei uns in einem Stupor eingeliefert.

Beim Beginn der Erkrankung fiel der Frau auf, daß Sch. ungewöhnlich viel in die Kirche lief und sich Beichtskrupel machte. Sch. selbst erzählte:

Seit Ostern sei nun eine große Veränderung mit ihm vorgegangen. Da sei ihm zum ersten Male eingefallen, daß er sich wieder auf christlichen Boden stellen und zur Beichte gehen müsse. Ein neues religiöses Leben zog in ihn ein. Die Welt kam ihm ganz verändert vor, viel schöner, die Bäume, die Fluren, wofür er früher gar kein Auge hatte. Er schaute sie als etwas Göttliches an; alle Farben waren leuchtender und tiefer. „Die Leute müssen glücklich sein, die beurteilen können, was die Natur eigentlich macht im Innern“.

Kurze Zeit nachher spielte Sch. mit seinem Musikverein bei einer Priesterweihe. Da drückte es ihn wieder so sehr, daß er noch nicht gebeichtet habe. Am folgenden Tag ging

er zu dem jungen Pfarrer und sagte, wenn er ihn beleidigt habe, so bitte er um Verzeihung. Der Pfarrer war sehr erstaunt und verstand ihn nicht; auch der Patient selbst wußte eigentlich nicht, womit er den Pfarrer beleidigt haben sollte; er hat nur so ein „Gefühl“. Einige Tage darauf war Probe im Musikverein. Da sagte einer: „Den Es-Klarinetten brauchen wir auch am Sonntag“ und lachte dazu. Damit meinte er den Patienten. Es war gar nichts besonderes, daß er das sagte. Aber er sagte es in einem besonderen Ton und auf einmal wurde dem Patienten klar, daß da etwas auf ihn abgespitzt wurde. Da läuft etwas, aber er wußte nicht was. Nachts mußte er immer nachdenken, was wohl gegen ihn im Gang sei und konnte darum nicht mehr schlafen. Am nächsten Sonntag spielten sie in der Kirche; tags darauf hatten sie Probe und der Dirigent sagte lachend: „Gestern abend haben wir alle miteinander einen Extra-Ablaß gewonnen“. Da kam dem Patienten plötzlich die Idee, der Dirigent sage das nur, um ihn zu einer Gotteslästerung herauszufordern. Man wollte ihn nur reizen, über den Ablaß zu spotten. Einige Tage darauf machte er mit der Frau eine Reise nach Karlsruhe. Er spürte so einen Druck überall, keine Lebenslust, war ganz gelähmt, matt, gefangen, wie wenn er im Netz einer unsichtbaren Spinne wäre. Er hatte das Gefühl, wie wenn etwas in ihn hineinstrahle. Er merkte einfach, daß etwas mit ihm gemacht wurde, aber er wußte nicht was. Er dachte darüber nach, was das wohl sein könnte, und da er früher einmal von Hypnose gelesen hatte, dachte er schließlich, er müsse wohl hypnotisiert werden, aber er wußte nicht von wem. Von da an wurde es zusehends schlimmer. Er hatte einfach das Gefühl, von den Musikanten seines Vereins verfolgt zu werden, ohne daß er wußte, warum und wieso. . . . alles war so auffallend. Da kam einer herein, da ging er wieder hinaus — an sich war das nichts besonderes, aber es war doch merkwürdig. Er sah schon, daß etwas dahintersteckte. Wenn man ihn fragte: „Wo bist gewesen? Was treibst heute?“, so war das nicht wie sonst, sondern es waren „gestellte Redensarten“. Er merkte selbst, daß er viel feinfühlicher geworden war. Absichtlich stellte man ihm dumme Fragen.

Dann fing es auch auf der Straße an. Es war, wie wenn ihn alle Leute anschauen würden, was er denn tue und mache. . . . Wahrscheinlich schauten die Leute in Wirklichkeit gar nicht auf ihn, aber er hatte eben das Gefühl. Auch die Polizei. . . . Nächtliche Angst, daß das Haus umstellt werde. Er zerbrach sich den Kopf darüber, weswegen die Leute alle ihr Wesen geändert hätten. Und dazu quälte ihn die Lähmung auf der Brust und im Kopf. . . . Endlich kam ihm der Gedanke, daß die Leute darum so feindselig zu ihm seien, weil sie ihm ansähen, daß er noch nicht gebeichtet habe. Da ging er sofort hin und legte eine Generalbeichte ab. Aber das Wesen der Leute änderte sich nicht. Da kam ihm eines Nachts plötzlich die *Erleuchtung*, das müsse gottgewollt sein. Gott wolle, daß er, wie einstens Christus, vom Volk verfolgt werde. Er müsse das zweite Leiden Christi tragen, das zweite Opfer aufbringen, damit die Welt wieder besser werde. Wie eine Antwort auf diese Gedanken spürte er eines Nachts eine *innere Bereicherung*, wie wenn er von einer fremden Macht ergriffen würde. Sah nichts dabei. Aber er hörte eine Stimme, keine richtige, sondern nur die innere Gottesstimme, und es fuhr in ihn hinein, daß er die paar Worte aufschreiben sollte, die er hörte: „Augen auf und Antwort geben — das ist der gute Geist. Augen zu und schweigen — das ist der böse Geist“. Wenn ein Auto vorbeifährt und dabei tutet, so ist das der gute Geist, denn es darf nicht schweigen.

Seit er von Gott berührt wurde, ist es, wie wenn alle Gedanken nicht mehr *seine* Gedanken wären, sondern übertragen vom heiligen Geist. Er selbst habe gar keine eigenen Gedanken mehr. Die Stimmen sind die *lautwerdenden* Gedanken des heiligen Geistes. Aber auch die leisen Gedanken gehören nicht mehr ihm. Alles was er spricht, *muß* er sprechen, auch das Allergewöhnlichste. Das kommt, weil der Vater in ihm ist. Zur Buße durfte er 20 Nächte nicht schlafen, nicht 40, denn er muß nur das halbe Leiden Christi tragen. Das ist der Sinn von dem „Augen auf“ daß er nicht schlafen durfte. Einmal mußte er aus dem Bett gehen und wie Christus seine Füße waschen, denn Christus hat ihn auserwählt. Es gibt auch Augenblicke, wo er keinen Atem mehr bekommt, wo es ist, wie wenn er sterben müßte. Das ist das Sinnbild für das Leiden des Herrn. . . .

An einer Stelle gewinnt in dieser Schilderung das primäre wahnhaftige Beziehungsbewußtsein den Charakter des unmittelbar evidenten, im höchsten Maße bedeutungsvollen *Erkenntnisaktes*. Diese Erfahrung, das unmittelbare Wissen um weitreichende Zusammenhänge, die sich in die Vergangenheit wie in die Zukunft erstrecken, steht zwar vom Standpunkt der Logik gesehen in stärkstem Gegensatz zu den vorher geschilderten scherzhaften und witzelnden Beziehungslockerungen, es ist aber hier wie dort wohl die *Denkstörung*, welche zu den ungewöhnlichen, erregenden Beziehungssetzungen führt. Bei dem gemeinsam mit BERINGER veröffentlichten Fall *Hahnenfuß* konnten wir folgende Formen solcher Erkenntnisakte unterscheiden:

„1. Beim Lesen ist H. imstande alles zu verstehen, selbst wenn die physiologischen Bedingungen vielleicht nicht erfüllt sind, „weil sich einem dann der Sinn in dem großen ABC-Buchstaben kundtut“. Es handelt sich offenbar um ein Erraten oder auch nur Deuten aus wenigen Einzelheiten, das mit dem Gefühlscharakter der Gewißheit auftritt.

2. Dem entspricht die Äußerung, die bei der Besprechung des Glückzustandes fiel, daß man sich über den Zusammenhang der Realität viel klarer sei, weil man über die Gegenständlichkeit der Dinge hinwegsehe, „sie sind nicht vorhanden, man wird mit ihnen fertig“. „Mit einem Schlage war über ganze Dinge Klarheit erschienen“.

3. Es lösen sich auch *philosophische Probleme* „in religiöser Weise“. „Ein intuitives Erschauen, nicht auf konkreten und logischen Formeln aufgebaute Erklärung“. Diese Lösung aber war von den Wünschen der Seele bedingt; sie kam, „wie die Seele sich das unbewußt schon gewünscht hatte“.

4. In einer Art Gegensatz zu diesem Erleuchtetsein, welches Ganzheiten in unmittelbarem Wissen erfaßt (z. B. auch Durchschauen vergangener Zeit in alten Zeitungsberichten) steht das verfeinerte, „wie mit feinsten Instrumenten und Meißeln herausgestochene“ Empfinden für Einzelheiten des Getasteten. „Gleichsam als ob die Nervenverästelungen sichtbar wären“, „wie herausgraviert, direkt gefühlt“.

5. Hierher gehört die peinlich genaue Wiedergabe von Einzelheiten aus der Kindheit, „gleichsam im Zustand innerer Erleuchtung“.

6. H. berichtet weiterhin von einer übergroßen *Helligkeit* sowohl der im Glückrausch durchheilten Sternenhwelt, als auch der eigenen Seele. „Ein Durchleuchtetsein bis auf den Grund des innersten Wesens“. Eine dumpfe Angst, eine Gewissensangst ging damit umher, „als ob mich Gott selbst prüfe, bis ins Innerste meiner Seele hinein“. „Gleichsam als würden die tiefsten Tiefen meines Seelenlebens restlos erschaut“.

7. Es findet sich endlich die im Beginn der Schizophrenie so häufig behauptete erleichterte Erkenntnisfähigkeit für *Fremdseelisches*. „... hat der psychopathische Mensch ein noch schärferes Auge für diese Dinge“. „Ein besonderes Gefühl, wie andere Menschen von mir denken, was sie mit mir beabsichtigen. Ich glaubte es am ganzen Wesen ablesen zu können“. Diese erhöhte Einfühlbarkeit steht vielleicht der ersten Gruppe (1—3) der intuitiven Erfassung von Ganzheiten näher.

Aus diesen Erlebnisformen scheiden wir je nach Anteil der Sinneserlebnisse und des Gefühls zwei Arten des „Klarsehens“: bei dem einen wird auf Grund ganz weniger lückenhafter Wahrnehmungen *gewußt*, die zweite baut sich auf einer übergroßen Fülle von einzelner Sinnlichen, auf einem, wie man wohl sagen darf, hyperästhetischen Zustand der Sinnesorgane im weiteren Sinne, der Werkzeuge überhaupt auf, die das letzte und feinste zugänglich machen. Der pathologische Erkenntnisvorgang zielt im ersten Fall auf zusammenfassende Lösungen, im anderen auf Aufdeckung von Einzelheiten. Dazu kommt ein Drittes: *Das eigene Durchsichtigwerden*, das wohl mit dem unter 5. erwähnten Zustand einer erleichterten Reproduktion der Vergangenheit verwandt, vielleicht eine Steigerung ist. Mit dem Glücksgefühl, mit dem sie ja meist zusammen auftreten, haben die Erkenntnisakte in unserem Fall nur bedingt zu tun. Allerdings treten die beiden Erkenntnisarten, die intuitive und die differenzierte, in den Glückszuständen auf; aber die unter 1., 3., 5., 6. und 7. beschriebenen Erfassungsweisen finden sich auch *unabhängig* von den Zeiten der Beseligung. Das Durchsichtigwerden wird ausdrücklich als angstvoll, von furchtbarer Seelenpein begleitet, geschildert“.

Der Hinweis auf die *Gefühlszustände* in welche diese wahnhaften Erkenntnisakte eingebettet sind, und welche fast regelmäßig das Symbolbewußtsein im Beginn der Psychose begleiten, führt uns zu weiteren Erlebnisformen, bei denen diese *Gefühle* die Führung zu haben scheinen. Die Gefühle sind ja von alters her oft zum führenden Moment dieser Zustände gemacht worden. JASPERS spricht gewiß mit Recht im Anschluß an HAGEN von „Wahnstimmung“ in diesem Zusammenhang. Es ist gar keine Frage, daß unmotivierete *Gefühls-einbrüche* im Beginn der Schizophrenie vorkommen, als primäre, psychologisch nicht rückführbare Symptome, sie entsprechen der affektiven Veränderung beim chronischen Beginn.

Als schwer deutbar ist hier zunächst jene gefühlsartige Erschütterung zu erwähnen, die dem Ausbruch der akuten Psychose manchmal vorausgeht, von den Kranken selbst als fremdartig, beängstigend erkannt und meist nicht verstanden wird. Von einer unserer Kranken berichtete die Mutter, daß sie  $\frac{1}{2}$  Jahr vor dem Krankheitsbeginn plötzlich in sinnloser Wut einen Krautkopf an der Wand zerschmettert habe, eine Handlung, die völlig ihrem sonstigen Wesen widersprach und auch nachträglich nicht motiviert werden konnte. In anderen



Fällen wird in dem Gefühlseinbruch trotz aller Unbestimmtheit die bevorstehende Katastrophe gespürt, es kommt zu hellsichtigen Äußerungen, in denen die Erkrankung angekündigt wird. Sie sind gerade wohl infolge dieser vorübergehenden Gefühlsanomalien, die die Persönlichkeit in ihren Grundfesten erschüttern, bei der Schizophrenie keine Seltenheit. KRONFELD hat in seinem neuesten Werk an solche Erlebnisse eine Deutung der Schizophrenie überhaupt angeknüpft: Mit der beginnenden schizophrenen Psychose trage das gesamte Erleben des Kranken „den Charakter des Kampfes zwischen Selbstheitsbehauptung und unnennbarer Angst“, und zwar Angst vor dem Zurücksinken der Selbstheit der Person ins „apersonale bloße Individuumsein“. Es gibt, wie man sieht, so gut wie kein Symptom in der Schizophrenie von dem nicht die Verlockung ausgeht, es als Grundstörung anzusehen.

Gehen wir von folgendem Beispiel aus, das die entwurzelnde, „bekehrende“ Wirkung eines solchen Stimmungsumschwungs, welcher mit Ichstörung und Bedeutungsbewußtsein auftritt, belegt, so zeigt hier auch der weitere Verlauf, wie bald die Gefühlsanomalien, bald das Bedeutungsbewußtsein, bald die halluzinatorischen Erlebnisse zusammen mit der Denkstörung vorwiegend das Erscheinungsbild der Erkrankung bestimmen.

*Eugen Kessler* (23/145), geb. 1895, stammt von gesunden Eltern und aus wirtschaftlich geordneten Verhältnissen. Er selbst war aber von jeher ein etwas schwieriger Charakter, aktiv und frühzeitig selbstbewußt. Er lernte als Goldschmied und war als Lehrling und Geselle rohen und derben Vergnügungen zugeneigt. In der Lehrzeit will er zeitweise an wenig eindeutig beschriebenen „Schwächeanfällen“ gelitten haben, die sich später völlig verloren. Im Krieg zunächst aus Sensationslust gern dabei, verstand er es schließlich nach zwei leichten Verwundungen, durch „Herz- und Lungenleiden“ sich in die Garnison zu drücken, wo er in der ersten Revolutionswelle kurze Zeit eine Rolle spielte, die von ihm allerdings nur als aus einem Hang zur Ordnung entsprungen geschildert wird. Danach problematische Existenz als Zigarettenverkäufer und endlich Goldschmied-Heimarbeiter mit den üblichen Goldschiebungs- und Hehlereigeschäften, bei denen er erwischt wurde und 4 Monate Gefängnis bezog. In diese Zeit fällt auch die Heirat mit einer ehemaligen Kellnerin, aus deren wenig solider Vergangenheit heraus allerlei Unerquicklichkeiten weiter Grund zu mannigfachen Erregungen gaben. Beschäftigung mit Politik, die hauptsächlich im Nachsprechen aufgeschnappter Phrasen bestand, spielte keine besondere Rolle, ziemlicher Alkoholgenuß, guter (oft unehrlicher) Verdienst. Anhaltspunkte für eine Psychose fanden sich keine, nur die letzten 14 Tage in Haft, welche er 4 Wochen vor Ausbruch der Erkrankung verbüßt hatte, schildert er etwa wie eine initiale Haftpsychose mit eingengtem Bewußtseinszustand.

Als er aus der Haft entlassen wurde, war der „Druck im Kopf“ sofort weg. Er machte mit seiner Frau einige Fahrten, nach Stuttgart usw., fühlte sich gesund und wohl, nur in einer gewissen Verstimtheit, da er von seiner Frau hören mußte, daß diese während seiner Haft von andern Leuten als „Kellnermensch“ usw. tituliert wurde, es auch allerlei sonstige Reibereien gab. Dies fraß ziemlich in ihm. Zudem kam es auch zu Streitereien zwischen ihm und ihr wegen eines schon lange spielenden Prozesses mit dem Fabrikanten, der für das uneheliche Kind eine größere Abfindungssumme zahlen sollte.

Er war nach Angaben der Frau in den folgenden Tagen auffallend ruhelos, erregt und streitsüchtig, ging auch ins Wirtshaus und machte sich dort durch seine Redensarten unbeliebt.

Den Beginn der akuten Psychose schilderte er in Übereinstimmung mit dem Bericht der Frau wie folgt: Am Abend vor Himmelfahrt war er in einem Lokal, kaufte sich die Badische Presse und las über das Krupparteil. Nachts weckte es ihn plötzlich, er stand auf, las noch mal diese und alle Nummern, die er vom Generalanzeiger hatte, irgendwie innerlich getrieben „da war ich direkt im Bann“. Er legte sich dann wieder ins Bett, stand morgens auf und schrieb nun einen Leitartikel. . . in dem er seine Meinung über das Krupparteil und die ganze Politik niederlegte und sandte dies an den Generalanzeiger. Dabei konnte er in ungewohnter Weise glatt und fließend schreiben. Früher hatte er sich mit derartigen Dingen nicht abgegeben, wengleich er schon immer der Ansicht war, daß man in Deutschland am besten nur 2 Parteien habe. . .

Er war nun den ganzen Tag in gehobener Stimmung, machte mit Frau und Kind einen Ausflug, abends ging er in den Friedrichshof, „in der Kleidung wie zur Beerdigung meines Vaters“. (Im Friedrichshof war eine Tochter des Wirts gestorben). Dort war Musik. Er fühlte sich nun von einer inneren Macht gezwungen, dort im Lokal zur Musik zu singen,

als einziger, und herum zu tanzen, empfand zum ersten Male die Musik tief, war beglückt, hielt eine nationale, politische Rede, nahm schließlich in seiner Begeisterung einen Stuhl, schmetterte ihn auf den Boden, daß er einen Riß bekam und sprach „die deutsche Eiche hat einen Sprung, solange diese nicht zusammen geschweißt ist, wird es nicht anders“.

Am anderen Tage merkte er in der Zeitung, daß diese nun seine, in seinem Schreiben verfochtene Stellung vertrat. Ein Gefühl einer Veränderung, eines Wie-neu-geboren-seins, unter höherem Einfluß stehend war in ihm, dabei das unbestimmte Empfinden, irgendetwas in den Ablauf der Geschehnisse verwickelt zu sein; vielleicht als Führer zu etwas bestimmt, wiewohl dies alles mehr gefühlsmäßig als klar formuliert; jedenfalls aber deutliches Wissen irgendwie gesteuert zu werden.

Der folgende Tag brachte eine Fülle ähnlicher ihm bedeutungsvoll erscheinender Vorkommnisse. Er schlug bei Tisch auf einen Teller, der aufs Bett sprang und nicht zerbrach. Bei einem Streit warf er eine Schüssel zum Fenster hinaus, die gleichfalls ganz blieb. Er nahm das als Beweis des göttlichen Beistandes und rief immer wieder: Seht Ihr nun, daß es einen Gott gibt.

Abends ging er ins Wirtshaus, dort war er wieder in seiner weltversöhnenden Stimmung; wenn Leute sich zankten, beruhigte er, alles schien ihm mit Leichtigkeit aufzulösen; dabei immer mit einer Anwendung, mit einem gleichnisweisen Übertragen auf die große Politik, die mit ihm etwas zu tun hatte. Außerdem war ihm aufgefallen, daß in dem im Generalanzeiger erscheinenden Roman ähnliche Verhältnisse wie die seines Lebens geschildert wurden.

Auf der Fahrt nach Heidelberg fielen ihm die Übereinstimmung der Zahlen, die an den Eisenbahnwaggons standen mit bedeutungsvollen Lebensdaten auf usw. Bei der Aufnahme in die Klinik am 12. 5. 1923 benahm er sich großsprecherisch, patzig und leicht gereizt, knüpfte sofort Gespräche mit anderen Kranken an und redete auf sie ein. Am folgenden Tag gab er dem Arzt eine völlig geordnete eingehende Schilderung seines Lebenslaufes. Nachts war er schlaflos, laut, jammerte angeblich aus Heimweh, heulte laut, war dann wieder ängstlich. Zahlreiche szenische optische Halluzinationen traten nun auf, „Bilder“, zum Teil von traumartigem Charakter. Wiederholt kam es zu schweren Wutausbrüchen und Zerstörungssucht, motiviert mit der Teilnahmslosigkeit der Frau. Von Mitte Juli bis anfangs Oktober 1923 bestand ein ziemliches stationäres Bild mit zahlreichen Sinnes-täuschungen, besonders optischen Wahrnehmungsanomalien, Pareidolien in den Wolken, beim Blick in die Sonne, gemachten Gedanken und einer ungemein charakteristischen Denkstörung mit überwuchernder Symbolik. Anschließend kam es zu einer ängstlich gequälten Erregung, die den Charakter maniert verschrobener Unruhe annahm. Der psychische Zustand änderte sich bis zur Überführung in die Anstalt am 25. 10. 1923 nicht. Dort erzählte er bei seiner Aufnahme von seinen phantastischen Wahnhaltungen zunächst ohne jede Einsicht. Aus einer längeren Exploration: „Ich habe Prophezeiungen gemacht, das Geisterreich gesehen, Macht über alle Menschen bekommen. Wenn die Geister in meinem Kopf waren, wurde der Bauch von Gedärmen ganz leer. Der Mechanismus der Sonne war in den Fingern, es war ein Kampf zwischen Ring und Carré, Deutschland und Frankreich . . . meine Macht habe ich behalten . . . Die Geister haben mich jetzt verlassen, ich fühle, daß ich meiner Gesundheit entgegen gehe . . .“. In der Tat wurde K. ziemlich schnell freier, betätigte sich, sprach anscheinend einsichtig von seinen Erlebnissen, ohne sich allerdings weiter damit zu beschäftigen und konnte Ende Januar 1924 in völlig geordnetem Zustand entlassen werden.

Die Gefühle der Gehobenheit, Heiterkeit, Kampfeslust, Begeisterung, Weltversöhnung bestimmen weitgehend das Verhalten *Kesslers* im Beginn der Psychose. So wenig es möglich ist, das Gesamtbild von ihnen herzuleiten, so unmöglich ist es, sie nur als „Begleitgefühle“ zu registrieren.

Die Rolle der primären Angst, plötzlich einsetzenden Mißtrauens, spontan aufschließender wilder Begeisterung zeigt das Bruchstück der folgenden Selbstschilderung (20/352):

*Die erste deutliche Krankheitserscheinung* zeigte sich etwa 8 Tage vor meiner Einlieferung in die Klinik. Ich war gegen Abend bei Bekannten. Als sich das Gespräch auf meine Person lenkte, brach ich plötzlich in heftiges Weinen aus und wollte mich durchaus nicht beruhigen. Meine Bekannten besuchten am Abend einen Vortrag und ließen mich allein in der Wohnung zurück, damit ich mich noch etwas erholen könnte. Nun packte mich auf einmal eine ungeheure Angst, allein nach Hause zu gehen. Ich glaubte, auf der Straße würde ich von irgendwelchen unsichtbaren feindlichen Gewalten geschädigt werden. Als die Bekannten zurückkehrten, erklärte ich ihnen mit aller Bestimmtheit, ich würde die Wohnung nicht verlassen, sondern auf einem Sofa oder auf dem Flur übernachten. Die Bekannten — allein-stehende Damen! — waren natürlich entsetzt und gingen schließlich, da alles Zureden

ergebnislos war, zu einem befreundeten Arzt. Bei ihrem Fortgehen stieß ich ein lautes Angstgeheul aus und blieb völlig apathisch sitzen, bis der Arzt kam, der mich ohne Widerstreben im Auto nach meiner Wohnung bringen ließ.

In den folgenden Tagen bildeten sich unter anderem folgende Vorstellungen in mir aus: Ich sei berufen, ein religiöser Erlöser von ganz hervorragender Bedeutung zu werden. Eine Gestalt am Himmel, deren Antlitz die Sonne war, sagte mir: „Ich will Dich zu meinem Auserwählten machen“ (sowohl die Gestalt wie die Stimme hatten aber durchaus nicht den Charakter sinnlicher Wahrnehmung, sondern nur den einer lebhaften Phantasievorstellung; es war also keine Halluzination). Beim Überschreiten von Straßen achtete ich mit Absicht nicht auf Fahrzeuge, da ich mich von einer höheren Macht beschirmt glaubte.

Solehen Vorstellungen standen andere gegenüber, die geeignet waren, mir Furcht und Entsetzen einzuflößen. Nachts glaubte ich, daß das wilde Heer durch mein Zimmer ziehe. Ich war mißtrauisch gegen Speisen, die mir vorgesetzt wurden; ein Camembert, den ich aß, enthielt wie ich meinte, Bestandteile menschlicher Leichname, die aus der Anatomie stammten.

Eines Tages stieg der Verdacht in mir auf, die Leute, bei denen ich wohnte, hätten während meiner Abwesenheit meine Papiere durchstöbert. Ich wollte furchtbare Rache nehmen und zerstörte alle zerstörbaren Gegenstände meines Zimmers; Matratzen usw. warf ich zum Fenster hinaus. Dabei befand ich mich in einem ekstatischen Taumel und glaubte, die Berggeister der Alpen rückten in endlosen Heerscharen zu meiner Hilfe herbei. Aus mir nicht mehr erinnerlichen Motiven trank ich unter großem Ekel ein paar Schluck gewöhnlichen Brennspiritus und ließ den sich darauf lebhaft entwickelnden Speichel in langen Fäden aus dem Fenster meines im 3. Stock gelegenen Zimmers auf die Straße gleiten. Während ich dabei über die Brüstung des Fensters lag, schaute ich unverwandt in ein gerade unter mir liegendes vergittertes Kellerloch und bildete mir dabei ein, dies sei das Fensterloch eines Kerkers, in dem Mona Lisa schmachte und auf Erlösung warte!

Als inzwischen die Wärter der psychiatrischen Klinik kamen, stellte ich mich auf meine Bücherkiste und stimmte einen phantastischen Gesang an. Dabei war ich tief ergriffen von dem vermeintlichen einzigartigen erlösenden Wohlklang meiner Stimme. Als ich mich ausgesungen hatte, ließ ich mich ohne jedes Widerstreben von den Wärtern ins Dauerbad der Klinik bringen.

Wir schließen Bruchstücke eines anschaulichen Berichtes einer Kranken über eine Reihe von angstvollen und sexuell-lustvollen, stärkst gefühlsbetonten primären Wahnerlebnissen an.

(12/147). Vor 4 Jahren bekam Patientin ihren ersten „Anfall“.  $\frac{3}{4}$  Jahr nach der Geburt des letzten Kindes. Als der Mann morgens von der Arbeit heimkam, habe sie einen kurzen *Wortwechsel* mit ihrem Mann gehabt und gleich darauf ganz grell hinaus geschrien, keine Worte. Dabei das Gefühl, als ob sie verrückt werden würde, furchtbare Angst davor. Keine genauere Beschreibung dieses Gefühls. Ins Bett gelegt, die Angst wurde ärger, „ich dachte jeden Augenblick es ist Schluß, die Kinder und der Mann mußten ans Bett treten, erst dann bin ich ruhiger geworden und muß eingeschlafen sein, oder bewußtlos geworden sein“.

Im Laufe des letzten Jahres erkrankte ein Kind der Patientin. Der Dr. B. behandelte es, da war es der Patientin bei Gelegenheit eines Arztbesuches so, als ob sie ihn groß anschauen müßte und sie glaubte, er würde denken, sie sei eine Hure.

Vor etwa 3 Wochen sehnte sich Patientin wieder nach einer Monatsstelle. Stellte sich bei einer Frau Dr. St. in Mannheim vor. Diese sagte, sie würde sich erst nach ihr erkundigen. Im Anschluß an diese Vorstellung sehr aufgeregt. Hatte Angst, daß Dr. B. vielleicht schlechte Auskunft geben würde. Es war mir so, als ob mir jemand sagen würde „steh auf und laufe“. Sie habe es getan und sei von 6— $\frac{1}{2}$ 8 im Zimmer auf und abgegangen, da kam die Post, die Nachricht war günstig, trotzdem keine Besserung. Um die Angst zu lindern, kalte Umschläge auf die Brust gemacht. Am Samstag noch gekocht, am Nachmittag das Kind zum Dr. B. geschickt, er möchte ihr dieselben Tropfen wie vor 4 Jahren aufschreiben. Als sie von der Medizin genommen hatte, wurde sie ruhiger und schaute zum Fenster hinaus, da kam ihr draußen alles so fremd vor, so verschwommen, wie in die Ferne gerückt, nicht so natürlich wie sonst. Neue Gegenstände sah sie nicht, es waren im Grunde die üblichen, die sie sonst auch von ihrem Küchenfenster aus sah. Die Stimmung war ohne Grund traurig. Plötzlich habe sie lachen müssen, die Kinder hätten sie erstaunt gefragt, was sie denn zu lachen habe, sie habe geantwortet: „Was meint ihr wohl, wir sollen nach Schwetzingen kommen zur Frau B., der Vater kriegt eine Anstellung, der Dr. B. hat es mir gesagt“. Die Kinder wollten es nicht glauben, worauf ihnen Patientin sagte: „Wartet nur bis der Vater von der Arbeit kommt, dem hat der Dr. B. schon telephonisch mitgeteilt“. Als der Mann heimkam und von einem Telefongespräch nichts wußte, erzählte sie was sie gehört hatte, da war der Mann ganz baff, sah mich erschrocken an, rief mich bei

Namen, als ich den hörte, bin ich zusammengefahren vor lauter Angst und hab mich zu meinem Mann geflüchtet“. (Angst?) „Weil ich darauf gekommen war, es müsse nicht richtig mit mir sein. Was ich fest geglaubt hatte, traf nicht zu. Obwohl die Kranke selbst immer Ausdrücke verwendet wie „Dr. B. sagte mir oder da hörte ich“ lehnt sie doch die Annahme, daß es sich um richtige Stimmen gehandelt hat, ab, gebraucht dann aber bei ihren Erklärungen selbst die Bezeichnung Stimme. Z. B. „Es war keine laute Stimme, es war so, als ob ers denken würde, und ich würde seine Gedanken aufnehmen. Ich glaub, er hat als Arzt Mittel, um mir seine Gedanken zu übertragen. Ich war davon überzeugt, er sieht und hört alles, was wir treiben“. An anderer Stelle: „wenn ich ihn hör, ist es so, als ob er direkt in mir reden würde. Es war keine öffentliche Stimme, sondern kam aus meinem Innern. Es war so, wie wenn ich denke, aber ich hab darauf hören müssen“. Über die Art der Anrede gefragt: „die Stimme sprach per Sie nicht per Du“. Ein bestimmter Übertragungsmodus bzw. Entstehungsmodus der „Stimme“ wird nicht angegeben.

Setzen wir die unterbrochene Schilderung der Ereignisse während des letzten Anfalls fort. Die Angst war groß und unruhig lief die Kranke mit „festen“ Schritten im Zimmer umher und kämpfte gegen die Angstgefühle an. Es wurde zum Arzt geschickt. Er kam und wurde von der Patientin mit den Worten „Haben Sie zu mir gesprochen?“ empfangen. Der Doktor verneinte dies und fragte sie nach diesem und jenem. „Da verschwand plötzlich auf einen Moment die Gestalt des Doktors, ich sah nur noch ein blaues Auge in natürlicher Größe, der Doktor, der doch dunkle Augen hat, war in dem Augenblick fort, im nächsten aber wieder da, er verneigte sich zu mir und lächelte. Etwas besonderes zu bedeuten hatte dies wohl nicht. „Es war ein richtiger Augapfel gewesen, kein Bild, sie habe es deutlich gesehen, wie hätte sie es sonst so gut im Gedächtnis behalten können. Am Sonntag ereignete sich nichts von Belang, auf Anraten des Arztes machte sie einen Spaziergang. Am Montag war es ihr schwer ums Herz, der vom Arzt gewünschte Besuch in der Sprechstunde sei ihr *zuwider* gewesen, weil sie in den Doktor verliebt gewesen sei. Die Gefühle gingen ein Jahr zurück. Es sei in derselben Zeit entstanden, wo sie gefühlt habe, daß sich ihre „Natur“ geändert habe, sie sei damals geschlechtlich sehr begehrlieh geworden, ihr Mann hätte ihren Anforderungen nicht entsprechen können. Wegen der sexuellen Begehrliehkeit konsultierte sie Dr. B., in seiner Gegenwart war sie nie sexuell erregt, faßte aber doch eine gewisse Zuneigung zu ihm, die sich später in Liebe verwandelte. „Das Gefühl ging nur bis zum Herzen, nie tiefer“. Sie verriet dem Arzt oder einer anderen Person *nie* etwas davon, ihr war das Gefühl peinlich; er jung, studiert und verheiratet, sie alt und ungebildet. Es sei doch der reine Blödsinn gewesen. Während der Konsultation sei der Arzt plötzlich auf einen Moment fort gewesen, ein ähnlicher, aber doch anderer Mann stand da, hatte blaue Augen und Schnurbart, einen Augenblick nur und wieder war der Dr. B. da, er gab mir einen leichten Schlag auf die Schulter und sagte „das haben Sie gut gemacht“.

Man vergleiche damit das folgende analoge Erlebnis auf einer Stufe höherer Vergeistigung, das STORCH aus der Schilderung eines Studenten mitteilt:

„Ich fühlte plötzlich etwas Seelisches leibhaftig in mich einziehen. Es begann oben, ging nach unten, der ganze Körper wurde durchrieselt, bis er die Bewegung mitmachte, es war eine Sexualbewegung. Ich fühlte die Linie, wie es abwärts ging. Ich hatte mir die Vereinigung gar nicht irgendwie vorgestellt, ich war vollständig unbefangen und wurde plötzlich einer außerhalb meines Willens wirkende Kraft gewahr. Das war so ungeheuer, daß ich mich aufrichtete. Ich stand auf, machte Freiübungen, um mir des eigenen Körpers wieder bewußt zu werden. Es war eine Gewalt, die unabhängig von meinem Vorstellungskreis, ohne daß ich daran dachte, in meine Herzgegend einzog. Es war nicht sinnlich wahrnehmbar, aber körperlich fühlbar. Ganz unabhängig von meinem aktuellen Gedankenkreis trat es ein. Auch der Keim eines Gedankens (an ein derartiges Geschehnis) lag in meinem Bewußtsein meilenweit fern. Es war für mich in gewissem Sinn eine Offenbarung. Das ungeheuer feines Abgestimmtsein zwischen uns beiden könnte vielleicht die Möglichkeit einer Erklärung geben“.

Es war also ein sexuell erregendes konkretes Durchdrungenwerden seines leiblichen Ich von einer fremden Macht, mit dem unmittelbaren Bedeutungsbewußtsein der erotischen Vereinigung.

Das Bestreben nach psychologischer Sonderung, das uns bisher den Weg durch die Fülle der Gegebenheiten gewiesen hat, muß auch bei den Schwierigkeiten im Bereich der Gefühlseinbrüche nach Möglichkeit leitend sein. Dazu scheint es uns wenig fördernd, nur nach der manischen und depressiven Grundstimmung zu ordnen, wie das BLEULER seinerzeit tat, der übrigens die Bedeutung unmotivierter Affekte in der akuten schizophrenen Psychose durchaus erkannt hat. Seiner Meinung, daß es sowohl traurige, wie heitere Verstimmungszustände in der Schizophrenie gibt, „die irgendwie im Krankheitsprozeß begründet sein

müssen“, ist nach den Erfahrungen im akuten Krankheitsbeginn durchaus beizupflichten. Viel seltener als beim schleichenden Beginn fehlen aber Beimengungen aus anderen Symptomengruppen, welche den Affekt nach Erlebnisweise oder Ausdruck modifizieren. BLEULER hat diese schizophrenen Affektnuanzierungen in unübertrefflicher Weise beschrieben. Wir erinnern hier etwa an die leere Dysphorie, welche die Psychose des S. 328 ausführlich mitgeteilten Falles *Schweubel* einleitet.

Auch die differenzierteren Gefühlsakte müssen in ihrer Erscheinungsweise nicht qualitativ abnorme sein. (Wir zweifeln nicht daran, daß es solche gibt, so schwer der strikte Nachweis zu führen ist.) Auch sie lassen sich nach dem Lust-Unlust-Schema gliedern, aber es ist damit wenig gewonnen, weil in typischen Fällen meist Spielarten beidartiger Tönung auftreten, wofür die Beispiele schon angeführt sind. Um über die Formen und ihr Zusammenspiel mit den übrigen Symptomen einen Überblick zu gewinnen, gehen wir aus von Phänomenen, welche den Gefühlscharakter einwandfrei und unbestreitbar aufweisen: *Angst*, *Ratlosigkeit*. Aber hier schon zeigen sich Schwierigkeiten. Denn sie sind als verständliche Reaktion auf die meisten Symptome der beginnenden Erkrankung (Denkstörung, Beziehungswahn, Sinnesanomalien, katatone Symptome) auffaßbar und werden meistens ohne weiteres auf diese Weise hergeleitet. Für die *Angst* läßt sich noch, wie die letzten Beispiele zeigten, am ehesten die von KLEIST vertretene Ansicht belegen, daß sie außerdem als „primäre“ Gefühlsstörung hereinbrechen kann, inhaltlos, zwar oft im Zusammenspiel mit Denkstörung oder Hyperkinese, aber doch als ein völlig beziehungsloser Affekteinbruch von vitalster Wirkung. Fälle von Denkstörung und motorischen Anomalien ohne Angst haben wir in früheren Paragraphen mitgeteilt. Auch die für alle akuten Psychosen so ungemein charakteristische *Ratlosigkeit*, welche besonders CARL SCHNEIDER als adäquate Reaktion auf die Denkstörung der Schizophrenie dargestellt hat, gilt seit WERNICKE als „eine Art von Reaktionserscheinung auf die durch die Störungen gesetzten Beirungen in der Orientierung“. WERNICKE betont an gleicher Stelle, sie sei „von der Desorientiertheit nicht ganz abzutrennen und mannigfach mit ihr verbunden“, und bemüht sich doch weiterhin, ihre relative Unabhängigkeit von der Schwere der primären Störung verständlich zu machen. Halten wir uns, indem wir von anderen Formen, die hier nicht interessieren absehen, an die „paranoische“ *Ratlosigkeit* (JASPERS) der beginnenden Schizophrenie, so dreht man sich alsbald im Kreise, wenn man den Versuch macht, die qualvolle Unruhe, den Eindruck der Unheimlichkeit, den „Bedeutungswahn“ (JASPERS) auf einen primären Gefühlseinbruch zu beziehen. Es muß aber beachtet werden, daß es geradezu als typisch schizophren gelten kann, daß wahnhaft, welterschütternde Katastrophen mit völliger Gleichgültigkeit erlebt werden (aus einer Selbstschilderung FEHRLINS: „Übrigens hatte ich die schrecklichsten Phasen meiner Halluzinationen mit dem stoischsten Gleichmut durchgemacht, gerade als ob ich mir bewußt gewesen wäre, daß der ganze Rummel doch nur ein Humbug sei und bald aufhören müsse“). Sehen wir nun demgegenüber in anderen Fällen die charakteristische Stimmungsfarbe der Unheimlichkeit, des Grauens und der Angst ausgebreitet über das aktuelle Ich wie über die Welt der Gegenstände, oft verknüpft mit einer inhaltlich unklaren Erwartungsspannung, so liegt die Frage sehr nahe, ob hier nicht der Krankheitsvorgang eine Gefühlsstörung primär setzt. Auch JASPERS spricht davon, daß bei den Kranken „primär Sensationen, *Lebensgefühle*, *Stimmungen*, *Bewußtheiten*“ auftauchen, „die wir gar nicht bezeichnen können“. Man mag theoretisch annehmen, daß die Erschütterung der Persönlichkeitsgrundlagen durch die einsetzende Krankheit jene Wahnstimmung herbeiführe, auf jeden Fall spielen die Gefühlszuständlichkeiten dabei nicht nur eine reaktive, illustrierende Rolle.

Mit besonderer Deutlichkeit läßt sich das von dem Gefühl der *Erwartungsspannung* zeigen, welches so häufig das akute Einsetzen der Erkrankung begleitet und das Katastrophenbewußtsein fundiert. Es kann in seiner inhaltlichen Richtungsbestimmtheit bei fehlender präziser Gegenstandssetzung geradezu als typisch für bestimmte Peripetieerlebnisse gelten. WETZEL teilt aus der Selbstschilderung einer Ordensschwester ein eindrucksvolles Beispiel mit, das hier angeführt sei:

„Des nächsten Tages wollte ich die Flucht ergreifen, weil ich wußte, daß in folgender Nacht die *Weltkatastrophe in diesem Hause* beginnen wird. Wurde jedoch zurückgehalten. Die Lichter des Weihnachtsbaumes sind erloschen, das Urteil war gefällt. In der Nacht soll das Haus in Flammen aufgehen. Gegen Mitternacht hörte ich unter Weinen und Wehklagen der Menschheit, das Stürmen der Glocken und das Ertönen der Posaunen. Das Zimmer wurde angefüllt von Rauch und Schwefelgeruch. Die ganze Nacht tobte der allgemeine Kampf furchtbar weiter. Des anderen Morgens machten wir uns auf die Flucht bereit. War immer willens, die heiligen Sakramente zu empfangen. Das Notwendigste wurde nun gerichtet. Dann stieg in Begleitung einer Schwester in ein Auto, welches auf der Stelle explodieren soll. An einer Haltestelle wurde diese Schwester durch eine andere abgelöst. Zu derselben hatte ich großes Zutrauen, hatte immer die bange Sorge, nachdem der Zug entgleisen wird oder im großen Tunnel verbrennt, so mußte dieselbe Schwester für mich sterben. Als derselben Schwester der Tod drohte, war ich gezwungen, dieselbe öffentlich zu verteidigen“.

Wenn wir nunmehr eine Ordnung der *Glücksgefühle* im Psychosenbeginn versuchen, so werden wir zweckmäßig an den im vorausgehenden Abschnitt bereits erwähnten *Aktivitätsüberschuß* anknüpfen, der in der Selbstschilderung KRONFELDS (S. 351) schön veranschaulicht wurde. An ihn schließen sich unmittelbar verständlich das bekannte *Kraftbewußtsein* an, wie es in der an gleicher Stelle angeführten Beschreibung der katatonen Zustände des *Dr. Mendel* (JASPERS) zum Ausdruck kommt. Aber auch das Gefühl angespanntester, höchster *Verantwortung*, das Bewußtsein schwere Kämpfe, äußerste Prüfungen, den Leidensweg, die Rettung der Welt vollziehen zu müssen, kann aus dem Übermaß der Aktivität hergeleitet werden. Endlich sind die Gefühle der *Fähigkeit* zu ausnahmsweise vermehrter *Denktiefe*, zur Lösung der *letzten Fragen*, zum *Klarsehen*, zu *intuitiven Erkenntnissen* daraus abzuleiten.

Mit Recht wird man aber gegen eine Rückführung dieser Erscheinungen auf die Aktivitätsstörung einwenden, daß diese *Fähigkeitsgefühle* mindestens in ebenso naher Beziehung zur Denkstörung stehen und sicher meist von ihr fundiert sind — der gleichen Denkstörung, die anderen Fällen die Ratlosigkeit fundiert! Vielleicht sind sie das Ergebnis einer Kombination von Denkstörung und Aktivitätsplus. Wahrscheinlicher scheint uns auch hier das Hinzutreten bestimmter primärer pathologischer Gefühlsakte, welche die kennzeichnenden Zustandsbilder zusammenfügen. Dafür spricht, daß die Denkstörung selbst in diesen Erlebnissen jene besonderen Züge annimmt, die sich eigentlich nur durch die begleitenden Affekte charakterisieren lassen, und die insbesondere ganz nach Art der Gefühle auch als Charaktere auf die Gegenstandswelt ausstrahlen: Gefühle der Ewigkeit, Unendlichkeit, Überschreitung der rationalen Grenzen, der Unwirklichkeit, Verbundenheitserlebnisse, Übermaß der Bedeutung usw. Es sind offenbar ganz besondere Zuständlichkeiten des Ich (die wir nur als „Gefühle“ bezeichnen können), welche sich dann zugleich in der *Umweltveränderung* wiederfinden.

Damit sind wir an einer neuen Klippe der Auffassung des Gefühlseinbruchs angelangt: Seinen Beziehungen zu den *Sinnesanomalien*. Seitdem wir aus dem Meskalinrausch wissen, daß auf dem Wege über die Sinne Abwandlungen des Zeit- und Raumsinnes herbeigeführt werden können, welche zu weitgehenden Verschiebungen der Wirklichkeitsbereiche führen können, haben die Unendlichkeits- und Ewigkeitsgefühle, die Tempoänderungen des Geschehens, die

Erlebnisse der Unheimlichkeit, der Erleuchtung, der Ekstase, kurzum alle die tiefen Erschütterungen des Ichs zusammen mit der Umwelt auch von der Sinneseite her zum mindesten Fundierungen, vielleicht sogar Erklärungsmöglichkeiten gefunden. Trotzdem scheint uns auch hier der Rückgriff auf einen hinzukommenden Gefühlsakt nicht zu umgehen.

Die Annahme ist möglich, wenn auch nicht wahrscheinlich, daß es konstitutionelle oder konstellative Eigenarten der Persönlichkeit sind, welche in manchen Fällen wie bei *Kirner* (S. 323) die Ausbildung des Erlebnisses zur „Wahnstimmung“ verhindern. Rein phänomenal fehlen zweifellos bestimmte Gefühle in dem Bild, deren Anwesenheit in anderen Fällen Erscheinungsform und Nachwirkung bestimmen, wobei unter Umständen die Mitwirkung der Denkstörung und der Sinnestäuschungen erheblich geringer sein kann.

Die letzte Form von gefühlsartigen Phänomenen schließlich steht in Beziehung zu den *Sympathieanomalien* der Schizophrenen: die *gesteigerte Einfühlbarkeit*, die sich bis zum Mitgefühl mit den unbelebten Gegenständen steigern kann.

Fassen wir noch einmal *die wichtigsten Formen abnormer Gefühle* in der beginnenden Schizophrenie nach ihren Beziehungen zu den übrigen Symptomen-Gruppen zusammen, so ist vorauszuschicken, daß bei der bekannten Fundierung aller lebhafteren Gefühlszustände durch Körperempfindungen notwendig die Sinnestäuschungen im Bereich der Körperfühlsphäre bei der Entstehung *aller* zu besprechender Gefühlsformen eine Rolle spielen können. Über ihren tatsächlichen Anteil läßt sich nur im Einzelfall mitunter etwas sagen. Abgesehen davon besteht 1. zwischen Unruhe und Angst und motorischen Störungen wahrscheinlich Zusammenhänge. 2. Die Beziehung der Ratlosigkeit zu motorischen, sensorischen und Denkanomalien sind deutlich. 3. Die Erwartungsspannung greift vielfach mit dem wahnhaften Symbolbewußtsein ineinander und schließt sich an die Unabgeschlossenheit des Denkvollzugs an. 4. Kraft- und Fähigkeitsgefühle leiten sich vielfach aus dem Aktivitätsüberschuß her; soweit sie das Denken zum Gegenstande haben, „vertieftes Nachdenken“, Klarsehen usw., finden sie wiederum im wahnhaften Bedeutungsbewußtsein und in der Denkstörung infolge der Bedeutungsunsicherheit, der Beziehungsunschärfe, Aufhebung der Akzentuierung Stützen. 5. Alle, wie immer gefärbten Gefühle, die als Gefühlscharaktere auf die Umwelt ausstrahlen, die Wirklichkeit abändern oder erschüttern, können ihr Korrelat in Sinnesanomalien haben. 6. Die erhöhte Einfühlbarkeit kann als ein Einbruch pathologisch gesteigerter Sympathiegefühle aufgefaßt werden; aber auch hier kann das wahnhafte Bedeutungsbewußtsein mitwirken.

Wir sind weit entfernt von der Überzeugung, daß mit dieser Liste die Formen pathologischer Gefühle in der Schizophrenie erschöpfend erfaßt wären, man stößt bei sorgfältiger Analyse geeigneter Fälle immer wieder auf durchaus rätselhafte, unvergleichbare und nicht beziehbare Vorkommnisse, wenn man sie unbefangen betrachtet. Aber auch wo Beziehungen aufzuweisen sind, reichen sie unseres Erachtens doch nicht aus, den affektiven Anteil selbst an den Zustandsbildern als begleitend und unwichtig beiseite zu stellen.

#### 4. Uncharakteristische Formen des akuten Beginns.

Trotz der theoretischen Bedeutung exogener Reaktionen insbesondere für ätiologische Fragen im Gebiete der Schizophrenie sind leider kaum einwandfreie Fälle in der Literatur mitgeteilt, bei denen eine Schizophrenie mit den deutlichen Erscheinungen einer symptomatischen Psychose beginnt. Zwar finden sich in

der älteren Literatur über Puerpuralpsychosen und Amentia, z. B. in der großen Arbeit STRANSKYs, fraglos eine ganze Reihe von Beobachtungen, die hierhin gehören, auch unter den Influenzapsychosen KLEISTS dürften sich Schizophrene befinden, bei denen der Krankheitsbeginn symptomatische Färbung hat; unter den 7 Fällen, die MEDOW als Bewußtseinstrübungen bei Dementia praecox veröffentlicht hat, sind 4 sehr wahrscheinlich exogen „proviziert“ (vgl. auch S. 528). Trotzdem sind diese Mitteilungen, da von den Autoren anders gedeutet, nicht leicht zu verwerten und sie geben vor allem kein Bild von dem Vorkommen, das jedem Psychiater geläufig ist, wenn es auch nicht zu den ganz alltäglichen Erfahrungen gehört: daß der Beginn einer Schizophrenie symptomatologisch als infektiös-toxische Psychose imponiert, welche zusammen mit einer entsprechenden Körperkrankheit auftritt, und erst nach einiger Zeit der schizophrene Charakter des Leidens an den Tag kommt. Eine entsprechende Kasuistik kann hier in der notwendigen Breite nicht dargeboten, ebensowenig die Klinik der exogenen Reaktionsformen erörtert werden; in den Abschnitten über Ätiologie und Differentialdiagnose wird darauf eingegangen (S. 127, 590). Nur in aller Kürze können wir hier die Frage der Bewußtseinstrübung im Beginn der Schizophrenie streifen, die auch für die zweite atypische Form akuten Beginns: die psychogen-hysterische von Bedeutung ist.

Rechtsanwalt *Herrmann Dries* (19/423), dessen Schwester wegen einer unklaren, auf Schizophrenie verdächtigen Psychose bei uns behandelt wurde, war ein hochbegabter Schüler, erhielt als Student für eine Preisarbeit eine goldene Medaille. Er wurde nach kurzer Tätigkeit als Richter Anwalt, war als solcher außerordentlich geschätzt und stark beschäftigt. Nach dem Kriegsdienst, (vorwiegend als Intendanturbeamter), erschien er den Verwandten „nervös“. Oktober 1919 erkrankte er an Pleuritis sicca, schonte sich zunächst nicht, dann trat Fieber ein, und er wurde am 22. 11. in ein Krankenhaus gebracht, wo am 24. die Psychose mit Vergiftungsideen und Beeinträchtigungswahn einsetzte. D. geriet innerhalb eines Tages in schwerste Erregung und mußte am 25. 11. zur Überführung in die Klinik erhebliche Mengen Hypnotika erhalten. Nach seinem Erwachen war er sofort wieder von Angst getrieben in großer Unruhe und berichtete, daß man ihm im Krankenhaus nach dem Leben getrachtet habe. Er sei tobsüchtig geworden, man habe ihn deshalb hierher verlegt; was er über die dortige Behandlung gesagt habe, könne nicht richtig sein, er müsse sich geirrt haben, *er sei ganz durcheinander*. Gleich darauf sprach er aber wieder von Verfolgern, man müsse sich in acht nehmen, es werde ihm nachgestellt — voller Angst, in seinen Äußerungen ganz fahrig, bei ausgesprochenem subjektivem Gefühl für seine Verwirrtheit. Dabei war er zeitlich wie örtlich nur ungenau orientiert, suchte sich aber zu orientieren und gab sich sichtlich Mühe konzentriert zu antworten.

Im Hospital sei man anfangs sehr freundlich zu ihm gewesen, später habe er gemerkt, daß die Sache „nicht sauber“ sei. Einer habe gesagt, er mache nicht mehr mit, ein anderer: es drückt mich! jedenfalls habe es sich um ihn gehandelt. „Ich weiß nicht, ob ich den Kampf gewinne, es ist verdammt schwer — ich habe alles versucht, um aus dieser Hölle herauszukommen; zu einer Schwester habe ich gesagt: bleiben Sie bei mir! . . . die Schwester war dann später *auch* bei dem Komplott“. Diesen Bericht unterbricht D. plötzlich: „Halt ich bin ja noch beim Kampf, das ist ja verkehrt, ich bin ja ganz durcheinander!“ Solche und ähnliche Äußerungen kehren bei jeder Unterhaltung wieder, man merkt deutlich, wie er sich zu verbessern sucht und zusammenreißt.

*Körperlich* fanden sich deutliche Symptome einer Pleuritis bei einem sehr schmalen, schlecht ernährten Menschen mit den Zeichen des eunuchoiden Riesenwuchses mit deutlicher linksseitiger Hodenatrophie. In den ersten Tagen bestanden erhöhte Temperaturen, abends bis 39 Grad, die sich nach etwa einem Monat verloren, es traten dann über Monate nur subfebrile Temperaturen auf. Im weiteren Verlauf stellten sich mehr und mehr Zeichen einer Lungentuberkulose mit Perioden hohen Fiebers ein, die aber *dann auf die psychischen Erscheinungen anscheinend ohne jeden Einfluß waren*.

Die schwere ängstliche Erregung beherrschte in den ersten 1½ Monaten völlig das Zustandsbild. Es bestand ein starker Bewegungsdrang mit angstvoller Widersetzlichkeit, Neigung zum Zerreißen, wildem Um-sich-schlagen. Nur die Anwesenheit des Arztes beruhigt D. einigermaßen. Er läßt sich die Speisen vorkosten, beschmutzt „absichtlich“ das Bett, um die Ärzte darüber zu informieren, daß er mißhandelt werde, und man ihm nach dem Leben trachte. Er sei zwar geistig gestört, aber so klar sei er doch, daß er merke, daß man ihn umbringen wolle. Durch die vielen Strapazen und die Krankheit sei das Gehirn „leicht



belegt“ gewesen „aber es ist unbedeutend“. Man habe im Hospital vergiftetes Holz im Ofen angezündet, dadurch sei im Zimmer ein mächtiger Rauch entstanden, der einen eigenartigen Geruch hatte. Auf diesen Beginn der angeblichen Verfolgung kommt er immer wieder zurück. Aber auch in der Klinik wittert er in allem mißtrauisch Feindseligkeit. Als der Arzt bei einer Unterhaltung lächelte, unterbricht er sich „es wird mir ja nichts geglaubt!“, als ihm die Schlüssel zu Boden fallen: „Haben sie das absichtlich fallen lassen? Ich bin etwas angegriffen. Die Schwestern in Mannheim haben geglaubt, ich sei verwirrt“. Er sei aber nur verwirrt durch die Angst gewesen „Herr Dr., ich habe Todesangst, das ist ja klar, man trachtet mir nach dem Leben“. Die amentielle Ablenkbarkeit, das Preisgegebensein an alle Außenreize bei subjektiver Unklarheit, trat immer wieder bei zahlreichen Gelegenheiten hervor. Unter anderem beantwortete er die Frage, warum er mit Kot geschmiert habe: „ich habe es nur getan, weil ich nicht ganz klar bin. Ich gebe ja gerne zu, daß meine Beweisführung falsch ist; aber ich bin in solcher Angst . . .“

Mitte Dezember 1919 verschlechterte sich infolge geringer Nahrungsaufnahme der körperliche Zustand. D. schien ganz von getriebener Angst beherrscht und völlig unzugänglich.

Anfangs Januar 1920 machte er einen etwas freieren Eindruck, zeigte mitunter sogar einen heiteren Gesichtsausdruck und schien seine Wahnideen zu korrigieren, doch ergaben sich bei näherem Befragen stets Zweifel, ob er nicht seine wahre Meinung verheimliche. Besonders abends suchte er stets Schutz beim Arzt, äußerte auch Befürchtungen für dessen Sicherheit. Äußerungen im Nebenzimmer deutet er als gegen sich gerichtet um, er bemerkt „Blendapparate“, nachdem er einmal eine Augenspiegeluntersuchung auf der Abteilung beobachtet hatte. Es werde mit Verkleidungen gearbeitet und dgl. mehr. Auf die Frage warum er nicht im Bett bleibe, antwortete er am 14. 1.: „ich bin den ganzen Tag durcheinander, ich bin kaput, ich möchte mich am liebsten hinlegen und sterben und habe doch immer Angst um mein Leben. . . es fehlt mir der Schutz, ich habe keine Übersicht, es könnte jeden Augenblick was kommen. . . die Sache ist so verwickelt und schwierig“.

Die akustischen Illusionen und Halluzinationen treten nun mehr und mehr in den Vordergrund, er halluziniert immer wieder szenische Vorbereitungen zu seiner Ermordung. Er könne über das Vorderhaus der Klinik wegsprechen und erhalte von dort Antwort. Er hat 2 Ärzte bemerkt, die auf dem Dach das Sprechen kontrollieren.

Das Bild bleibt nun ziemlich einförmig: alles was er denkt, wird mitgesprochen. Grundstimmung und Inhalte bleiben die gleichen. Noch vielfach ist D. von Angst aufs stärkste gequält. Es entwickelt sich kein systematischer Wahn, aber die Richtung der wahnhaften Gedankengänge wird unverändert festgehalten. Die Äußerungen hingegen, welche auf ein auftauchendes Krankheitsbewußtsein deuten, werden nach und nach seltener, vor allem tritt die befreite objektive Stellungnahme, welche anfangs momentweise immer wieder sichtbar wurde, ganz zurück.

Im März tauchen dann magische Wahninhalte auf: Licht müsse in seine Augen fallen, das gebe elektrische Kraft und Elektrizität. Wenn die Sonne in seine Augen blicke, könne er sprechen, ohne den Mund zu bewegen, er werde dann von den Leuten am Apparat verstanden. Er spricht von einem Ritus, wonach ein Mann des anderen Glied berühren müsse, um ihm Lebenskraft zu geben. Zu gewissen Zeiten müsse er „hei!“ rufen, dann bekommen die Herren nebenan Lebenskraft usw. Es kommt zu impulsiven homosexuellen Angriffen auf Mitpatienten, er äußert Klagen über Körpersensationen: man habe ihm ein Hütchen in den After gesteckt, versuche ihm Gonokokken in die Urethra einzuführen. Gegen Ärzte und Schwestern wurde er immer ablehnender. Mitte November kam es zu stärkeren Temperatursteigerungen und über dem l. Unterlappen zeigten sich Symptome einer Kaverne. Zuletzt bot er ein durchaus stationäres Bild: Sich selbst überlassen liegt D. meist mit einem verschmitzten Lächeln im Bett, anscheinend belustigt durch den Inhalt seiner Trugwahrnehmungen, sofort zornig und mürrisch, wenn man ihn stört, oder gar zu befragen versucht. Dabei bleibt der Zug überlegener Heiterkeit auf seiner Miene, der wie seine Äußerungen besagt, daß man ja schon alles wisse. . . „Hören Sie, Herr Doktor, wie auffällig ruhig die jetzt auf einmal sind?“ — So wurde er am 10. 12. 1920 in die Anstalt W. überführt, wo sich der Zustand nicht mehr änderte. Er äußerte dort unter anderem, das Fieber werde ihm vielleicht mit einem Apparat gemacht, verweigerte häufig die Nahrung aus Vergiftungsfurcht, sprach davon, er werde mit Elektrizität geplagt, schimpfte, verkannte Personen. Im Januar 1921 trat rascher körperlicher Verfall ein und er starb am 7. 1. 1921 an einer ausgedehnten Lungentuberkulose.

Der Fall zeigt in besonders schöner Weise, wie der plötzlich einsetzende Beziehungswahn mit Angst eine symptomatisch-amentielle Färbung durch die fieberhafte Körperkrankheit erhält. Ätiologische Probleme und Zuordnungsfragen der einzelnen Äußerungen interessieren uns hier nicht. Es fehlt hier zwar das

prinzipiell charakteristische Symptom der exogenen Schädigungstypen, die ausgesprochene Bewußtseinsstörung. Aber das immer wieder auftretende Krankheitsbewußtsein, der „Kampf“ mit der Verwirrung, die angstvollen szenischen Illusionen und Halluzinationen ließen anfangs lange Zeit an eine infektiös-toxische Begleitpsychose denken, bis diese Zeichen immer mehr in den Hintergrund traten, Gedankenlautwerden, Körpersensationen, Triebabrische das Bild beherrschten, die Wahnhalte magisch-symbolischen Charakter annahmen und schließlich auch die Affektivität entleert wurde und erstarrte.

Traten in diesem Falle weder ausgesprochen psychomotorische, noch Denkstörungen hervor, so entwickelt sich in anderen Fällen das Bild katatoner Zerfahrenheit unmittelbar aus der symptomatischen, bewußtseinsgetrübten Verwirrtheit.

*Maria Philp* (geb. 1903), (1 Schwester und 1 entfernter Verwandter vorübergehend geistesgestört ohne nähere Kennzeichnung) erkrankte im 2. Wochenbett fieberhaft, lag 8 Tage mit Temperaturen bis 39 Grad. Am Tage des ersten Aufstehens plötzlich Verwirrtheit, Schreien, Singen, wollte sich aus dem Fenster stürzen. Vorübergehend freier, entschuldigte sie sich, verfiel aber sofort wieder in die Erregung. Bei der Aufnahme in die Klinik am 6. 9. 1928 halluzinatorische, schwere Tobsucht. Sie sieht verzerrte Gestalten mit großen glühenden Augen, ist voller Angst. Im Krankenzimmer liegt sie meist am Boden, fast nackt, in einer Ecke, spricht vor sich hin, verkennt zeitweise die Umgebung, macht manirierte Bewegungen mit den Händen, deutet sich auf die Stirne, flüstert sie dürfe nicht sprechen; nach ein paar Gesten, in denen sie bald auf sich, bald auf den Untersucher deutet, sagt sie, jetzt dürfe sie wieder reden, erwidert aber den Gruß nicht, faßt Zufälliges aus ihrer Umgebung auf, z. B. die Schuhe des Untersuchers, den Rock der Schwester, spricht unverständlich — erkennt dann plötzlich aus ihrer bisherigen Haltung herausfallend den Arzt, sie möchte keine Spritze, es ginge ihr gut. Ist im nächsten Augenblick wieder verwirrt, schimpft und ist unansprechbar.

Die gynäkologische Untersuchung ergab Infiltration im Parametrium und verzögerte Rückbildung des Uterus. Das anfänglich vorhandene Fieber klang nach einigen Tagen ab. Das Verhalten war in der Folgezeit von der starken Hyperkinese beherrscht, welche sofort einsetzte, sobald sie aus dem nur durch Hypnotica erzielbaren Schlaf erwachte. Sie räumte ständig ihr Bett aus, legte sich nackt auf den Stahlrost und schichtete die Polster auf sich, kletterte auf die Fenster, wälzte sich auf dem Boden, raste auf der Abteilung umher, tanzte in grotesken Stellungen stumm stundenlang, um dann plötzlich unter unartikuliertem Schreien eine andere Kranke an den Haaren umherzuzerren. Dabei macht sie stets einen traumhaften, verwirrten Eindruck, scheint geistesabwesend. In den ersten Tagen des Oktober war sie zeitweise etwas ruhiger und zugänglicher, schien depressiv, weinte hemmungslos, sie wolle heim. Am 3. 10. schien es, als ob sie zu sich komme. Mit beschwörenden Gesten schreit sie in zunehmender Erregtheit: „Wo bin ich? wo bin ich? wie komme ich denn hierher? was ist da passiert?“ — Solche vorübergehende freien Momente, in denen sie heim verlangt, dem Arzt nachläuft, offensichtlich ihre Krankheit fühlt und verstimmt erscheint, ohne jedoch recht klar orientiert zu werden, wechseln mit verzückt-ekstatischen Ausnahmezuständen. Sie tanzt in rhythmischen Bewegungen ohne eindeutigen Ausdruckscharakter umher, schwimmt mit wiegenden Bewegungen im Dauerbad, schleudert die Arme auf und nieder usw. Die Erregung nahm meist gegen Abend zu. Am 21. 10. war Frau P. relativ komponiert und eine geordnete Unterhaltung möglich. Sie war örtlich korrekt, zeitlich ungenau orientiert, erinnerte sich an vereinzelte Vorkommnisse der vergangenen Woche, Besuche von Ärzten und Eingriffe. Über psychotische Erlebnisse dagegen war ebensowenig etwas zu erfahren, wie sie ihre Unruhe und Tanzereien motivieren konnte. Bei dem Versuch einfache Intelligenzaufgaben zu lösen, versagte sie völlig, war auch bei der Beschreibung eines Bildes abgelenkt, unkonzentriert; doch deutete sie das Wenige, das sie auffaßte, richtig. Wenige Minuten nach dieser Prüfung verfiel sie schon wieder in eine groteske, hyperkinetische Erregung. Diese beherrscht in der Folgezeit völlig das Bild, nimmt immer mehr einen bizarren, manirierten Charakter an. Dabei begann sie vom 6. 11. ab dauernd vor sich hin zu sprechen. Wir geben einen Teil eines Stenogramms wieder: „Kannst du noch einmal die Welt grad machen, wie ich. Ist das schade, die Männer da oben. Ich kenne dich noch gut, du kannst auch Nudeln fressen, du. Ja sie kommt nicht mehr, wegen der soll die Welt krumm und bucklig und die armen Kinder blind werden, sanft mit Seife streichen. Wer war das mit dem schönen Stock und Direktor. Ich will nicht, dann ist die Güriz von Amerika. Wir zwei waren in der Bahn, müssen sterben, wieder hast du gerade Augen? Der Direktor, ist er überfahren worden. . . Wer ist das? Du bist schöner, warum hast du gestern mir nicht gegenüber gelegen und hast ein Uhrchen an am Ärmchen. Ich brauch keins, ich will nur eins, aber Röslein, Röslein (Singen sie doch!) Darf nicht. Ich muß

den Anstand bewahren und der Krieg und die Sonne und der Mond und die Finsternis. Bitte schön, kämpfen muß man für sein Vaterland“.

Mit dem Einsetzen dieser nun über Tage dauernden sprachmotorischen Erregung nimmt die Gesamthyperkinese eher noch zu, zugleich wird die Kranke mehr und mehr negativistisch, völlig unansprechbar und unzugänglich. Es wird nun völlig unmöglich mit ihr Kontakt zu gewinnen. Schimpfend und kreischend wehrt sie jede Annäherung ab, wendet sich spuckend weg. Einzelne echolalische Äußerungen werden beobachtet. Der traumhafte Ausdruck ist völlig geschwunden, die Bewegungen haben jede Grazie eingebüßt. Sie wird nun auch aggressiv gegen das Personal und die Mitkranken und ist in ihren Schimpfreden ungeheuer einförmig und unproduktiv. Gegen alle Zuspache, auch bei Erwähnung von Mann und Kind bleibt sie gleichgültig. In dieser Verfassung wurde sie am 17. 1. 1929 in die Anstalt verbracht.

Der Fall zeigt das Verebben einer bewußtseinsgetrübten ekstatischen Hyperkinese zu einer erregten Zerfahrenheit, wie wir das mitunter auch bei katatonem Beginn ohne Körperkrankheit zu sehen bekommen. Doch wird man nicht fehl gehen, wenn man das traumhafte-verwirrte Verhalten im Anfang der Psychose, die Desorientiertheit, die Episoden freier Zugänglichkeit mit Krankheitsbewußtsein als symptomatischen, toxisch-infektiösen Einschlag auffaßt. Der Übergang des symptomatischen Bildes in das schizophrene ist auch hier nicht punktuell faßbar; es bleibt hier wie in vielen anderen Fällen fraglich, ob die Zerfahrenheit in der Tat, wie BUMKE meint, aus der Inkohärenz der Bewußtseinsstrübung hervorgeht, nachdem anfangs so gut wie keine sprachlichen Äußerungen bei der Patientin vorhanden waren. Sicher ist für den klinischen Blick des erfahrenen Psychiaters die einsetzende affektive Entleerung und die Denkerfahrenheit als Zeichen übler Vorbedeutung erkennbar. Aber es fehlt hier wie bei den meisten Fragen, welche um die Bewußtseinsstrübung kreisen, noch die psychopathologische Herausarbeitung des Wesentlichen.

Bei der Abgrenzung der oneiroiden Erlebnisform versuchten wir an anderer Stelle (vgl. auch S. 529) diejenigen schizophrenen Zustandsbilder zusammenzustellen, welche zur Stellung der Bewußtseinsfrage im Rahmen der Schizophrenie Anlaß geben können und nannten neben den Zuständen hochgradiger Denkerfahrenheit: ekstatische Gefühlseinbrüche, schwere Halluzinationen, Zustände doppelter Orientierung und endlich die reaktiv hysterischen Zustände, welche pathoplastisch der einsetzenden Schizophrenie ihre Färbung verleihen.

Den letzteren als der zweiten wichtigen Form des akuten Beginns wenden wir uns jetzt zu. Auch für sie besteht im Zusammenhang mit ätiologischen Fragen besonderes theoretisches Interesse für alle diejenigen Forscher, welche die Neurosenatur der Schizophrenie vertreten und die dementsprechend an eine seelische Verursachung der Erkrankung oder doch ihres Ausbruches denken. Die Erscheinungsweise des Krankheitsbildes kann hier so wenig wie beim exogen-symptomatischen Beginn über ätiologische Fragen die letzte Entscheidung bringen; aber solange wir über die Ursache unserer Erkrankung nichts wissen, wird man sich an den klinischen Bildern orientieren müssen und sie nach Möglichkeit zu analysieren versuchen. Wir verweisen, was das Grundsätzliche des Zusammenspiels der schizophrenen mit den psychogen-hysterischen Symptomen anlangt, auf die Darstellung der Prodrome (S. 310).

Für die relative Bestimmbarkeit des schizophrenen Zustandsbildes aus der Lebenssituation sind vor allem die hysterischen Erscheinungen charakteristisch, welche nicht selten bei den *in der Untersuchungs- oder Straftat* ausbrechenden Schizophrenien beobachtet werden. Sind auch die Fälle, bei denen über lange Zeit differentialdiagnostische Zweifel bestehen, nicht sehr häufig, so finden sich doch psychogene Zustände getrübten Bewußtseins mit szenischen Visionen, die sich auf Straftat und Haft beziehen und katathyme Wahnbildungen im Sinne der Begnadigung oder auch des Mißtrauens und der Beeinträchtigung im Beginn bei der Mehrzahl der Gefängnisschizophrenien. Wir geben im folgenden

das besonders lehrreiche Beispiel eines Falles, der über 25 Jahre verfolgt werden konnte. Bei der Besprechung der psychischen Verursachung (S. 121) wurde bereits auf ihn verwiesen.

*Ferdinand Spohr* (99/58), geb. 1874, ist der Sohn eines Trinkers und von Mutters Seite mit Geisteskrankheit belastet. Eine Schwester ertränkte sich, eine weitere war wegen „menstrueller Manie mit hebephrenem Charakter auf imbeziler Grundlage“ vorübergehend in der Anstalt Illenau. Er war durchschnittlich begabt, lernte als Bäcker, war als Geselle viel auf Wanderschaft und erhielt eine Reihe von Polizeistrafen wegen Ruhestörung und Tätlichkeiten. Am 26. 3. 1897 wurde er zu einer 2jährigen Gefängnisstrafe wegen gefährlicher Körperverletzung verurteilt, nachdem er bei einer Schlägerei einen Kumpanen durch einen Revolverschuß in der Backe verletzt hatte; vorher hatte er gerufen: „heute gibt's noch Tote!“ Am 15. 4. 1897 begann er in der Einzelhaft nachts plötzlich zu schreien und zu toben, schlug gegen die Zellentür und mußte in die Tobzelle des Gefängnislazarets gebracht werden. Dem untersuchenden Gefängnisarzt erzählte er, er sei schon längere Zeit mit sich zerfallen, habe schon vor 3 Jahren einen Selbstmordversuch gemacht im Zusammenhang mit einer Liebesaffäre. Den Revolver, mit dem er die Straftat begangen hatte, habe er auch gekauft, um sich zu erschießen. Er sei unschuldig, diese Überzeugung sei ihm in den letzten Nächten durch Träume gekommen. Er habe Stimmen und Erscheinungen gehabt, Mutter und Bruder hätten zu ihm gesprochen, ihn getröstet, er habe das ganze Gericht vor seiner Zellentür verhandeln hören. Während des Betens sei er von Hexen und Teufeln belästigt worden. Sp. beruhigte sich anscheinend bald wieder, begann aber am 21. 6. aufs neue erregt zu werden und kam in die Irrenanstalt Frankfurt (30. 6. 1897). Dort war er in den ersten Tagen in einer hochgradigen sprachmotorischen Erregung, redete in völlig zusammenhangloser Weise unverständlich vor sich hin, zog sich nackt aus. Allmähliche Beruhigung; es folgte eine leicht depressive Phase mit Stummheit, er machte merkwürdige Gesten und Zeichen. Am 10. 8. berichtete er geordnet über die Erlebnisse im Gefängnis. . . er sah den Thron Gottes, den Kaiser in weißer Gestalt, ganz wie aus Glas, an dem ein Mädchen wie eine Puppe hinaufstieg. . . Er berichtete über Desorientiertheit, Personenverkennungen in der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes „Nachts ist es hinüber und herüber gegangen, mir war's, als wären wir in Amerika. . . ich war halt im Kopf durcheinander“. Sp. sprach selbst davon, daß er die Einzelhaft nicht vertrage. Er ging zur Arbeit, war fleißig, aber reizbar und empfindlich. Am 24. 10. 1897 entwich er aus der Anstalt, als seine Rückverbringung in Strafhafte bevorstand. Im Dezember 1897 wurde er wieder verhaftet und arbeitete zunächst in der Bäckerei der Strafanstalt unauffällig, bis er im Juli 1898 wegen Verweigerung der Arbeit Arrest erhielt. Er bat dringend, ihn außerhalb der Zelle zu beschäftigen, warf am 15. 8. in der Zelle alles durcheinander und zerschlug das Mobilar. Man überführte ihn diesmal in die Anstalt Eichberg, wo er anfangs verschlossen, unzugänglich und mißtrauisch war, später von Verfolgungen, überirdischen Stimmen, einer besonderen Mission sprach, über die er sich nicht aussprechen dürfe. Es traten Erregungszustände auf, in denen er seine Entlassung verlangte, er attackierte das Wartepersonal, machte Fluchtversuche. Im Dezember 1898 war er 4 Wochen geordnet, frei und ruhig, dann setzten wieder Sinnes-täuschungen ein und die Wahnideen traten wieder hervor. Bei der Verbringung in die Heidelberger Klinik am 29. 4. 1899 war Sp. vollständig geordnet, berichtete über sein Vorleben mit einer gewissen Einsicht, erschien aber affektiv stumpf. Die Erregungszustände in Eichberg motivierte er aus Konflikten mit dem Personal. Hier trat ähnliches nicht auf, keine Verstimmungen usw. Er arbeitete fleißig, verhielt sich durchaus freundlich und korrekt und wurde am 28. 5. 1899 entlassen. Diagnose: wahrscheinlich Dementia praecox. Sp. lebte nun arbeitsam und unauffällig in der Freiheit, bis er im März 1901 zur Verbüßung seiner Reststrafe wieder interniert wurde. Nach 3 Monaten verfiel er aufs Neue in eine Psychose, stellte seine Arbeit ein, verunreinigte die Zelle usw. In Eichberg, wohin er nun wiederum verbracht wurde, war er mißtrauisch und unzugänglich. In der Heidelberger Klinik, wohin er am 8. 10. 1901 zum 2. Mal überführt wurde, war sein Verhalten wie früher: geordnet und ruhig, auffallend gleichgültige und affektlose Darstellung der Erkrankungen, keine Einsicht. Diagnose: Dementia praecox. Der weitere Verlauf bestätigte diese Diagnose. 1906 hat er geheiratet, die Frau beobachtete bei ihm von Zeit zu Zeit Zustände, in denen er nicht arbeitete, auffallend still war und plötzlich Größen- oder Verfolgungsgedanken äußerte; er sei Großherzog, der alte Fritz, fürchtet, die Kinder würden genozüchtigt u. dgl. In der Zwischenzeit ist er arbeitsam, lebt aber immer zurückgezogen und liest viel Romane. Wegen eines erregten Zustandes mit verworrenen sexuellen und religiösen Wahninhalten kam er Januar 1910 wieder in die Klinik. Er trug ein paranoid überlegenes Wesen zur Schau, war zeitweise sehr reizbar, gab nur hier und da einige Auskunft über seine zum Teil recht phantastischen Wahnideen. Im Gesamtverhalten war er aber ungewöhnlich lebhaft, an allem interessiert, natürlich, selbstbewußt und heiter, ohne sichtbare Verschrobenheiten. Dabei erwies er sich aber als völlig einsichtslos. So erzählte er z. B. von einem Luftballon, in dem seine Mutter aufgestiegen sein soll: durch den Ballon sei ihm das ausfüllende Leben

herausgezogen worden. Die Liebe sei ganz verschwunden, erst als er seine Frau kennengelernt habe, sei sie wieder gekommen. Bei Nachuntersuchungen während des Krieges 1918 und 1922 bot Sp. das Bild eines äußerlich geordneten, im Gedankengang aber völlig verschrobene Endzustandes. Er ist sozial gesunken, steht als Brezelverkäufer auf der Straße und hat im Jahre 1921 eine Reihe unsittlicher Handlungen an Kindern unter 10 Jahren begangen. Er steht in ständiger Verbindung mit Gott, hat von Gott das Lehramt. Keiner will ihm aber glauben, man lacht ihn aus. Bei den Kindern habe er lediglich die Reinheit oder Keuschheit sehen wollen, wie sie von Gott Vater eingerichtet und ihm im Jenseits gezeigt worden ist. Er hat ein umfassendes, zum Teil verworrenes Wahnsystem, ist affektiv außerordentlich verarmt: jede leichte Beunruhigung führt zu einem maßlosen inadäquaten Wutausbruch, der ebenso schnell wieder verebbt. Alle affektiven Mittellagen sind geschwunden.

Durchmustert man die Krankengeschichten einer Reihe solcher in der Haft ausgebrochener Schizophrenien, so findet man trotz des reaktiven Beginns bei den meisten retrospektiv Züge, die sehr bald nach dem Einsetzen der Psychose, den Verdacht auf eine schizophrene Erkrankung hätten wecken können. Andererseits darf nicht übersehen werden, daß das isolierende, kontaktarme, mit Mißtrauen durchtränkte Milieu des Gefängnisses auch die Form der reaktiv-hysterischen Psychosen beeinflusst, so daß bekanntlich paranoide Bilder mit „autistischen“ Zügen entstehen, die als reaktive schwer zu durchschauen sind. *Spohrs* Psychose mit dem plötzlich einsetzenden Unschuldswahn, den traumartigen, szenischen Täuschungen, in denen Tat und Gericht im Sinne seiner Wünsche eine Rolle spielen, hatte zunächst ganz den Charakter einer reaktiven Haftpsychose. Die psychopathisch-reaktiven Züge in der Vorgeschichte sprechen ebenso wie die zweimalige Wiederholung in ungefähr der gleichen Situation im Sinne dieser Auffassung. Aber schon die Psychose in der Frankfurter Anstalt zeigt recht ungewöhnliche Züge. Selbst wenn auch die Milieuabhängigkeit der Schizophrenie bei Herausnahme aus der Einzelhaft oder Versetzung in eine Krankenabteilung zur schnellen Besserung führt, so gibt doch meist eine Exploration im freien Zwischenstadium Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Prozeßerkrankung. Fehlende Einsicht, Mangel einer objektiven, natürlichen Stellungnahme haben so bei *Spohr*, der im Gefängnis als Simulant galt, ziemlich bald eine richtige Auffassung möglich gemacht. Zweifel an der Schizophrenie-Diagnose sind in unserer Klinik erst 1910 aufgetaucht, als das auffallend freie, zugängliche und heitere Wesen des sozial zunächst wohlhaltenen Mannes auffällig in Erscheinung trat. Sie sind aber im Hinblick auf den weiteren Erkrankungsverlauf gegenstandslos geworden.

Was hier für die im Gefängnis ausbrechende Schizophrenie dargelegt wurde, gilt für die weit selteneren psychogen-hysterisch gefärbten Erregungszustände, die auch sonst einmal einen akuten schizophrenen Schub verdecken. Jungendliches Alter, das bekanntlich auf jede Einwirkung leichter mit hysterischen Mechanismen reagiert, Erschütterung der Persönlichkeit durch schleichendes Einsetzen des Prozesses, die dann auf den akuten Einbruch der Erkrankung mit den primitiven Hysterismen reagiert, konstellative Momente analog der Haft: Schicksalsschläge, kritische Konfliktsituationen, Unfälle und dgl. werden solche Psychosen reaktiv färben müssen und unter Umständen auch zu Bewußtseinstörungen führen, die vorübergehend die Grundstörungen verdecken. Bei der Besprechung der schizophrenen Reaktionen wurde darauf bereits eingegangen. Wir beschließen den Abschnitt mit der Wiedergabe eines Falles, bei dem nach einer leichten Gehirnerschütterung die Unfallsituation zusammen mit den postkommotionellen Beschwerden den Beginn der schizophrenen Erkrankung in charakteristischer Weise verschleiert.

*Heinrich Waller* 26/551 (geb. 1900) war in der Jugend durchaus unauffällig. Bis zu dem Unfall war er in Fabriken und an der Bahn beschäftigt, wo er auch am 14. 4. 1926 verletzt wurde, dadurch, daß ihm ein Eisenstück an den Kopf flog. Er war bewußtlos, kam nach

kurzer Zeit wieder zu sich, es wurde eine Quetschung am Kopf und Gehirnerschütterung festgestellt. Nach 4 Wochen, in denen er viel über Kopfschmerzen klagte, machte W. einen Arbeitsversuch; es wurde ihm nach einigen Tagen schlecht, er mußte erbrechen, und gab die Arbeit wieder auf. Er saß nun ruhig zu Hause herum und klagte. Allmählich veränderte sich sein Benehmen: er gab „überzwerge“ Antworten, war bei kleinen Unstimmigkeiten ungemein reizbar, brutal und aggressiv. Wiederholt ging er auf die Angehörigen mit dem Messer los, schimpfte und drohte in maßlosen Ausdrücken. Ruhelos rannte er umher oder hockte mit stierem Blick in der Stube. Da er immer bedrohlicher wurde, brachten ihn die Angehörigen 26. 7. 1926 in die Klinik. Hier imponierte er anfangs als ein reizbarer, unzufriedener Rentenneurotiker: Mit stumpf depressivem Gesicht, ostentativ herabgezogenen Mundwinkeln trat er sehr barsch auf. Unterhaltungen waren sehr schwer mit ihm zu führen. Auf die ersten Fragen redete er zunächst immer vorbei und blieb, auch wenn man das Thema zu wechseln versuchte, bei der Schilderung seiner Klagen und Beschwerden hängen, die er in mürrisch-unzufriedenem Tone vorbrachte. Er habe es so arg im Kopf, er dürfe sich nicht anstrengen, er dürfe nicht denken und nicht schwätzen; wenn er in die Sonne gehe, habe er so starke Kopfschmerzen, als schlage ihn jemand gegen den Schädel. Wenn er sich bücke, meine er, aus der Stirn falle etwas heraus. Schwere Speisen könne er nicht mehr vertragen. Fragte man ihn aber z. B. nach seinem Alter, so behauptete er, er sei 55 Jahre. Auf die Frage nach seinen Eltern meinte er, er habe keinen Vater und keine Mutter, er wohne im Keller, er komme jetzt aus Rastatt. Machte man ihm Vorhaltungen, so entschuldigte er sich damit, daß er nicht viel denken und nicht viel schwätzen dürfe.

In der ersten Zeit bot W. gleichförmig dieses Bild. Dabei aß er gut, hielt sich sauber und besorgte sich selbst. Bei den einfachsten Fragen redete er immer wieder vorbei, schon wenn man ihn nach seinem Namen fragte. Auffällig war, daß er mit seiner Umgebung keinen Kontakt aufnahm, sich mit niemanden unterhielt und stets für sich allein mit tief pessimistischem Gesichtsausdruck herumlag oder stand. Als ihn Ende Juli die Mutter einmal besuchte, sprach er kein Wort mit ihr, drängte sie hinaus und wollte die mitgebrachten Sachen nicht nehmen, aß aber dann, als die Mutter fort war, alles auf. Er beklagte sich dem Untersucher gegenüber über seinen Bettnachbarn, neben dem er nicht schlafen könne. Hin und wieder kam es dann zu merkwürdigen Äußerungen schon im Anfang August 1926. So behauptete er einmal, ein Kerl aus seinem Heimatdorf habe ihn die ganze Nacht bespuckt. Bei der Visite deutete er ein andermal plötzlich auf eine Ärztin und meinte mit lauter Stimme: „Ein schön Mädchen, die kriege ich doch“. Dabei gelang es aber, wenn man ihn mit Ruhe und Geduld nahm, doch immer schließlich, ihn zu geordneten Angaben zu bewegen. Es stellte sich dann heraus, daß er z. B. über alle Vorfälle zu Hause genauestens orientiert war. Er gab zu, die Mutter auf den Kopf geschlagen zu haben oder gegen die Geschwister losgegangen zu sein, die hätten ihn so geärgert. Gegen Ende August wurde sein Betragen und Benehmen unverständlich. Allen Anforderungen, irgend etwas zu tun, widersetzte er sich in negativistischer Weise. Z. B. zog er sein Hemd aus, wenn er einen Kittel anziehen sollte, oder er zog die Strümpfe von den Füßen, wenn man ihn die Schuhe anziehen ließ. Teilweise benahm er sich auch geradezu scheinbar absichtlich verschroben, lief nur mit einem Schuh bekleidet herum, krepelte die Hosen hoch oder zog die Schuhe über die nackten Füße. Dabei brachte er ständig dieselben Klagen über Kopfschmerzen, daß er nicht arbeiten könne, sich nicht anstrengen dürfe, nicht lesen und nicht sehen könne. Auf der Abteilung stand er steif in den Ecken herum, es stellte sich immer deutlicher ein grimassenhaftes Verzerren der Mundwinkel und maniertes Kneifen und Klappern mit den Augendeckeln ein. Bei den Visiten kam er mit allerlei unvermittelt hervorgebrachten Fragen, z. B. ob man wisse, was ein Zwicker sei, oder ob man wisse, warum die Sonne scheine. Drang man dann in ihn, so meinte er mit läppischem Lächeln ablehnend, „das müssen Sie doch wissen“. Er wurde für kurze Minuten unruhig, rannte dann plötzlich über die Abteilung, sprang über Tische und Bänke. Auf Vorhaltungen und Fragen meinte er, das tue ihm gut, er müsse Bewegung haben.

Anfang September ließen sich bei Unterhaltungen erstmalig einwandfrei wahnhafte Inhalte herausstellen. Er halluzinierte und gab an, daß er mit der Sonne spreche. Er stehe mit der Sonne in Verbindung. Auf eingehende Fragen kam er dann auch mit Größenideen heraus. Er habe ein hohes Amt zu verwalten, eine Pflicht zu erfüllen für alle Menschen, er müsse dahin gehen, wohin die Sonne gehe, er habe Eingebungen von der Sonne. Die anderen Patienten redeten über ihn als den Gescheitesten und begegneten ihm mit Hochachtung. In den Unterhaltungen wurde er immer schwieriger und ausdrucksmäßig immer verzerrter. Es war schließlich kaum mehr Rapport mit ihm zu bekommen. Unter grimassenhaftem Zukneifen der Augen beschwerte er sich darüber, daß man ihm das Augenlicht nähme. Er dürfe nicht reden und nicht lesen, denn das könnte sein sofortiger Tod sein. Die Sonne habe ihm verboten zu sprechen, sonst könne er sofort sterben.

Bei der Überführung in die Anstalt am 14. 9. 1926 trat besonders der ausgesprochene Negativismus ungewöhnlich schön zutage: er blieb sitzen als man ihn verabschiedete und verließ sofort das Zimmer, als man ihn bleiben ließ.

## B. Die typischen Syndrome der ausgebildeten Erkrankung.

Ein Versuch, von dem Zustandsbilde aus eine Gruppierung der schizophrenen Krankheitsbilder zu gewinnen, findet sich in der 8. Auflage des KRAEPELINSchen Lehrbuches. Zwar kündigt KRAEPELIN die Beschreibung gewisser „*Verlaufsformen des Leidens*“ an, denen er „keinen größeren klinischen Wert“ beimesse. In Wirklichkeit aber charakterisiert er die 10 Gruppen ganz überwiegend durch eine *Aufzählung der Symptome*, wobei er in unübersichtlicher Fülle inhaltliche Einzelheiten anhäuft, so daß von der anschaulichen Geschlossenheit der Bilder, welche in früheren Auflagen seine Darstellung auszeichnete, nur wenig erhalten blieb. Da KRAEPELIN, wie er darlegt, seine frühere Dreiteilung (in hebephrenische, katatonische und paranoide Formen) als unzulänglich empfand, unternahm er an etwa 500 Fällen, die über lange Zeit verfolgt waren, den neuen „Versuch einer natürlichen Gruppierung“, der schon wegen der Uneinheitlichkeit der Gesichtspunkte, nach denen er erfolgte, als mißlungen bezeichnet werden muß. Tatsächlich hat er sich weder in der Praxis, noch in der Literatur durchgesetzt.

Von DIEHM und BLEULER übernahm er die *Dementia simplex*, welche durch ihren eminent chronischen Verlauf und den Mangel aller produktiven Symptome von der *Hebephrenie* („*läppische Verblödung*“) abgegrenzt wird. Deren heiterer Grundstimmung wird die einfache „*depressive oder stuporöse Verblödung*“ wegen des Vorwiegens der entgegengesetzten Stimmungslage gegenübergestellt. Gemeint sind hier die vorwiegend hypochondrischen Hebephrenien, bei denen aber auch wiederum die gleichmütige Stimmung gegenüber den quälenden Körperempfindungen betont werden muß. Ebensowenig ist die Bezeichnung der nächsten Gruppe „*depressive Verblödung mit Wahnbildungen*“ als eine treffende Charakterisierung anzusehen, da weder die Depression tief und echt, noch die Wahnbildungen auf diese Gruppe beschränkt sind, vielmehr schon in der vorausgehenden vertreten sein können. Auch die 3 nächsten Formen (*zirkuläre, agitierte, periodische Formen*), die von der Katatonie abgetrennt werden, die erste und dritte nach dem Verlauf, die zweite wegen des Syndroms, sind nach KRAEPELINS Beschreibung kaum scharf zuzuordnen. Zirkulär nennt er die erste wegen des unregelmäßigen plötzlichen Stimmungswechsels und der „Unzahl der verschiedenartigen Antriebe“ in regelloser Folge, während bei der kleinen Gruppe der periodischen Form eine große Regelmäßigkeit von Ruhe und Erregung zu beobachten ist. Die agitierte Untergruppe beginnt mit einem Erregungszustand, „um dann unmittelbar oder nach mehr oder weniger zahlreichen Besserungen und Rückfällen in den Endzustand überzugehen“. Es ist schwer einzusehen, was nach diesen Formen noch für die *katatone* Form übrig bleiben kann; es sind nach KRAEPELIN die Fälle, „in denen die Verbindung der eigenartigen Erregung mit dem katatonischen Stupor das Bild beherrscht“. Es bleiben schließlich die *paranoiden* Formen, gekennzeichnet durch „Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen“, von denen aber die Paraphrenien und zwar ganz in erster Linie nach Gesichtspunkten des Verlaufs (wiederum mit 4 rein symptomatologischen Untergruppen [s. S. 451]) abgezweigt sind. Endlich fügt KRAEPELIN die *Sprachverwirrtheit* in Anlehnung an BLEULERS Schizophasie (und wohl auch vielfache ähnliche Anregungen von KLEIST) bei, gekennzeichnet durch den *Ausgang* in eine „ungemein auffallende Störung des sprachlichen Ausdrucks bei verhältnismäßig geringer Beeinträchtigung der übrigen seelischen Leistungen“.

Hält man sich außerdem noch gegenwärtig, daß allenthalben Übergänge von einer in die andere Form vorkommen und nirgends feste Grenzen bestehen, so bedarf es keiner weiteren Darlegungen, daß hier eine Systematik angestrebt

wird, die keinen Fortschritt gegenüber der früheren Dreiteilung darstellt und vor der klinischen Wirklichkeit wertlos ist. Was uns allein heute möglich ist, ist die Schilderung einer Reihe typischer Bilder, in denen man den Anteil der Grundstörungen nachzuweisen versucht, wobei auf vorher Dargelegtes vielfach zurückgegriffen werden kann. Wir werden zu zeigen haben, wie die Anomalien, die wir im Beginn erfassen und charakterisieren konnten, sich auf der Höhe der Erkrankung gestalten, vertiefen oder verflachen, weiterbilden oder erstarren. Die alte Dreiteilung erweist sich dabei als zweckmäßige Hauptgruppierung. Ihre verlaufsmäßige Bedeutung bleibt dabei zunächst außer Diskussion, sie wird im Zusammenhang der Verlaufsprobleme erörtert.

Ähnliche Einwände wie gegen den Unterteilungsversuch KRAEPELINS sind gegen ein Ordnungsschema zu erheben, das BRAUN auf 716 Schizophrene der Münchener Klinik anwendet, die in  $1\frac{1}{2}$  Jahren dort Aufnahme fanden. In der Form wie BUMKE diese Einteilung in sein Lehrbuch übernommen hat, kommt sie zwar fast auf die alte Dreiteilung hinaus. BRAUN selbst aber versucht Verlaufsgesichtspunkte mit den symptomatologischen zu kombinieren, was schon im Hinblick auf die Kürze des zeitlichen Überblicks (2–3 Jahre) nicht aussichtsvoll erscheint. BRAUN macht 3 Hauptgruppen: A. Prozesse mit akuten Schüben, B. mit frühem Beginn und chronischem Verlauf und C. paranoide Prozesse; ferner trennt er D. Defektzustände, E. unklare Fälle, und F. Kombinationen mit anderen Psychosen ab. In den beiden ersten Gruppen macht er zahlreiche Unterteilungen, unterscheidet Schizophrenien mit prämonitorischer Charakterveränderung, solche mit manisch-depressiver und hysterischer Färbung von den reinen katatonen Fällen, weiterhin manirierte, läppische Verblödung von rein affektiver Versandung, Charakterveränderungen im hysterischen und psychopathischen Sinn von chronisch paranoider Charakterveränderung. Daß die akuten Psychosen zahlenmäßig so weit überwiegen ( $A : B : C = 399 : 77 : 120$ ) ist ein Zufallsergebnis, das sich aus dem Charakter der Klinik als Stadtasyl ergibt; über den tatsächlichen zahlenmäßigen Anteil an den Hauptformen wissen wir nichts.

### 1. Hebephrene Bilder.

Während BLEULER die hebephrene Untergruppe den „großen Topf“ nennt, „in den die Formen geworfen werden, die nicht bei den anderen drei unterzubringen sind“, hat sich doch in Anlehnung an HECKERS ursprüngliche Schilderung vielfach die Gewohnheit ausgebildet, die Formen *mit fehlenden produktiven Symptomen* hier zu vereinigen. Seitdem BERZE die Bedeutung gerade dieser symptomarmen Fälle für das psychopathologische Verständnis der Grundstörungen überhaupt betont hat, wendet sich ihnen ein größeres Interesse zu (autisme pauvre MINKOWSKIS). Es sind diejenigen Fälle, an welchen CARL SCHNEIDER und BERINGER ihre Beobachtungen über die *Denkstörungen* angestellt haben, diese, die *Aktivitätsstörung* und die *Gefühlverödung* stehen bei den hebephrenen Bildern im Vordergrund. Dabei braucht nach dem früher ausgeführten nur daran erinnert zu werden, daß der hier gemeinte Aktivitätsminus oft von einem Impulsüberschuß abgelöst wird, daß dem Absterben der Sympathiegefühle überschwängliche Gefühlseinbrüche vorausgehen oder nachfolgen können: So ergibt sich die ganze Relativität solcher Abgrenzungen, die nur die praktische Verständigung erleichtern.

Die klinische Bedeutung der hebephrenen Bilder liegt vor allem in dem Umstand, daß die Störung *auf jeder Stufe*, auch in der mildesten, kaum erkennbaren Form zum *Stillstand* kommen und über Jahre, ohne fortzuschreiten, weiter bestehen kann. Ja es ist zum mindesten denkmöglich, daß es über ganze Lebensläufe z. B. bei dem einmaligen Absinken der Aktivität bleibt und auf solche Weise jene „schizoiden“ Psychopathen entstehen, wie sie im Verwandtschaftskreis der manifesten Schizophrenen vielfach beschrieben sind, die lahmen Bummeler, die gemütskalten Rohlinge und die verschlossenen Sonderlinge. Der Beweis aber, daß es sich hier jedesmal in der Tat um „latente“ Schizophrenien handelt, deren weitgehende Verbreitung besonders von BLEULER vertreten wird, ist bisher nicht geführt.



Die große praktisch-medizinische Bedeutung der hierher gehörigen Fälle von „Neurasthenie“, „Hypochondrie“, *Arztsüchtigkeit* mit ganz uncharakteristischen Klagen usw., auf die in differentialdiagnostischen Erörterungen immer wieder hingewiesen wird, hat bisher nicht zu einer systematischen Sammlung solcher Hebephrenien geführt, wenn man von den unter kriminalpolitischen Gesichtspunkten absieht (WILMANN'S). Wir haben von ihnen eigentlich nur manche Züge in den idealtypisch gefaßten, brillanten Schilderungen von KRETSCHMER. Der Umstand, daß sie das undankbarste Objekt psychotherapeutischer Bemühungen sind, sollte einer psychopathologischen Analyse ihrer Genese, der „Symptomwahl“ und der weiteren Entwicklung nicht im Wege stehen. In jeder größeren Sprechstunde sind vor allem jene einformig, unbeeinflussbar auf bestimmte Organe festgelegten, oder die gänzlich verschwommen über jedes zufällig zur Kenntnis gelangte Leiden klagenden „Neurastheniker“, „Neurosen“, „Hysterien“ zu finden, deren ärztliche Unangreifbarkeit nach vielfachem Arztwechsel erst den Verdacht auf eine schwerere Störung erweckt. Dann erst wird in der Regel bemerkt, wie verschoben die Krankheitsschilderung, wie inadäquat ihre gefühlsmäßige Verarbeitung und wie schwächlich die Ansätze zu einer ernsthaften, tätigen Bewältigung der Lebensaufgabe sind. Die hebephrene Natur der Erkrankung ist um so schwerer faßbar, als bei differenzierteren Naturen bestimmte Inhaltsetzungen neurotischer Art fast nie fehlen und zu langwierigen psychotherapeutischen Maßnahmen Veranlassung geben, denen schließlich doch kein Erfolg beschieden ist, auch wenn die „Komplexe“ nach allen Regeln aufgedeckt werden und die Vergangenheit von allen Belastungen befreit wird. Hier liegt das schwierige Grenzgebiet gegen die „Neurosen“, das zu schiefen Übertragungen der Gesichtspunkte aus der Dynamik des neurotischen Geschehens ins Schizophreniegebiet vielfach Anlaß gegeben hat. In anderen Abschnitten (S. 465, 600) wird darauf noch einzugehen sein. Die Auseinandersetzung solcher leichter Hebephrener mit der Lebenssituation erfolgt naturgemäß mit den Mitteln und auf den Wegen, die auch der Psychopath zur Verfügung hat; inhaltlich steht ja anderes, neues nicht zur Verfügung. Nur bestimmte Seiten und Nuancen der Erlebnisverarbeitung zeigen an — was oft erst lange und eingehende Beschäftigung mit dem Falle zutage fördert —, daß die neurotische Konfliktsituation von einer Änderung des gesamten psychischen Habitus durch die schizophrenen Funktionsanomalien herrührt und einen Versuch sich zurecht zu finden darstellt, der seinerseits auch die Züge der funktionellen Abwandlungen aufweisen muß.

Wie wenig aber von der Störung selbst die Richtung der jeweiligen Formung des Leidens bestimmt wird, wie sehr es hier auf Anlagen und Lebenssituation ankommt, zeigen andererseits jene Fälle hebephrener einseitiger „*Höchstanpassung*“ (vgl. WETZEL S. 634): Dienstmädchen und andere niedere Angestellte, die mit völliger Gleichgültigkeit einformigste unselbständige Arbeit unermüdlich verrichten, gänzlich eingeeignet in den kleinsten Kreis der Pflichten, völlig initiativlos, erstarrt und stumpf. Nur selten kommen gerade diese Typen dem Psychiater zu Gesicht, gelegentlich einer körperlichen Erkrankung, wenn sie dem behandelnden Arzt auffallen, oder wenn die Unfähigkeit sich veränderten Verhältnissen einzupassen die Aufmerksamkeit auf sie lenkt. Auch unter Beamten, Registratoren, Bibliothekaren sind solche schleichend abgesunkene Hebephrenen mitunter anzutreffen. Man wundert sich, daß ihre erst vielversprechende Laufbahn plötzlich zum Stillstand gekommen ist und sie garnicht mehr avancieren. Auch treten dann oft schon manche sonderbare Gewohnheiten in der Lebens- und Denkweise hervor und zeigen dem Kenner die Ursache solcher Lebensgestaltungen: extreme Ungeselligkeit auch gegenüber der nächsten Familie,

Einspinnen in fernliegende halbverstandene Weltanschauungen, Sektierertum, Vorliebe für spiritistische, okkulte und ähnliche geistige Bewegungen.

Aus dem großen Reiche der hebephrenen *Sonderlinge* endlich, bei denen die Anomalien des Denkens im Vordergrunde stehen, hat der Krieg mit seiner ausnahmslosen Dienstpflicht manche in das Beobachtungsfeld des Psychiaters gebracht, ohne daß allerdings diese seltene Möglichkeit einen wesentlichen Niederschlag in dem wissenschaftlichen Schrifttum gefunden hätte.

In einer Arbeit über Dienstverweigerer und Friedensapostel teilt JÖRGER die Geschichte eines 22jährigen Studenten mit, der von einem Tag zum anderen den Militärdienst verweigerte. Er begründet diesen Beschluß, an dessen Berechtigung er auch während der Beobachtung in der Anstalt festhielt, in einer ungemein charakteristischen Weise, so daß es sich lohnt, die Diskussionen mit den Ärzten im Original wiederzugeben.

Er wollte vom Prinzip des Neuen Testaments ausgehen: von der Nächstenliebe. An seinen Schülern hatte er die Beobachtung gemacht und die Erfahrung gesammelt, daß alle Menschen im Grund gut seien und vor allem viel besser, als sie erscheinen. Ihre Mängel wären nur durch Äußerlichkeiten und soziale Mißstände bedingt. Könnten alle Menschen so leben, wie sie möchten, hätten sie die Möglichkeit, den in ihnen liegenden Drang nach moralischer, ethischer und sozialer Entwicklung zu befriedigen, wäre ihr Zusammenleben ein ganz anderes, Zank und Streit müßten verschwinden und mit ihnen der Krieg.

Jeder solle tun, was ihm das Beste erscheine. Er sei einer der Glücklichen, der das könne. Eines seiner Hauptprinzipien wäre, keine Gewalt im Verkehr unter den Menschen. Darum mißbillige er den Krieg und Militär. Mit Gewalt etwas zu erreichen, sei ein Mißgriff. Wenn man die Augen öffne, sehe man, daß man ohne Gewalt auskomme. Er negiere die Existenz des Bösen.

Es ließ sich aber dieser Idealismus an eigenen Beispielen nicht durchführen. Im Gefängnis war er mit einem Kameraden in einer Zelle gewesen, der stets die wärmeren Decken und das größere Stück Brot nahm. Unser Student ließ sich das gefallen, weil er weder frieren noch Hunger leiden mußte; aber er gab zu, daß er vor dem Erfrieren und dem Verhungern dem anderen gegenüber mit Gewalt sein Recht behauptet hätte.

Er mußte schließlich einen kleinen Teil von „Bösem“ in der Natur und unter den Menschen anerkennen und ebenso die Berechtigung einer gewissen Gewalt zum Kampfe gegen dieses „Böse“. Davon abgeleitet anerkannte er auch die Notwendigkeit unserer Mobilisation, die das „Gute“ unserer Demokratie gegen einen feindlichen Überfall und vor Vernichtung schützen soll. Er werde der erste sein, seinen Schritt zurückzunehmen, wenn er ihn als falsch erkannt habe. Er habe sich offenbar im Moment der Dienstverweigerung Folgen von seinem Schritt versprochen, die er nicht so ganz klar überdacht hatte. Er habe einfach Vertrauen in die Sache gehabt, in deren guten Dienst er sich gestellt. Er glaubte, eine gute Idee müsse unbedingt auch gute Folgen haben. Es sei ihm als Axiom festgestanden, daß jeder Schritt im Sinne einer guten Tat mehr Gutes als Schlimmes bewirken müsse.

Aber am nächsten Tage waren seine Zweifel wieder geschwunden. Er sei an der Verteidigung des Staates gestolpert. Er fühle sich der Allgemeinheit gegenüber mehr verpflichtet, als dem Staat. Er sehe es als seine Pflicht an, auf jegliche Gewalt zu verzichten, das hätten ihm seine Erfahrungen gebracht und schließlich sei das Glaubenssache.

In einer schriftlichen Auseinandersetzung erklärte er, er sei dazu gekommen, das Gebot der Selbsterhaltung dem allgemeinen Sittengesetz unterzuordnen. „Mein Verhalten gründet sich ja eben nicht in erster Linie auf logisches Denken, sondern auf ethisches Bewußtsein, auf Pflichtgefühl. — So habe ich seiner Zeit den Dienst verweigert, ohne völlige Klarheit gehabt zu haben, wie ich damit wirke. Mir war eben gewiß, daß ich als Soldat gegen mein ganzes Wesen unwahr wäre, ohne daß ich hätte sagen können, worin im Grunde hier Wahrheit bestehe, aber das war mir über alles klar, daß Wahrheit ewig Gutes wirkt, und darum ergab ich mir ihr bedingungslos“.

In einem anderen Zusammenhang schrieb er: „Ich würde keinen Menschen töten, selbst nicht, wenn durch ein gemeines Verbrechen mein Leben bedroht wäre. Dies ist mir höhere Vorschrift, als das Gebot der Selbsterhaltung. . . Ich habe selbst nicht das Recht zu töten, um das Leben meiner Angehörigen zu schützen“.

Ein andermal war ihm die *Pflicht* sein oberster Grundsatz und er gipfelte am Ende in der Erklärung, er sei befriedigt, wenn er durch seinen Schritt der Dienstverweigerung bei tausend seiner Kollegen im Lehramtsfach das Pflichtgefühl so gestärkt habe, daß sie ihre Schulstunden fortan 8 Uhr 10 statt 8 Uhr 20 beginnen würden.

Endlich entwickelte er vor einem klinischen Auditorium in langer, wohl vorbereiteter Rede seine Grundsätze. Er sagte: Alles, was man wahrnehme, selbst das Molekül des Steines, sei in Bewegung. Während er im Gebiete der anorganischen Welt, im Pflanzen- und Tierreich, keinen anderen Zweck erkennen könne, als zum Aufbau in erster Linie des

Menschen zu dienen und die Entwicklung dieser Naturreiche abgeschlossen sei, so entwickle sich im Gegensatz dazu der Mensch immer weiter. Die Natur brauche zur Entwicklung keine Gewalt, wenige Ausnahmen ausgenommen. Sie habe allen Menschen gegenüber das gleiche Maß von Uneigennützigkeit. Die einen der Menschen würden sie benützen, die anderen nicht, und diese entwickelten sich nicht. Durch das Opfer der Nächstenliebe gleiche man der Natur in ihrer Uneigennützigkeit. Vor dem Gesetze, daß die Natur ohne Gewalt etwas aufbaue, beuge er sich. Heute spreche er es zum ersten Male aus: im Militär sei ihm dies noch nicht ganz klar gewesen. Ob nun der Staat ein solches Prinzip nicht anerkennen könne?



Abb. 1.  
Verträumter Hebephrener.  
29 Jahre alt.

In der Diskussion dieser hier abgekürzt wiedergegebenen Rede nahm er die Verneinung der Entwicklung im Tier- und Pflanzenleben zurück, ebenso die Gewaltlosigkeit in der Natur. Er erklärte, jeder handle nach der Höhe seiner sittlichen Entwicklung, und einer, der nicht aus sittlicher Höhe den Dienst verweigere, müsse unbedingt bestraft werden. . . .

JÖRGER weist mit Recht auf die Eigenart dieser Gedankengänge hin, die von dem bisher stets berufstüchtigen, sorgfältigen und strebsamen Menschen garnicht klar zu Ende gedacht wurden. „Es war ... bei ihm weniger ein Unvermögen, in die Probleme und Begriffe einzudringen, als gleichsam ein zu früher Abschluß der Gedankengänge und ein Nicht-

weiter-eindringen in dieselben“. Dazu kamen einzelne affektive Anomalien:

In gewisser Beziehung spielten seine Gefühlsäußerungen gut, er lachte, errötete, wurde zornig, wenn er immer wieder an den Mauern des Nichtverstandenwordens anrannte; aber in ein tieferes Gefühlsverhältnis trat man doch nicht zu ihm. Man stand kalt neben seinen feurigen Ideen und es war tatsächlich, daß er mit seinen vielen intimen Freunden, die

ähnlichen Ideen huldigten, diese für ihn so bedeutenden Probleme niemals besprochen hatte. Die begutachtenden Ärzte waren die ersten gewesen, mit denen er sich auseinandergesetzt hatte. Seine Freunde hatten, wie er selbst sagte, nicht die Fähigkeiten, ihm genügend entgegenzukommen. Er war also neben aller Freundschaft geistig allein geblieben.

Ähnliches war auch aus den Akten zu lesen, in welchen unser Student nach seiner Verhaftung einen ersten Brief an seine besorgten Angehörigen nach Hause schrieb, und in welchem er sagte, er wisse schon, wie die „ganze Sippe wie ein Klettenwisch zusammenhalte“. Dieser Ausdruck stimmte möglichst schlecht mit dem Zweck des Briefes, seine besorgte Mutter zu trösten.



Abb. 2. Leere Hebephrenie.  
38 Jahre alt.

Am anderen Ende der Reihe stehen jene Fälle, welche sich „durch schnellen Verlauf zum Blödsinn“ auszeichnen, ein Merkmal auch der Hebephrenie, wie sie HECKER beschrieben hat. Da wir die Eigenart dieses „Blödsinns“ heute genauer durchschauen,

ihn nicht mehr mit dem paralytischen, wie das HECKER tat, in Parallele setzen, sondern auch ihn als Auswirkung der Denkstörung, des Aktivitätsnachlasses und der Gefühlsverödung ansehen, die gemeinsam oder unter Vorwiegen einer Komponente das Bild der „Verblödung“ erzeugen können, sind wir allerdings genötigt, die ganz schweren, neben den allerleichtesten Fällen in einer Gruppe zusammen zu fassen. Damit entfällt das Bedürfnis nach einem Sondertypus mit der Bezeichnung „Dementia simplex“, die schon wegen des mißverständlichen „Dementia“ nicht fortzubestehen verdient. Denn mag der Demenzbegriff auch im Bereich der organischen Psychosen gegenwärtig schwankend und zum Teil revisionsbedürftig geworden sein, so ist es doch

nach der Meinung aller neueren Forscher möglich, notwendig und fruchtbar, die schizophrene „Verblödung“ davon zu trennen. Sie ist fraglos keine Vernichtung des intellektuellen Besitzstandes und der Verstandesfähigkeiten, als welche wir die organische Demenz definieren können.

Von den ganz leichten stationären Persönlichkeitsveränderungen bis zu dem in wenigen Monaten sich vollendenden Herabsinken auf einen Zustand dämmerigen Vegetierens in völliger Passivität scheint es nun alle Übergänge zu geben. Vor allem können lange auf einer Stufe stationäre Formen allmählich, oder schrittweise remittierend oder plötzlich von viel stärkeren Störungen befallen werden. Doch ist es eine große Seltenheit, daß plötzliche Verschlimmerungen nicht auch mit akuten Symptomen *produktiver* Art, besonders mit katatonen, einhergehen. Dabei verliert das Bild seinen hebephrenen Charakter, manchmal um ihn nach dem Schub wieder zu gewinnen, sehr oft aber behält der Kranke aus der akuten Phase eine Reihe von Zügen, welche die hebephrene Symptomatologie überwuchern. Sind es im Beginn, wie oben dargelegt, oft die normalen Lebenskonflikte, etwa der Pubertät, welche die zugrunde liegenden elementaren Störungen verschleiern, so lassen die in den späteren akuten Schüben auftretenden Trugwahrnehmungen und Wahnerlebnisse die Denk-, Impuls- oder Gefühlsanomalien in den Hintergrund treten.

Die Abtrennung der *Dementia simplex* von der Hebephrenie geschah auch wegen des Fehlens der schon von HECKER bei seinen Hebephrenen beobachteten Stimmungsschwankungen und anderer *Zutaten aus der Affektsphäre*. Hier kommen vor allem zwei typische affektive Zustandsbilder in Betracht: Die *Ratlosigkeit* und die *läppische Heiterkeit*, beide (wie CARL SCHNEIDER darlegt) als Begleiterscheinungen der Denkstörung auffaßbar, aber auch vielleicht in manchen Fällen als unmittelbare pathologische Gefühlseinbrüche zu deuten.

Bei einem Fall, wie dem folgenden, scheint zunächst die schnippisch-läppische Grundstimmung, das wesentliche Symptom, aus dem sich auch die Denkerfahrenheit herleitet. Aber die alsbald hervortretenden sprachlichen Verschrobenheiten weisen doch auf eine primäre Denkstörung hin.

*Marie Gedel*, geb. 1888 (12/61). Normal entwickelt, fleißig, ruhig, unauffällig, interessiert, vergnügt, nicht empfindlich. In der Schule gut, begabt. Erst mit 19 Jahren erstmals menstruiert. Lebte als Gutsbesitzerstochter unauffällig bei den Eltern. 2 Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung einige Monate verstimmt, weinte viel wegen eines Ausschlags im Gesicht, sei sie nicht schön. War dann in spezialärztlicher Behandlung, worauf sich der Ausschlag besserte. Im Herbst 1911 kam sie um Mitternacht plötzlich in das elterliche Zimmer, ein Mann mit großem Prügel und feurigen Augen sei hinter ihrer Tür gestanden. Sie war sehr ängstlich. Ein anderes Mal erzählte sie, daß ein Stern, den sie angesehen, allmählich immer näher gekommen sei und schließlich verschwunden wäre. Von da ab Neigung zu grundlosem Lachen. Lachte oft 3—4 mal am Tage minutenlang. Arbeitete wie bisher. Späterhin auch Weinen und Schreien. Sie schrie, sie könne es nicht hören, wenn jemand anders lacht. Sie arbeitete aber weiter wie bisher, doch war sie vergeblich. Allmählich wurde sie stiller, verkehrte nicht mehr mit anderen Leuten, später auch nicht mehr mit den Familienmitgliedern. Dabei war ihre Grundstimmung immer *vergnügt*. Sie klagte über Müdigkeit und Arbeitsunfähigkeit und äußerte manchmal, sie sei gemütskrank. Schließlich führte sie ab und zu verwirrte Reden, sprach vor sich hin oder schrieb Worte aufs Papier, die man nicht lesen konnte. Das einzige inhaltliche Bestimmtere, was in der Anamnese angegeben werden konnte, bezog sich auf ihr Gesicht. Sie äußerte zu Leuten, die nicht schön waren, sie sollten sich das Gesicht ausschneiden lassen, auch ihr sei das Gesicht genommen worden.



Abb. 3.  
Leere heitere Hebephrenie,  
Endzustand. 45 Jahre alt.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 1. 3. 1912 Bild einer hochgradigen läppischen Zerfahrenheit. Ausdruck und Bewegungen erinnern an einen leicht hypomanischen Zustand. Auf alle Fragen witzelndes Vorbeireden. (Wo kommen Sie her?) „Von dem Ort, den Sie eben genannt haben“. (Ich habe doch keinen genannt) „Von H.“; nennt ihren Heimatort. (Wo hier?) „Bin munter, unbekannt bin ich dort“. (Welche Stadt?) „Will ich nicht wissen. Eine Stadt wo mir gefällt; wenn nicht, wäre ich nicht her. Eine schwarze Stadt. . .“ (Ich welchem Haus?) „Waisenhaus“. (Sind Sie denn Waise?) „Weiß bin ich“. (Warum hierher?) „Ich weiß nicht, kam ich beauftragt von daheim aus, können Sie den Vorschlag wählen?“ In ähnlicher Weise antwortet sie auf alle Fragen. Oft ist sie ausgesprochen sprachverwirrt. Dabei dauernd ohne eine Spur von Kritik für ihren Zustand und für die ganze Situation. — Es fehlt jede Initiative. Fräulein G. tut nichts von selbst, wünscht nicht und fragt nichts. Irgendwelche Anhaltspunkte für Wahnideen lassen sich auch bei eindringlichem Fragen nicht gewinnen.

Aus einer Exploration in der ersten Woche nach der Aufnahme: Es gehe gut — sie könne heim — sie könne jetzt die Gesundheitsluft besser ertragen — es werde das wohl von der Zimmerluft kommen — krank sei sie nicht, nur vor einem Vierteljahr sei es ihr unwohl gewesen — (Orientierungsfragen) ach wie dumm, es ist sehr dumm, was werde ich nicht



Abb. 4. Von links nach rechts: Zerfahrene Hebephrenie, stumpfe, verwirrte Hebephrenie, leere Katatonie.

wissen, wo ich bin — (wo) dafür habe ich die Erkennung nicht und nicht die Botschaft in Erscheinung und Ansehen — es ist eine Krankenanstalt äußerlich, wo herumlaufen können, wo nicht schwer erkranken, den Leuten fehlt die Unterhaltung — was die haben? die sind daheim so beschäftigt, die müssen heraus zur Erholung, damit die Gesundheit besser antritt. (Monat?) der dritte Monat (?), ein guter Monat (?), ein Frühlingsmonat (Jahr?), ein dummes Jahr usw. (Wie alt?) dreiundzwanzig voll, (Geburtstag?) das wissen sie in der Sekunde (?) 5 Monate und 3 Tage und welchen Tag haben wir heute?, der Kalender fehlt in diesem Zimmer. — (Warum so vergnügt?) nicht, ein bischen Gemütskrankheit kann das sein. Sie müssen es selbst wissen, ich bin hier fremd. — (Kennen Sie mich?) nicht Sie sind mir fremd gewesen, jetzt nicht mehr so. wenn Sie da nicht zu lachen brauchen, dann müssen Sie bitte mein Lachen aufschreiben. (Warum früher so traurig gewesen?) wo haben Sie das her? Ich sage das nicht, nicht, es war nicht so und nicht so, im Sommer nicht, da gehe ich ins Feld, im Sommer da kommen die Pickel heraus, sie sind ziemlich gut geworden, so sie hinstellen mich, da habe ich nur Sorgen (durcheinander?), doch manchmal, ich weiß selbst nicht, wie das ist, doch muß man den Ruf ertragen können. — (Stimmen?) Was sind Stimmen, da habe ich nicht darauf gehört, wie die Leute da sind auch dort, da hört man Worte schallen und die läßt man plaudern. (über Sie?) o ja, das hätte man können, wenn man ins Irrenhaus gewollt hätte, auf sich beziehen. — (?) einen klaren Punkt will ich sagen, die Frau K. ist aus der Kirche gegangen, war in der Stube, habe gehört, wie die Verlobung meiner Schwester ist zurückgegangen, sie war verlobt auf dem gütigsten Wege, und da hat die Frau einen Wortwechsel gehabt auf der Chaussee. — (Was sie denn mit dem Allem sagen wolle?) *den Schätzungssinn kann ich nicht so momentan melden!*

Der Zustand blieb völlig unverändert. Nach etwa 3 Wochen wurde Fräulein G. von den Angehörigen wieder nach Hause genommen.

Nach Auskunft des Bürgermeisters ihres Heimatortes vom Oktober 1929 lebt Fräulein G. im Haushalt ihrer Schwester, „arbeitet und verhält sich ganz ruhig“.

Zu der Ratlosigkeit und Heiterkeit finden wir als dritte charakteristische Affektanomalie die wehleidig-lahme Verstimmung mancher hypochondrischer Hebephrenen. Die affektiven Haltungen, deren „Oberflächlichkeit“ schon von HECKER betont wurde, werden oft über lange Zeit beibehalten, im späteren Verlauf meist als entleerte Manieren anmutend. Das gilt auch von der Ratlosigkeit, die allerdings meist zurückzutreten pflegt, wogegen die fröhliche Albernheit, welche normalerweise dem bevorzugten Erkrankungsalter der Hebephrenen, der Pubertät, entspricht, bekanntlich über weite Strecken der Erkrankung festgehalten zu werden pflegt (Clownismus). HECKER schildert das schon in

klassischen Worten, wenn er von einer „eigentümlichen Form des Schwachsinns“ spricht, „der als Inhalt nur die *toten* Elemente jener eben durchlebten Entwicklungsphase birgt. Der Kampf“ (des Pubertierenden um Erringung von Sammlung und Konzentration) „hat aufgehört, aber es sind gewissermaßen die kämpfenden Elemente in der Stellung erstarrt, als ob sie noch weiter stritten“.

Gilt diese Analogie mit der psychischen Pubertät, die jedenfalls das affektive Verhalten treffend kennzeichnet, auch für die hebephrene *Denkstörung*, von der hier zunächst gesprochen werden muß? Die Psychologie der *Denkstörung* ist im allgemeinen Teil dieses Bandes dargestellt (vgl. auch GRUHLE, Psychologie der Schizophrenie). Das dort geschilderte und belegte „Fehlen des Überblicks, mangelnde geistige Situationsbeherrschung“ mag in dieser allgemeinen Formulierung an Charakterisierungen des jugendlichen, unausgereiften Denkens erinnern. Vergegenwärtigt man sich jedoch die Beispiele BERINGERS, aus denen er seine „geringe Spannweite des intentionalen Bogens“ herleitet, so ergeben sich doch spezifische pathologische Besonderheiten und der Vergleich mit dem Denken der Flegel- und Backfischjahre reicht ebensowenig aus wie die Analogie CARL SCHNEIDERS mit dem Müdigkeitsdenken. Halten wir uns zunächst an die „*formalen Störungen*“, welche schon HECKER als besonders wichtig bezeichnet, so ergibt sich als erstes Merkmal die *Flüchtigkeit*, und zwar sowohl im Sinne einer zeitlichen Beschleunigung als auch im Sinne mangelnder Deutlichkeit. Zweitens fehlt eine entsprechende *Akzentuierung* derart, daß Vordergrund und Hintergrund des Denkens nicht klar geschieden, Haupt- und Nebengedanken nicht als solche getrennt und der Denkrichtung entsprechend geordnet bleiben. Drittens wird, wechselnd mit der Beschleunigung, eine *Verlangsamung*, ein Nicht-von-der-Stelle-kommen (Auto, im Schnee stecken geblieben, Räder drehen sich auf der Stelle: BERINGER) erlebt. Ihr entspricht eine *Verarmung*, *Dürftigkeit*: „der Begriff der Hochschule zusammengeschrumpft auf meinen Schrank, aus dem ich meinen Mantel herausnehme“. Endlich sind die *Teilbeziehungen* zu dem Denkziel nicht mehr im geordneten Verhältnis, dieses selbst geht verloren. „Das ist wie eine Flotte von Gedankenschiffchen, dann löst sich eins los und die übrigen fahren fort“ (BERINGER).

Das klinische Bild der *Zerfahrenheit*, das auf diese Weise zustande kommt, ist entweder gekennzeichnet durch eine leere Einförmigkeit, mit der irgend ein Inhalt, eine hypochondrische Klage, ein Erlebnis aus der Zeit unmittelbar vor dem Beginn der Erkrankung, oder auch nur das Drängen auf Entlassung aus der Anstalt immer wieder oft in monotonen Wendungen vorgebracht wird. Sich selbst überlassen erscheinen solche Kranke dösig, indolent, bei gleichzeitiger motorischer Impulsverarmung an der Grenze des Stupors. Oder sie sind bei fehlender Zielstrebigkeit und „Unfähigkeit der Vorwegnahme“ (BERINGER) von flüchtigen Gedanken überflutet, was aber keineswegs nun auch immer zu entsprechender Kundgabe in zerfahrenen Äußerungen führen muß. Auch diese Gruppe kann dösig, ja akinetisch erscheinen, wenn die Aktivität gemindert ist, und man erfährt nur aus zufälligen Äußerungen in freien Momenten, was in ihnen vorgeht. Durch einfache Fragen oder andere Außenanregungen können sie für kurze Zeit, unter Umständen im Rahmen bestimmter Inhalte, fixiert und konzentriert werden. Fehlt die Impulsverarmung oder ist gar ein Aktivitätsübermaß vorhanden, so tritt die *Denkstörung* in den allbekanntesten sprachlichen Äußerungen zu Tage.

Daß diese Äußerungen inhaltlich bei jugendlichen Kranken die Hauptthemen der Pubertätskonflikte wiederspiegeln, darf uns nicht verleiten, die Besonderheit der formalen Störungen zu übersehen. Wie CARL SCHNEIDER und BERINGER gezeigt haben und wie aus der vorstehenden kurzen Charakterisierung zu entnehmen ist, können aus der Art der *Denkstörung* bestimmte

typische *hebephrene Gesamtbilder* ohne Schwierigkeiten hergeleitet werden. Die *Ratlosigkeit*, wenn man an die potentielle Erhaltenheit aller Funktionen, die Herausreißbarkeit durch Fremdanregung, besonders im Beginn der Erkrankung denkt; die „*Wurstigkeit*“, die nur ein affektiver Spiegel der mangelnden Akzentuierung des Gedachten, der fehlenden „Gliederung nach Wertigkeit, Wahl und Ausscheidung“ darstellt; die *läppische Witzelei* aus Einfallsfülle bei ungewohnter bizarrer Beziehungssetzung, Akzentvertauschung, Lockerung der herkömmlichen Denkrichtung; endlich die Neigung zur *Beschäftigung mit letzten Fragen*, unlösbaren Problemen, großen Zusammenhängen aus dem Erscheinen der Denkgegenstände in vielseitigem Aspekt, den mannigfaltigen Beziehungsmöglichkeiten, der passiv erlebten Einfallsfülle.

Zu allen diesen Bildern gehören bestimmte affektive Haltungen und man würde Unbeweisbares behaupten, wenn man diese nur als sekundäre Zutaten, „Reaktionen“ auf die Denkstörung ansähe. Darüber wissen wir ebensowenig, wie über die Gründe, welche in einem Fall zum Überwiegen der Denkstörung, im zweiten zum vorwiegenden Aktivitätsnachlaß und im dritten zum Rückgang der affektiven Regungen besonders der Sympathiegefühle bei relativ geringer, ja fehlender Störung des Denkens und der Aktivität führen. —

Das hebephrene *Absinken der Aktivität* prägt vor allem das *soziale Verhalten* der Kranken (s. WETZEL). Möglicherweise führt die geistige Inaktivität, in der solche Menschen über Jahrzehnte in der Anstalt täglich zur Arbeitsgruppe geführt, oder als Vaganten und Bummler auf der Landstraße leben, auch zur Verödung ihres unbenutzten Wissensschatzes und schließlich zur Unbenutzbarkeit der potentiell erhaltenen Verstandesfähigkeiten. Aber die immer wieder verblüffende Fähigkeit solcher „verblödeter“ Endzustände, unter bestimmten Umständen: Festen, Besuchen, Arztwechsel usw. situationsgerecht und intellektuell wohl erhalten zu reagieren, läßt doch daran zweifeln, ob es im Psychischen wirklich ein Absterben von Fähigkeiten infolge des Nichtgebrauches gibt (BERZE). Die hochgradige Passivität, in welche solche Kranke besonders bei ungenügender pflegerischer Betreuung versinken können, wird bei der heutigen Versorgungsart nur noch selten deutlich erkennbar. Aus den Schilderungen der älteren Autoren aber ist sie ebenso deutlich zu entnehmen wie aus den einzelnen Fällen ländlicher Familienbewahrung, wie solche ja ab und zu jedem praktisch tätigen Psychiater zur Kenntnis gelangen.

CARL SCHNEIDER glaubt den Nachweis führen zu können, daß die schizophrene Erlebnisstörung, welche vorwiegend das Denken betrifft, notwendig zu einem „Matt“werden der *Affekte* führt und hält daher die affektive Verödung für sekundär. An eine Loslösung des Affektes vom Inhalt, eine Spaltung von Noo- und Thymopsyche im Sinne von STRANSKY glaubt er nicht. Ist auch die Diskussion der STRANSKYSchen Theorie hier nicht möglich, so ergeben sich doch angesichts der hebephrenen Gefühlserkaltung Zweifel an der adäquaten Zuordnung der Gefühle zu den Denkleistungen, wie sie SCHNEIDER und BERZE auch in der Schizophrenie als erhalten ansehen. Es trifft keineswegs zu, daß die affektiven Anomalien in ihrer Schwere dem Grad der Denkstörung entsprechen. Wie wäre auf solche Weise etwa die Modulationsarmut und Erstarrung des Klavierspiels oder anderer Kunstausübungen, die an sich nach wie vor korrekt vollzogen werden, beim Hebephrenen zu erklären? Enger und schwerer scheidbar ist das Zusammenwirken der Aktivitätsstörung mit dem Absterben der Gefühlsregungen im hebephrenen Bilde. Fraglos erstirbt mit dem Absinken der Impulse, der spontanen Regungen, auch die Produktion von gefühlsmäßiger Anteilnahme, in vielen Fällen in völliger Parallellität.

Als ein charakteristisches Beispiel für viele ähnliche Fälle geben wir hier die Krankengeschichte des Chemikers *Fritz Titter* (geb. 1892), der 1929 auf einige Tage zur Beobachtung

in die Klinik eingewiesen wurde, weil der Firma, bei der er beschäftigt ist, seine Unpünktlichkeit und Gleichgültigkeit aufgefallen war. Es sei nicht möglich, ihn zur Eingliederung in den Betrieb und zur Wahrung der äußeren Disziplin zu bewegen. Er werfe morgens, wenn er zur Arbeit kommt, ein Geldstück auf den Tisch und je nachdem, auf welche Seite es fällt, gehe er an seine Versuche oder er sitze stumpf, tatenlos, einnehmend in Gedanken versunken da, und füllt große Papierbogen mit Kännchen und Figuren. Die Ehefrau beobachtete, daß er auch zu Hause bei allen Entschlüssen in letzter Zeit so verfare, daß er ferner eigentümliche Selbstgespräche führe, faul und teilnahmslos geworden sei. Dabei sei er nach wie vor liebevoll zu ihr und den Kindern, nur ab und zu etwas reizbar und barsch. Er sitze viel über seinen wissenschaftlichen Büchern, habe seine Interessen nicht geändert, wie überhaupt ein scharfer, abgrenzbarer Bruch in seinem Verhalten nicht recht in Erfahrung zu bringen ist.

T. selbst gibt in seiner seelischen Entwicklung ein durchaus geschlossenes Bild: er stammt aus einer gesunden Lehrersfamilie, entwickelte sich normal. Seine Schulleistungen waren ungleichmäßig, er machte aber das Gymnasium bis zur Primareife durch, besuchte dann eine Gewerbeakademie und studierte schließlich auf der Technischen Hochschule bis zum Dipl.-Ingenieur-Examen, das er ohne Schwierigkeiten ablegte. Nach einer Kriegsdienstzeit von etwa 1 Jahr war er in der chemischen Großindustrie beschäftigt, im ganzen bei zwei Firmen. In die jetzige wurde er bei Fusion der Betriebe vor 3 Jahren übernommen. Abgesehen von der Disziplinlosigkeit seiner Arbeitsweise fiel in der letzten Zeit auf, daß er plötzlich mit angeblich großartigen Fabrikationsideen hervortrat, deren großes wirtschaftliches Ergebnis er sorgfältig berechnet vorlegte; sie erwiesen sich regelmäßig zwar als nicht völlig sinnlos, aber als undurchführbar. Auf seine Ideen und die Notwendigkeit, ihnen nachzugehen, berief sich T. auch, wenn man ihm seine Unpünktlichkeit vorhielt. Nach T.'s eigener Schilderung will er bei Vorgesetzten und Kollegen nicht das nötige Vertrauen gefunden haben, er spricht von „unkollegialem Verhalten“, man habe von vornherein eine Stellung gegen ihn eingenommen. Auch zur Frau hat er sich in diesem Sinne geäußert, ohne aber bei ihr, wie bei uns, greifbarere Angaben im Sinne eines auch nur unbestimmten Beziehungswahns zu machen. Bei der Unterhaltung mit T. traten nur zwei Momente als einigermaßen faßbare Symptome der Erkrankung, die offenbar schon seit Jahren im Gange ist, hervor: eine unberrubare, heiter-gleichgültige Zuversicht in bezug auf seine Fähigkeiten und seine Zukunft, die auch durch die Einweisung in die Klinik nicht erschüttert wurde: er habe gegenwärtig „eine Pause“, mein „Inneres erfordert es“, er werde in seiner Stellung wohl in nächster Zeit aufsteigen, eine Hoffnung, an die er trotz des angeblichen geringen Wohlwollens seiner Vorgesetzten fest glaubt. Und ferner eine mitunter sehr deutliche Redeweise in inhaltsleeren Allgemeinheiten, nicht eigentlich zerfahren, aber phrasenhaft, unbestimmt, unpersönlich, farblos-matt.

In anderen Fällen scheint der Aktivitätsverlust in gar keinem entsprechenden Verhältnis zu der hochgradigen Erkaltung insbesondere der Sympathiegefühle zu stehen. Diese beherrscht führend das Krankheitsbild und es leuchtet ohne weiteres ein, daß die noch vorhandene Aktivität sich in kalten Roheitsverbrechen auswirken kann. Das folgende Beispiel zeigt in besonders typischer Weise, was hier gemeint ist.

Der 20jährige Kettenmacher *Gustav Kleume* lockte im Januar 1913 ein 10 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen in die elterliche Wohnung und suchte es zu vergewaltigen. Als das Kind schrie, drückte er ihm die Kehle zu, bis es tot war. Er verbarg die Leiche in seinem Bett und schlief in der Nacht neben dem kotbeschierten Körper, die Kleider des Kindes hatte er in den Abort geworfen. Am anderen Morgen packte er die Leiche in einen Sack, schnitt mit dem Tranchiermesser die Unterschenkel ab, weil sie überstanden, füllte den Sack mit Asche auf, fuhr ihn durch die Stadt in einen Garten und verscharrte ihn. Auch bei direkten Fragen nach dem vermißten Kinde, die unter anderem seine eigene Mutter an ihn stellte, ließ er sich nichts anmerken, und als er später zum Tode verurteilt wurde, machte das nicht den geringsten Eindruck auf K. Ebensowenig zeigte er Reue oder Hoffnung, als der Anwalt die Wiederaufnahme des Verfahrens betrieb unter Hinweis auf die Frage des Geisteszustandes. Im Laufe dieses Verfahrens wurde K. in die Klinik zur Beobachtung eingeliefert.

G. K. ist der Sohn eines trunksüchtigen, geistig tiefstehenden Vaters, ein Onkel der Mutter war wegen Schizophrenie 40 Jahre in einer Anstalt, auch Krampfleiden, Trunksucht und Selbstmord sind von entfernteren Verwandten der Mutter belegt. K. hat sich normal entwickelt, er leistete in der Schule wenig, gehörte immer zu den schlechten Schülern, blieb einmal sitzen und galt als „faul, harmlos und gering begabt“. Sehr früh trat ein Zug von Reizbarkeit und Zornmütigkeit zutage. In der Goldschmiedelehre war er ungeschickt und interesselos, so daß ihn der Meister für unbrauchbar erklärte. Er kam dann in die Lehre als Kettenmacher, die er beendete. Aber er war auch hier träge, gleichgültig und unaufmerksam. In der Gewerbeschule ließ er im 3. Jahre sehr an Fleiß nach und machte



zu Hause, je mehr er heranwuchs, durch seine Respektlosigkeit und Frechheit größere Schwierigkeiten. Er interessierte sich nur für Fußball, Kino und Zigarettenrauchen, zeigte gar keine Anhänglichkeit und Zuneigung für Eltern und Geschwister mehr. Einmal brannte er aus der Lehre durch und wurde vom Bruder nach 3 Tagen in ganz verwahrlostem Zustande auf dem Sportplatz gefunden. In jener Zeit machte er auch zwei wenig ernsthafte und unmotivierte Selbstmordversuche. Nach beendigter Lehrzeit (Juni 1912) suchte er sich keine Arbeit, hielt auf Stellen, die man ihm anbot, nicht aus. Er schlief bis in den Mittag, machte ein wenig Hausarbeit, trieb sich umher und wurde grob und roh, wenn man ihn zur Arbeit ermahnte. Oft saß er untätig und gleichgültig herum, abends besuchte er das Kino und trank in der Wirtschaft. Im Fußballklub war er unbeliebt wegen seiner Reizbarkeit und seines Mangels an Temperament. Er spielte meist mit jüngeren Knaben und las Schundliteratur. Vor der Mordtat hatte er wiederholt Katzen erwürgt, angeblich, weil er sie nicht leiden konnte, einmal auch einen Hund in die Wohnung gelockt, ihn gebunden und erwürgt, dies angeblich, um seine Kraft zu erproben und auszuprobieren, ob er auch ein Mädchen überwältigen könne. Er habe mit Mädchen verkehren wollen, wie er angab, weil er es so haben wollte wie die Kameraden. Weil er aber „in der Art nicht genug durch“ war, kam er nicht an sie heran und dachte deshalb nur an Geschlechtsverkehr auf dem Wege der Gewalt. Er hatte vor dem Mord wiederholt in eindeutiger Absicht Mädchen an sich gelockt; der Trieb zu geschlechtlicher Betätigung sei, wie er angab, zu Anfang 1913 immer stärker geworden.

K.s Angaben über die Motive der Tat im einzelnen waren, abgesehen von diesen Grundlinien, sehr widerspruchsvoll, obschon er im übrigen bei den richterlichen Vernehmungen wie während der Beobachtungszeit in der Klinik mit einer auffälligen Unbeteiligtkeit über die Vorgänge berichtete, als wisse er nur indirekt davon und als ginge ihm das Ganze gar nichts an. Als die Mutter ein blutiges Zopfband unter seinem Bett fand, fiel der Verdacht auf ihn, worauf er rückhaltlos gestand. Charakteristisch für seine gefühlsmäßige Unansprechbarkeit sind noch folgende Antworten: als man K. von der Hinrichtung erzählte, daß der Pfarrer vorher die Nacht mit ihm beten werde, sagte er ganz ruhig: „Der Pfarrer war schon ein paarmal bei mir“. Die Mutter habe ihm gesagt, Gott werde ihm beistehen, wenn er bete. Er habe dann auch das Vaterunser gebetet, aber es dann wieder gelassen, weil er „nichts gemerkt“ habe. Er berichtete: Da er keine rechte Vorstellung vom Bau des weiblichen Genitale hatte, habe er sich beim Waschen der Leiche am Morgen nach der Tat das Geschlecht einmal genau angesehen, ohne dabei etwas zu empfinden. Spontane Gefühlsäußerungen bot K. überhaupt nicht, auch beim Besuch der Eltern verzog er keine Miene, äußerte auch keine Geste von Zärtlichkeit oder Zugehörigkeit. Auf die Frage der Ärzte, ob er immer so gewesen sei, gab er die unerwartete Antwort: „Seit meinem 6. Schuljahr bin ich so kalt geworden, früher war ich nicht so kalt“. Unter kalt verstehe er, daß ihm nichts gefreut habe, ihm alles gleichgültig wurde. In der gleichen Richtung wies eine Angabe seines Gewerbelehrers, daß K. erst in den letzten 2 Jahren nachließ. Auch die Mutter hat bemerkt, daß er in letzter Zeit noch hartherziger geworden sei und sein Äußeres vernachlässigte. Trotzdem konnte man sich seinerzeit nicht entschließen, einen schizophrener Prozess anzunehmen, hielt die Tat vielmehr für einen sadistischen Akt eines gefühlskalten schwachsinnigen Psychopathen, und ihn dementsprechend für zurechnungsfähig; doch wurden die Verdachtsmomente einer Erkrankung nachdrücklich betont.

Im Februar 1914 trat K. die lebenslängliche Zuchthausstrafe an, zu der er begnadigt wurde. In einem Tobsuchtsanfall im November 1916 verletzte er 2 Wärter, etwa gleichzeitig äußerte er in einem Brief Verfolgungswahnideen, auch weiterhin klagte er, man hetze und belästige ihn, nicht einmal in der Kirche habe er Ruhe. Im Januar 1919 wurde er in die Irrenabteilung verlegt. Er klagte über schlechtes Gedächtnis und Denkfähigkeit, sprach von Stimmen. Er las viel in der Bibel, will die 4 Evangelien in eines verschmelzen, weil es nur einen Heiland gebe. Frömmelnd in der Ausdrucksweise will K. für „das Kind“ (sein Opfer) einen Perlenkranz mit dem Bild des Erlösers stiften und bringt salbungsvoll Bibelsprüche vor. Öfter sagt er, man lasse ihm Tag und Nacht keine Ruhe, ohne sich darüber näher zu äußern. In Briefen erwähnt er Verfolgungen. Die Nachricht vom Tod seines Bruders nimmt er ohne sichtbare Erregung auf. Er wurde auf dem Holzplatz beschäftigt und 1920 ins Zuchthaus zurückversetzt.

Der affektive Defekt, den die schleichende schizophrene Psychose setzte, zum mindesten vertiefte, wirkte sich hier in einem unerhörten Gewaltverbrechen aus, das sogar aus dem Rahmen des besonders tiefstehenden Milieus, in dem es sich abspielte, herausfiel. Aber der Fall trägt doch in seiner ganzen Entwicklung die Züge dieses Milieus und macht ohne weiteres verständlich, wie eine analoge hebephrene Gefühlserkaltung in sozial höheren Schichten bei von Haus aus

geistig höherstehenden Menschen zu psychologisch unbegründeten Zerstörungen familiärer Beziehungen, zu qualvoll aufreibenden Kämpfen zwischen Ehegatten, vor allem zur Isolierung und Vereinsamung der Kranken führt, deren Durchbrechung, mag sie von der Umwelt oder dem Kranken selbst ausgehen, regelmäßig mißlingen muß. Solche Anknüpfungen der erloschenen Beziehungen werden ja nicht selten gerade auf geschlechtlichem Gebiet von dem gefühlleeren Hebephrenen selbst versucht, denen das dumpfe Bewußtsein ihres Anderssein, ja die Sehnsucht nach Sympathie nicht völlig zu fehlen braucht.

Wir beobachteten einen Rechtsanwalt — er war als solcher, wenn auch nur im kleinsten Rahmen, noch tätig — der allabendlich im Bordell eine Prostituierte aufsuchte, mit ihr trank, ab und zu auch geschlechtlich verkehrte, dann aber die ganze Nacht dort schlief und sie mit Geld reichlich entschädigte. Das Geld verschaffte er sich durch raffinierte Fälschungen von Honoraranweisungen, die er an der Gerichtskasse lange Zeit mit Erfolg präsentierte. Es handelte sich um eine seit Jahren bestehende, schleichende Schizophrenie; der Kranke war mit seiner Familie, allen Freunden längst zerfallen, wegen seiner Brutalität gefürchtet, hatte keinerlei Beziehungen zu Kollegen, fiel durch seine Schüchternheit und Verslossenheit überall auf, plädierte aber nicht ungeschickt und zeigte in seinen Schriftsätzen juristisches Verständnis. Das Verfahren wegen der mit peinlicher Sorgfalt ausgeführten Fälschungen führte zu seiner psychiatrischen Beobachtung. —

Die Frau eines seit Jahren hebephren veränderten Arztes, der allerdings keine Praxis mehr ausübte, gab uns gelegentlich zögernd folgende, lange verheimlichte Schilderung ihres Ehelebens: Der Mann sei zu ihr seit langem von einer maßlosen Kälte und Rücksichtslosigkeit. Obwohl er nichts arbeitete, sich nur mit ergebnislosen pseudowissenschaftlichen Studien beschäftigte, verlange er von ihr blinde Unterwürfigkeit, kindischen Gehorsam, mißhandle sie beim geringsten Widerspruch körperlich auf die brutalste Weise, ohne eine Spur von reuigem Einlenken nach den Ausbrüchen. Wenn er sich auch sonst nicht um sie kümmere, verlange er von Zeit zu Zeit ihre geschlechtliche Hingabe, verweigere aber die Anwendung von empfängnisverhütenden Mitteln und dulde nicht, daß die Frau entsprechende Vorsichtsmaßregeln anwende. Dreimal habe sie infolgedessen schon empfangen und jedesmal aus eugenischen und ökonomischen Gründen von einem befreundeten Arzt die Beseitigung der Frucht einleiten lassen, um dem Mann, sich selbst und dem einzigen Kind das Existieren mit den vorhandenen geringen Mitteln zu ermöglichen. Der Mann nehme auch auf die Aborte nicht die geringste Rücksicht. Unsere Versuche, diese höllische Gemeinschaft dauernd zu trennen, scheiterten charakteristischerweise an dem Pflichtgefühl der Frau.

Solche groteske Auswirkungen der schizophrenen Gefühlserkaltung sind gewiß nicht häufig, sie sind aber, wenn man Einblick in Familien, in denen Schizophrene leben, hat, nicht so selten und charakterisieren gerade in Fällen, wo ein besonders wohlhaltenes hohes geistiges Niveau Anomalien des Denkens kaum in Erscheinung treten läßt, am deutlichsten das Fortschreiten des Krankheitsprozesses.

Reicht so die Trias der Grundsymptome aus, die Großzahl hebephrener Zustände aufzuklären, wobei im Verlauf der zeitlichen Entwicklung häufig bald mehr das eine, bald mehr das andere das Bild beherrschen kann, so kommt doch schon in der alten Schilderung HECKERS wie in der 4. Gruppe KRAEPELINS zum Ausdruck, daß Ansätze zur *Wahnbildung* der Hebephrenie nicht fremd sind. Daß es sich dabei in den typischen Fällen nur um Fragmente, Anläufe wahnhafter Art handelt, deren Ausgestaltung dürftig und deren Geltungswert gering ist, ergibt sich aus unserer Definition der Hebephrenie: wo produktive Wahngestaltungen auftreten, sprechen wir von Paranoid; daneben können dort ganz ähnliche Denk-, Ich- und Affektstörungen bestehen, wie beim Hebephrenen, sie können aber auch teilweise und ganz vermißt werden. Immerhin leuchtet es ein, daß eine hochgradige Denkzerfahrenheit nicht die Bildung, die Ausformung und das Festhalten von Wahngebäuden zustande kommen läßt, ebenso wie die schweren Formen der Aktivitätsinsuffizienz eine wahnhafte *Ordnung* der Erlebnisse unmöglich machen. Denn trotz unserer Abneigung gegen die verstehende Rückführung der einzelnen Symptome aufeinander, ist doch auch nach unserer Meinung unverkennbar gerade die Wahnbildung im

Verlaufe der Psychose oft ein Ordnungsversuch aus dem „gespürten Bedrohsein“ (HINRICHSSEN) geboren.

Andererseits zeigt es sich, daß bestimmte Formen der Denkstörung *fördernd* auf wahnhafte Bildungen wirken; insbesondere die Lockerung des Denkgefüges, die zur Beschäftigung mit den schwierigsten philosophischen Fragen, zu quasi künstlerischen Konzeptionen und dgl. verlockt, zugleich aber die Kritik weitgehend ausschaltet, führt beim Hebephrenen zu einer Verfälschung des Selbstgefühls, aus dem sich zum mindesten *wahnhafte Richtungen* des Denkens ergeben, welche die Gesamthaltung des Hebephrenen weitgehend bestimmen. Außerdem mag das von SCHILDER, STORCH und CARL SCHNEIDER aufgewiesene *Anschaulichwerden der Zwischenglieder des Denkaktes*, das Denken mit Hilfe lebhafter Vorstellungen, zu wahnhaften Änderungen des Wirklichkeitsbewußtseins den Anstoß geben, obschon gerade in solchen Fällen, wo etwa Traum und Wirklichkeit nicht mehr scharf geschieden werden, meist paranoide Umformungen des ganzen Weltbildes in der Entstehung begriffen sind, die über den Bereich des Hebephrenen hinausragen. Auch die interkurrent auftretenden Sinnes-täuschungen des Hebephrenen erweisen sich ja nicht selten als derartige Veranschaulichungen im Denkgefüge (Pseudohalluzinationen).

Wir geben als Beispiel zunächst den Bericht des Referendars *Peter Hans* (18/182) wieder, welcher die eigentümliche Einfallsfülle und Scheintiefe philosophischer Gedankengänge im Verlauf eines schleichenden hebephrenen Vorstadiums der Erkrankung schön veranschaulicht. Man erlebt in dem Bericht mit, wie eine seit langem gepflegte Beschäftigung mit philosophischen und politischen Gedankengängen durch eine Fülle von zum Teil überaus trivialer Analogien und Beziehungssetzungen einen neuen, „bedeutsamen“ Aspekt erhält. Trotzdem sich die Störung zur Zerfahrenheit und subjektiver Ratlosigkeit steigert, tauchen wahnhafte Krystallisationspunkte auf, zugleich Illusionen und Pseudohalluzinationen.

*Peter Hans* (geb. 1884) war von Kind auf „nervös“, schon als Junge schriftstellerisch sehr begabt, ein Schöngest, schrieb Tagebücher und trug sich mit entsprechenden Plänen. Er studierte mit großem Eifer Jura, erkrankte während des Studiums an einer Lungentuberkulose und war auch in Heilstätten. In der Schweiz geriet er in der Kriegszeit in pazifistische Kreise. Schon lange soll ihm eine große Sprunghaftigkeit der Gedankengänge eigentümlich sein. 3 Monate vor der Aufnahme in die Klinik wandte er sich religiösen Problemen zu. In den letzten Wochen war er vielfach schlaflos und äußerte wiederholt Wahnsinnsfurcht. Am 30. 4. 1918 wurde er in hochgradiger Erregung in die Klinik verbracht, mit leerem Pathos redete er ununterbrochen zusammenhanglose Satzbruchstücke, Zitate, Bibelverse. Schon am 5. 5. war er einigermaßen beruhigt und berichtete 3 Tage später in einer langen Exploration unter anderem folgendes:

H. gibt an, er habe die Einleitung in die Philosophie von P. ULSEN gelesen, ferner die Ethik, ein Buch über das Christentum von HARNACK und endlich das neue Testament. Nebenbei habe er viel gegrübelt. Zuerst habe er ein Buch schreiben wollen über das Wesen des Romans, dann über das Wesen der Poesie überhaupt. Er habe die Idee gehabt, daß der Dichter ein Gottsucher sei. Ähnliches habe er in einem Artikel über den Impressionismus im Berliner Tageblatt gefunden. Ferner habe er den Gedanken gehabt, daß Christus die Erlöseridee nicht so gemeint habe, wie sie heute gelehrt werde. Den Grundsatz: *pecca fortiter et fortius crede halte* er für falsch. Er fasse vielmehr die Gestalt Christi ähnlich wie Tolstoi auf, als ein Beispiel. Diesen Gedanken spinnt er noch weiter aus und hebt dabei stark auf den ethischen Schwerpunkt des Christentums ab. In diesem Sinne habe er innerlich gearbeitet; was er nachts ausgegrübelt habe, habe er tags seiner Braut erzählt. Derartigen Gedanken sei er wohl auch schon in Davos nachgegangen. Auch dort habe er halbe Nächte lang, wenn er nicht schlafen konnte, nachgedacht und sich Notizen gemacht. Auch in den letzten Wochen vor der Aufnahme habe er sich Notizen in Hefte gemacht. Auf die Frage nach den Erlebnissen, die unmittelbar vorangegangen seien, berichtet er über einen Vortrag. An den Ausführungen des Redners habe ihn besonders der Gedanke von der heiligen Blindheit des Dichters ergriffen. Der Gedanke habe ihn nicht losgelassen, daß das, was ein einzelner Dichter gesagt habe, gleichsam unfehlbar sei. Gleichzeitig habe er sich an ein Gedicht von Robert Reinick erinnert über die Lüge, und daran knüpfte sich der Gedanke, daß es der Beruf Deutschlands sei, in die Politik die Wahrheit hineinzubringen.

Derartiges habe er auch in dem Gespräch am Sonntag Abend geäußert. Es seien ihm *eigenartige Gleichklänge* in den Kopf gekommen. Er habe den NIERZESchen Gedanken vom Übermenschen auf Homer übertragen. Homer nehme inbezug auf Hektor eine Stellung ein, die gewissermaßen an den pazifistischen Standpunkt erinnere. Auch Odysseus und sein Schicksal, wie es von Homer dargestellt wird, deute in der gleichen Richtung, er mußte den 10jährigen Krieg mit 10 Jahren elenden Umherirrens büßen. Es seien ihm „fixe Ideen“ aufgetaucht von der 30jährigen Dauer des Peloponnesischen Krieges und des 30jährigen Krieges. Dann glaubte er wieder zu wissen, daß der jetzige Krieg 7 Jahre dauere entsprechend dem 7jährigen Krieg Friedrichs des Großen. . . Er sei auf alle diese Dinge nur durch innere Schlußfolgerungen gekommen, das Ganze sei ihm sehr unangenehm gewesen, er habe die Idee gehabt: Du mußt predigen, und du wirst wie alle Wahrheitsverkünder toteschlagen werden. „Das Ganze war nicht ganz unlogisch, aber fix“. Er habe Heulkrämpfe bekommen, habe der Frau H. gesagt, sie möchte den jungen Mann mit dem er diskutiert habe, fortschicken. Frau H. habe dann die Familie N. gerufen. Als die kamen, sei ihm der Gedanke gekommen: Du mußt an ihnen dein Prophetentum wahrmachen. Er habe der Frau, die schlecht mit ihrem Manne lebt, Worte Christi gesagt, sie solle gut sein zu ihm. „Da war ich nicht mehr ganz klar“. Frau H. habe dann erklärt, man solle den Arzt holen. Das Aussehen des Arztes wisse er nicht mehr, es sei wohl ein Mann in mittleren Jahren gewesen. Er sei völlig verwirrt gewesen. Einmal im Laufe des Tages sei ihm der Gedanke gekommen, Frau H. wolle nichts mehr von ihm wissen. Dann sei es ihm durch den Kopf geschossen, jetzt kannst du nichts mehr schreiben, weil du den Nervenshock gehabt hast. Ein andermal, er müsse sich bei der Familie N. entschuldigen gehen wegen seines Benehmens. „Zeitweise war ich ganz von mir“. Dabei habe die Erlöseridee eine große Rolle gespielt. „Das interessanteste war, ich sprach und es hat mir immer geantwortet“. Er habe die Vögel zwitschern hören und habe aus diesem eine Antwort entnommen. Ferner seien an dem Tag ein- oder zweimal Gewitter gewesen, auch das habe er auf den Inhalt seiner Gedanken bezogen. In der Zelle habe ein Ofen gestanden, wenn er nach dieser Seite gesprochen habe, habe das Blech gerappelt, und er habe daraus eine bejahende oder eine verneinende Antwort entnommen. Morgens habe er an die Tür geklopft, habe in der kleinen Klappe zwei Augen gesehen, es sei offenbar ein Wärter gewesen, der habe gesagt, anscheinend um ihm Angst zu machen: „Du bist gestorben“. Die Vögel habe er mitunter für die Engel gehalten, und er habe häufig seine Arme ausgestreckt und oft ein Schmerzgefühl durch den ganzen Körper gespürt. Mitunter war es ihm, als wenn man ihm mit einem Griffel durchs Gehirn fahre, um seine Gedanken zu vergrößern. Er glaubte, daß das Gehirn verstärkt würde. Er habe seine Augen geschlossen, um die Welt des Scheines nicht mehr zu sehen. Er habe sich als Erlöser gefühlt, habe gefragt: „bin ich erlöst? ist Goethe erlöst?“ Eigenartige Beziehungen zu Goethe über den Vater, der einen Goethekopf hatte; damit Gedanken über die Seelenwanderung in Zusammenhang gebracht. Zeitweise habe er geglaubt, die ganze Zelle sei der Griffel Gottes. . .

Wir schließen hier die Darstellung der „Philosophie“ eines seit Jahren erkrankten Hebephrenen an, der mit betonter Selbstsicherheit auftritt und untätig als „Denker und Dichter“ in der Familie lebte.

*Fritz Streitmötter* (23/279), geb. 1900, stammt von einem Vater, der als schrulliger Sonderling galt und sich in einem Sanatorium erschöpfte. Er selbst kam asphyktisch zur Welt, erkrankte im 10. Lebensjahr an Chorea infectiosa, entwickelte sich sonst normal. Er war Musterschüler, Preisträger, ein Bücherwurm. Im letzten Halbjahr vor dem Abitur (1919) wurde er leutescheu, setzte sich auf den Schoß der Mutter und weinte, er könne nicht mehr. In sein Tagebuch schrieb er von Gespenstern, in der Unterhaltung schimpfte er plötzlich vor sich hin. Er machte das Abitur mit Note 2 und studierte dann viele Semester Philologie, völlig unsystematisch, un schlüssig, ziellos. Er wurde immer einsiedlerischer, schrieb an die Mutter in so „gewähltem Stil“, daß sie die Briefe nicht mehr verstand. Er machte Märchengedichte, schrieb und las. 1922 ging er zeitweise nicht mehr aus dem Bett, saß steif auf dem Stuhl und schnitt Grimassen, war mutistisch und schwer motorisch verlangsam. Das ließ im folgenden Jahre nach. St. komponierte und dichtete damals viel.

Anlaß zur Einlieferung in die Klinik war das Mißlingen eines Versuchs, seinen Autismus zu durchbrechen. Er hatte sich mit einem 10jährigen Arbeiterkind, das er für besonders begabt hielt, angefreundet, dessen Familie den Umgang verbot, worauf er einen schüchternen Versuch machte, in die Wohnung einzudringen. Man rief die Polizei, St. kam erregt zu seiner Mutter und sprach von Selbstmord. Über sein Verhältnis zu dem Kinde gab uns St. an: es sei ein persönlicher, innerer gegenseitiger Zug gewesen, ganz unabhängig vom Alter. Das Mädchen habe ihm beim Malen zugesehen: „aus der äußeren ergab sich eine merkwürdige innere Beziehung, ein inneres Verhältnis, das einen hinzieht. . .“ er habe

das Gefühl gehabt, daß ihn das Kind wieder mit den Menschen verbinde, er brauche eine solche Verbindung, nachdem er sich vorher so abgeschlossen hatte. . . „Das Alter tut nichts zur Sache. Es kommt nur auf das Schauen in der Welt an — das Bedürfnis, mit Verwandtem zu verkehren“. Er habe bei den Spaziergängen nichts mit dem Kind gemacht. „Nur daß man miteinander spricht, daß einmal ein Vorgang da ist. Ein Vorgang, den die Angespanntheit zugelassen hat. So bin ich mit dem Kind auf der Wiese gesessen. Aber die Angespanntheit war zu groß, irgend etwas mußte geschehen. . .“

Über seine „Lehre von der reinen Mannigfaltigkeit“ dozierte St. folgendermaßen:

Es handle sich um ganz allgemeine Gedanken. . . Nicht nur die aufgefaßten Dinge sind unter sich mannigfaltig, die Art, wie er sie verinnerlicht, ist unter sich mannigfaltig. Da die Art der Vereinheitlichung unter sich mannigfaltig ist, so kommt man dazu, den Begriff der Mannigfaltigkeit nicht unter die Einheitlichkeit zu stellen. Der Begriff der Mannigfaltigkeit, ein Hauptbegriff, und das Reine drückt dann aus, — daß das Mannigfaltige nicht durch die Art, wie man es vereinheitlicht — innerlich eine Bedeutung für das Innere gewinnt — nur Mannigfaltigkeit, rein für sich allein. Daß Bedeutung nur durch Mannigfaltigkeit da ist, daß alles, was da ist, nur als unter sich Mannigfaltiges Bedeutung hat. Das ist ein ganz allgemeiner Satz, der nur das Verhältnis betrachtet, daß alles nur als Beziehung Sinn hat. Betrachtet man, was als Verhältnis Sinn hat, so ergibt sich, daß es notwendig im Verhältnis zueinander steht, zueinander setzbar ist. Das, was die Möglichkeit schafft, was durchgehende Beziehung schafft, was die Beziehbarkeit möglich macht, das ist die *Farbhaftigkeit*. Alles ist farbfhaft, das Innere und das Äußere. Was verschieden ist, als Verschiedenes sich darstellt; das wesentliche Merkmal von Verschiedenheit läßt sich als Farbe bezeichnen gegenüber der Form, sie ist eine vielfältige Verbindungsmöglichkeit von dem Farbfhaften. Die Form ist die bestimmteste Verbindungsmöglichkeit des Farbfhaften. Eine Vorstellung vom Tisch ist etwas anderes als der Tisch, sie ist unstofflicher als der Tisch (?). Sie ist ein unstofflicheres Farbfhaftes als der Tisch“.

Über dichterische und philosophische Einheitlichkeit: „ . . . Dichterische Einheitlichkeit und philosophische sind gleichgeordnet, also sieht man, daß die Einheitlichkeit kein übergeordneter Begriff ist, also es liegt nichts daran, daß die Dinge so oder so erfaßt werden, sondern es liegt alles daran, daß sie nur erfaßt werden; es liegt nur daran, daß ein Leben, ein Erfassen da ist; ganz gleich was für eines; daß die Frage nach jedem Was wegfällt; alles sich als miteinander verbundenes bewegtes Leben darstellt, eben Beziehung — Mannigfaltigkeit sich als einziges zeigt“.

(Durch Denken dazu gekommen?) „Dann wäre das Gedankliche übergeordnet. Es zeigt sich ein Leben, ein inneres, es kommt auf einen Grad, wo sich die Formel ungezwungen bildet als innere Befreiung aus allem hervorgehend. Nicht etwa eine langsam erwogene Lösung, sondern eine durchs Gefühl gezwungene, plötzliche, indem die Empfindung frei wirkt als eben das, was zwischen den Dingen als bezogen wirkt“.

Diese Darlegungen bringt St. nicht etwa flott und fließend, sondern schwerfällig, unter vielfachen Konzentrationsgesten, die grotesk anmuten. Immer wieder kommen Hinweise auf die Tiefe seiner Gedanken und seine Bemühung, sich verständlich zu machen.

Fraglos kommen solche vorgeschrittenen hebephrenen Zustandsbilder mit ihrer gespreizten Leere und der formelhaften Anwendung der philosophischen Diktion den paranoiden Endzuständen schon sehr nahe. Es fehlt ihnen nur der inhaltliche Beziehungspunkt, der das Zusammenschießen zur wahnhaften Krystallisation herbeiführt. Daß eine solche nicht eintritt, liegt an der noch immer vorherrschenden *Denkstörung*, welche durch das Fehlen der Akzentuierung, die Umordnung der Teilbeziehungen, die Unabgeschlossenheit und Begriffsverarmung solche Produkte ermöglicht. Aus der gleichfalls ihr entspringenden Lockerung und Ausweitung der denkenden Beziehungssetzung läßt sich aber auch die wahnhaftige *Selbstüberschätzung* herleiten, welche eine solche „philosophische“ Haltung überhaupt erst möglich macht.

Wo noch ein, wenn auch dürftiger Kontakt mit geistigen Bewegungen erhalten blieb, wird besonders bei Kranken, die außerhalb der Anstalt leben, die Einengung keine so weitgehende sein; irgendein Teilstück einer wissenschaftlichen oder lebensanschaulichen Lehre, aus dem Zusammenhang gerissen, oft kaum recht begriffen, wird zum Angelpunkt des schweifenden, sprunghaften, im übrigen völlig ziellosen Denkens, dessen Armut bei allem scheinbarem Reichtum an ungeordneten Verbindungen sich aus dem trivialen und kümmerlichen „Prinzip“ und seiner fanatischen Verteidigung ergibt.

## 2. Katatone Bilder.

Nach der eingehenden Besprechung der Problematik der psychomotorischen Störungen bei der Darstellung des akuten Psychosenbeginns gilt es hier das klinische Vorkommen der einzelnen Erscheinungen im Zusammenhang mit den übrigen Symptomen zu schildern. Wir schreiten von den ganz leichten Anomalien bis zu den ganz schweren hyper- und akinetischen Bildern vor. Auch hier zeigt sich, wie bei der Hebephrenie, daß die schweren Anomalien keineswegs in jedem Fall erreicht werden müssen, daß vielmehr gar nicht selten nur einzelne katatone Züge dem Bild beigemischt sind und vor allem, daß Einschleifung und Gewöhnung, Sinndurchdringung und Gestaltung die Mechanismen automatisieren, ausformen und prägen.

Gerade diese letzten Vorgänge dürfen uns aber nicht dazu verleiten, allzu vieles als sekundär, verständlich herleitbar, anzusehen und dadurch in seiner Besonderheit zu verkennen. Der Nachweis der Motivierung gestischer, mimischer oder handlungsmäßiger Auffälligkeiten besagt uns umso weniger, als erfahrungsgemäß stärkste Motivantriebe aus Sinnestäuschungen und Wahnerleben gerade beim Schizophrenen *ohne* adäquate Entäußerung bleiben können. Es ist ja allgemein bekannt, wie selten der Schizophrene etwas gegen seine vermeintlichen Verfolger unternimmt, wie angeblich qualvollste halluzinatorische Einwirkungen ihn unberührt lassen, ja, daß er sie sich nicht einmal anmerken läßt.

In den oft so langdauernden Vorstadien mit ganz leichten hebephrenen Symptomen, in Remissionen mit kaum nachweisbaren Resten affektiver Verblässung sind es die *Anomalien der Mimik und Gestik*, an welchen wir den Schizophrenen bekanntlich oft sicherer erkennen als durch eine längere Exploration. Die von KURT SCHNEIDER in ihrer Bedeutung herausgehobene Diagnose aus der mangelnden zwischenmenschlichen Beziehung hat hier ihre wichtigste anschauliche Grundlage. Es muß in Erstaunen setzen, wie verletzlich dieser Apparat einerseits ist, bis zu welchem Grad von Feinheit andererseits die unmittelbare Wahrnehmung leichtester Abweichungen bei dem Geübten geschärft werden kann. Eine Darstellung dieser oft minimalen Unausgeglichenheiten ist bisher kaum versucht worden. Sie können als eine schwer beschreibbare Steifigkeit, Eckigkeit, mangelnde Grazie das *ganze* Ausdrucksgeschehen von der Sprechweise bis zum Gang durchdringen und sind dann von konstitutioneller Unbeholfenheit viel schwerer zu trennen, als wenn Teile des Ausdrucksgeschehens isoliert gestört sind.

Wir zählen hier zunächst einmal einige allgemein bekannte *Teilstörungen* auf und verweisen im übrigen auf das Kapitel HOMBURGERS: am verbreitetsten ist neben der Herabsetzung und Versteifung der Mimik des ganzen Gesichtes wohl die grimassenhafte Unruhe der *Stirnmuskulatur*, die zusammen mit Auffälligkeiten der *Blickrichtung* beim Gespräch aber auch ohne solche, als ein ganz frühes Zeichen schizophrener Erkrankung gelten kann. Dieses Stirnrunzeln mutet mitunter ticartig an, weil es so einförmig und modulationsarm ist, hat aber dann wieder häufig den Charakter der Konzentrationsmimik. Seine Isolierung gegenüber dem übrigen Mienenspiel bleibt das auffälligste.

Hier ist ferner das schizophrene *Lächeln* zu erwähnen, das auch BERZE, welcher im übrigen den motorischen Phänomenen wenig Beachtung schenkt, als „hypophrenes, unmotiviertes Lachen“ unter den Automatismen gesondert behandelt. Er erwähnt seine Deutung als Verlegenheitsreaktion, die beim Einbau in ein entsprechendes mimisches Gesamtverhalten fraglos berechtigt ist. Dazu trägt nicht selten der starr seitwärts oder ins Leere geradeaus gerichtete Blick bei, wie bei Schizophrenen überhaupt die Blickrichtung oft während stundenlanger Besprechungen nicht gewechselt wird.

Das schon bei KAHLBAUM erwähnte *Grell-* oder *Lautwerden der Stimme*, das in frischen katatonen Erregungen besonders als Zeichen schlechter Prognose gilt, ist als isoliertes Ausdruckssymptom auch in ganz mild verlaufenden Schizophrenien zu beobachten, häufiger allerdings als Restsymptom nach katatonen Schüben in Form mangelnder Abstufung des Tonfalles und erstarrter Monotonie. Bei der Unterhaltung macht diese sich von vornherein oft wenig bemerkbar, wird aber in dem Augenblick deutlich, wo ein Gebiet mit lebhafterer Anteilnahme, etwa die wahnhaften Inhalte, besprochen werden.

Weiterhin sei in diesem Zusammenhang der eigenartige *Handschlag* der Schizophrenen erwähnt, auf den KRAEPELIN diagnostisch so großen Wert legte (s. Abb. 5 u. 6, S. 198). Es ist nicht damit getan, dieses steife, vorsichtig unbeholfene Hinhalten der gestreckten Hand als eine Maniertheit neben anderen aufzuzählen. Vielmehr liegt in der Abwandlung dieser besonders bei ärztlichen Visiten so konventionellen Geste bei Kranken, die sonst ausdrucksmotorisch wenig Auffälliges bieten, ein Hinweis auf die beherrschende Störung der Sympathiegefühle, die in manchen Fällen dem Krankheitsbild den Stempel aufdrückt.

Doch dürfen uns solche Deutungen, so gerechtfertigt sie im Einzelfall sein können, über eines nicht hinwegtäuschen: Es ist oft ein Verlust an feineren Ausdrucksmöglichkeiten zu beobachten, der mit der affektiven Verarmung durchaus nicht immer parallel geht. Es bleibt besonders bei jugendlichen Kranken bei genauerem Zusehen unverständlich, warum sie z. B. physiognomisch so rasch erstarren, oder mit dem Eintritt der Erkrankung jene übertriebene Mimik der Stirnmuskulatur oder auch eine grimassenhafte Überbeweglichkeit des ganzen Gesichts zeigen. Gewiß gehen gerade diese mimischen Änderungen oft mit Aktivitätsnachlaß, Denk- und Gefühlsanomalien einher, sind z. B. als Ausdruck der Indolenz oder ekstatischer Verzückerung oder als Konzentrationsmimik deutbar. Aber schon die bereits von KAHLBAUM beschriebene hohle Pathetik wirkt durch ihre Einförmigkeit nur selten adäquat. Dazu gesellen sich dann aber alsbald Sekretionsanomalien der Haut, Seborrhoe und Schwitzen; manirierte Sprechweisen und Gesten, abgehobener Kopf, Schnauzkrampf usw. Hier gibt es keine scharfe Grenze bis zum schweren Stupor mit Negativismus einerseits und der verbigeratorischen Tobsucht andererseits. Alle Versuche, irgendwo die Grenze des rein Somatologisch-Neurologischen zu ziehen, sind seit NEISSER fehlgeschlagen. Es bleibt vorläufig bei dem schillernden Begriff des Psychomotorischen, so wenig er auch befriedigen mag.

Eine besondere Schwierigkeit, die z. B. auch bei KLEISTS Studien über Stereotypen sofort bemerkbar wurde, ist die enge Verknüpfung der motorischen mit den *sensorischen* Anomalien, den *Sinnestäuschungen*, die bei schweren Katonien fast nie vermißt werden, deren eigentliche Domäne aber doch die paranoischen Formen sind. Auch hier ist mit der einfachen Rückführung der „Dyskinesien“ auf die Trugwahrnehmungen nicht viel erreicht, welche wohl ihre spezielle Ausformung, nicht aber ihre Entstehung verständlich zu machen geeignet sind. Hält man sich gegenwärtig, daß (ganz abgesehen von den „Reaktivbewegungen“ auf Phoneme und Körpersensationen) die Täuschungen selbst mitunter den stereotypen oder manirierten Charakter des motorischen Verhaltens annehmen, also z. B. Stimmen ständig das gleiche Wort, dieselbe Wendung, etwa in gespreiztem Hochdeutsch iterieren, als Echo Reden und Handlungen begleiten, alles befehlen oder alles negieren, so zeigt sich erst die besondere Verkettung der beiden Symptomgruppen, die eine einseitige Ableitung der einen aus der andern unwahrscheinlich macht. Mehr als die interessante Tatsache der Verkettung festzustellen, kann unsere heutige Erkenntnis nicht. Die Verbindung ist aber durchaus keine unbedingt notwendige, so wenig wie

die Verbindung psychomotorischer Störungen mit Anomalien der erlebten Aktivität, die ja psychologisch noch eher zu erwarten wäre.

BERZE hat mit dem Begriff des „generalisierten Automatismus“ dem ganzen Gebiet einen Hauptnenner zu geben versucht. Er leitet die „gesteigerte Disposition zur Automatismusbildung“ aus der Intentionsarmut bzw. Intentionsleere der schizophrenen Zustände ab, wobei nicht nur die vorgebildeten Automatismen gegenüber dem Willensmäßigen mehr zur Geltung kommen, sondern eine Neigung zur Bildung *neuer* Automatismen vorhanden sei. In ganz ähnlichem Sinne haben die Franzosen, besonders DE CLÉRAMBAULT, neuerdings im Begriff des „Automatisme mental“ eine Art Formel für die Zusammenfassung dieses sensomotorischen Syndroms geschaffen, wobei aber nicht so sehr an spezifische Störungen als an das Heraustreten allenthalben auch im Gesunden bereitliegender Mechanismen gedacht wird. Dementsprechend werden Erkrankungen der verschiedensten Ätiologie organische (Paralyse, Arteriosklerose) wie psychogene, neben Schizophrenien mit dem Syndrom beschrieben. In der Tat finden sich die katatonen Bilder, wie in dem Abschnitt über Differentialdiagnose noch genauer dargelegt werden wird, auch außerhalb der Schizophrenie, vor allem bei toxischen und symptomatischen Psychosen. Aber die Großzahl gehört fraglos zu dem, was wir heute als Schizophrenie zusammenfassen, schon deshalb, weil hebephrene und paranoide Einmischungen fast nie vermißt werden, und hieran sind alle Abtrennungsversuche von Motilitätspsychosen und dgl. bis heute gescheitert.

Besonders vor Beginn des *Stupors* und der verwandten akinetischen Zustände, die jetzt zu besprechen sind, sind kürzere oder längere halluzinatorische Vorstadien die Regel. Nur selten beginnt die Erkrankung sofort mit dem Stuporzustand.

So findet sich unter unserem Material eine Kranke *Alma Korte* (03/147), die nach ganz kurzer ängstlicher Phase im Stupor auf dem Mannheimer Bahnhof aufgegriffen wurde, sie sprach nichts, sah starr vor sich hin, reagierte in keiner Weise: so lag sie dann noch einige Tage zu Hause im Bett.

Am 20. 8. 1903 kam sie in widerstrebendem Stupor in die Heidelberger Klinik. Einige Tage später, nachdem sie beim Besuch ihres Mannes ganz gesprächig war, ist sie wie umgewandelt, sehr lustig, geschwätzig, bricht in förmliche Lachsalven aus. Nach weiteren Tagen ist sie wieder vollkommen stuporös, liegt mit abgewendetem Kopf stumm und ganz ablehnend im Bett. So wird sie am 19. 10 nach Hause geholt.

Zu Hause war sie noch eine Zeitlang deprimiert mit Selbstvorwürfen, verkannte Personen, dann wurde es allmählich besser; die Kranke wurde ganz gesund, ohne daß Charakterveränderungen zurückgeblieben wären, führte ihren Haushalt und war 3 Jahre lang unauffällig.

Die 2. Erkrankung setzte auch ziemlich plötzlich ein, nach vorübergehender indolenter Apathie mit starker expansiver Erregung. Am 7. 2. 1907 in die Frankfurter Anstalt aufgenommen, ist sie sehr erregt, läuft in ratloser Unruhe herum, singt Choräle, schreit gellend religiöse Inhalte heraus, ist wie verzückt, rollt auf dem Boden herum, zieht sich nackt aus, zerreißt ihre Wäsche, zerkratzt sich, hängt den Oberkörper aus dem Bett heraus, kugelt im Bad herum. Mit der Zeit wird sie etwas ruhiger, aber bleibt sehr widerstrebend, spricht nichts oder führt gemeine und unanständige, zerfahrene Reden, singt Gassenhauer, ist sehr gefräßig.

Am 22. 5. 1907 wird sie nach Hause entlassen; es ging dort ganz gut, nur lebte die Kranke in beständiger Angst vor einer Neuerkrankung.

Am 7. 8. 1908 kam sie von neuem in die Anstalt. (menstruell). Sie hatte seit einigen Tagen wieder angefangen zerfahren zu sprechen, schlief wenig, wurde ängstlich, hatte das Gefühl der veränderten Umgebung, „alles brennt“. Der Zustand wechselte zwischen Depression und Euphorie. In der Anstalt ist sie stuporös ängstlich, hilflos, ablehnend, liegt steif, mit dunkelrotem Gesicht, ganz stumm da, läßt die Nahrung aus dem Mund herauslaufen, hält den Urin an, um ihn schließlich ins Bett zu entleeren. Schreit bisweilen laut auf oder schimpft in abgehackten Sätzen heraus. Bis zur Entlassung am 21. 10. 1908 bleibt sie in diesem wenig ansprechbaren Zustand im Bett.

Zu Hause hat sie einige Monate lang ihren Haushalt besorgt, seit 3. 1. 1908 ist sie wieder stuporös und kümmert sich um nichts; sie stierte in einer Richtung, blieb stehen, wo man sie hinstellte, sprach verwirrt, aß fast nichts.



Am 5. 1. 1909 von neuem in die Anstalt aufgenommen ist sie im Stupor mit typischer Befehlsautomatie, reagiert in keiner Weise auf Nadelstiche. Zwischendurch ist sie plötzlich erregt. Ende März erwacht sie, wird leicht schnippisch, arbeitet. Am 20. 4. 1909 von neuem entlassen.

Sie hält sich dann bis 1913 zu Hause, aber mit deutlichen Defekten. Sie ist argwöhnisch, menschenfurcht, zurückhaltend. Am 22. 2. 1913 wieder in die Anstalt aufgenommen. Sie war gereizt, unaufmerksam, hatte das Gefühl von neuem krank zu werden. In der Anstalt herrscht der Stupor vor mit Neigung zu zerfahrener, planloser Erregung.

Am 30. 4. 1913 geht die Kranke wieder nach Hause. Über die Zwischenzeit ist nichts bekannt. Am 4. 5. 1916 kommt sie wieder in die Anstalt, ziemlich lebhaft, laut, singt viel. Zwischendurch ist sie ruhiger und gedrückt.

Am 1. 8. 1916 wird sie, noch ziemlich lebhaft, wieder entlassen. Seither war über sie nichts mehr zu erfahren.

Sehr viel häufiger gehen dem plötzlich einsetzenden Stupor halluzinatorisch-ängstliche oder hypochondrisch-schermütige Zustände von längerer Dauer voraus, in welchen sich aber schon in Form von isolierten Ausdrucksanomalien oder Anfällen der katatonen Charakter des Krankheitsbildes ankündigt. Wir geben in Kürze einige typische Krankengeschichten, bei denen die akinetischen Zustände das Symptom beherrschen.

*Paula Ross* (geb. 1882) (99/13). Großvater mütterlicherseits etwas eigen, Mutters Onkel in einer Irrenanstalt.

Normal entwickelt, Menses mit 13½ Jahren. Lernte gut und fleißig, war immer etwas zurückhaltend, konnte aber auch sehr ausgelassen sein. Sie war immer sehr gutherzig, gegen Tadel sehr empfindlich. Im Herbst 1898 fiel sie durch gelegentliches lautes Lachen auf. Die eigentliche Krankheit begann langsam Mitte Januar mit ängstlicher halluzinatorischer Unruhe; die Kranke glaubte, sie werde nachts geholt. Sie suchte sich zunächst durch vieles Klavierspielen von ihrer Unruhe zu befreien. Einige Tage vor der Klinikaufnahme bekam sie 2 mal eine Art Starrkrampf von ½stündiger Dauer.

Am 7. 2. 1899 kommt sie im Stupor in die Heidelberger Klinik.

Kleine grazile Person mit starker Muskulatur, geringem Fettpolster, ausdruckslosem maskenartiges Gesicht, Schnauzkrampf, Negativismus bis zum höchsten Grade. Die gesamte Körpermuskulatur ist gespannt, man kann den ganzen Körper am starr gespannten Arm aufheben. Ins Bett gestellt, bleibt sie wie eine Statue stehen, gibt maniriert die Hand, spricht tagelang kein Wort. Ißt sehr schlecht, läßt die Bissen stundenlang ungekaut im Mund, ein ihr in den Mund gestecktes Hörnchen läßt sie stundenlang zum Mund herausstehen. Ab und zu ist sie unrein. Einmal lacht sie plötzlich auf und sagt auf Befragen: „Über den Kuckuck, der in mir ist, freue ich mich so“. Nachdem sie wochenlang in diesem Stupor verharret hat, verlangt sie plötzlich Klavier zu spielen, dann ist sie wieder stuporös, bleibt im Garten da stehen, wo man sie hingestellt hat, reagiert nur selten auf eine Frage, behält das Essen zwischen den Zähnen, defäziert auf den Fußboden, und als man ihr deswegen Vorhalt macht, wendet sie sich mit der Geste der Erhabenheit ab. Auch beim Besuch der Eltern ist sie wenig zugänglich. Im Juli wird sie lebhafter, zerreißt die Kleider, wird unangenehm hochmütig, verachtet die Kranken III. Klasse, wird sehr widerstrebend, schnippisch, frech, störrisch, teilt Ohrfeigen aus, schimpft grob, sperrt sich sehr gegen das Essen.

Dann kehrt sie für Monate in den negativistischen Stupor zurück. Man versucht sie im November 1899 gewaltsam herauszureißen dadurch, daß man sie unter sozialere Kranke verlegt, mit dem Erfolg, daß sie zusehends aufwacht, sich beschäftigt, freundlich plaudert, sehr rasche Fortschritte in der Genesung macht. Dabei ist sie etwas hypomanisch, voller Pläne, renommiert gerne etwas, hat keinerlei Einsicht in die Schwere der überstandenen Krankheit; in ihren Plänen sehr oft urteilsschwach, benimmt sich gelegentlich recht kindisch und trotzig.

Am 21. 12. 1899 wird sie entlassen.

Die Katamnese (vom Mann) nach 22 Jahren (1921) ergibt, daß die Kranke seit Jahren mit einem Arzt verheiratet ist, 2 gesunde Kinder hat. Abgesehen von einer gewissen reizbaren Schwäche hat der Ehemann an ihr nichts Auffälliges bemerkt.

*Rosa Veessel* (geb. 1884) (03/14), ledig. Körperlich stets schwächlich, geistig wenig begabt, schlechte Schülerin. Immer zu Hause oder im Dienst in der Nähe. 1899 (mit 15 Jahren) kurz dauernde starke Heimwehrreaktion; die Kranke legte sich einige Tage ins Bett und sprach gar nichts. Juli 1902 Abort im 3. Monat. Immer starke Menses, häufig Nasenbluten. Seit einiger Zeit macht sie sich Sorgen wegen der Untreue ihres Liebhabers. Krankheitsbeginn ziemlich schnell Anfang Januar 1903. Sie schreckte nachts plötzlich auf, sagte, es habe geschossen und röche nach Pulverdampf. Tatsächlich wurde in jener (wahrscheinlich

(Neujahrs-)Nacht geschossen. Vorher hatte man die Kranke damit gehänselt, ihr Liebhaber habe sich ihretwegen erschossen. Sie schlief nun nicht mehr, verweigerte die Nahrung, sprach von Weltabkehr, wollte ins Kloster, machte sich Selbstvorwürfe, betete um ihr verlorenes Seelenheil, klammerte sich ängstlich an die Mutter an. Bei ihrer Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 21. 1. 1903 ist sie zunächst besonnen und geordnet, versinkt alsbald in kataleptischen Stupor, mit halbgeschlossenen glanzlosen Augen, glänzendem fetten Gesicht, starker Seborrhoe, antwortet erst nach langem Zögern in kaum verständlicher Fistelstimme, befolgt zögernd und langsam Aufforderungen, streckt die Zunge heraus, damit man ihr mit der Nadel hineinstechen kann. Glaubt, die Auszehrung zu haben, hört „Engelstimmen“. Die kataleptischen Symptome machen bald einer schlaffen Entspannung Platz, die Kranke bleibt aber gebunden, besorgt sich aber selbst und isst allein. Gelegentlich springt sie impulsiv aus dem Bett, ist dabei aber nicht ängstlich, sondern lächelt. Häufig gähnt sie krampfhaft. Am 23. 2. 1903 wird sie nach Hause genommen.

Katamnese 1920: Ganz gesund ist sie nicht geworden, sondern noch häufig nervös erregt, weint oft, ist streitsüchtig, spricht auch gelegentlich längere Zeit nichts. Sie ist verheiratet, körperlich wohl, hat ein körperlich gesundes, aber schwer erziehbares Kind.

In einem dritten Fall treten nach einem anfallsartigen Zustand Wahnerlebnisse von der Dauer weniger Tage auf, dann folgt ein negativistischer Stupor, dessen Formen aber schon eine gewisse Gestaltung von der wahnhaften Situation her aufweisen. Es besteht wohlerhaltene Erinnerung; die 2. Psychose, nach jahrelanger Remission, zeigt hyperkinetischen Charakter.

*Ludwig Wasel*, geb. 1877, (93/90). W. war ein Durchschnittsschüler; von seiner prämorbidem Persönlichkeit ist nichts bekannt.

Am 25. 3. 1893 erlitt er einen Betriebsunfall mit Verletzung am Kopf; danach klagt er über Kopfschmerzen, Schwindel und Hitze im Kopf. Sehr bald trat dann nächtliche Angst ein. 10 Tage vor der Aufnahme erlitt er angeblich einen Sonnenstich, einige Tage später sollen sich ängstliche Wahnideen eingestellt haben. Dann kam offenbar ein Zustand vom Charakter eines Primärerlebnisses: „Wie der Blitz ging es an seinen Augen vorbei, alles war grau, dann war es, als ob er lauter Steine und Stroh vor sich habe; dabei Todesangst“.

Am 29. 8. 1893 mit 16 Jahren in die Heidelberger Klinik aufgenommen, er ist ganz stumm, regungslos, blinzelt oder stiert immer auf einen Fleck in die Höhe oder verharrt in der Stellung eines Büßers. Er abstiniert, so daß wochenlang Sondenfütterung nötig ist. Bei jedem Schluck sagt er eine religiöse Beschwörungsformel: „Im Namen des Vaters und des Sohnes und des heiligen Geistes“. Stundenlang macht er Schmeckbewegungen, ausgesprochener Schnauzkrampf. Meist schlaffe Glieder, ab und zu *Flexibilitas cerea*. Zerrißt das Bettzeug. Uriniert nicht in die ihm vorgehaltene Bettflasche, aber nachher ins Bett. Macht auf seinem Bettrost solange scheuernde Bewegungen bis er einen Dekubitus bekommt. Ende Dezember 1893 kommt er aus dem Stupor heraus, fängt an zu sprechen; aus seinen Äußerungen geht hervor, daß er sich an das in der Zeit des Stupors Vorgefallene zum großen Teil gut erinnert; er kennt auch die Namen von allen Kranken im Saal. Er beklagt sich über den „hypnotischen Unfug“ der Wärter. Dann stört er dadurch, daß er die anderen Kranken neckt, alle möglichen törichten Handlungen begeht. Seine Stimmung ist gehoben, bekommt eine hypomanische Note. Dabei enorme Gewichtszunahme. Am 14. 1. 1894 wird er „nicht gesund“ nach Hause entlassen.

In der Zwischenzeit hat er geheiratet. Eine von seinen 3 Töchtern wurde später psychotisch. Es scheint, daß W. bis kurz vor seiner 2. Erkrankung als gesund galt. Sie folgte nach 9jähriger Pause im Mai 1903. Es fiel auf, daß er einige Tage in sich gekehrt war, „wirr“ sprach, meist über religiöse Dinge. Dann wechselten Depression, ängstliche und heitere Erregung miteinander ab. Am 16. 5. 1903 in die Anstalt H. gebracht, ist er zunächst ganz stumm, dann setzt eine motorische Erregung mit Ideenflucht und Verbigerieren ein, die sich bis zur Zerstörungssucht steigert. Der Kranke zerkratzt sich, schmiert mit Speichel, reißt sich einen Zehennagel ab, steckt sich einen Fremdkörper in sein Ohr, das wegen Mittelohreiterung behandelt wird. Soweit man sein verworrenes Geschimpfe verstehen kann, spielen religiöse Inhalte eine Rolle. Beim Besuch ganz ablehnend. Lange Zeit werden die Personen der Umgebung verkannt. Anfang 1904 langsame Beruhigung, so daß W. am 29. 2. 1904 gebessert nach Hause entlassen wurde.

Seither ist er seit 16 Jahren zu Hause, arbeitet ununterbrochen als Maurer, verdient den Unterhalt für seine zahlreiche Familie. Er gilt als braver, fleißiger Mann. War auch während des Krieges eine Zeitlang zum Heeresdienst eingezogen.

Solche Fälle mit der Gesamtheit der klassischen katatonen Symptome sind unserer Erfahrung nach relativ seltene Vorkommnisse verglichen mit denjenigen Schizophrenien, in denen *einzelne katatone Zeichen* vorübergehend in

Erscheinung treten: Zunächst einmal braucht der Stupor selbst sich nicht in voller Schwere zu entwickeln, es gibt hier eine Reihe von Abstufungen, die mit einer ausdrucksarmen Dösigkeit oder auch nur mit Spontaneitätsarmut und Gebundenheit beginnt. Diese ist meist durch kräftige Anregung von außen vorübergehend durchbrechbar; oder aber sie verstärkt sich und führt zu Mutismus und Sich-Verkriechen, wenn man sie zu durchbrechen versucht. Bei manchen Schizophrenen hat man so den Eindruck, als ob sie sich immer *an der Grenze des Stupors* befänden und wir haben wiederholt gesehen, daß diese Grenze während der ganzen Dauer der akuten Psychose nicht überschritten wird. Leitet sich aber ein tiefer negativistischer Stupor auf solche Weise mit langsam zunehmender Absperrung ein, so deutet auch dies, wie alle schleichenden Verschlimmerungen auf ungünstige Voraussage.

Die *Durchbrechung* des Stupors in bestimmten affektiven Situationen, das Auflachen aus innerem oder äußerem Anlaß, stundenweise Freiheit bei Besuchen von Angehörigen, impulsive Gewalttätigkeiten aus dem Stupor heraus: — zu diesen Vorkommnissen, die bis vor kurzem den Zustand noch besonders rätselhaft erscheinen ließen, haben die Erfahrungen über die Akinesen der Encephalitis epidemica wenigstens gewisse Analogien gebracht. Auch der Rigor des Parkinsonsyndroms erweist sich ja affektiv vorübergehend durchbrechbar.

Zu der allen Psychiatern vertrauten aber immer wieder irritierenden Erfahrung aber, daß ein stuporöser Kranker nach einem Besuch oder einem Spaziergang plötzlich *für dauernd* zugänglich und frei wird, gibt es keine solche Vergleichsmöglichkeit aus dem Gebiet der extrapyramidalen Motilitätsstörungen. Durchmustert man eine größere Reihe von Stuporfällen, so stößt man verhältnismäßig häufig auf die Tatsache, daß die Rückversetzung in die häusliche Umgebung den Stupor endgültig löst. Aber es darf dabei auch nicht übersehen werden, daß dieses Experiment, so wenig wie die Versetzung auf andere Anstaltsabteilungen, keineswegs jedesmal gelingt. Es kommt hier fraglos auf das Stadium an, in dem der Eingriff erfolgt, und auch wenn der Zeitpunkt richtig gewählt ist, bedarf es, wie die Erfolge KLAESIS zeigen, zumal in älteren Fällen besonderer Geschicklichkeit und Einfühlfähigkeit, die therapeutisch wirksame Situation herzustellen und auszunutzen (vgl. S. 562 und S. 598).

So bestrebt man sich in den modernen Anstalten die Ausbildung schwerer katatoner Bilder überhaupt zu *verhindern*. Wieweit das bei den akinetischen Zuständen möglich ist, läßt sich bisher nicht aus dem Schrifttum erkennen. Persönliche Eindrücke auf den Abteilungen äußerst aktiver und begeisterter Ärzte zeigen, daß es wohl gelingt, auch Kranke an der Grenze des Stupors mit einfacher Zupf- oder ähnlicher Arbeit zu beschäftigen, wenn man sie z. B. eng gedrängt zwischen die anderen Arbeitenden auf eine Bank setzt. Wobei aber immer noch fraglich bleibt, ob hier nicht die Befehlsautomatie ausgenutzt wird.

Was zu verhindern möglich erscheint, und insofern kann man in der Tat von einem „Formwandel“ der Endzustände (KRONFELD) sprechen, ist die Ausbildung des schweren Negativismus. Er gehört wie die Befehlsautomatie sowohl den akinetischen wie den hyperkinetischen Bildern an und soll deshalb erst weiter unten besprochen werden. Wir beschäftigen uns zunächst mit den *Stereotypien*, die dem Gebiet katatoner Bewegungsverarmung angehören und deren gehäuftes Auftreten ja schon seit langem als ein Zeichen mangelhafter Pflege gilt (KLAESI). Manche von ihnen sind nur ein Teil des Stupors, dessen volle Entwicklung aus irgendwelchen inneren oder äußeren Gründen verhindert wurde: abgehobener Kopf, Schnauzenbildung, Amimie, Mutismus. Trotzdem hier anscheinend Bruchstücke aus einem Syndrom herausgenommen sind, verliert, das muß gegenüber den neurologischen Bemühungen z. B. KLEISTS einmal betont werden, merkwürdiger-

weise das Bild eigentlich nie seine Einheitlichkeit. Gelingt es nur einigermaßen von der inneren Verfassung des Katatonischen Rechenschaft zu erhalten, so erscheinen auch diese Bruchstücke eingegliedert und sogar manchmal ausdrucks-mäßig einigermaßen verständlich, jedenfalls niemals so „organisch“ (oder besser mechanisch), wie die motorische Teilstörung nach einer Hemiplegie oder einer Rückenmarksschädigung oder peripheren Nervenverletzung.

Das gilt nun erst recht von den handlungsähnlichen oder sprachlichen Stereotypen, deren Erkenntnis durch die sorgfältige Studie von KLAESI erheblich gefördert wurde. KLAESI hat im Sinne der NEISSERSCHEN Definition alle Stereotypen ausgeschieden, die augenscheinlich mit Sinnestäuschungen zusammenhängen. Trotzdem zeigte sich, daß von 21 Fällen bei näherem Zusehen noch 9 gegen Halluzinationen der Körperempfindungen gerichtet waren. KLAESI schildert in einzelnen Fällen die langen und schwer überwindbaren Widerstände, die schließlich zur Aufklärung des Zusammenhangs führten. Wir geben einen seiner Fälle auszusweise wieder.

Fall III. Rosine Sch. Die seit 2 Jahren erkrankte, 1872 geb. Schizophrenie macht seit einiger Zeit eine Art Kreuzeszeichen vor Brust und Leib, obschon sie protestantisch war. Nach langen Explorationen, in denen sie allerhand hypochondrische Klagen als Ursache ihrer Bewegung angab, stellte sich heraus, daß sie sich zuerst von ihrer älteren Schwester, dann von einer ihr sehr ähnlich sehenden Pensionshalterin und dann von allen anderen Leuten in sexueller Absicht bedrängt und verfolgt fühlte und nun seit ungefähr einem halben Jahr spürte, wie diese Leute beständig um sie herum waren, ihr die Brüste und die Geschlechtsorgane anzufassen und dort einzudringen suchten, so daß sie sich, um nicht vergewaltigt zu werden und um unbeschadet zu bleiben, gegen diese Zumutungen und Übergriffe beständig wehren und sie wegstoßen mußte. Mit der Zeit führte sie die Stereotypie auch zu prophylaktischen Zwecken aus.

Wenn sie jemand begegnet, der ihr unsympathisch ist, gleichgültig ob Mann oder Frau, macht sie sofort das „Kreuz“ um ihn abzustoßen. Ist es jemand, den sie nicht leiden mag, tut sie es erst recht, weil sie fürchtet, er könne aus böser Absicht ihr etwas anhaben wollen. „Darum, wenn ich jetzt merke, daß mich jemand heranziehen will, tue ich's weg und mache diese Bewegung, ehe ich ihm das Zutrauen schenke und ich geplagt bin“. Es sind Stoffe, kuriose Sachen, Schleim und dgl., die andere Leute auf ihren Geschlechtsorganen zurücklassen, wenn sie sie nicht rechtzeitig abwehrt. In verhältnismäßig ruhigen Zeiten spürt sie diese Ablagerungen als ein Brennen, Stechen, Jucken oder Reiben nur in der Herzgrube oder im Gesicht, dann wird das Kreuz mehr nach oben verlegt. „Natürlich muß ich sie auch da weg tun, sonst wären sie alsbald wieder unten“. Einmal bei dieser Erklärung angelangt hielt sie die Patientin beständig fest. Was sie anfänglich von Erkältungen und anderen Beschwerden gesagt hatte, erklärte sie nachträglich stets als Ausreden, die sie nur gemacht habe, um auszuweichen, weil sie über die Hauptsache nicht gerne sprechen wollte.

In 4 weiteren Fällen gelang es KLAESI ebenfalls die Stereotypen als sinnvolle Handlungen der Kranken im Rahmen ihrer wahnhaften Eigenwelt aufzuklären. Als ein Beispiel solcher Symbolhandlungen sei der folgende Bericht KLAESIS hier wiedergegeben:

Der seit 1887 im Burghölzli untergebrachte, hochgradig schwerhörige Patient entwickelte im Lauf der Jahre folgende groteske Stereotypie: er stellte sich auf das eine Bein, streckte das andere fast wagerecht vor, und schwang sich dann mit diesem so weit er konnte, manchmal in einer Drehung von 360 Grad, rundum. Diese Bewegung machte er mehrere Male hintereinander, oft mitten in einem Botengang oder auch während der Arbeit, indem er plötzlich zur Seite stand.

Der Untersuchung, welche im Dezember 1912 begann, setzte er einen sehr großen Widerstand entgegen. Die Fragen mußten schriftlich an ihn gerichtet werden, er antwortete ebenfalls schriftlich. Lange behauptete er, daß er diese Übung mache, damit der Wärter auf ihn aufmerksam würde und nicht vergesse, ihn zum Essen zu rufen. Auf den Einwand, daß er diese Bewegung mache, auch wenn nicht Essenszeit sei, erwiderte er, daß er geschwächt sei und, um sich zu erholen, sich Bewegung verschaffen müsse. Einmal sagte er auch, er hätte die Stereotypie gemacht, damit der Wärter es merke, wenn z. B. einer mit einem „Schneiderfeuer“ (gemeint Bügeleisen) hantiere, der es nicht verstehe. Es sei schon vorgekommen, daß sich einmal einer eine Brandwunde holte und lange ärztlich behandelt werden mußte. Andere Male gab er wieder vor, es geschehe, damit die Wärter andere Bodenwische brauchten, nicht solche, welche sich am Feuer entzündete und eine Gefahr fürs ganze Haus sei. Immer wieder kam er auf diese Ausreden zurück. Ich erinnerte

ihn daran, daß ich in der Krankengeschichte gelesen hätte, wie er einmal mit Händen und Füßen ausgeschlagen, als er Frauen gesehen. Einmal schnappte er darauf ein. Er erzählte,

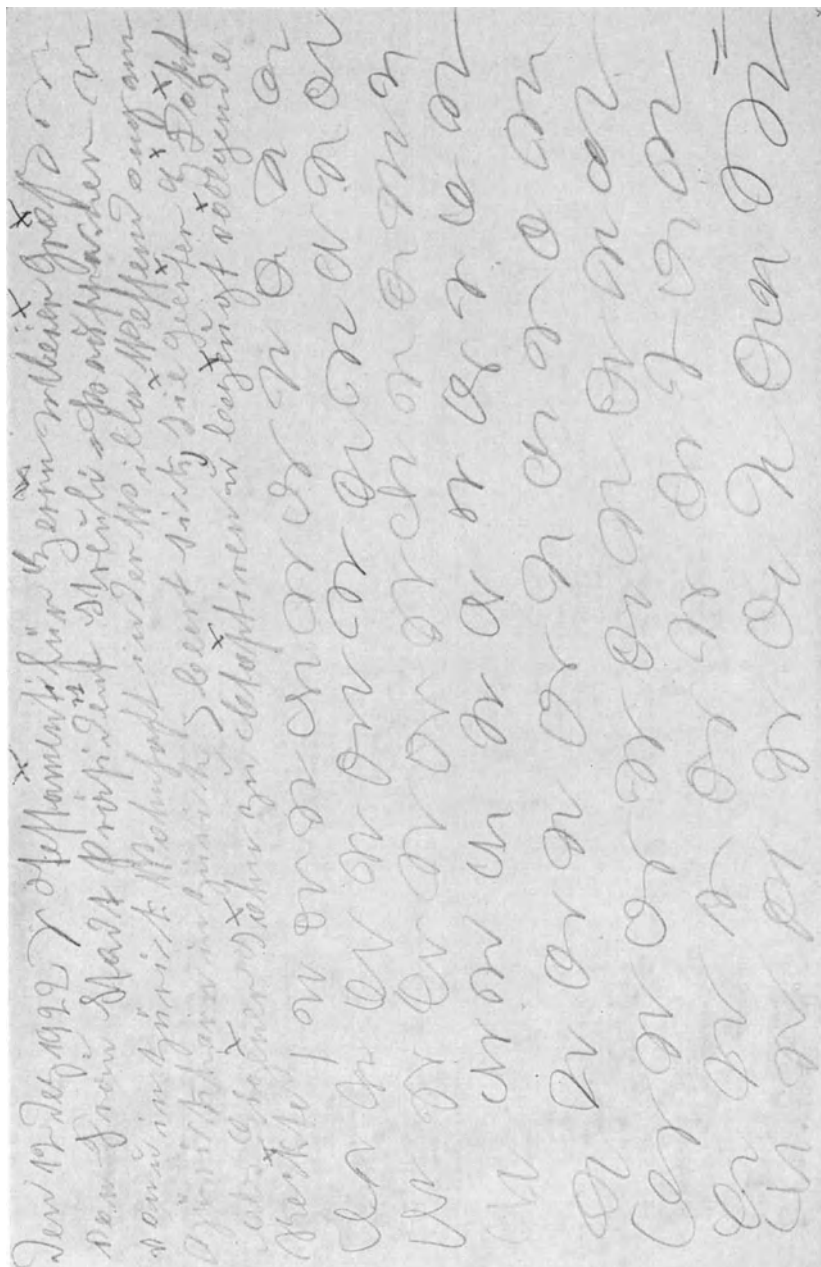


Abb. 5. Schriftstereotypie. Die Kranke übergab fast täglich dem Arzt solche Briefe, die zum Teil auch nur den stereotypen Buchstaben endneten, mit dem sie das Papier völlig ausfüllte (Pflegeanstalt Rheinau).

daß er sich daran sehr wohl erinnere, und daß er sich seither immer hinter die Tür zurückziehe, wenn er in die Nähe von Weibsbildern komme, damit sie ihn ja nicht sehen. Hinter der Tür fange er sofort an, das Bein zu schwingen. Auch sonst sei Beinschwingen gut, man könne nie wissen, ob nicht jemand durchs Schlüsselloch hineinsehe. Die Weiber seien

nämlich gar neugierig. Früher habe er auch Rumpfbewegungen gemacht und Spreizen der Beine, auch Armstrecken seitwärts, aber das tue er nicht mehr, denn die Weibsbilder könnten es sehen. Zuletzt zeigt es sich, daß er beständig das Gefühl hat, von Frauen beobachtet und zu einem Liebesabenteuer verführt zu werden, und daß er sich auf dem Bein rundum schwingt, um ihnen möglichst rasch und nachhaltig nach allen Seiten den Rücken zu kehren. Beinschwingen heißt: „Ihr könnt mir den Buckel hinaufsteigen, ich will von Euch allen nichts wissen!“ Ferner dient es auch dazu, ihn von allen inneren Anfechtungen sexueller Natur und anderer zu befreien.

Von diesen beiden Gruppen von Stereotypien trennt KLAESI die „Relikte“, Überbleibsel früherer Berufsbewegungen und auf die Wirklichkeit zielender Handlungen, die bei ausgesprochen katatonen Bildern zusammen mit anderen

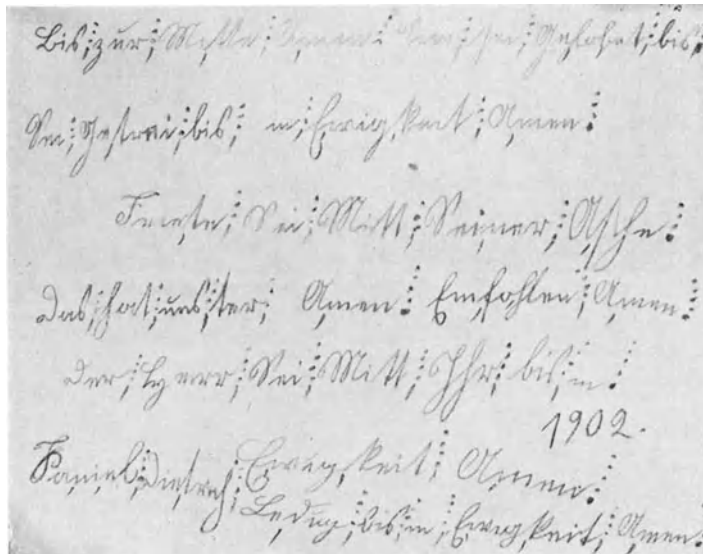


Abb. 6. Interpunktionsstereotypie. Katatone Bäuerin (Klinik Heidelberg).

katatonen Symptomen auftraten und eine große Wandelbarkeit und Beeinflussbarkeit, Neigung zum Zerfall und zur räumlichen Verlegung zeigten.

Ein klassisch zu nennendes Beispiel ist KLAESI'S Fall XIV, ein 1912 erkranktes 19jähriges Mädchen, dessen Psychose nach kurzem Vorstadium mit Grimassieren und Faxen begann. In der Klinik drängte sie sehr bald stereotyp mit großer Wucht zur Tür hinaus. Sie wurde nun in eine Zelle versetzt, welche in Brusthöhe ein großes Fenster nach dem Garten mit nach innen abgeschrägtem Gesimse und nach innen vorspringenden dicken Fensterscheiben hat. An diesem klammerte sie sich fest und zog sich hinauf, nachdem sie vorher mit beiden Händen das rechte Bein gehoben und den Fuß auf das Gesimse gestellt hatte. Natürlich konnte sie sich in dieser Stellung nicht halten, sondern fiel, sobald sie oben war, rücklings wieder hinunter. Um sie vor Verletzungen zu schützen, waren Strohsäcke auf den Boden gelegt worden. Diese Übung wiederholte sie in einem fort den ganzen Tag. Nach 3 Wochen wurde sie in einen Unterhaltungsraum verbracht, der nach 2 Seiten mit Fenstern reichlich versehen ist, die aber zum Klettern keine Handhabe boten. Nichtsdestoweniger stand aber Patientin beständig vor einem derselben und hob unaufhörlich den ganzen Tag mit beiden Händen das rechte Bein auf die Höhe des schmalen Gesimses. Auf eine halbruhige Abteilung versetzt, wo sie Leute um sich hatte, welche alle schon etwas arbeiteten, und wo sie sich eine Zeitlang Mühe gab, sich anzupassen, saß sie mit sehnsüchtig-flehenden, verzerrtem Gesicht auf einem Stuhl und knetete mit beiden Händen beständig die rechte Kniekehle. Diese Bewegung war der letzte Rest des einstigen komplizierten Versuchs, auf das Fenstergesimse zu steigen. In die Zelle, in der sie zuerst war, zurückgebracht, wurde das Kneten alsbald wieder zum ursprünglichen Entweichungsversuch. Wieder in den Wachsraum verbracht, verkümmerte die Stereotypie abermals zum einfachen Heben des Beines und dann

zum bloßen Kneten. Das wiederholte sich noch zweimal. Mit dieser Stereotypie gingen Stereotypen der Vorstellung und des Wunsches Hand in Hand. Das zeigen die mitgeteilten Briefe der Kranken.

Über den weiteren Verlauf wird berichtet: Sie war anhaltend negativistisch, machte Miene, als ob sie dem Arzt etwas sagen wollte, sagte dann aber doch nichts oder nur wenige



Abb. 7. Stumpfe Katatonie, stereotype Geste der Ratlosigkeit. 30 Jahre alt.

Worte über ihre Sünde und Verdammnis, ließ sich in jeder Beziehung immer mehr gehen, wurde unreinlich, mußte gefüttert werden, hatte zeitweise Attonitätszustände, dann wieder solche von Aufregung mit vielen Faxen und Grimassen, bis sie schließlich in eine ruhige Periode hineinkam, in der sie anscheinend völlig gleichgültig und verblödet in den Unterhaltungsräumen herumstand und wartete, bis man sie auf eine andere Stelle führte. Sie wurde zuletzt in eine Pflegeanstalt versetzt, wo sie im Februar 1918 an Lungentuberkulose starb.

Zur Erklärung der Dauerhaftigkeit und Zählebigkeit der Stereotypen kann KLAESI bei den Abwehrlungen usw. auf die Dauerhaftigkeit der zugehörigen Sinnestäuschungen und Wahnhalte verweisen. Bei den sog. Relikten stellt er ebenfalls *inhaltliche* Momente, Zusammenhänge mit Komplexen, in den Vordergrund: Abgleiten der Aufmerksamkeit von dem ursprünglichen Ziel auf komplexverwandte Vorstellungen, dadurch Zieländerung, Ableitung des komplexgebundenen Äußerungswillens auf einen beliebigen Nebenweg, der dadurch zur *symbolischen Darstellung* wird. Da das wahre Ziel in einer solchen Symbolhandlung nicht erreicht wird, muß die Handlung immer fortgesetzt werden; schließlich Neuerweckung des Komplexes durch die Handlung selbst im Sinne der „Renervation“ ROLLERS. Daneben erwähnt KLAESI den „Hang zur Verallgemeinerung“

des Schizophrenen, der die Stereotypie zu einer Art Verlegenheitshandlung machen könne und den „Mangel an Zufuhr neuer Erfahrung“ durch die Abkehr von der Außenwelt, welche auch bei den „Monotypien“ der Imbezillen und organisch Dementen zur Verödung und Verkümmern der Bewegungsmöglichkeiten führe.



Abb. 8. Verschrobener Katatoner, Endzustand, leer. 35 Jahre alt.

Der letzte Gesichtspunkt der *inhaltlichen Verarmung* bei geringerem oder größerem Antriebsübermaß ist nach unserer Auffassung weitaus das wichtigste Moment. Genauer handelt es sich nicht um einen Mangel an Zufuhr von Erfahrungen, vielmehr steht zur *aktmäßigen Erfassung* der gebotenen und vorhandenen Inhalte nur noch eine einzige oder einige wenige Formen zur Verfügung; in *einer* Manier, *einem* Stil vollzieht der Kranke alles, was ihn überhaupt berührt. Dies ist der äußerste Fall von Stereotypisierung der ganzen seelischen Haltung, welche von MINKOWSKI als „attitudes schizophréniques“ beschrieben wurde. Es ist klar, daß auch in diesen stereotypen Haltungen wahnhaftige Inhalte, Komplexe, immer wieder zum Vorschein kommen, eben das, was den Kranken am unmittelbarsten und stärksten affektiv berührt. Doch hat gerade MINKOWSKI gezeigt, das von dem Inhalt her das einförmig eingeeengte Gesamtverhalten nicht aufzulösen ist. Er faßt die Haltungen als den Versuch des Schizophrenen auf mit der wirklichen Welt, von der er in seinen natürlichen Beziehungen abgeschlossen ist, noch irgend einen Kontakt zu bewahren. Überblickt man KLAESI'S Fälle, so erscheinen ihre

erwähnt KLAESI den „Hang zur Verallgemeinerung“ des Schizophrenen, der die Stereotypie zu einer Art Verlegenheitshandlung machen könne und den „Mangel an Zufuhr neuer Erfahrung“ durch die Abkehr von der Außenwelt, welche auch bei den „Monotypien“ der Imbezillen und organisch Dementen zur Verödung und Verkümmern der Bewegungsmöglichkeiten führe.

Der letzte Gesichtspunkt der *inhaltlichen Verarmung* bei geringerem oder größerem Antriebsübermaß ist nach unserer Auffassung weitaus das wichtigste Moment. Genauer handelt es sich nicht um einen Mangel an Zufuhr von Erfahrungen, vielmehr steht zur *aktmäßigen Erfassung* der gebotenen und vorhandenen Inhalte nur noch eine einzige oder einige wenige Formen zur Verfügung; in *einer* Manier, *einem* Stil vollzieht der Kranke alles, was ihn überhaupt berührt. Dies ist der äußerste Fall von Stereotypisierung der ganzen seelischen Haltung, welche von MINKOWSKI als „attitudes schizophréniques“ beschrieben wurde. Es ist klar, daß auch in diesen stereotypen Haltungen wahnhaftige Inhalte, Komplexe, immer wieder zum Vorschein kommen, eben das, was den Kranken am unmittelbarsten und stärksten affektiv berührt. Doch hat gerade MINKOWSKI gezeigt, das von dem Inhalt her das einförmig eingeeengte Gesamtverhalten nicht aufzulösen ist. Er faßt die Haltungen als den Versuch des Schizophrenen auf mit der wirklichen Welt, von der er in seinen natürlichen Beziehungen abgeschlossen ist, noch irgend einen Kontakt zu bewahren. Überblickt man KLAESI'S Fälle, so erscheinen ihre

Stereotypien eher als Versuche, bestimmte wichtige Schnittpunkte mit der Realität vor der Welt zu verbergen. Wie dem auch sei und wie man sich auch theoretisch die Entstehung der *Aktverarmung* denken mag, die ganze Betrachtung zeigt wieder einmal die enge Verknüpfung der motorischen Anomalien mit dem gesamten psychischen Ablauf, seiner Form und seinen Inhalten; hält man sich dies gegenwärtig, so erscheint die therapeutische Beeinflussung auch katatoner Stereotypien durch inhaltliche situative Abänderungen, Aufdeckung oder Anrühren von Komplexen usw. nicht mehr so erstaunlich.

Ein besonderes Gepräge erhalten die katatonen Symptome, wenn sich ihnen der Charakter des *Negativismus* zugesellt, der sich allerdings ebenso wenig wie die Stereotypierung auf Ausdruck und Handlung zu beschränken braucht. Doch betont auch BLEULER, der als erster gerade dem *inneren* Negativismus die Aufmerksamkeit zuwandte, daß dieser Negativismus des Strebens und Intellekts viel seltener als der äußere ist. BLEULER lehnt es ab, den Negativismus als elementares Symptom anzusehen, er nennt ihn einen „Sammelbegriff umfassend eine Anzahl von Symptomen, die einander dadurch ähnlich sind, daß auf verschiedenen Gebieten psychischer Tätigkeit gerade das nicht geschieht, oder das Gegenteil von dem geschieht, was man .... erwarten sollte“. An der übergroßen Weite und der Zahl von elf Wurzeln, welche BLEULER für den Negativismus annimmt, hat BERZE mit Recht eine auch in vielen anderen Beziehungen treffende Kritik geübt. Das Problem ist seit dieser Diskussion, auf deren Einzelheiten hier nicht einzugehen ist, kaum gefördert worden. Was vielleicht deutlicher in den Vordergrund trat, ist der auch schon von KRAEPELIN betonte *triebhaft*e Charakter des Negativismus (RIESE, HORSTMANN). Die in diesem Zusammenhang öfter herangezogenen Ähnlichkeiten mit Verhaltensweisen auf sexuellem Gebiet (Werbung, Sträuben, scherzhafte Abwehr aus Beziehungsbegehren) haben wohl endgültig die älteren rationalistischen Erklärungsversuche entthront, aber das Verständnis der negativistischen Krankheitsbilder kaum gefördert.

In der Tat kennen wir ja Phasen im katatonen Verhalten, die von der negativistischen Einstellung völlig beherrscht werden, und wenn auch zuzugeben ist, daß unter Umständen die Scheu vor Zusammenstößen mit der Umwelt, die Eingezogenheit und Verliebtheit in gewissen Wahngedanken die negativistische Abwehr der Anregungen von außen zu einer Gewohnheit werden lassen kann, so ist doch der primäre „instinktive“ Charakter des negativistischen motorischen Verhaltens für jeden unvoreingenommenen Beobachter evident. Daß hier, wie KLEIST und auch BERZE meinen, irgendwelche vermittelnden *Gefühle* allemal als Wurzel aufzuweisen seien, scheint uns höchst unwahrscheinlich. KLEIST geht ja dieser These zuliebe sogar so weit, sogar von dem von ihm behaupteten *partiellen* Negativismus bestimmter Muskelgruppen (Kopfheber, Unterkieferheber, Armheber usw.) solche vermittelnden affektiven Zustände



Abb. 9. Alte verschrobene Katatonie, inhaltlich leer, läppisch. 46 Jahre alt.



Abb. 10. Katatoner Endzustand. 44 Jahre alt.



anzunehmen. Er greift daher auch neuerdings wieder auf einen früher ausführlich beschriebenen Fall Karl G. (in „Weitere Untersuchungen“) zurück, der ihm Angaben über Mißempfindungen in der Herzgegend (dorthin fassend mit den Worten „dann zieht es mir immer ins Gemüt“) gemacht hatte. Doch haben OTTO GROSS, BLEULER und KRAEPELIN entsprechende Selbstberichte mitgeteilt, aus denen hervorgeht, daß analog der Stellungnahme zu den anderen psychomotorischen Störungen auch hier alle Möglichkeiten vorkommen, von der völligen Identifikation mit den Gegenantrieben bis zum Erstaunen über das Müssen und Nichtanderskönnen; BLEULER berichtet von dem Vorsatz mancher Kranker, sich nicht negativistisch zu benehmen. „Wenn dann aber die Gelegenheit kommt, sind sie abweisend und gereizt; sie verwundern sich selbst über solche Gesinnungs- und Affektsänderungen“.

Wir stellen noch die Äußerungen jener Kranken von OTTO GROSS zusammen, von welcher er bei seinen Untersuchungen ausgegangen ist:



Abb. 11. Dauergrimasse eines leeren Katatonen, 26 J. alt.

„Ja, ich hätte gern gesprochen, ich habe immer wollen, aber nicht können; es ist, als ob mir der Mund gehalten worden wäre“.

„Ja, wenn man sich nicht rühren kann, und wenn einem der Mund und die Augen gehalten sind, und wenn man allerlei hört, dann wird man eben ängstlich und dann will man sich halt auch wehren“.

Befragt, ob die Angst bei der Annäherung sich gesteigert habe: „Ja, freilich, das ist wohl wahr.“

„Ja, vor lauter Angst; wie ich ins Zimmer hineingekommen bin, da ist's mir gleich nicht recht vorgekommen (und weil ich zwischendurch Stimmen gehört habe, da habe ich mich so entsetzt).“

„Sie haben immer zueinander gesagt, so oder so sollte ich tun. . . Ja, ich weiß eigentlich nicht, wie's damals war, ich habe vor lauter Angst nicht gewußt, wo ich bin. . .“

(Warum die Augen zugehakt?) „Ja, ich habe sie nicht aufmachen können, wenn ich auch wollen habe, sie sind

mir zugehalten gewesen und die Hände sind auch gehalten gewesen, wenn ich mich habe wollen bewegen!

Ich habe oft gemerkt, daß mir der Kopf gehalten worden ist und die Hände auch!“

„Ja, wenn ich die Hand habe bewegen wollen, so ist sie starr gewesen“.

Sie habe meistens gewußt, daß sie im Zimmer sei, aber meistens habe sie sich schlecht ausgekannt.

(Sei es ihr vorgekommen) als ob ihr ganzer Körper eingeschraubt wäre.

Sie habe meistens nicht gewußt, wie sie sich bewegen solle.

BLEULER faßte seine Erfahrungen später so zusammen: . . . „So können die Kranken für ihr negativistisches Verhalten meist keine rechten Gründe angeben; manchmal bringen sie Ausreden vor, die erst ad hoc gemacht sind, die wechseln, wenn man mehrmals das Gleiche fragt, und die immer nur einzelne Fälle, nie das ganze Benehmen erklären können. Die Begründung durch Stimmen ist natürlich keine ausreichende, weil wir dann nur vor der gleichen Frage stehen, warum die Stimmen negativistisch seien. Auch die Begründung durch Wahnideen ist sichtlich in sehr vielen Fällen eine ungenügende. Zunächst kann man auch hier fragen, warum die Wahnideen negativistisch seien. Dann aber sind die vorgeschützten Wahnideen und Ausreden meist gar nicht geeignet, eine genügende Erklärung zu geben, teils weil der Normale auf die gleichen Ideen nicht negativistisch reagieren würde, teils weil die Kranken im übrigen gar nicht nach diesen Wahnideen handeln. Eine Kranke weigert sich zu baden, weil sie körperlich rein sei und sich nie gewaschen habe; eine andere will nicht essen, weil sie sonst nicht selig wird, ißt aber heimlich soviel sie bekommen kann. Nicht besser steht es mit den Fällen, wo die Kranken meinen, sie dürfen nicht anders handeln. Das eigentliche Symptom ist immer der Negativismus, der erst geeignet ist, die Art und den Inhalt der anderen Erscheinungen zu begründen“.

Was bei den älteren *Prüfungsmethoden* des negativistischen (und auch des befehlsautomatischen) Verhaltens zu wenig beachtet wurde, ist seine *Provozier-*

*barkeit*. So wie es heute geschickten Therapeuten wie KLAESI, REPOND u. a. gelingt, negativistische Nahrungsverweigerung und Unsauberkeit und sonstige antisozialen Verhaltensweisen (BLEULERS „Schikanose“) durch Eingliederung des Kranken in die entsprechenden Situationen zu beseitigen, so war das gehäufte Vorkommen negativistischer usw. Reaktionen in manchen Phasen psychiatrischer Forschung fraglos das Ergebnis einer Art von Dressur. Welches die optimalen Bedingungen zur Hervorrufung der Symptome sind, das ist nach der psychopathologischen Seite bis heute nicht systematisch untersucht. Es wäre völlig verfehlt, die früheren Feststellungen deshalb einfach als Kunstprodukte, Anstaltsartefakte abzutun. Denn die Frage, warum Alkoholiker und Zirkuläre trotz des Lebens unter den gleichen Bedingungen nie Ähnliches zeigen, bedürfte dann erst einer Beantwortung. Wir bemühen uns ja heute z. B. in der Aphasie- und Agnosieforschung, Situationen herzustellen, in welchen die Symptome möglichst deutlich heraustreten. Dasselbe haben KRAEPELIN u. a. in primitiver Form getan, wenn sie dem Patienten plötzlich den Arm hochhoben oder ihm, mit drohend vorgehaltener Nadel, die Zunge zeigen ließen, um ihm hineinzustechen.

Das klinisch so häufige Zusammenvorkommen von *Negativismus und Befehlsautomatie*, immer wieder hervorgehoben und doch in theoretischen Erörterungen ebenso oft auch vernachlässigt, kann nur erwähnt werden, ohne daß eine Einsicht in die Art der Zusammenhänge und die Häufigkeit gemeinsamen und isolierten Vorkommens bestünde. Das Verhältnis beider Erscheinungen zur Suggestibilität (deren negativer Effekt, die „Repudiation“, neuerdings von ERWIN STRAUS in seiner Bedeutung erkannt wurde) ist gleichfalls ungeklärt; REPOND hält die Schizophrenen für abnorm suggestibel. Die Beschäftigung mit diesen Beziehungen des Negativismus zur Suggestion und zur Hypnose liegt um so näher, als ja auch BLEULER beim Negativismus wie bei der Befehlsautomatie die leichte *Benommenheit* erwähnt, in der sich solche Kranke nicht regelmäßig, aber mitunter befinden, überdies ja kataleptische Phänomene auch in der Hypnose leicht erzeugbar sind.

Mit der Erfahrung an frischen Fällen nicht vereinbar scheint uns auch die Annahme BERZES, der die negativistische Tendenz als „ein Entwicklungsprodukt der Krankheit“ bezeichnet. Infolge der Unlustgefühle und Abwehrtendenzen gegen jeden Anstoß zur psychischen Aktivität bilde sich im Verlaufe der Krankheit der „sekundäre Automatismus“ des Negierens heraus. Demgegenüber ist auf die vielfache Beobachtung besonders jugendlicher Kranker mit schleichendem Beginn hinzuweisen, bei denen von vornherein Widersetzlichkeit, Verneinung und ausgesprochene negativistische Reaktionen das Krankheitsbild bestimmen. Ferner setzen bekanntlich oft unmittelbar mit einer akuten Psychose auch schwere Negativismen ein; ja man kann gerade bei Stuporen oft umgekehrt ein gewisses Nachlassen des anfangs undurchbrechbaren negativistischen Verhaltens beobachten.

Wir fügen hier eine zufällige Beobachtung negativistischen Verhaltens bei einer ganz kurzen akuten Psychose ein. Es handelt sich um einen diagnostisch nicht völlig geklärten Fall. (Erster schizophrener Schub? Symptomatische Psychose?) An ihm ließe sich die Problematik des Negativismus nach vielen Richtungen weiter entwickeln. Man muß an die bei Kindern allgemein verbreitete Neigung zu negativistischen Reaktionen denken, an deren besondere Bereitschaft bei einem Knaben mit vielen „schizoiden“ Charakterzügen, an ihre Verstärkung durch die Benommenheit und schließlich durch die Angst und die fremde Situation im Krankenhaus.

Ein 16jähriger Junge, von jeher empfindlich, eigensinnig, vorlaut, schwer erziehbar und ungesellig, erkrankte an einer Endocarditis mit mittleren Temperaturen. Im Verlauf

der Erkrankung wird die Behandlung dadurch äußerst schwierig, daß der Patient immer störrischer und widersetzlicher wird. In der medizinischen Klinik zeigt er einen hochgradigen Negativismus, tut stets das Gegenteil von dem, was verlangt wird, ist steif in seiner Mimik, schnippisch abweisend, zeitweise stuporös. Mitunter scheint er völlig klar und besonnen, dann wieder leicht dösig. Nach einigen Tagen wird er von den Eltern heimgeholt. Nach Wochen stellt er sich geheilt vor. Er ist noch immer eigenartig, unausgeglichen, vorlaut, altklug, eigenwillig, berichtet aber im übrigen bereitwillig und einsichtig von seiner Erkrankung. Er glaubte in der Klinik auf Reisen in einem Hotel zu sein, hielt die Ärzte für Kellner, war zeitweise ängstlich. Als man ihn ins Röntgenzimmer brachte, fürchtete er, in ein Loch geschmissen zu werden. Er erinnert sich an sein negativistisches Verhalten wohl, er habe sich so benommen, weil er ständig eine Stimme hörte, die ihm sagte: „Tu das Gegenteil“. Keine sicheren Angaben über die Art und Lokalisation der „Stimme“: sie sei wohl im Ohr oder im Kopf gewesen. Er habe tun müssen, was sie ihm sagte.

Für die Auffassung befehlsautomatisch oder auch spontan eingenommener kataleptischer Haltungen ist wiederum eine Beobachtung an Parkinson-Kranken von Bedeutung, welche berichten, daß Spannungszustände und vertrackte Stellungen, in welche sie beim Steckenbleiben auf dem Wege zu Handlungen geraten, nicht zur Selbstwahrnehmung gelangen. Analog berichtet BERZE von der Äußerung eines „hochgebildeten und psychologisch geschulten, an Hypophrenie leidenden Arztes“, die folgendermaßen lautet: „Es geschieht dies (s. das kataleptische Verhalten) ohne daß ein Leiden oder auch nur eine Selbstwahrnehmung davon bestünde. Man merkt nicht, daß in einem etwas Absonderliches vorgeht. Man merkt z. B. nicht, daß die Anfangsstellung, in der man stehen geblieben ist, etwas Ungewöhnliches ist“. BERZE meint, die Annahme dränge sich auf, daß das Stehenbleiben als Folge des Nichtmerkens anzusehen sei und folgert, daß das Nichtzustandekommen oder Wirkungslosbleiben der aufhebenden Intention die wesentliche Ursache der kataleptischen Haltungen sei, die „dem Trägheitsprinzip entsprechend“ beharren. Das identische Verhalten beim akinetischen Encephaliker zeigt einmal, daß über diese Intentionsarmut hinaus eine pathologisch veränderte Funktionsweise des motorischen Systems auch bei der Katatonie wahrscheinlich ist. Es beweist aber ferner, daß eine Störung des aktuellen Bewußtseins im Sinne einer Trübung oder Einengung (K. VOIGT, SOMMER) aus der mangelnden Selbstwahrnehmung bzw. den Haltungsstereotypen nicht erschlossen werden kann.

Daß die *Echosymptome*, Echopraxie und Echolalie, im klinischen Bilde eine bedeutende Rolle spielen, ist selten geworden, seitdem man die schematischen Prüfungen KRAEPELINS vermeidet und die Ausbildung imitatorischer Gewohnheiten in den Anstalten durch Ablenkung und Arbeit bekämpft. Trotzdem sieht man bei frischen Katatonien nicht selten einzelne echolalische und echo-praktische Reaktionen. Vor der Festlegung auf eine geistige Haltung, auf eine stereotype Redeweise oder Manier entläßt sich der Bewegungsüberschuß in solcher Weise.

Wir nähern uns damit den Bildern *katatoner Erregungen*, deren Mannigfaltigkeit ordnenden Gesichtspunkten große Schwierigkeiten macht. Ein Einteilungsversuch im Anschluß an KLEISTS Gruppierung wurde oben (S. 351) gegeben. Er zeigt, was bei den akinetischen Symptomen nicht so deutlich zu machen ist, wie eng die ganze katatone Symptomatik mit den anderen schizophrenen Phänomenen verknüpft ist. Wesentlich enger ist naturgemäß die Zusammengehörigkeit von akinetischen und hyperkinetischen Symptomen. Wir beobachten zwar bei manchen vorwiegend hebephrenen Bildern leichte und meist nur kurzdauernde stuporartige Zustände, ohne daß es innerhalb längerer Zeit zu *Erregungen* kommt; es gibt ferner ein Versinken in stuporöse Indolenz, die nach kurz dauernder initialer Erregung durch ein ganzes Leben fortbestehen kann; und umgekehrt kommt es zu kurzdauernden Erregungen z. B. im Verlauf halluzinatorischer Psychosen oder bei ratloser Zerfahrenheit,

ohne daß akinetische Züge in Erscheinung treten. Aber gerade die letzten Zustandsbilder sind vielfach recht uncharakteristisch und das eigentlich kennzeichnende der katatonen *Erregungen* sind die *Beimischungen aus dem akinetischen Bilde*: Starre, Gebundenheit, Einförmigkeit, Beschränkung auf motorische Teilgebiete, Schematismus trotz des Antriebsübermaßes.

Die beiden folgenden Krankengeschichten zeigen, wie die dem Stupor vorausgehende Erregung schon eine Reihe der akinetischen Bestandteile aufweist. Die erste mit hebephrenen Vorstadium bietet dann ein rein katatones Bild; die zweite mit paranoid-halluzinatorischem Beginn halluziniert anfangs auch noch in der Erregung, bis die katatonen Symptome das Bild völlig beherrschen:

*Hirsch Seisel*, (99/66) geb. 1875. Die Mutter soll geistig nicht normal, seine Schwester aufgeregt sein. S. war von Haus aus gut begabt, war als Kaufmann in verschiedenen Stellen immer nur kurz tätig, führte zuletzt ein leichtsinniges Leben und trank. Seit 4 Jahren ist er zu Hause, lungert viel herum, stiert ins Leere, klagt über Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen, über Schmerzen im ganzen Körper.

Am 9. 5. 1899 wird er in die Heidelberger Klinik gebracht, weil er seine Eltern mit einem Beil bedroht hatte. Hier ist er zunächst besonnen, geordnet, gibt selbst seine Anamnese. Bei längerem Sprechen werden seine Angaben unsicher. Die Pupillen sind verzogen, die Reflexe lebhaft. Echolalie und Echopraxie sind ausgesprochen. Der Kranke sagt selbst, daß er zwangsmäßig alles machen müsse. Über Halluzinationen macht er spärliche Angaben. Vorübergehend erfolgt eine erregte Reaktion auf die Einverbringung in die Klinik. Dann wird das Krankheitsbild beherrscht durch Manieren der Haltung und Bewegung. Der Kranke sitzt in steifer Haltung da, steht stramm, marschiert stundenlang militärisch herum, führt laute, unzusammenhängende Reden, macht pendelnde Handbewegungen, grinst. Gelegentlich ist er gereizt, aber leicht zu beruhigen. Ab und zu tritt eine depressive Komponente hinzu, der Kranke bezichtigt sich angeblicher Kleiderdiebstähle, hat Angst sterben zu müssen. Auffallend ist die enorme Echopraxie; Katalepsie ist angedeutet. Dann verfällt der Kranke in einen schlaffen, negativistischen Stupor, liegt unter der Bettdecke, hat Mund und Augen krampfhaft geschlossen und spricht kein Wort. Zwischenhinein ist er erregt, droht, verbigeriert sinnlose Silben, bringt Wortneubildungen vor, dann ist er wieder negativistisch stuporös. Beim Besuch des Vaters unterbricht er seinen Stupor. Ein Entlassungsversuch mißglückt. Wegen Gewalttätigkeit wird der Kranke schon am nächsten Tag wieder gebracht. In der Folgezeit wechseln Stupor und sinnlose motorische Erregung stundenweise miteinander ab, oft in ganz plötzlichem Wechsel. Im Stupor besteht oft Pupillendifferenz. In typisch negativistischer Weise entleert der Kranke seine Bedürfnisse ins Bett, nachdem er sie vorher auf dem Klosett zurückgehalten hat.

Der Kranke wird dann in die Pflegeanstalt überführt, die stuporösen Symptome nehmen immer noch an Intensivität und Umfang zu.

S. liegt ganz steif im Bett unter der Decke, alle Muskeln sind gespannt, die Augen fest zugekniffen, die Lippen in typischer Schnauzkrampfstellung, er reagiert in keiner Weise auf Nadelstich, setzt passiven Bewegungen starken negativistischen Widerstand entgegen, läßt seine Entleerungen ins Bett, beachtet dabei sehr gut seine Umgebung. Dieser Zustand dauert fast  $\frac{3}{4}$  Jahr, wird dann periodisch durch läppisch heitere, von massenhaften Stereotypen begleitete oder triebartig gewalttätige Erregungszustände, oft auch von wochenlanger Dauer, unterbrochen. 1904 wird zum 1. Male schwere, hochfieberige Lungentuberkulose erwähnt. Der Kranke wird zunehmend elender und ist meist ganz stuporös. Am 27. 2. 1905, etwa 6 Jahre nach dem Beginn der manifesten Psychose, stirbt er an Tuberkulose.

*Elisabeth Stern* (02/157) geb. 1877, Volksschulbildung, Dienstmädchen, dann Gouvernante in der Schweiz und in Algier. Krankheitsbeginn nicht ganz sicher zu bestimmen. Schickte 6 Wochen vor der Aufnahme plötzlich ein Telegramm mit der Bitte um Nachricht von den Eltern, schrieb dann noch einige konfuse Briefe nach Hause. Vor 10 Tagen brach in Algier eine schwere Erregung aus, worauf man sie in eine dortige Anstalt brachte. Darauf kehrte sie nach Deutschland zurück. Bei der Aufnahme in die Heidelberger Klinik am 2. 12. 1902 ist sie bis zu einem gewissen Grade zugänglich, klammert sich ängstlich an den Bruder an mit den Worten: „Ich will dich heiraten, du bist mein Bräutigam“. Vor dem Aufnahmebad hat sie große Angst, verkennt Personen, hört Stimmen, äußert massenhaft körperliche Beeinflussungsgefühle: in die Zähne ist eine Maschine eingesetzt, mit der man ihr das Sprechen verbieten will, an den Seiten und in der Brust macht eine Maschine Schmerzen, in die Augen ist Gift gespritzt worden, der Arzt hat in der Tasche einen Magneten, mit dem er ihr das Blut abziehen will, den

Weg von Algier nach Deutschland hat sie in einem steinernen Mantel zurückgelegt, der von oben über sie gegossen worden ist. All das bringt sie in maniertem Französisch vor, drapiert sich phantastisch, singt, deklamiert, geht in fremde Betten, neckt andere Kranke, sitzt aufrecht im Bett, mit einem Turban auf dem Kopf, beklagt sich über die Maschine, grimassiert massenhaft, lacht und singt „völlig affektlos“, wird gegen andere Kranke gewalttätig. Gegen ihre Verwandten ist sie beim Besuch ganz ablehnend, wirft der Mutter Vergiftungsabsichten vor, eine andere Kranke umarmt sie plötzlich mit den Worten: „Du bist mein lieber Mann“.

Das manirierte Wesen wird in den nächsten Wochen immer ausgesprochener. Die Kranke grimassiert fortgesetzt, bläst die Backen auf, schreitet in kerzengrader Haltung mit Würde einher, nimmt alle Gegenstände des Zimmers genau in Augenschein, spricht ein affektiertes Deutsch mit eingestreuten französischen Brocken, schimpft über die Behandlung, über Beeinflussungen und Sensationen. Um ihre Umgebung kümmert sie sich gar nicht, ist unwirsch und ablehnend. Spricht dann eine Zeitlang nur französisch, „da die Deutschen doch nicht in den Himmel kommen“, hält Zwiegespräche mit dem lieben Gott, der ihr Zeichen vom Himmel schickt und sie mit „liebe Tochter“ anredet, fühlt sich von den Katholiken im Haus beeinträchtigt und bedroht. Jeden Tag erscheint ein Engel bei ihr, um ihre Befehle entgegenzunehmen, sie hat Verkehr mit Calvin, Ludwig XV., Napoleon I., sie sieht dieselben bisweilen am Himmel in Lebensgröße. Die Seele der Jungfrau Maria wohnt in ihr, da sie die einzige Christin im Hause ist; sie glaubt zu beobachten, daß einzelne Personen ihrer Umgebung aus mehreren zusammengesetzt sind. Auch ihre Körperteile sind gestohlen, ihr Kopf ist der von einem Herrn X, die Beine stammen von einem Herrn Y. Dabei drapiert sie sich und grimassiert, bietet einen Schnauzkrampf „in optima forma“.

So kommt sie am 26. 3. 1903 in die Anstalt E.

Von dort wird erwähnt: leichte Wortverwirrtheit, maniertes Zwitschern, erotisches Lächeln, stereotype Neologismen z. B. Sir, sir, sir, sir, zi, zi, zi, zi, zi usw. Französische und arabische Worte mehr oder weniger entstellt. Dabei sehr ungeordnetes Benehmen, bringt das Bett durcheinander, zerreißt ihre Kleider. Im Mai 1904 wird sie gehemmt, stumm, versunken, läßt den Speichel fließen, hockt zusammengekauert da, verharrt in der ihr passiv gegebenen Stellung. Nur noch ab und zu ist sie erregt. Im September liegt sie in tiefem, katatonen Stupor mit vornübergeneigtem Kopf in stereotyper Haltung im Bett, die Hand auf dem Scheitel haltend, ganz stumm; sie muß mit dem Löffel ernährt werden, ist dabei sehr stark negativistisch. Im Oktober wacht sie langsam auf, fängt an, sich wieder selbst zu besorgen, hält sich halb liegend in sonderbaren Stellungen im Bett, wehrt sich gegen alle wegen einer tuberkulösen Lungen- und Gelenkerkrankung verordneten ärztlichen Maßnahmen, starrt unbeweglich auf einen Punkt; sie wird dann wieder ganz stuporös, mit starken Muskelspannungen und stirbt nach schwerem, körperlichen Verfall am 12. 1. 1905.

Geht der Stupor voraus und wird er, wie das häufig vorkommt, von der Erregung ganz plötzlich abgelöst, so werden erst recht die negativistischen, stereotypen usw. Züge in der Erregung nicht vermißt.

Gegenüber der Neigung zur Gleichförmigkeit und Wiederholung charakterisiert den plötzlichen Erregungsausbruch aus Stupor oder indolentem Vegetieren die *Impulsivität*. Der anscheinend regungslose, völlig gebundene Kranke springt ganz plötzlich aus dem Bett, bewegt sich frei und ungezwungen, zerschlägt eine Fensterscheibe, ohrfeigt den Bettnachbar, versucht sich aufzuhängen usw. Er kehrt in seine frühere Stellung zurück, als ob nichts geschehen wäre. Diese impulsiven Attacken erfolgen sicher häufig unter halluzinatorischen Einflüssen, sie wirken außerdem im unmittelbaren Eindruck vielfach als Entladungen aufgespeicherter Affekte. In ihrem motorischen Ablauf zeigen sie meist gar nichts Abnormes, sie sind zielstrebig und ausdrucksadäquat. Je länger dagegen die den Stupor unterbrechenden erregten Phasen andauern, umso deutlicher tritt auch im Motorischen ihre katatone Natur hervor.

Der ständige Wechsel von Stupor und Erregung, in regelmäßigen Abständen oder aber auch ganz unregelmäßig, mitunter in Abhängigkeit von der Menstruation, in anderen Fällen anscheinend psycho-reaktiv beeinflusst: dies ist ja erst das klassische Bild der katatonen Schizophrenie. Die Durchsicht einer größeren Reihe solcher in mehr oder weniger regelmäßigen Perioden schwankender Fälle ergibt fast stets auch das Vorkommen von unausgesprochenen, *farblosen Zwischenzuständen*: leerem, gleichgültigem Hindämmern oder halluzinatorischer

Gebundenheit mit Neigung zu Gereiztheit bei relativ geordnetem Verhalten. Bald herrschen diese Zwischenphasen vor, bald der Stupor, bald die Erregung, irgendeine durchgängige Regelmäßigkeit oder gar gesetzmäßige Abhängigkeit dieses Wechsels ist bisher nicht bekannt.

Um die *Mannigfaltigkeit der Erregungsformen* zu charakterisieren, geben wir im folgenden eine Reihe von Krankengeschichten-Bruchstücke wieder, die einen Teil der Möglichkeiten vermitteln sollen:

(12/29). Seit 4 Wochen mehrfach schwere Erregungszustände, meist reaktiv ausgelöst, der erste angeblich nach einem sexuellen Angriff. Ferner Anfälle von Bewußtlosigkeit ohne Krämpfe. Unmittelbar nach der Aufnahme in die Klinik wilde Erregung, die sich am folgenden Tag wiederholt: Den ganzen Tag über große motorische Unruhe. Läuft immerzu förmlich getrieben in den Sälen herum, immer nur kurze Momente im Bett, dann sofort wieder heraus. Kein Ziel. Rastlos. Keine Angst. Aber in den ununterbrochen aber zusammenhanglos vorgebrachten Beschwerden ein bald nörgelig-gereizter, bald unglücklicher, unzufriedener Ton. Zeitweise richtiges zorniges Hinausschreien und Wiederholung irgendeiner belanglosen Wortzusammenstellung; oft ganz theatralisch anmutende Exacerbationen ihres Jammerns. Ganz die Art eines Menschen, der seinen Affekt vor allem gegen sich selber richtet oder der überhaupt nicht recht weiß, was er will. Mit der Umgebung beschäftigt sie sich nun in ganz impulsiven Ausbrüchen. Dann schreit sie plötzlich kreischend „ruhig da“, wenn eine Kranke spricht, oder wirft sie eine Pflegerin zur Seite oder aber tritt sie z. B., als sie ins Bad gebracht wird, einer anderen in der Wanne liegenden Kranken mit einem sehr heftigen, zum Glück abgleitenden Tritt, auf den Bauch. Ganz explosiv, mit der Aufmerksamkeit sofort wieder bei etwas anderem. Dann wieder schreit sie in dem kreischenden Zorn eines kleinen Kindes, sie wolle Wasser haben, sie wolle Kleider haben. Ganz unberechenbar, in jedem Moment anders. Dabei doch, namentlich durch den Arzt, für den Moment zu beruhigen; aber auch nur für den Moment, in dem man bei ihr steht. Eine ihrer impulsiven Handlungen ist z. B. das Verlangen eines Spiegels; als die anderen Kranken lachten, schreit sie diese mit halb weinerlichem, halb ärgerlichem Kreischen an: „so lacht doch nicht, Ihr“. Oder rennt sie beim Auf- und Zumachen einer Türe wild dagegen, „aufgelaßt da“ oder „zugelaßt da“; irgendeinen überlegten und durchgeführten Zweck verbindet sie nicht damit.

Ihre spontanen Reden, die ihr Hin- und Herrennen begleiten, sind ziemlich einförmig: „Der Matz (abgekürzt Matthias, Name des Mannes) ist da — ich weiß — gelt — er soll doch kommen — wo ist die Hütt — der Matz weiß es ganz genau — der wird mich holen — bis  $\frac{1}{2}$  6 Uhr bleibe ich — auf Aßweiler fahren — er hat keine Ahnung — ich will den Mann doch gleich sehen — und ich denk gar nicht — und den Finger gar nicht — wer seid ihr denn — mein Mann, meine Mutter — mein Mann weiß es ganz genau — dableiben — ich weiß alles — ja was denkt ihr denn — es ist eine große Schand — die Frau kenne ich — da bleiben sie — nein gar nicht — der Matz und meine Mama — ich will den Rock ja sofort — gehen sie raus — nein gar nichts“.

Der Art ihrer Reden nach könnte man fast ab und zu an Unterbrechung durch Halluzinationen denken, — sehr wahrscheinlich ist es aber nicht.

Regelrechtes Ausfragen unmöglich. Paßt gar nicht auf, dagegen bekommt man ab und zu auf ganz abrupt und wahllos an sie gerichtete Fragen eine sinngemäße, korrekte, rasch gegebene Antwort: ihr Mann sei Hüttenarbeiter, sie sei seit 4 Monaten verheiratet, 1894 geboren, jetzt schreibe man 1912.

(11/292) Periodisch, meist menstruell auftretende Erregung, seit 11 Jahren bestehend, jetzt zum ersten Male in die Klinik aufgenommen in einem Zustand gespannt-lauernder Unzugänglichkeit, 5 Tage nach der Aufnahme: Nachts plötzlich Erregungszustand. Außer Bett. Keine sehr große motorische Unruhe. Tritt auf einem Fleck, macht Gesten, Kniebeugen, beschwörende Pantomimen gegen die Wand. Redet dabei ununterbrochen in schreiendem, heftigem Ton. Was sie sagt, ist ganz unverständlich. Es scheint an sich ohne Zusammenhang zu sein, zudem redet sie in einem Dialekt, der absolut nicht zu verstehen ist. Nicht zu fixieren; von Fragen nimmt sie gar keine Notiz und wenn man sie berührt, festhält usw. wird sie gewalttätig. Von sich aus bezieht sie in ihrem Handeln und Reden die Umgebung nicht mit ein. Schlaf auf Hyoscin.

Am anderen Morgen verstärkte Erregung. Ganz wild und getrieben-echauffiert, schlägt um sich, reißt das Hemd vom Leib, brüllt, ganz unverständlich, Angst im Blick. Hat Blut im Mund, woher, läßt sich nicht feststellen. Nichts Zielstrebiges bei den Gewalttätigkeiten, beachtet die Umgebung nur, soweit sie ihr in den Weg kommt.

Am folgenden Tag: keine ganz wilde Erregung mehr, aber nicht wieder Zustand, wie zu Anfang. Im Bad: Immer in Bewegung, spritzt, steigt zu anderen in die Wanne. Murmelt vor sich hin, was, versteht man nicht. Keine Angst mehr, aber doch dysphorisch. Allerdings fängt sie mitten in ihrem Wursteln auch an, einige Sekunden lang einen Walzer zu summen

und den Tanz anzudeuten. Einheitlich zieht sich durch die verschiedenen Zustände durch, daß sie niemals zu fixieren ist, daß man nie eine Antwort erhält, und daß man nie versteht, was sie redet.

Einige Tage später versank die Kranke in tiefen Stupor.

Während solche Zustände in ihrer ungeheuren Brutalität rein vitalen Entladungen zu vergleichen sind, zeigt der folgende Fall eine gewisse Ausformung der katatonen Automatismen aus der wahnhaften Situation:

(19/318). Bei einem körperlich viel kränklichen, überdurchschnittlich begabten jungen Menschen mit künstlerischen Neigungen allmählich zunehmende Anpassungsunfähigkeit; immer sonderbarer in Haltung und Lebensführung. Mit 16 Jahren erster Erregungszustand. Danach relativ geordnet. 3 Jahre später tanzte er plötzlich auf der Straße, sang und deklamierte. In der Klinik steht im Vordergrund der Bilder die pathetische Getragenheit seiner Gesten und Reden. Mit zurückgeworfenem Kopf, ein kühl-überlegenes Lächeln auf den Zügen, berichtet er dem Arzt einiges von seinen inneren Vorgängen. Aber schon in den folgenden Nächten schreit er plötzlich los, eilt durch die Zimmer, zieht den anderen Kranken die Decke fort, weckt sie auf. Der Arzt findet ihn mit großartiger Geste deklamierend, plötzlich schlägt er auf die Pfleger los, widerstrebt in sinnloser Wut, als er injiziert wird; ein andermal scheint ihm das völlig gleichgültig. Es entwickeln sich zahlreiche Bewegungstereotypen: langsames Hin- und Herfahren mit Armen und Beinen; er starrt ins Leere, wie traumversunken, haut plötzlich einem Kranken ins Gesicht, dreht sich mit dem ganzen Körper, stehend mit ausgebreiteten Armen in die merkwürdigsten Haltungen. Im ganzen Bild sehr viel Theatralik. Dazwischen aber unmotiviertes Plärren und Brüllen, wildes Strampeln und feierliches Gestikulieren. Stundenlang hält er Haltungen fest, mit der Begründung, daß auf diese Weise wichtige Verbindungen mit großen Menschen, Erlösung des Körpers vom Geist usw., erzielt werde, wie er überhaupt das ganze Bewegungsspiel zu buddhistischen Versenkungsübungen zu Beziehung setzt.

Noch schöner zeigte die sinnvolle Durchformung katatoner Antriebe ein Fall von STORCH, der auch die Nachträglichkeit der Sinndurchdringung ganz präzise beschreibt:

„Der Fall bietet auch von einer anderen Seite Interesse, weil die katatonen Bewegungen des jungen Kranken sich durch Wochen hindurch in nahezu einheitlicher Weise sinnvoll determiniert erwiesen. Wenn er auf Gegenstände oder auf den eigenen Körper schlägt, wenn er die Arme ausbreitet und allerlei seltsame Turnübungen macht, wenn er in steifer Haltung im Bett liegt und den Speichel fließen läßt, so dienen alle diese Bewegungen, die er immer wieder in neuen Wendungen wiederholt, der Wiederherstellung des irgendwie gestörten Energiegleichgewichts im All. Der Sinn ist ihm während der Handlung nicht sogleich bewußt, *„erst muß man es tun, dann kommt die Klarheit, zuerst ist es etwas dunkel, erst zieht es mich dazu, während der Handlung wird es mir bewußt“*. *„Zuerst fühlt man's, dann erkennt man's“*. Er hat das Gefühl, in einem „Strom“ darin zu stehen. Von allen Seiten, „vom Licht, von den Menschen, vom All“ strömt ihm Energie zu, bei all seinem Denken und Fühlen geht ein „Kraftstrom“ von ihm aus. Er ist mit allem verbunden, „schwingt mit dem All mit“. Eine einzelne Szene mag dies Erleben noch näher veranschaulichen. Er liegt in Schräglinie im Bett, die Hände steif an den Rumpf gepreßt, speichelnd, fortwährend die Augen öffnend und wieder schließend. Auf Fragen äußert er, es sei *„die beste Lage für die Kräfteverteilung, der kürzeste Weg“*. Es werde ihm innerlich heiß, es spanne, wenn er keinen Ausgleich schaffe. Die Diagonale sei die Richtung von der Wärme zur Kälte. Zeigt schräg vor sich (zum Fenster) das sei die Kälte, (zur Heizung) das sei die Wärme. So komme eine gleichmäßige Verteilung von Energie zustande. *„Das zieht mich einfach ganz magnetisch“*. Die Wärme sei auch der heilige Geist, die Kälte auch Gemütsarmut, die Wärme sei auch Liebe; Kälte und Wärme seien trotz des Gegensatzes eine Einheit, weil sie aus der Quelle kommen. Ein andermal, als er wieder in der Diagonale liegt, meint er: *„Die Ecke dort, da ist doch der Sonnenaufgang, da zieht's mich hin, die Sonne ist doch Licht und Leben. Ich habe zu viel Wärme, zu viel Liebe, so verteilt es sich am besten, es flutet in die ganze Welt hinaus. Wenn ich lässiger würde, müßte es einen Umweg machen, im Zickzack. Ich möchte allen von der Wärme geben, von der Freude.“* Über das Speicheln meint er, er habe *„den Dreck der ganzen Welt durch die Nase aufgezogen und dadurch die Welt befreit“*. *„Der Dreck war das Unreine, der Tod“*. Über das Zwinkern mit den Augenlidern gibt er an: *„Ich helfe dem Herrgott, dadurch schleudere ich Blitze, es geht nicht anders, als daß man das Gemeine totschießt. Ich bin vom Herrgott zum Blitzverteiler bestimmt. Ich helfe Gott das Licht richtig verteilen“*.

Wie wenig andererseits bestimmte religiöse Inhalte, Versündigungsgedanken usw., den Ausdruck des katatonen Verhaltens zu bestimmen brauchen, zeigt die folgende Schilderung:

*Frieda Fauler* (13/34) geb. 1892. Die Mutter der Kranken hat im akuten schizophrenen Schub einen Mordversuch an einem Pflegekind verübt. Sie selbst war unauffällig bis 1912, wurde damals auffallend religiös, Beziehungen zu Sektierern, betete viel; berichtete im September 1912 über eine Verfolgung auf der Bahnfahrt. Seitdem vielfach Selbstbeschuldigungen wegen sexueller Verfehlungen. Seit Januar 1913 schlaflos, las viel in der Bibel. Am 4. 2. kam sie nicht zur Arbeit. Die Dienstherrschaft brach das Zimmer auf, fand sie regungslos, schweißgebadet, die geballten Fäuste nach oben gestreckt, Blick starr zur Wand, Zähne aufeinander gepreßt. Keine Reaktion auf Anruf. So lag sie 6 Stunden; dann drehte sie den Kopf, gab aber keinen Laut, blieb steif wie ein Brett, war nicht anzuziehen. Plötzlich stand sie auf, wie wenn nichts geschehen wäre. Ihr erstes Wort war: „Ich muß doch an mein Geschäft“. Auf alle Fragen antwortete sie mit ja. Dann aß sie tüchtig und ging ruhig mit in die Klinik.

Aus der Krankengeschichte (7—12. 2. 1913):

Sitzt morgens bei der Visite steif im Bett, mit großen offenen Augen; Gesichtszüge etwas angespannt, Stirne gerunzelt. Es sieht aus, als versuche sie, über irgend etwas ins Klare zu kommen, könne sich aber nicht zurechtfinden. Auf die Frage, warum sie sich gestern so herumgeworfen habe, wiederholt sie mehrmals in einförmigem Ton: „Ich dachte, ich wäre gestorben“. Sonst keine Auskunft. Reicht die Hand, fixiert den Arzt. Der ganze Zustand macht einen merkwürdigen etwas gewollten Eindruck. Nach Angabe der anderen Kranken hat Patientin bis zum Kommen der Visite gebetet und gesungen, war recht laut. Eine Stunde später wird der Arzt wieder zu Patientin gerufen. Sie wälzt sich, ähnlich wie am Tage zuvor, wild auf dem Korridor, schlägt bald hier, bald dort gegen die Wände (nie sehr heftig!) Stößt dazu ein einförmiges, lautes, unartikuliertes Geschrei aus, das nur selten pausiert. Keine Zuckungen in den Gliedern; die Bewegungen bestehen in einem zuweilen ruckhaften, zuweilen kontinuierlichen Hin- und Herwerfen des ganzen Körpers. Die Augen sind geöffnet, die Pupillen reagieren auf Licht. Der Gesichtsausdruck ist starr und angespannt, das Gesicht lebhaft gerötet. Der Atem geht sehr rasch. Auf energisches Anrufen hin hören die wilden Bewegungen fast plötzlich auf, der Körper liegt still, zusammengezogen, mit angespannten Muskeln. Beim Versuch, die Kranke an den Armen aufzuheben und zum Stehen zu bringen, bleibt jedes Glied in der gleichen Stellung, die Kranke leistet aber dem Versuch, sie hinzustellen, passiven Widerstand. Läßt sich wieder hinfallen, das Herumwälzen beginnt von neuem, das Schreien hat aufgehört. Nach abermaliger Aufforderung liegt Patientin wieder still; es gelingt jetzt, sie durch Befehle dahin zu bringen, daß sie aufsteht und in unauffälliger Weise mit gesenktem Kopf zu ihrem Bett geht. Sie wirft sich hinein, zieht die Decke über den Kopf, spricht nichts. Erneuter Beginn des Herumwälzens, als noch ein Arzt dazukommt. Doch sind die Körperbewegungen jetzt weit weniger heftig und ausgiebig. Liegt dann still, wieder mit stark angespannter Muskulatur, so daß man den ganzen Körper wie einen leblosen Gegenstand hin- und herrollen kann. Augen geöffnet, fixieren zeitweise den, der am Bett steht, wenn Patientin sich nicht gerade unter die Decke verkrochen hat.

Auf die unruhige Abteilung verbracht, klammert sie sich mit beiden Händen an den Arm einer Pflegerin, schaut angstvoll um sich. Sie wird einige Momente lang beobachtet, da die Ärzte mit einer anderen Kranken, die sich in einem katatonischen Erregungszustand befindet und nur mit einem Leintuch bedeckt am Boden liegt, beschäftigt sind. Plötzlich kniet Fräulein F. mit gefalteten Händen und ernst-verzücktem Gesichtsausdruck, vorgebeugt, neben der Kranken nieder, sie starr ansehend und beginnt mit lauter Stimme „Befiehl Du Deine Wege“ zu singen. Sie läßt sich durch keinerlei Vorgänge auf der Abteilung, auch in ihrer nächsten Umgebung, stören, singt hintereinander mit größter Inbrunst sämtliche Verse des Liedes, mit gespanntem, wie flehendem Ausdruck die andere anschauend, die ihrerseits mit halb erstauntem, halb gleichgültig-betrachtendem Gesicht zu ihr hinsieht, während sie zugleich sich von den sie festhaltenden Pflegerinnen frei zu machen sucht. Als Fräulein F. ihr Lied beendet hat, beginnt sie einen neuen Choral, beugt sich dabei immer weiter vor zum Gesicht der Patientin und beginnt plötzlich sie aufs leidenschaftlichste immer wieder und wieder zu küssen, dazwischen immer lauter in ihrem Gesang fortfahrend. Fräulein B. erwidert gleiches mit gleichem, beide Mädchen sind in eine Gruppe am Boden verschmolzen, die eine knieend, die andere liegend und festgehalten, in höchster Ekstase einander mit Küssen bedeckend.

In der folgenden Nacht sehr unruhig. Sitzt zusammengekauert, mit um die Knie gefalteten Händen laut betend am Boden, beugt sich immer weiter vor, bis sie kopfüber einen Purzelbaum schlägt; kommt wieder in derselben Stellung zum Sitzen und betet ungestört weiter.

Diese Purzelbäume wiederholt sie noch oft. Zu anderer Zeit findet man sie in einer Zimmerecke unter ihrer Matratze. Was sie auch tut, beten tut sie immer, meist aus einem Gebetbuch. Sie leiert mit halblauter Stimme rasch immer dieselben Gebete und Lieder herunter. Dazwischen kommt es vor, daß sie aus ihrer ziemlich indifferenten Stimmung in natürlich erscheinendem Kummer davon spricht, daß sie „mit ihren Gebeten auf gar



keinen Grund kommt“, daß es „immer in ein Loch geht“. Oder aber bricht sie in verzweifelter Schluchzen aus, sie habe ihren Herrn Jesus verraten, dreimal habe sie ihn verraten und sie habe doch versprochen, ihm treu zu bleiben.

In der Nacht wieder ganz eigenartige Erregungszustände. Fängt plötzlich an zu schreien; ganz laut und rhythmisch hu-hu-hu-, dann ein gellendes lololo, lololo. Dann wirft sie sich auf dem Boden herum, streckt sich lang aus, hebt einmal das linke, dann das rechte Bein in die Höhe, dann wirft sie sich quer über ein Bodenbett, reckt sie Arme steif nach hinten, schlägt erst das Gesicht, dann die Seiten des Kopfes auf den Boden auf, letzteres wesentlich energischer als das erstere. Zwischenrein springt sie auf und bollert mit Kopf und Armen gegen die Wände.

Am Morgen des 9. 2. ruhig. Blaue Mäler an Kopf und Armen. Bittet gänzlich natürlich, verlegen, lächelnd den Doktor um ein Schlafmittel. Sei in der Nacht nicht zur Ruhe gekommen. Erinnerung an die Erregung und ihr Verhalten: „warten sie, ich weiß — das Denken geht nur etwas langsam“. Motiviert ihr Verhalten auf Fragen damit, daß sie böse war. Kaum ist sie aber dabei angelangt, so verliert sie die scheinbare Natürlichkeit und Einsicht wieder und jammert wieder im alten Ton, daß sie gesündigt habe, den Heiland verriet, der Doktor solle für sie beten usw. Ob sie halluziniert oder halluzinierte, bleibt unklar, sie antwortet so unbestimmt, daß nichts damit anzufangen ist.

10. 2. Liegt im Bett, starrt ihre Decke an, wiederholt monoton: „Weiß, weiß, weiß“. Auf Fragen, warum sie das sage, erklärt sie, sie wolle weiß werden, habe gesündigt, wolle zum Heiland. Gefragt, ob sie Stimmen höre, bejaht sie das (Laute oder leise?) „Laut, laut, laut und leise, leise“. Dann wieder: „Gelb, gelb, schwarz, weiß und gelb, schwarz-weiß, weiß und schwarz“ usw. ganz monoton. Eine Stunde später liegt sie ruhig im Bett, reagiert auf Anreden nicht.

11. 2. Befolgt befehls-automatisch jede Aufforderung: hebt die Hände in die Höhe, geht vorwärts, bleibt stehen, kniet nieder, wie man es ihr befiehlt. Als eine andere Kranke von ihr verlangt, sie solle ihr sofort 2 Küsse geben, tut sie das ohne Zögern, als wäre es selbstverständlich. Dabei geringes Mienenspiel, ernster, etwas erstaunter Gesichtsausdruck. Steht viel im Zimmer herum, wie wenn sie nicht recht wüßte, was sie tun sollte; beginnt sie einmal zu sprechen, so geschieht das rasch, maschinenmäßig. Der Inhalt ist immer, daß sie böse gewesen sei, gesündigt habe usw. Wehrt sich, wenn man sie in ihr Bett bringen will.

12. 2. Heute eine Art Raptus. Springt auf, klammert sich an die Ärzte an. Sie sei zu schlecht zum Sterben. Der liebe Heiland könne sie so nicht brauchen. Die Ärzte seien die Jünger Jesu; man solle ihr ihre Namen auf ein Zettelchen schreiben. Sie sei so schlecht, daß sie nicht einmal mehr weinen könne. So hartherzig bin ich, daß ich mit niemand Mitleid hab; „die ganze Welt leidet und ich lach darüber“. Sie wolle doch in den Himmel. Bis jetzt sei sie so faul gewesen; sie habe im Bett gelegen, ohne daß ihr etwas fehlte. „Nicht einmal gebetet habe ich und dabei sage ich, mein Glaub ist meines Lebens Ruh“.

Bringt alles hastig, getrieben, jammern, sehr ängstlich vor. Läßt die Ärzte gar nicht los. Merkwürdig ist dabei, daß sie nicht weint, ja, daß das Gesicht bei alledem ein fast merkwürdiges Lächeln behält. Aus dem Zustande heraus stellt sie sich sofort auf das Befolgen von Aufforderungen ein: hebt die Arme hoch usw., dann jammert sie weiter: „mit mir kann man alles machen, was man will“. „Ich bin in allem schuldig und will immer die Unschuldige sein“.

Bis zur Überführung in die Anstalt am 19. 4. 1915 unverändert.

Wir stellen schließlich dieser Krankengeschichte die Schilderung einer Hyperkinese von KLEIST gegenüber; seine durchaus anders orientierte Darstellungsweise zeigt die verschiedene Anschaulichkeit solcher Berichte. Es muß sich erst noch zeigen, ob der *Film* zu einer objektiven Wiedergabe führt und die geeignete Methode zur Verständigung sein wird. Wo Ausdrucksmäßiges überall so stark hineinspielt wie bei den katatonen Hyperkinesen ist es für den Kliniker vorläufig noch immer der klarste Weg, dem Ausdruck zu folgen, soweit er erkennbar und eindeutig ist und die herausfallenden Bestandteile daneben zu registrieren.

Es handelt sich um ein 28jährige Arbeiterin (Fall 15, KLEIST, Weitere Untersuchungen), Tochter einer schizophrenen Mutter, Schwester einer Hebephrenen, seit 2 Jahren nachlässig, reizbar, Beziehungswahn. Sie ist vollkommen orientiert, beurteilt den zusammenhangslosen Rededrang einer anderen Kranken als krankhaft. Ihre eigene Krankheit bezeichnet sie als Angst; sie werde immer gleich ängstlich, ohne daß sie sich etwas Bestimmtes denke. Cyanose an Händen und Füßen.

Die Kranke macht fortwährend, besonders im Gesicht und mit den Händen eigen-tümliche Bewegungen: sie wendet die Augen flüchtig nach verschiedenen Richtungen,

dreht den Kopf bald nach links, bald nach rechts, runzelt die Stirn oder die Haut über dem Unterkiefer, zieht dabei die Mundwinkel empor oder nach den Seiten. Sie hebt bald den einen, bald den anderen Arm ein wenig, streckt die eine oder die andere Hand im Handgelenk forciert, oft unter gleichzeitiger Beugung der Finger in den Endgelenken, so daß eine Krallenhand zustande kommt. Dann wieder klemmt sie einen Finger zwischen zwei andere. Ähnliche, nur weniger umfängliche Bewegungen werden auch mit den Füßen und Zehen ausgeführt. Im übrigen liegt die Kranke ganz ruhig. Alle Bewegungen folgen langsam aufeinander, in unregelmäßigem Zeitmaß, sie haben einen ausgesprochenen langsamen Ablauf, besonders verharret die Krallenstellung der Hände oft tonisch. Die mimischen Bewegungen ähneln nicht selten den Ausdrucksbewegungen der Angst, der Schüchternheit, des Schrecks, sind aber doch immer durch die geschilderten parakinetischen Elemente abgeändert. Sich selbst überlassen, hat diese Bewegungsunruhe nur eine sehr geringe Intensität und verschwindet auch zeitweise ganz. Bei der Untersuchung, in der Unterhaltung, kurz bei jeder Art von Beschäftigung mit der Kranken, nehmen die Bewegungen alsbald zu. Wenn man nach ihrem Arm greift, spannt sich derselbe wie reflektorisch und wird unter zunehmenden verschrobenen Fingerbewegungen an den Leib zurückgezogen, dabei schrickt die Kranke mit dem ganzen Körper zurück, der Gesichtsausdruck wird vorübergehend ängstlich, aber auch die grimassierenden Gesichtsbewegungen nehmen zu. In diesem Zustande antwortet die Kranke auf alle Fragen nur stockend, mit zitternder Stimme und inhaltlich meist ganz unzureichend,

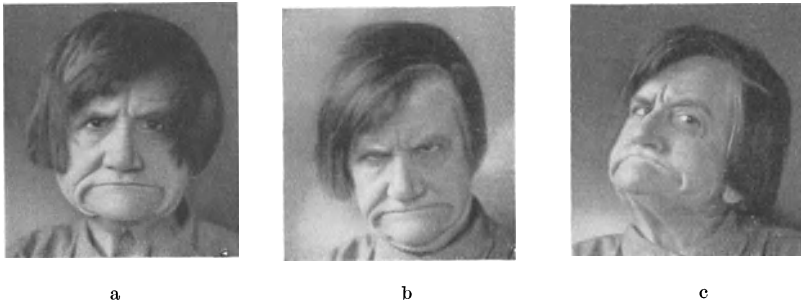


Abb. 12 a—c. Grimassen eines chronisch heiter erregten Endzustandes. 58 J. alt.

während sie dieselben Fragen in ruhigeren Zeiten wenigstens zum Teil richtig beantwortet. Gewöhnlich wird auch zugleich mit dem Zurückschrecken der eine oder beide Arme langsam und steif vor das Gesicht erhoben (wie zum Schutz). Dabei erklärt die Kranke bestimmt, daß sie sich gar nicht fürchte; sie verstehe wohl, daß ich sie nur untersuchen wolle, es werde ihr ohne jeden Grund so Angst und dann kämen die Bewegungen gegen ihren Willen. Die Stimmung ist suggestiv sehr leicht zu beeinflussen. Die Kranke ahmt automatisch die Ausdrucksbewegungen des Zorns, der Angst, der Heiterkeit nach und gerät durch ein zugerufenes Scherzwort oder eine Drohung sogleich in die entsprechenden Expressionen.

Im Laufe der folgenden Woche bis zur Überführung nach Nieleben nahmen die beschriebenen motorischen Erscheinungen allmählich ab. Sie traten spontan zuletzt nicht mehr auf, nur noch im Affekt, bzw. veranlaßt durch äußere Reize (längere Explorationen). Die Kranke ist ständig orientiert, liegt aber teilnahmslos zu Bett, äußert keine Wünsche, ist zu keiner Beschäftigung zu bringen. Reizbarkeit; wirft einmal im Ärger über irgend eine Kleinigkeit ihre Kleidungsstücke auf den Boden. Immer ist sehr auffällig, daß die Kranke im Beginn der Untersuchungen, solange sie noch ruhig ist und sich in keiner gemüthlichen Erregung befindet, die meisten Fragen nach Schulkenntnissen, Rechenaufgaben usw. richtig beantwortet — sobald sie aber in ihre motorische und affektive Erregung gerät, bei ganz einfachen Fragen versagt und dann den Eindruck einer vollkommenen Ratlosigkeit und Zerkahrenheit macht. Dabei perseveriert sie auch manchmal mit einer vorausgegangenen Antwort und jammert schließlich immer: „Das weiß ich nicht, das weiß ich nicht“.

BLEULER zählt bei den katatonischen Zuständen auch das von ihm beschriebene *Faxensyndrom* auf, das durch „beständige unzusammenhängende karikierte Gesten und Grimassen“ gekennzeichnet sei, wie wenn die Kranken „in ungeschickter Weise den Toren spielen wollten“. Von den Faxen mutwilliger Hebephrener, bei denen sie nur ein Einzelsymptom unter vielen gleichartigen seien, seien sie wohl zu unterscheiden. „Daneben machen sie eine Menge kleiner Dummheiten . . . alles anscheinend bei vollständiger Orientiertheit. Regelmäßig sprechen sie dabei wenig oder gar nicht. Was sie sagen ist meistens ganz unlogisches Schimpfen oder sonst ein Unsinn“. BLEULER nimmt einen ähnlichen Ursprung des Syndroms

an wie beim GANSERSCHEN Dämmerzustand, die Kranken spielen (unbewußt) den Geisteskranken.

Da nach unserer Auffassung das Antriebsübermaß des Schizophrenen sich aller ausdrucksmäßigen Möglichkeiten des Menschen zur Entäußerung bedienen kann, ist es nicht verwunderlich, daß es zumal bei der läppisch-spielerischen Haltung mancher Kranker zu solchen Bildern kommt. Eine Abgrenzung von hebephrenen Clownismen kann nur in solchen Fällen sinnvoll erfolgen, wo die Bevorzugung von Teilmotorik (Gesten, Grimassen) das psychomotorische Gepräge hervortreten läßt.

Die Sonderstellung der *Sprache* als des Ausdrucksorgans kat exochen bei den katatonen Hyperkinesen ist schon den ersten Beobachtern aufgefallen. Redesucht, Verbigeration bzw. Mutismus, „Sprechmaschine“, hohle Pathetik sind schon von KAHLBAUM beschrieben worden. Wie der Mutismus über Jahre bei im Handeln und Benehmen ungestörten Kranken bestehen kann, so tritt in manchen Fällen das Übermaß des Sprechantriebes in solch auffälliger und isolierter Form hervor, daß sich KRAEPELIN sogar entschloß, eine Gruppe der „Schizophasien“ abzutrennen, allerdings nur als eine *besondere Form des Endzustandes* nach verschiedenen Krankheitsverläufen (s. S. 376). Hier handelt es sich um das beherrschende Heraustreten von sprachlichen Erregungen im Verlauf katatonen Zustandsbilder. Wie die Sprache allgemeine katatone Erregungen begleitet, ist in den mitgeteilten Krankengeschichten schon dargestellt. Die Entwicklung eines Falles relativ isolierter Sprachhyperkinese sei hier mit einer Diktaphonaufnahme der Sprachäußerungen wiedergegeben:

*Marie Bolk* (11/169), geb. 1890, unehelich geboren, war ein unauffälliges gesundes Kind in der Schule immer die erste. Etwa mit 15 Jahren hatte sie nach dem Bericht der Mutter einen Ständigen Zustand von Stummheit, sie aß nicht, ging nicht aufs Klosett, schaute vor sich hin und weinte. Seitdem klagte sie viel über Kopfweh. Sie war immer leicht grob, seit 3 Jahren jedoch zunehmend reizbar, zum Schimpfen geneigt. Ganz schleichende Veränderung; sie wechselte wegen belangloser Streitigkeiten die Stellen, klagte über Schlaflosigkeit. Nichts von wahnhaften Ideen usw. Etwa einen Monat vor der Aufnahme wüstes, maßloses Schimpfen beim geringsten Anlaß; sie arbeitete nichts mehr, lachte zeitweise ohne Anlaß. Sie drängte fort, trieb sich auf die Straße herum, schlief bei einer Freundin. Schließlich wurde sie nach mehrtägiger Abwesenheit im Mannheimer Bahnhof aufgegriffen, wo sie die Schutzleute beschimpfte und sich unter den Zug legen wollte. Sie war auffallend vergnügt und zeigte auch bei der Aufnahme in die Klinik (25. 6. 1911) ein plumpes, sinnloses Lachen. Hier war sie orientiert, paßte sich ein, als ob sich alles von selbst verstünde, half im Garten bei der Arbeit, richtete von selbst kein Wort an den Arzt. Sobald man sie ansprach, antwortete sie in einer plump-witzelnden Art, mit Heiterkeitsausbrüchen. Dementsprechend sind ihre Angaben bei einer Exploration unernst, schnippig, kaum zu verwerten. Sie hat an alles gute Erinnerung, motiviert ihr Verhalten mit beliebigen Ausreden, hält sich nicht für krank und verneint alle Fragen nach psychotischen Inhalten oder Erlebnissen, alles scheint ihr belanglos. Auch beim Besuch der Angehörigen benimmt sie sich ähnlich.

Am 5. Tag nach der Aufnahme ist sie plötzlich verstimmt und gereizt, in patzigem Ton, bruchstückweise rückt sie heraus: sie sei in der Nacht elektrisiert worden, im Garten seien Leute, die mit einem Licht in der Luft herumgeschlagen hätten, durch den Einfluß der Elektrizität seien die Augen so in der Luft herumgefahren. Die Schwestern hätten untereinander über sie geredet, sie beschimpft usw. Von nun an rasch zunehmende Erregung, die in unveränderter Form bis zur Überführung in die Anstalt (11. 10. 1911) andauert. Die Erregung ist ganz überwiegend sprachmotorisch. Zwar ist Fräulein B. auch in ihrem, übrigen Benehmen ungeordnet, läuft umher, pufft andere Kranke. Die Nahrungsaufnahme ist schlecht, ihre Stimmung meist grob-gereizt, oft aber auch von einer plumpen Euphorie beherrscht.

Dabei besteht aber ein ununterbrochener Rededrang in ständig gleicher Form. Ohne Besinnen sagt sie einzelne Worte und Sätze auf, wobei die gleichen Inhalte und Wendungen häufig wiederkehren, besonders die kopolalischen Bestandteile; ab und zu werden momentane Eindrücke, auch gehörte Worte, mit einbezogen; wenn der Arzt anwesend ist, richtet sie die Reden an diesen, ohne ihn aber anzusehen und auf Zwischenbemerkungen Bezug zu nehmen.

Die folgende Diktaphonaufnahme ist zum Teil von der Kranken selbst in den Apparat gesprochen, das übrige vom Untersucher nachgesagt. Die Redeweise ist außerordentlich lebhaft, ein fortwährender Wechsel zwischen Murmeln, Schreien, Lachen, Singen, weinerlichem Jammern. „Würde man nur die Affekte, die Gesten, die Art des Redens *sehen*, so würde man denken, daß etwa eine Hypomania redet“: um so auffallender ist die

Diskrepanz zwischen Form und Inhalt. Die Punkte bedeuten nicht Auslassungen, sondern kurze Pausen der Patientin.

Du hältst mich schon oben 26 Säbelmensen, . . . und das hab ich doch Dir geschlagen, ja, und doch sind wir keine Kinder. . . wer hat mich gebeten, Du allein, keine Schuster und Menschen. . . und wenss nur Gold und Silber sein sollt. . . ich hab noch keinen gekannt. . . Hurenhaus, Scheißhaus und da will ich verrecken und will. . . die Schlangerringe. . . nie geboren. . . Herr Jesus. . . und. . . Seegrass das scheidt so weit. . . die Zipfelkapp hoch. . . weil einer David und die Bilder, wo du geschissen hast. . . und sollst sagen, das andre weint, weil sie mich verstanden haben, Scheißhaus, nein und das weißt, daß du Napoleon gesehen hast. . . Aprikosen. . . oben wächst es und Besen. . . nein im Bett drin, zusammen alle und einen Schlag und mich und nicht, weil du es nicht gewollt hast, und weil es die Huren gewollt haben und haben gesagt nein, wir sind Huren und sollen werden Huren und weil ich den Zahnarzt Frey kennenlernte und daß ich nicht. . . so als katholisch. . . niemand wars und so war es. . . nur Hexen, wer keine Mutter hat. . . und daß du denkst, du scheidt sie naus, daß keiner mehr ist und lebst in einem Seitendorf und hast es hundertmal allein als Stein, drum bin ich gekommen. . . du scheidt, nein, du hast gesagt ja verhext, weil er ein Pfarrer war. . . erst zehn Gebrüder Henselmann. . . und keine Schuld. . . weil sie doch nicht mehr gewußt haben, wo sie umrenken sollen. . . verhext . . . ihr Gabel. . . Willst du aufstehen Sodom und Gomorra, ich klopf dich jetzt. Willst du packen, willst du holen alles. . . kaum und noch einmal zwei Hexen, nein Schwesternheim. . . Gebrüder. . . auf den Ball. . . Guten Morgen, Fritzelmann fängt an zu schwingen, weil ich ihn heben sollte und du warst auf dem Maskenball. . . Spritze und Baumeister Hausser. . . Marie Book, weg von mir. . . aber des Todes. . . sag alles. . . weg. . . ab, kein Zwerg bin. . . oben. . . und lebe keinen, weil ich tot war. . . bist du der. . . ach die will ja alles. . . geschossen mit einem und Judas Ischariot, und daß du selber glaubst. . . zu deiner ersten Säbelmenschur. . . Anlage. . . five o'clock tea. . . und doch nicht der Tod bist, sondern nur die Büste. . . keinen Willen. . . Sauerkraut. . . weil du die Säbelmenschur selber bist. . . und keine willst. . . Guten Morgen. . . C. K. aber Leonhard. . . Scheißhaus . . . daß sich deine Kinder in Maulaffen hausen und glaubst es doch nicht, daß ich der Tierarzt war, hineinzukaufen. . . aber er hat dann auch erst den Kessel heim. . . er wollte auch sagen, guten Morgen, Königssohn. . . bist heute auch kein Prinz und mußt deinem Lehrer. . . studieren in der . . . Frosch. . . und komm mit, weil du doch willst und sie sagt, sie ist doch nicht gewesen. . . warum willst du Scheißhaus nicht heben. . . willst du den Säbel jetzt. . .

Man wird gewiß mit Recht einwenden, daß eine solche Produktion, die obendrein in Tonfall und Ausdruck keine Störungsmomente aufweist, sondern nur eine Diskrepanz zwischen mimischen und inhaltlichen Bestandteilen an dieser Stelle wenig zu suchen habe; vielmehr sei sie ganz in erster Linie ein Ergebnis der schweren *Denkstörung*. Trotzdem scheint uns die Annahme unumgänglich, daß ein Impulsüberschuß im Bereich des Sprachmotoriums hinzutreten muß, um diese klinischen Bilder hervorzubringen.

HANS BÜRGER hat bei Fällen frischer Schizophrenie das Symptom der *Reihung* beschrieben und seinen Zusammenhang mit dem vermehrten Sprech-antrieb gezeigt. Hier ließ sich die Entstehung „sprachverwirrter“ Erregungen verfolgen, ja geradezu experimentell erzeugen.

Der Kranke war bei Beginn des Gesprächs relativ komponiert, antwortete sachlich, wenn auch mit einer Neigung zu Abwandlungen. Im Laufe der Unterhaltung spricht er immer hastiger, ist kaum mehr unterbrechbar, völlig unberührt von äußeren Vorgängen und kümmert sich nicht mehr um die Situation. Er wird immer erregter, das Gesicht rötet sich und man hat den Eindruck eines Menschen der mit leidenschaftlicher Anteilnahme über sein Thema spricht, ohne sich allerdings an die Umgebung zu wenden. BÜRGER weist auf die eigenartige Flächenhaftigkeit, die mangelnde Akzentverteilung in dem *Denken* dieser Kranken hin, soweit er in dieser sprachlichen Produktion zum Ausdruck kommt. Er betont aber auch zwei Momente, in denen sich die Rolle des erhöhten Sprachantriebs äußert: Der Patient gerät immer mehr unter die Herrschaft des reinen Sprechens. Er muß eine Reihe von Worten, Sätzen flüstern, die das eben besprochene zu Ende führen, ehe er sich einer neu vorgelegten Frage zuwendet. Ferner erweisen sich die Äußerungen selbst, die

anfangs noch denkend beherrscht sind, immer mehr sprachlich, immer weniger gedanklich bedingt. Wie die denkende Produktion immer mehr ins Hintertreffen gerät, die Sprache schließlich die Führung an sich reißt, Wortklangassoziationen, Kontaminationen, Wortzusammensetzungen den Fortgang der Produktion ausfüllen, das läßt sich an den Beispielen BÜRGERs deutlich zeigen.

(Schm. soll Nebenflüsse des Rheines nennen): „Der Rhein fließt in die Ostsee, nein, in die Nordsee. Ich war noch nicht an der Nordsee, aber ich weiß es von der Schule her, er fließt in die Nordsee. Die Flüsse fließen alle in die Nordsee, immer ins Weltmeer fließen sie ab, von der Quelle ab. Der kleine Rhein entspringt als eine ganz kleine Quelle am Gotthard, wird zum großen Strome für die Schiffe, für die Reisenden. Er ist kalt und mündet in die Nordsee. Nebenflüsse sind: Neckar, Main, Murg, Etsch, der Belt, das sind doch die deutschen Vaterlandslieder, von der Etsch bis an den Belt, von der Maas bis an die Memel, die Elbe, die Oder. Das ist vom Kaiserhaus, sie haben es von den Voreltern, von der Vorwelt, von der Urwelt. Frankfurt a. M., das sind die Franken, die Frankfurter Würstchen, Frankenthal. Frankenstein hat es vielleicht auch mal gegeben, ein Herrscher Frankenstein. Dann gibt es auch noch anderes, auch die Steinwelt, Felsen, Steine, Geschöpfe, die Steine sind, sind natürlich leblos. In den Steinen waren versteinerte Tiere, wie Bäume und Kohlen. Im Fettschrot sieht man Abbildungen davon, die Bäume, die Urwelt, das hat dann Steinkohlen gegeben zum Verbrennen für die Nachwelt, so wie die Briketts, da ist alles drin, alles miteinander, Äste und Bäume. Unionbriketts, die Ankerbrikettwerke, die Eisenbahnbriketts. Das sind Teerkohlen, um die Maschine zu treiben. Es gibt auch elektrische Maschinen und elektrische Straßenbahnmaschinen, so Straßenbahnen“.

Ende eines Gespräches: „Also piano, das ist was Feines, ein Ton, Pianospiele auf der Violine. Die so am Theater sind, die Kammersänger, Operetten, Opern, die Schule für die großen Meister, die die Komposition haben, die sind noch nicht auf den Ton gekommen, sondern nur auf die Schallplatte. Das ist so z. B., der Kreißler, der hat vor Fürsten gespielt, vor dem Papst, Fritz Kreißler, der jetzt dauernd auf dem Lande sitzt, ich glaube im Ausland. Ich habe ihn auch gehört auf dem Grammophon, so z. B. das Telephon. Das Grammophon kommt von Gramm her. Das macht das deutsche Reich, das Reich überhaupt, das deutsche Reich“.

Ist es schon in diesem Fall wahrscheinlich gemacht, daß der vermehrte Sprachantrieb beherrschend auf die Ausgestaltung des Bildes Einfluß hat, ja, daß die Denkstörung durch diesen Antrieb eine besondere Form annimmt, so spricht ein anderer, gleichfalls von BÜRGER aus unserer Klinik mitgeteilter Fall es geradezu aus: „Überm Sprechen kommt es“. „Je mehr ich spreche, desto mehr kommt in den Kopf. Beim Sprechen wird der Kopf klarer“. . . „Es drängt mich zum Sprechen. Wie abgestellt ist der Gedankenstrom, wenn ich aufhöre zu Ihnen zu sprechen. Aber sprechen muß ich jetzt, sonst gehe ich kaputt“. . . Vollends ist in den Fällen rein iterierender Verbigeration von Silben, Worten oder kurzen Sätzen, besonders, wenn sie auch noch in einförmigen Rhythmen vor sich geht, die Isolierung des Sprachmotoriums nicht mehr zweifelhaft. In der Mitte zwischen diesen Extremen steht das Symptom der „Nennung“ LEUPOLDTs, WERNICKES Hypermetamorphose, deren beide Komponenten: gesteigerter Sprachantrieb bei mangelnder inhaltlicher Produktivität oder richtiger: Mißverhältnis des Sprachantriebs zur Einfallsproduktion, gleichfalls von BÜRGER an einem Schizophrenen nachgewiesen wurden.

Der Patient zeigte neben dem Symptom der Reihung klassische Hypermetamorphose wie etwa im folgenden Beispiel: Z. B. (soll Oberbegriffe zu Hauptmann, Leutnant, General nennen): „General, Hauptmann, Feldwebel, Vize und so gehts fort und ein Stuhl, ein Tisch, eine Tür, ein Bild, das ist ein ganzes Zimmer dann“. (Oberbegriffe zu Schrank, Tisch, Stuhl): „Schrank, das sind Füß, da sind 4 Füß und ein Stuhl und ein Gesicht. (Sieht den Untersucher an) Schuh, Strümpfe, Stiefel und so gehts fort.“

Bis zu welchem Grade im späteren Verlauf die Isolierung und Automatisierung des sprachlichen Ausdrucks fortschreiten kann, ist ja auch dem Kenner immer wieder erstaunlich. Wie es dann zu Stereotypien des Sprechens und zu der Ausbildung der von KLAESI auch auf diesem Gebiet beschriebenen Relikte kommt, ist allgemein bekannt. Schon NEISSER hat die Entstehung solcher Verstümmelungen verfolgt und klargestellt. Inhaltlich betreffen sie wohl in der

Regel ursprünglich gefühlsbetonte Gegenstände, das Zentrum der Wahninhalte, Entlassungswünsche usw., lösen sich aber schließlich vollkommen davon los und werden zu jenen eigenartigen Redegewohnheiten der Endzustände.

WILMANNs beobachtete eine Kranke im St. Jürgenasyl in Bremen, deren Name unbekannt war, da sie niemals eine Auskunft gab. Der einzige Laut, den sie von sich gab, war ein „psst“, eine Art Zischen und Nießen. Ursprünglich hatte sie einförmig jammern ganz stereotyp den Satz wiederholt: „es ist ein großes Unglück geschehen“. Dieser hatte sich allmählich immer mehr verkürzt und schließlich war nur dieses Zischen übrig geblieben.

Daß die Loslösung stereotyper sprachlicher Äußerungen nicht nur von dem Inhalt, sondern überhaupt von der Funktion der Kundgabe auch ohne Verstümmelung der Form erfolgen kann, zeigt z. B. die gleichfalls schon von NEISSER mitgeteilte Beobachtung einer sonst äußerst schweigsamen Kranken, die den Arzt und die Pflegerinnen mit der immer gleichbleibenden Wendung an der Türe stehend ansprach: „Nicht wahr, bester Herr Doktor, Sie sind doch so freundlich und geben mir den Schlüssel?“ „Einmal gaben wir sie ihr experimenti causa, und indem sie dieselben in der Hand hielt, blieb sie genau so wie vorher an der Tür stehen, machte keinen Versuch dieselbe zu öffnen und wiederholte trotzdem dieselbe Phrase, daß man ihr die Schlüssel geben solle<sup>1</sup>.“

*Sprechmanieren*, das was KAHLBAUM als „pathetische Stimmungsfarbe“ der Äußerung charakterisierte, sind mitunter das allererste, auffällige Symptom einer beginnenden Schizophrenie, häufiger vielleicht noch der Rest in guten Remissionen. Wechseln im Tonfall oder zwischen Dialekt und Schriftsprache, je nach dem Thema oder dem Partner, Vorliebe für bestimmte Wendungen oder auch nur eine allgemeine Originalitätssucht im sprachlichen Ausdruck sind bei Schizophrenen aller Stadien außerordentlich verbreitet. Die Sprache als das differenzierteste Ausdrucksinstrument bleibt auch bei ganz leichten Fällen kaum verschont. Meist sind diese sprachlichen Sonderbarkeiten in entsprechende mimische und gestische Verhaltensweisen verständlich eingegliedert und entsprechen auch einem seelischen Gesamtverhalten z. B. von kühler Distanziertheit, gezielter Süßlichkeit oder überlegener Scheintiefe. Doch findet man mitunter auch hier Abspaltungen und Isolierungen des sprachlichen Verhaltens insgesamt oder bei der Rede über bestimmte Inhalte.

Die Möglichkeit der Loslösung der Sprache von der Ausdrucks- wie von der Kundgabefunktion waren der Anlaß zur Erörterung des Verhältnisses von Denken und Sprechen in den schizophrenen Zuständen. FROSTIG, der sich allerdings nur mit dem kleinen Teilproblem der sinnlosen Sätze beschäftigt, schuf ein besonderes „Reduktionsverfahren“ und in umfassender Weise versuchte CARL SCHNEIDER in seinem großen Werk der methodischen Schwierigkeiten, die hier fraglos vorliegen, Herr zu werden. Im vorliegenden Zusammenhang der katatonen Bilder sind abschließend noch zwei Symptome zu besprechen, welche zwar das Denken allein betreffen, aber doch sowohl nach ihrem Vorkommen, als ihrer Erscheinungsform nach, enge Beziehungen zu den psychomotorischen Anomalien aufweisen: *Gedankendrängen* und *Sperrung*. Schon insofern gleichen diese beiden der Entstehung wie dem Vorkommen nach

<sup>1</sup> NEISSER macht anläßlich dieser Beobachtung eine Bemerkung zur Krankenblattführung, die auch heute nach 40 Jahren noch Beobachtung verdient: „Es liegt wohl auf der Hand, daß es total verfehlt wäre, über das geschilderte Verhalten der Kranken in das Journal etwa die Notiz einzutragen, daß die Kranke regelmäßig nach Hause dränge und die Schlüssel verlange; eine solche Wiedergabe wäre deskriptiv vollständig unrichtig; es läßt sich kein Urteil über das, was die Kranke wirklich wünscht und überhaupt über das, was in ihr etwa vorgehen mag, abgeben, und ein solches Urteil würde auch höchstens nebenbei — als subjektive Notiz des Berichterstatters — in die Krankengeschichte hineingehören. Man muß sich darauf beschränken, etwa zu schreiben: „Die Kranke, welche sonst nicht spricht, wiederholt Tag für Tag in stereotyper Weise beim Eintritt des Arztes usw. den Satz. . . und nun müssen die Worte selbst in direkter Rede folgen“.

zusammenhängenden Phänomene den anderen katatonen Erscheinungen, als sie mit und ohne Ichstörung erlebt werden können: ichfremd, als „gemacht“, als Eingriff in die Sphäre der Persönlichkeit, andererseits als durchaus zugehörig, selbstverständlich eingegliedert, indem sich der Kranke mit dem Erlebten identifiziert. In manchen Fällen ist die sprachliche Erregung des Rededrangs sicher nichts anderes als der Ausdruck der sich andrängenden Gedankenfülle. Weitau häufiger aber ist eine Entäußerung wegen des in größter Geschwindigkeit zuströmenden Materials gar nicht möglich, der Kranke ist dem anstürmenden, zudem oft ungegliederten, richtungslosen Denken ausgeliefert und verstummt. Von Stuporen hört man mitunter, daß sich in ihnen dieses Maximum an Inhalten im Höchstmaß von Schnelligkeit abspielte, weshalb sie, wie sie angeben, nicht zum Sprechen kamen. Als ein Beispiel, wie innerhalb einer ganz kurzen objektiven Sperrung das Gedankendrängen erlebt wird, diene die folgende Beobachtung aus der Arbeit BÜRGERs:

Kg. Ma. Stockt im Gespräch, reibt sich krampfhaft über die Augen, schaut dann verlegen den Untersucher an und fragt: „Was haben wir eben gesagt, Herr Doktor?“ Kann selber den Faden nicht mehr finden, sondern reproduziert weiter zurückliegende Gesprächsthemen. (Was war denn da eben?) So eine ganze Menge. (Was denn?) Allerlei Zeug, das einem plötzlich durch den Kopf geht. (Auch Bilder?) Ich glaube nicht. (Was waren es denn für Gedanken?) Das kann ich unmöglich sagen. Allerlei, sehr viel. (Worte dabei?) Ich weiß nicht, ich glaube nicht. Es ist dem Patienten unmöglich, aus seinem plötzlichen Gedankendrängen irgend etwas zu reproduzieren.

BÜRGER vermutet, daß es sich hier mehr um *Bewußtheiten*, um das bedeutungsvolle Erleben einer drängenden Fülle handle, als um eine gegenständlich gegebene tatsächliche Menge. Das ist im vorliegenden Fall nicht ohne weiteres zu entscheiden. Daß aber beim Einschlafdenken, das auch BÜRGER zum Vergleich heranzieht, tatsächlich das stärkst beschleunigte Abrollen von inhaltlich bestimmten Gedankenreihen bei sorgfältiger Selbstbeobachtung zu erfassen ist, kann nicht bezweifelt werden.

Der Begriff der *Sperrung*, von KRAEPELIN ursprünglich zur Kennzeichnung der Verhaltensweise des katatonen Stupors geschaffen und hierauf auch noch im allgemeinen Teil der 8. Auflage angewandt, wurde von BLEULER aufgegriffen und von ihm in einem etwas anderen Sinne vor allem für die plötzlichen Unterbrechungen des Gedankengangs angewandt, die eine Kranke JUNGS treffend als „Gedankenentzug“ bezeichnete. Zwar spricht BLEULER davon, daß man Sperrungen auch bei der Motilität, dem Handeln, beim Erinnern und bei der Wahrnehmung begegne. Er gibt aber keine Beispiele, aus denen zu entnehmen wäre, daß es sich nicht auch dabei um eine Sperrung des seelischen Gesamtquerschnitts und damit in erster Linie des Gedankenablaufs handle. Wir bevorzugen den Terminus Sperrung für das Phänomen, weil in der Bezeichnung Gedankenentzug nur *eine* mögliche Erlebnisweise des Vorgangs enthalten ist, das auch ohne die Qualität des Eingriffs als einfache Störung erlebt oder sogar als selbstverständlich hingenommen werden kann.

BÜRGER gelang es durch sorgfältige Beobachtung und Befragung von Schizophrenen, die das charakteristische Stocken im Gespräch aufwiesen und zum Teil auch über „Gedankenentzug“ klagten, die Erscheinung genauer zu analysieren, wobei sich unerwartet Ähnlichkeiten mit epileptischen Absencen ergaben. Wir geben zunächst einige seiner Beobachtungen wieder:

Kg. Bly.: Reißt mitten in der Erzählung ab, schaut suchend um sich, reibt sich über die Stirne, schaut dann den Untersucher an und beginnt wieder: „Ja, was ich sagen wollte —“ und fährt dann komponiert in seiner Erzählung fort. (Was war eben?) So dumm im Kopf. (Was heißt das?) So leicht oben. (Etwas gedacht?) Nein, alles war weg. (Mich gesehen?) Ja. (Das Zimmer?) Ja. (Verändert?) Nein. (Im Leibe etwas gespürt?) Ja, so komisch, so weit alles, so leicht. (Wie kommt das?) Das muß gemacht werden. (Merkt man es vorher?) Nein, das kommt plötzlich. (Wie oft?) Manchmal oft, manchmal

nicht. (Was dann nachher?) Ich denke, was vorher gesprochen wurde. (Fällt es Ihnen wieder ein?) Meistens. (Wie denn?) Ja, ich denke nach und dann kommt es. (Hört man es?) Nein. (Sieht man es?) Ja, ich sehe es dann in Bildern. (Wie in Bildern? So wie mich?) Nein, im Geist, so wie wir eben sprachen von dem Bergwerk, das sehe ich dann im Geist. (Immer so?) Nein, manchmal anders. (Kommt manchmal etwas anderes?) Ja, so allerlei Gedanken, nicht von mir. (Von wem denn?) Sie sind gemacht. (Was für welche?) Schlechte. (Von Mädchen?) Ja. (Onanie?) Nein, daß man Mädchen möchte. (Wissen Sie, daß Sie so herumschauen, wenn die Gedanken weg sind?) Nein. (Eben getan?) Nein. (Wohin geschaut?) Nur auf sie gesehen.

Kg. Ke.: Eine Geschichte wird vorerzählt. Patient runzelt plötzlich die Stirn, kneift die Augen zu, fährt über den Mund. Nach  $\frac{1}{2}$  Minute hört er unauffällig wie vorher zu. Soll die Erzählung reproduzieren und tut es glatt bis an den Punkt, da die Veränderung mit ihm einsetzte. „Jetzt weiß ich nicht mehr, ich weiß wohl das einzelne, aber den Zusammenhang habe ich nicht fassen können“. Reproduziert einige Szenen der Geschichte richtig, wie sie hintereinander folgen, ohne aber den inneren Zusammenhang zu erfassen. (Was war eben?) Es ging nicht. (Was?) Das Denken. Es war an meinem Sehnerv, der war wie verdreht; es war ein Schmerz, als wollte es den Augapfel herausdrücken. (Was noch?) Ein Schmerz im Hinterkopf wie ein Stich, es ist mir jetzt noch leicht übel. (Wie denn?) Ein Mißbehagen am ganzen Körper, es ist dann alles weg. Ich weiß nur noch den Inhalt, aber den Zusammenhang nicht mehr. (Alles gesehen?) Ja, eigentlich ja. Aber auch nicht richtig. (Gewußt, wer Sie sind?) Eigentlich auch nicht, es ist dann alles so weg. (Wodurch die Geschichte behalten?) Sah alles in Bildern, die denke ich dann aus.

Kg. Le.: Erzählt vom Felde eine vergnügte Geschichte, bei der er amüsiert lächelt. Plötzlich maskenartiges Gesicht, starrt vor sich hin, reagiert nicht auf Anruf. Lächelt nach einer Weile wieder. (Was war?) Schlecht wars mir. (Wie schlecht?) Schlecht zum Brechen, so übel. (Gemacht?) Nichts. Das ist dann alles weg. (Gesehen?) Ja, alles, aber nichts denken können. (Gehört?) Ja, aber nichts verstanden. (Von sich selber gewußt?) Nichts, so nichts. Es ist, als sei es ein Traum. (Was dann?) Mußte lachen und dann fiel mir ein, wovon ich erzählte. (Wie fiel es ein?) Ich sah das dann vor mir. (Wie kommt das?) Ich weiß nicht, wie das ist, das kommt von innen. (Oft?) Ja, am Tage.

Es handelt sich regelmäßig um Schizophrene, mit denen außerhalb der Störung ein guter Rapport bestand. Dieser geht für die Dauer von 1—2 Minuten plötzlich verloren, der Faden des Denkens reißt ab, dadurch, daß eine *Bewußtseinsänderung* eintritt. Diese geht mit eigenartigen Veränderungen der Körperzuständlichkeit einher, welche in der verschiedensten Art beschrieben wird und alle Grade von einfacher Unbehaglichkeit bis zu einem Vernichtungsgefühl umfassen kann. Zugleich kann sich auch die Wahrnehmung im Sinne der Entfremdung ändern, es treten „fremde“ Gedanken oder lebhaftere Vorstellungen, manchmal auch Halluzinationen auf, womit aber die Rückkehr in die ursprüngliche Situation schon wieder angebahnt wird. Wie sich dabei Gedanken drängen einstellen kann, wurde schon an einem Beispiel oben gezeigt. Die „Umstrukturierung des Bewußtseins“ hat offenbar je nach Schwere auch ganz verschiedene Reaktionen zur Folge. Während ein Patient nach vorne sinkt und den Zustand mit dem Einschlafen vergleicht, kann ein anderer noch das Vaterunser beten:

Kg. Kr.: Erlebt Unterbrechungen des Gedankengangs, alles würde abgezogen; er begann in diesen Momenten das Vaterunser vor sich hin zu flüstern, um dann nach einer kurzen Weile das Gesprächsthema wieder aufzunehmen. Auf Fragen ergab sich: Patient wußte, daß er sprach. Er vermutete, daß er bete, weiß es aber nicht genau. Das sei es eben, „daß ich sprechen und beten nicht zusammenbringe“ und meinte damit, daß er vielleicht doch spreche, aber doch nicht richtig spreche und auch nicht richtig bete, „weil er doch nicht mit dabei sei“. Patient begann dieses flüsternde Beten aber auch dann, wenn er sperrte, aus Motiven, die vielleicht komplexhafter, vielleicht auch nur negativistischer Natur waren, unterschied sie aber von dem Erlebnis des Gedankenentzuges.

Diese Beobachtung gibt BÜRGER Anlaß zu der Vermutung, daß die Sperrung von den Schizophrenen *automatisiert* werde, und sie auf diese Weise imstande seien, „sie willentlich oder reflexartig aus der Situation anspringen zu lassen“. In der Tat läßt sich die Beobachtung BLEULERS, daß die Sperrungen vielfach beim Anrühren gefühlsbetonter Komplexe in Erscheinung treten, mit der Feststellung der fraglos organischen, sinnfremden Natur der absenceartigen



Sperrungen, die BÜRGER beschrieben hat, in Einklang bringen, wenn man an die bei den psychomotorischen Anomalien der Schizophrenie allenthalb vorhandenen Tendenzen zur Angliederung und Einordnung der Störungen in das Ganze des seelischen Ablaufs denkt<sup>1</sup> und an die Bereitschaft zur Automatisierung.

Leitet sich nun aus diesen Sperrungen auch der Stupor her als eine Art Häufung oder Verlängerung der kurzen Zustände über Wochen und Jahre? Wie ist das Verhältnis der Sperrung zum Negativismus, zwei Symptomen, deren Grenze nach BLEULER weder theoretisch noch symptomatologisch scharf anzugeben ist? Nur die Beibringung von sorgsam Einzelbeobachtungen vermag auch in diesem Gebiet zu Definitionen und Grenzbestimmungen zu führen, welche der Wirklichkeit nicht Gewalt antun.

### 3. Paranoide und paraphrene Bilder.

Sind nach KRAEPELIN und BLEULER die paranoiden Formen der Schizophrenie, oder wie BLEULER kürzer sagt: das Paranoid, dadurch gekennzeichnet, daß Sinnestäuschungen und Wahnideen im Vordergrund des Bildes stehen, so ist für ihre Symptomatik das Zurücktreten der anderen Störungen: des Denkens, der Aktivität, der Affektivität und des Psychomotoriums zum mindesten ebenso charakteristisch, während hinter der katatonen Fassade Denk- und Aktivitätsstörung selten völlig vermißt werden. Ihr Fehlen beim Paranoid war und ist die Ursache des bis in die jüngste Zeit nachwirkenden Paranoiastraites. Und wenn KRAEPELIN in der 8. Auflage seines Lehrbuches den Versuch gemacht hat, die Paraphrenien aus dem Verband der *Dementia praecox* zu lösen, so veranlaßte auch ihn dazu „die weit geringere Ausbildung der Gemüts- und Willensstörungen“ bei einer Reihe von Krankheitsbildern paranoider Färbung. Aus seinen Aufstellungen an dieser Stelle läßt sich *eine Reihe* bilden, in welcher fortschreitend sich die Zustände mehr und mehr von den übrigen Symptomen der Schizophrenie entfernen. Wobei allerdings zu beachten ist, daß bei KRAEPELIN in letzter Linie aller Symptomatologie des Verlaufes zum Trotz der *Ausgang* der Erkrankung (oder das, was er als solchen ansah), für die Zuordnung den Ausschlag gab.

So kennt er paranoide Formen, die im weiteren Verlauf deutlicher den kennzeichnenden Zerfall des Seelenlebens zeigen, die er als „*Dementia paranoides gravis*“ zusammenfaßt und trennt davon eine Gruppe, bei der „der Kern der Persönlichkeit“ weniger stark geschädigt erscheint; bis zuletzt dauern Wahnideen und Sinnestäuschungen fort: „*Dementia paranoides mitis*“. Noch einen Schritt weiter von den Symptomen der *Dementia praecox* entfernen sich die Paraphrenien, deren größter Teil als *Paraphrenia systematica* „durch die äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fortschreitenden Verfolgungswahns mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit“ charakterisiert wird. Das sehr langsame, stetige Fortschreiten, das Fehlen schubweiser Verschlimmerungen, die in ihrem inneren Zusammenhang ungeschädigte Persönlichkeit, welche sich auch bei fortgeschrittener Wahnbildung noch besonnen und geordnet benimmt und handelt, soll eine Abgrenzung gegenüber den der *Dementia praecox* zugehörigen Paranoiden erlauben. Üppiger Größenwahn, vorwiegend gehobene Stimmung, leichte Erregung bei ähnlichem Verlauf kennzeichnen die *expansive* Form der Paraphrenie; Überwiegen der Erinnerungsfälschungen die *konfabulierende*, abenteuerliche, zusammenhanglose

<sup>1</sup> Schon NEISSER spricht davon, daß der anfänglich sinnlose Inhalt der Äußerungen sich späterhin modifiziere und die Beziehungen zu dem den Kranken beherrschenden Wahn hervortreten.

und wechselnde Wahnideen, die *phantastische* Paraphrenie. Der letzte Typus — mehr als einen Versuch typologischer Aufstellungen kann man in der Einteilung der Paraphrenien schwerlich sehen — nähert sich eigentümlicher Weise wieder den schizophrenen Formen: „Gemeinempfindungen“, der mit ihnen verknüpfte Wahn der persönlichen Beeinflussung spielen eine große Rolle, Wortspielereien, unsinnige Reimereien und Witzeleien erschweren das Verständnis der Äußerungen, Wortverbildungen, Verschrobenheiten nehmen überhand, es kommt zu einer „Verblödung“ auch auf gemütlichem Gebiete, oft schon innerhalb 4—5 Jahren; „ich kenne jedoch auch Fälle, in denen nach einem und selbst nach mehreren Jahrzehnten trotz der abenteuerlichsten Wahnbildungen von einer eigentlichen Verworrenheit und jedenfalls von einem höheren Grad geistiger Schwäche gar keine Rede sein kann“.

Während bei den 2 Formen von Paranoide, welche KRAEPELIN der *Dementia praecox* zurechnet, Angaben über den *Erkrankungsbeginn* nicht gemacht werden, sind seine Zahlen über den Erkrankungsbeginn bei den Paraphrenien von besonderem Interesse. Mehr als die Hälfte der Fälle von Paraphrenia systematica begann zwischen dem 30. und 40., weitere 20% zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, nur vereinzelte vorher und nachher. Bei der konfabulatorischen Form fiel  $\frac{3}{4}$  der Fälle zwischen 30 und 50. Auch bei der phantastischen Paraphrenie stand die Hälfte im Alter zwischen 30 und 40; je ein Viertel darüber und darunter. Das Dutzend expansiver Paraphrenien, das KRAEPELIN beobachtet hat, verteilt sich gleichmäßig auf die 3 Jahrzehnte. Vergleicht man diese Angaben mit der Statistik des gleichen Autors über das durchschnittliche Erkrankungsalter der Schizophrenie („mehr als  $\frac{2}{3}$  der Fälle beginnen zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr“), so liegt es sehr nahe, an einen Zusammenhang der besonderen Symptomatologie mit der Lebensphase zu denken (KOLLE). Wir werden auf diese Frage bei der Besprechung der Involutionsformen und des Verlaufs noch zurückzukommen haben.

Wir erwähnen hier diesen Umstand, weil gerade der abweichende Altersaufbau der Paraphrenien auch geeignet ist, unsere Auffassung von der Zugehörigkeit der Paraphrenien zur *Dementia praecox* zu stützen, die wir in erster Linie hier auf die symptomatologische Zusammengehörigkeit der klinischen Bilder begründen werden. Offenbar fehlen bei schizophrenen Erkrankungen auf der Lebenshöhe und im vorgeschrittenen Alter häufig die Störungen, die den „Zerfall der Persönlichkeit“ KRAEPELINS herbeiführen. Dieser von ihm so oft gebrauchte Begriff zielt bei näherem Zusehen zunächst auf den Verlust der sozialen Eingepaßtheit; er umgreift aber auch den intellektuellen Defekt, den KRAEPELIN annimmt, wie die „Gemüts- und Willensstörung“. Nirgends wird eigentlich deutlich gesagt, auf welche Weise er festzustellen oder auszuschließen ist; oft hat man den Eindruck, daß die erhaltene Verkehrsfähigkeit, der Rapport mit dem Untersucher, den Ausschlag gibt.

Bei dem heutigen Stand unseres Wissens ist, ganz abgesehen von den Ergebnissen der erbwissenschaftlichen Untersuchungen, die Abtrennung der Paraphrenien von der Schizophrenie nicht mehr zu halten. Daß ein Beziehungswahn im Beginn der Erkrankung einmal von der überwuchernden Denkstörung abgelöst wird oder im allgemeinen Aktivitätsnachlaß versinkt, in einem anderen Falle im Vordergrund des Krankheitsbildes bleibt, ausgebaut und ausgedehnt zu einem System mit Erinnerungsfälschungen usw. wird, in der Remission in Vergessenheit gerät, wieder aufflammt oder ständig festgehalten oder weitergebildet wird, — das scheinen uns die möglichen Varianten von im Prinzip gleichartigen Vorgängen, die wir schon deshalb nicht auseinanderreißen können, weil wir über die Ursachen der Variationen bis heute nichts wissen. Die Bezeichnung paraphren als ein Typus ganz überwiegend wahnhafter

Schizophrenien kann man gelten lassen; darüber hinaus, insbesondere unter genetischem Gesichtspunkt, wissen wir mit ihr nichts anzufangen.<sup>1</sup>

Ehe wir in die Diskussion dieser Fragen an der Hand von Material eintreten, sind noch einige prinzipielle Punkte zu erörtern. Die Zusammenfassung der paranoiden Formen zu einer Gruppe hat nicht nur wegen des Zurücktretens der „Zerfalls“-symptome auch heute noch einen Sinn. Die Gruppierung umfaßt zugleich die *inhaltlich* reichen und interessanten Psychosen. BLEULER hat ihnen sein besonderes Interesse zugewandt und gerade an paranoidem Material Unterlagen für seine Komplextheorie der Schizophrenie gesammelt; Paranoide spielen in SCHILDERS Schizophreniearbeiten und derjenigen der Psychoanalytiker überhaupt eine sehr große Rolle, STORCHS archaisch-primitive Analogien werden bei der Schizophrenie mit Wahnbildungen gefunden. So ist das Paranoid für das klinische Gesamtbild der Schizophrenie in den letzten 1½ Jahrzehnten stärker mitbestimmend gewesen, als es vielleicht den tatsächlichen Vorkommnissen nach berechtigt und auch dem Weiterschreiten der Erkenntnisse dienlich war.

Die Zusammenfassung von *Sinnestäuschungen* und *Wahnideen* als Kernsymptome der Gruppe entspricht einer vulgär-psychologischen Auffassung, der auch KRAEPELIN gerne nachgab und die wohl auf alte sensualistisch-positivistische Anschauungen zurückzuführen sein dürfte: der Trug der Sinne muß notwendig, so leitete man aus der Psychologie der Normalen ab, zu einer wahnhaften Verfälschung des Urteils führen. Inzwischen wurden aber die primären Wahnerlebnisse (Wahnbewußtheiten) ohne Sinnestäuschungen erkannt: wir sahen, daß im Beginn der Psychose sowohl der (wohl mit der Störung der Sympathiegefühle verknüpfte) Beziehungswahn, als auch die primären Erlebnisse veränderter Bedeutungserfassung auch ohne Anomalien der Wahrnehmung erlebt werden können. Und umgekehrt konnte schon an den in den Abschnitten über den akuten Beginn mitgeteilten Fällen von Sinnestäuschungen gezeigt werden, daß sich keineswegs allemal „Wahnideen“ an die Trugwahrnehmungen anschließen müssen. Im Gegenteil, es ist sogar geradezu für manche im Denken oder in der Aktivität geschädigten Schizophrenen charakteristisch, daß es infolge dieser Störungen trotz vorhandener Sinnesanomalien nicht zu Wahnbildungen, oder doch nur zu ganz geringfügigen, ansatzweisen, wahnartigen Gedankengängen kommt. Die urteilsmäßige Eingliederung des pathologischen Erlebens im Sinne einer einigermaßen beständigen Überzeugung, die Einordnung der verschiedenartigen, oft schwer vereinbaren Erfahrungen in eine Denkrichtung, vollends ihre Deutung und Eingliederung in ein durchgedachtes System der Realitätsbetrachtung: diese *Wahnformung* ist ein Vollzug, der häufig erst im weiteren Verlauf der Psychose eintritt und weitgehend von der Gesamtverfassung des Kranken *vor* und *nach* der Psychose abhängig ist. Das gilt für alle Symptome der Schizophrenie, die Sinnestäuschungen eingeschlossen, mit der einzigen Ausnahme der primären Wahnbewußtheiten, wo das unmittelbare Erleben schon den Keim einer solchen Formung in sich trägt.

Der Umstand aber, daß es diese primären Wahnerlebnisse gibt, deren pathognostische Bedeutung für die Schizophrenie sogar sehr groß ist, muß uns bei dem Versuch, die Wahnbildungen, die sich an andere Erlebnisse, z. B. an Sinnestäuschungen, anschließen, einfach rational mitvollziehend abzuleiten, zu besonderer Vorsicht ermahnen. Es ist nicht einzusehen, warum sich das unmittelbar erlebte Bedeutungsbewußtsein nicht auch an pathologisch abgewandelte

<sup>1</sup> KOLLE schlägt vor, die Bezeichnung Paraphrenie für jene Fälle zu reservieren, welche KRAEPELIN der „Paranoia“ zurechnete und deren Zugehörigkeit zur Schizophrenie er nachweisen konnte (s. S. 455).

Wahrnehmungen und an die echten Täuschungen anschließen soll. Wenn auch für die isolierte Erfassung der Wahnbewußtheit natürlich diejenigen Fälle von besonderer Wichtigkeit sind, wo Sinnesanomalien fehlen, so ist doch nach dem tatsächlichen Vorkommen Sinnesstrug und Wahnbildung meist verschwistert und damit diese Zusammenfassung äußerlich gerechtfertigt. Dagegen ist es ohne weiteres klar, daß der Aktivitätsverlust und die Denkstörung unter Umständen eine Wahnformung geradezu verhindern können, während der Verlust der Sympathiegefühle umgekehrt wiederum die rationale Formung erleichtert.

Es darf nicht vergessen werden, daß in früheren Abschnitten schon vielfach auf die Beziehungen einzelner Symptomgruppen zu den *Trugwahrnehmungen* hingewiesen werden mußte: die Denkstörung mit ihrer Veranschaulichungstendenz, die Aktivitätsstörung mit ihrer Aufhebung der Ichbezogenheit des Erlebens, die primären Wahnerlebnisse mit der Veränderung der Gefühlscharaktere der Gegenstände, endlich die psychomotorischen Störungen mit ihrer sensomotorischen Automatisierung; — sie alle haben Berührungen mit dem großen Gebiet, das man als Sinnestäuschungen klinisch zusammenfaßt. So erklärt es sich, daß bei so gut wie allen von KRAEPELIN beschriebenen Untergruppen der Schizophrenie von Sinnestäuschungen die Rede ist. Dementsprechend rechnen wir hier zu den Paranoiden nur diejenigen Kranken mit Sinnestäuschungen, bei denen sich eine wahnhaftige Verarbeitung an diese anschließt oder neben ihnen einhergeht. In vielen Fällen dieser Art ergibt aber eine genauere psychopathologische Analyse, falls sie möglich ist, daß echte Trugwahrnehmungen nicht vorliegen, ja, daß es sich nicht einmal um Pseudohalluzinationen handelt. „Gemachte“ Gedanken, lebhaftere Vorstellungen, Tagträumereien oder mit besonderen Akzenten inhaltlicher bzw. gefühlsmäßiger Art behaftete Träume im Schlaf können wahnhaft betont, aus dem Üblichen herausgehoben werden.

Es ergibt sich so eine große Fülle klinischer Bilder, deren Unterteilung bisher fast nur nach *inhaltlichen Gesichtspunkten* erfolgt ist: Größenwahn, Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Wahn der körperlichen Beeinflussung usw., das sind lebensgeschichtlich im Einzelfall wohl interessante, aber doch klinisch wenig belangvolle Bezeichnungen. Der Umstand, daß die Inhalte der Wahnbildungen den Wünschen und Befürchtungen des Kranken entsprechen, daß sie vielfach an Erlebnisse im Beginn der Psychose anknüpfen, in der Regel auch Ereignisse vor dem Ausbruch der Erkrankung mit einbegreifen, das macht uns im einzelnen Fall wohl diesen oder jenen Gedanken verständlich, nicht aber die Umschichtung im ganzen und vor allem nicht die veränderte Stellung zur Wirklichkeit und die pathologische Verarbeitung der Umwelt.

Solange noch die Erlebnisse fortbestehen, an denen der Wahnkranke sich immer wieder von neuem in seiner Einstellung festigen kann, z. B. Körpersensationen, Gehörstäuschungen, Beeinflussung der Gedanken, was bekanntlich über ein ganzes Leben der Fall sein kann, solange ist man geneigt, die fehlende Korrektur ohne weiteres begreiflich zu finden. Dabei denkt man nicht daran, daß ältere schizophrene Halluzinanten gar nicht selten trotz Fortbestehens der „Stimmen“ die wahnhaften Konsequenzen nicht nur im Verhalten, sondern auch gedanklich längst fallen gelassen haben. Umgekehrt kann eine relativ kurze Phase pathologischer Erlebnisse für immer den Standpunkt des Kranken zur Welt „verrücken“, und, auch ohne daß noch neues Material zuströmt, für immer den Zugang zu einer „gesunden“ Wirklichkeitserfassung versperren. Daraus und ganz besonders auch aus denjenigen Fällen, in welchen das pathologische Weltbild wie ein Fremdkörper neben dem ursprünglichen steht, ohne daß ein Ausgleich überhaupt angestrebt wird, ergibt sich, daß auch der „sekundären“ Wahnbildung (nicht nur dem primären wahnhaften Erleben) eine

funktionelle Störung zugrunde liegen muß, über deren Natur wir allerdings so gut wie nichts wissen.

ALFRED STORCH hat an der Hand von Angaben einer Kranken mit besonders klarer Darstellungsgabe versucht, einem Teil des hier aufgeworfenen Problems phänomenologisch nachzugehen. Er findet, daß dem paranoiden Schizophrenen sowohl die „Bilderwelt“ (Halluzinationen) als auch die wahnhaft umgewandelte Objektwelt in einer spezifisch veränderten Weise gegeben sei, auf einer „tieferen Bewußtseinsenebene“, in einer eigenartigen „Verwobenheit und Durchdringung mit dem Ich“. Die Unterscheidungsfähigkeit der Kranken sei nur scheinbar aufgehoben, bei näherem Zusehen hätten die als wirklich bezeichneten Phänomene doch eine „irreale Tönung“ oder das Moment einer irgendwie fühlbaren Ich-zugehörigkeit. Er erinnert an die Selbstschilderung von SCHWAB, der die Gestalt seiner Dämonen nur sah und für wirklich hielt, wenn seine Aufmerksamkeit entspannt war. SCHWAB spricht selbst von „Bewußtseinsherabdämmerung“. STORCHS Patientin machte folgende Angaben:

Die Gestaltenwelt, in der sie lebt, ist, wie sie zuzeiten immer wieder unmittelbar erkennt, eine Welt, die sich aus sich „herausdenkt“. Es ist eine „gedichtete“, „hypothetische“ Welt, von der sie weiß, daß sie nur existiert, solange ihr Ich völlig „in sich ruht“ und nicht durch das Dazwischentreten der Realität aus seiner Versunkenheit herausgerissen wird. Sie erzählt einmal, daß sie „das Feinste von China und Japan vom Himmel herunterbekommen“ habe. „Die Geisha war auch da, mich selbst habe ich als Geisha gekleidet, aus Schaumgebäck mir ein Kleid gemacht. So stark habe ich gedacht, daß man es gesehen hat. Das geschieht nur durch das sehr dingliche Denken, durch das Hypothetische. Ich bilde mir selbst die Welt, um mich über das Klägliche hinwegzusetzen. Für das innere Leben braucht man die Materie nicht, nur für das tätige Leben. Wenn man dauernd in sich ruhen würde, könnte man schon eine Welt in der Idee aufbauen. Aber so hat man nur die Bitterkeit des Verlustes“. Es ist das störende Dazwischentreten der realen Welt, das ihr „das Ruhen in sich“, in der Weltabgeschlossenheit der tiefen Bewußtseinsenebene verwehrt. Das erhellt auch aus folgender Äußerung: „Die Kutsche hat schon für mich bereitgestanden, da hat die B. (die Pflegerin, die ins Zimmer hereinkam) mir das erste Wort aus dem Mund genommen und alles ist wieder ins Bilderreich gefallen“. So wird der „gedichteten“ Welt in der Bewußtseinsenebene immer wieder der Charakter der vollen Wirklichkeit geraubt, den sie in der „Bewußtseinsherabdämmerung“ an sich gerissen hat. Sie ist nun nichts mehr als ein „Bilderreich“, eine „Welt in der Idee“. „Wenn ich mit meinem Ich in die Bilder eingehe“, sagte mir die Kranke, „so können die Bilder stärker werden als ein tatsächliches Erleben. . .“ „Ein Mensch kann durch Vergessen seines Seins und der Umgebung so weit kommen, daß das gedichtete Leben viel stärker wird als das wirkliche“. „Aber“, meint sie ein andermal, „was ich berühren, greifen kann, ist wirkliche Materie, ist kräftiger als das Gedichtete. . .“ „Das Geistige, was wir mit der Phantasie erleben, kann stark, sehr stark sein. Aber was wir ergreifen, fassen, halten können, ist doch das stärkste, das Körperliche ist der Schwerpunkt“. Ihre im „Vergessen des eigenen Seins und der Umgebung“ zur Wirklichkeit sich entfaltende Welt hat, wie die Kranke sehr wohl sieht, außerhalb des phantasiebildenden Geistes kein eigenes Dasein.

Ein solcher Bericht kommt den Theorien, wie sie z. B. BERZE vertritt, sehr entgegen, der die halluzinatorischen Erlebnisse der Schizophrenen aus dem Zustand der „Abspannung“, der intentionalen Aktivitätsminderung, abzuleiten versucht. Aber er veranschaulicht doch eher die Tagträumereien einer Hysterica als die schizophrene Halluzinose. Der Verallgemeinerung der daraus hergeleiteten Auffassung steht einmal das Fehlen tatsächlich nachweisbarer Bewußtseinsänderungen auch in den akuten halluzinatorischen Phasen der Schizophrenie entgegen. Ihr widerspricht ferner das zielgerechte und tatkräftige Handeln in der Realität, das z. B. in den beiden von WETZEL ausführlich mitgeteilten Fällen harmlose und unbescholtene Frauen zum Familienmord trieb. Dies wahnhaft bedingte Handeln ist allerdings nicht die Regel, wenn auch jedem Psychiater Fälle bekannt sind, welche auf halluzinatorischen Befehl anonyme Briefe schreiben, eine Reise zum Kaiser nach Berlin antreten; eine Kranke unserer Beobachtung hackte sich auf die Weisung ihres Schutzengels die linke Hand ab. Ausschlaggebend spricht gegen die Annahme einer besonderen

„Bildwirklichkeit“ das Verhalten der chronischen Wahnkranken, die nach dem Abklingen oder auch bei Fortdauern der halluzinatorischen oder wahnhaften Erlebnisse, die sie oft aufs äußerste quälen, nicht nur an ihrer Realität festhalten, sondern ihre ganze Daseinsauffassung und Daseinsgestaltung auf diese Erfahrungen aufbauen. Mit der Annahme, daß sie nun endgültig auf einer tieferen Bewußtseinssebene angelangt seien, ist nichts erklärt; denn die Realität der Gesunden wird oft genug neben oder verwoben mit der Wahnwelt erkannt und zum mindesten handelnd anerkannt.

Daß die Ausgestaltung des Wahns zu einem *eigenen Weltbild*, wenn auch noch so enger und dürttiger Art, bei länger bestehenden Schizophrenien fast nie vermißt wird, wenn sie einigermaßen noch geordnet und zugänglich sind, ist merkwürdig genug und vereinfacht das Problem der sog. sekundären Wahnbildung in der Schizophrenie nicht. Ob diese Abrundung Folge oder wie die Forscher, welche den *Autismus* für ein Grundsymptom halten, Ursache der Wahnbildung ist, scheint mir eine offene Frage.

Die klinische Beobachtung vermag im Augenblick nichts weiter, als sich an Beispielen einige Arten der Wahnformung zu vergegenwärtigen. Alle *Einteilungsversuche* sind an der Mannigfaltigkeit der Übergänge und Kombinationen bisher gescheitert. Auch diejenigen, welche sich nicht nur an die *Wahnhalte* anschließen und sich mit der Aufstellung von Typen begnügen, wie die Dissertation von MAGENAU, die auf eine Anregung von GAUPP zurückgeht, haben keine praktische Bedeutung erlangt. MAGENAU geht von Endzuständen aus und verfügt über Krankengeschichten von paranoiden Schizophrenen, die über viele Jahrzehnte, ein Fall bis zu 52 Jahren, in ärztlicher Beobachtung waren, so daß die Arbeit schon wegen des hervorragenden, sorgfältig gesammelten Materials Beachtung verdient. Trotzdem ist seine Typenbildung wenig überzeugend. Das liegt sicher daran, daß er bei den alten, zum Teil schon verstorbenen Fällen naturgemäß über den zeitlich weit zurückliegenden Vorgang der Wahnformung nicht viel in Erfahrung bringen konnte. Zum anderen aber macht er sich, trotz aller Selbständigkeit des Anlaufs, schließlich die *affektive Wahntheorie*, wie sie z. B. von FANKHAUSER neuerdings vertreten wird, zu eigen und kommt so zu Einteilungen, die mit seinem Material nicht schlüssig belegt sind. Er unterscheidet 1. den *Deckwahn*, ungefähr identisch mit dem Erklärungswahn von WERNICKE: Versuch einer Ordnung der psychotischen Erlebnisse, besonders der Sinnestäuschungen. Seine Ideen („Hypnose, Elektrizität, Radio“) seien „Massenartikel“, oft von anderen Patienten übernommen, dem Zeitgeist oder dem zufälligen Gedankenkreis des Milieus angepaßt. So sehr diese Bemerkungen über den Inhalt zutreffen, so wenig besagen sie zu dem funktionellen Vorgang der Wahnformung und der Fixation der Gedanken, welche ja in anderen Fällen trotz ähnlicher Erlebnisse nicht vollzogen oder fallen gelassen werden. Dieser Vorgang wurde von MAGENAU wie von den meisten Autoren noch viel zu sehr aus normalpsychologischen Vollzügen verstanden. Die 2. Form der *Eruptivwahn*, dem Residualwahn WERNICKE-NEISSERS entsprechend, ist das wahnartige „Konglomerat“, das nach dem Ausbruch des Vulkans der aktiven Psychose als eine Art Fremdkörper zurückbleibt, nicht weiter systematisch verarbeitet wird, das Verhalten nicht beeinflußt, insbesondere auch keine Erwartungen für die Zukunft erweckt. Doch muß MAGENAU zugestehen, daß sich an solchen Restwahn oft katathym weitere Wahnbildungen anschließen. Es ergäbe in der Tat eine falsche Vorstellung, wenn man diese abgespaltenen Wahnreste bei älteren Schizophrenen sich zu sehr nach dem Bild des abgekapselten Fremdkörpers vergegenwärtigte. Wo man sie überhaupt erfassen kann und ihnen durch eine, wenn auch dürttige, gedankliche Organisation den Namen „Wahn“ noch zukommt, da spielen sie im Gesamthaushalt des

Seelischen trotz aller Abspaltung auch noch eine Rolle, über die man sich allerdings durch das Fehlen der praktischen Konsequenzen leicht täuscht. Als 3. Typus nennt MAGENAU den *Wahn aus prozeßhafter Verstimmung* und zielt damit auf die interessante Beobachtung, daß paranoide Schizophrene periodisch in der Stellungnahme zu ihren über Jahrzehnte bestehenden Wahnideen wechseln, bald die heitere Zuversicht des Größenwahns; ferner daß in anderen Fällen eine relative Einsicht, ja Ablehnung der Wahnideen mit dem überzeugten Festhalten, ihrer Verteidigung und dem entsprechenden Benehmen abwechselt. Ob die Ursache solcher Schwankungen in der Tat in affektiven Vorgängen zu suchen ist, wieweit diese wiederum auf innere oder äußere Änderung der Gesamtsituation zurückgehen, ob nicht das Hervortreten der Wahnüberzeugung

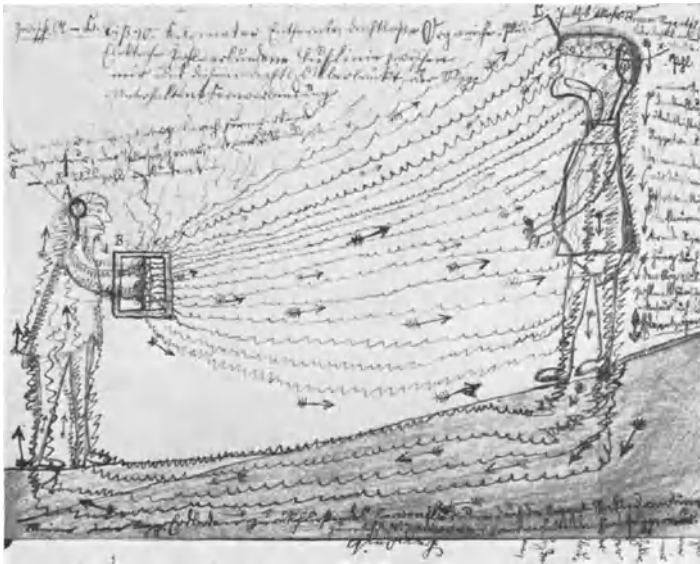


Abb. 13. Darstellung des Beeinflussungsapparats, dessen Fernwirkung der halluzinierende Kranke spürt.

durch bestimmte prozeßhafte Vorgänge ihrerseits die Stimmung beeinflusst, darauf ist aus MAGENAU'S Kasuistik keine sichere Antwort zu erhalten. Haben die psychopathologischen Erfahrungen, welche bei den nichtschizophrenen paranoischen Zuständen gewonnen wurden auch hier Geltung — und dafür spricht sehr vieles — so kann für die „Kontrastbildungen“ auf die Ausführungen KEHRERS im Band 6 dieses Handbuches verwiesen werden. — MAGENAU trennt 4. eine paranoische Wahnentwicklung auf der Grundlage der schizophrenen Persönlichkeitsveränderung ab und berührt damit eine ungemein wichtige Fragestellung. KAHN und H. HOFFMANN haben im Anschluß an BLEULER zum Teil aus erbwissenschaftlichen Erfahrungen heraus die Auffassung vertreten, daß sich eine paranoische Entwicklung auf den Resten eines leichten schizophrenen Defektes ansiedeln könne. Der Gedanke ist gewiß erwägenswert. Auch LANGE hat unter Hinweis auf den Eifersuchtswahn STRINDBERGS, bei seinem Falle Betty Hempel die Frage aufgeworfen und bringt einige kurze Beobachtungen bei, die dann durch einen ausführlich von HAAS mitgeteilten Fall aus LANGES Abteilung eine wichtige Bestätigung erfahren; wir werden im Laufe dieses Paragraphen noch darauf zurückkommen müssen. MAGENAU'S

5. Gruppe, 2 Fälle, bei denen er eine Kombination einer manisch-depressiven mit einer schizophrenen Erkrankung annimmt, kann hier außer Betracht bleiben (vgl. § 15). —

Wir beginnen die Reihe der *Darstellung paranoider Bilder* mit der Geschichte eines Falles, dessen Wahnformung dauernd unter der Herrschaft des Beziehungswahns der Verfolgung bleibt. Er geht dem Auftreten anderer schizophrener Symptome jahrelang voraus und, obschon zahlreiche Täuschungen auf allen Sinnesgebieten mit der akuten Psychose vielerlei Neues in seinen Gesichtskreis bringen, setzt er sich schließlich auch gegenüber anderen Wahneinfällen und -ausgestaltungen immer wieder durch. Sein Schema ergreift alsbald auch die Umwelt der Klinik und zerkleinert wie eine Mühle alles im Sinne des Wahns. Die gedankliche Ausgestaltung ist noch relativ dürftig, erlaubt aber ohne weiteres die Einbeziehung von Tendenzen kontrastierender Art: der Kranke ist verfolgt, aber doch von Professoren und eine Belohnung winkt.

Bei *Gottfried Binder* (25/417), geb. 1889, ist der Beginn der Psychose nicht festzustellen. Nach seiner eigenen Angabe wurde er *schon seit der Militärzeit* (1910/11) *gedrückt und schikaniert*. Zu Hause, wo er meist in der väterlichen Landwirtschaft arbeitete, habe nur sein Großvater ein Herz für ihn gehabt. Nach der Militärzeit wollte er nach Amerika, weil er sich ausgestoßen fühlte. Während des Kriegsdienstes war er zweimal wegen ernster Verwundungen im Lazarett. Er sei nie so fröhlich gewesen wie die anderen, habe nie so recht mitgekonnt wie die anderen. Nur einmal habe er mit einem Mädchen verkehrt. Seit etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr besteht eine halluzinatorische Psychose, unter deren Einfluß er von Hause fortging und sich in der Nachbarstadt Arbeit suchte. Damals habe er drei Engel gesehen, überall wurde über ihn gesprochen, er wurde verlacht, verschimpft, verspottet. Die Zeitung war nicht mehr ehrlich, es war eine Narrenzeitung, er habe nicht glauben können, was darin stand. Die Eltern hätten ihm den Sauhund machen müssen, „damit man ihn allmählich in die Einsiedelei kriege“. Er ertrug das Türemschlagen zu Hause nicht mehr. Die Leute schrien alle so laut. Wenn ein Auto kam, gabs einen Krach, daß es so schmerzhaft im Ohr spürte. Wenn er etwas anfaßte, stach es ihn wie mit 1000 Nadeln. Die Glieder waren wie losgemacht, die Beine wie ein Schwamm. Manchmal wurde ihm dumm im Kopf, so leer, wie weggeblasen, dann wurden ihm schlechte, sexuelle Gedanken eingeblasen „in mich hineintelephoniert“. Stunden- und halbtagesweise wurde alles was er dachte und tat, auf der Straße von den Leuten nachgesprochen, „da sitzt er und trinkt“, „jetzt will er schlafen gehen“ usw. Elf Tage habe er nichts gegessen, weil die Stimmen immer riefen: warte bis morgen! Er konnte nicht dagegen an, sie hatten „etwas Überwältigendes“. 115 Tage habe er auf halluzinatorischen Befehl nichts Warmes zu sich genommen. Seit dieser Zeit werde er immer müder und schlaffer, habe Schmerzen in den Schienbeinen als ob Drahtstifte hineingeschlagen werden. Nachts fühlte er einmal, daß sein Bett in ungeheure Tiefen sauste, ein andermal flog er hoch in den Himmel, oder das



Abb. 14. Weitere Darstellung des gleichen Kranken wie Abb. 13.



Zimmer drehte sich im Kreise. Dabei das Gefühl: es geht zu Ende. Diese Berichte sind aus mehreren Unterhaltungen mit B. ausgewählt, er bringt eigentlich jedesmal neue Erlebnisse vor.

Über Ansätze zur Wahnbildung und die endgültige Formung gab er an: eine Zeitlang fühlte er sich zum Erfinder berufen, wollte Autokühler erfinden, Verbesserungen an den Rädern machen. Dann habe er gemeint, er werde den Glauben finden und lehren. Ein Erlöserbewußtsein habe er gehabt, eine Frau in der Heimat habe ihm zugerufen, er sei der Weltheiland. Während er das erste als Unsinn bezeichnet und ablehnt, auf die religiösen Ideen sich nicht mehr einlassen will, da er nicht mehr glaube, daß es einen Herrgott gebe, erfuhr man nach langem Zögern schließlich von ihm, daß er glaubt, die sämtlichen Professoren Deutschlands mißbrauchen ihn, machen das alles, um Patente zur Heilung von Kranken herauszufinden. 500 mindestens gibt es, die ihm die Kraft nehmen. Er trägt sein Leiden für andere, damit diese den Himmel auf Erden haben. Er werde gefühllos gemacht, mit „Arsen und Kainit“ durchtränkt. Millionen habe man ihm versprochen, als Juden und Händler verkleidet kamen die Professoren in seine Heimat. Wenn die Patente fertig sind, werde er bezahlt.

Während des Aufenthaltes in der Klinik (23. 7.—11. 8. 1928) fiel vor allem die relative affektive Unberührtheit bei der Schilderung der schrecklichen Erlebnisse auf. Er klagte viel in resigniertem, leicht traurigem Ton über Müdigkeit und Schwäche, zeigte aber im übrigen meist ein verlegenes, geziertes Lächeln, das manchmal grimassenartig wirkte. Bei Aussprachen war er mitunter geradezu fröhlich und erleichtert. Im übrigen war er völlig geordnet, intellektuell bei Leistungsprüfungen ganz intakt. Sehr bald klagte er auch hier über schlechte, zurücksetzende Behandlung, über Schikanen der Pfleger usw. Alles bezog er auf sich. Er wurde mürrisch und ablehnend, bis er in die heimatliche Anstalt verbracht wurde.

Könnte man in diesem Falle daran denken, daß eine von Haus aus mißtrauische Persönlichkeit bei der Entstehung des Beziehungswahns und seiner Fixierung beteiligt sei, so zeigt das folgende Beispiel die Unabhängigkeit solcher Wahnbildung vom ursprünglichen Charakter. Auch die Ausgestaltung des Wahns ist bei dem besser untersuchbaren aufgeschlosseneren Kranken deutlicher, insbesondere der Anteil anderer Symptome.

*Leonhard Carner* (25/447), geb. 1896, war nach Angabe seines Vaters ein leicht erziehbares, gutwilliges Kind. Lebhaft, ausgelassen beim Spiel und gesellig. Er lernte als Elektriker, hielt gute Kameradschaft und war von Anfang 1916 bis Kriegsende bei einer Fernsprechanlage im Felde. Nach der Heimkehr war er stiller, verschlossener, hatte kaum mehr Anschluß, wurde reizbar und vergeßlich. Bei Fragen war er abwehrend und im Winter 1924 zog er sich ganz zurück. Er wurde mißtrauisch; man beobachte ihn, alle seien falsch. Dabei arbeitete er fleißig und willig. Der Vater schickte ihn nach auswärts, um ihn abzulenken. Dort glaubte er in jedem Auto Leute aus dem Heimatort zu sehen, die Kriminalpolizei suche ihn, nachts verbarrikadierte er sich. Rücksprache mit einem Arzt wirkte vorübergehend befreiend, dann begann er auch daheim Sicherheitsvorkehrungen zu treffen, glaubte, mit der Medizin habe der Arzt ihn vergiften wollen, schlief nicht mehr und aß schlecht. Einmal rannte er eine Nacht lang ziellos davon, mit der Begründung, er müsse fort, er halte es nicht mehr aus. Nach seinen eigenen Angaben merkte er seit Dezember 1924, daß etwas gegen ihn gespielt werde. Nach einem Stellenwechsel fiel ihm alles auf: er merkte, daß der Meister ihn prüfte, seine Schlagfertigkeit auf die Probe stellte. Er grämte sich, daß er nicht mehr das darstellen konnte, was man erwartete. *Man behandelte ihn so teilnahmsvoll, so entschuldigend, als könne er nie etwas selbständig ausführen.* Er fühlte kein Vertrauen, merkte, daß man sich ihm anzupassen suchte, das war ihm fatal. Zunächst beschränkte sich alles auf das Geschäft. Bei den Verwandten, wo er zu Besuch war, fühlte er sich beobachtet. Man machte Bemerkungen, so daß er fühlte, „es dreht sich um dich“. *Nie etwas Bestimmtes*, er merkte, daß andere Leute mehr wußten. In der Zeitung fand er Anklänge an eigene Äußerungen.

Mit Tränen in den Augen berichtete C. von den schweren Tagen, als die ersten „Stimmen“ auftraten. Er hörte eine Stimme in sich selbst, „im Gehirn fabriziert“, mit den Ohren habe er nichts gehört. Mit ihr spreche er innerlich, ohne lautes Sprechen, ohne die Lippen zu bewegen. Er könne nie richtig verstehen, was „die anderen“ wollten. C. reproduzierte uns eine Anzahl der mit der Stimme geführten Gespräche. Sie nehmen auf seine Arbeit Bezug, auf die Frage des Katholischwerdens, machen ihn ratlos, da er nicht weiß, warum sich jemand mit ihm so beschäftige. Eigene Gedanken könnten es nicht sein, weil die Stimme Ausdrücke verwendet, die er nicht kenne oder nie gebrauche. Es sei, als ob jemand im Kopf mit ihm spreche; aber nur wenn er allein ist; die Stimme mischt sich nicht in reale Gespräche. Nachher könne man sich nicht mehr auf alle Einzelheiten besinnen. In ähnlicher Weise deutet C. wiederholt an, daß die fremden Gedanken in leichter Umdämmerung erlebt werden:

„man ist öfter konfus“, diese Konfusion könne man zurückdämmen, wenn man nur an die reine Wirklichkeit denke. Er habe der Stimme eine Zeitlang gar nicht antworten, sich nicht recht sachlich fassen können. „Die Gedanken jagen sich; nimmt man den ersten, stimmt er nicht mehr; nimmt man den zweiten, stimmt er auch nicht mehr. So kommt man zu keinem rechten Entschluß“. Bei einer späteren Untersuchung: er komme dann nicht weiter. „Ich laufe dann irgendwo fest mit meinen Gedanken und weiß nicht, wie es weiter gehen soll“. Kein Stärkerwerden der Stimme beim Einschlafen oder Aufwaschen, nichts im Traum.

C. machte einen verstimmtten, beeinträchtigten, bekümmerten Eindruck; er schilderte diese Erlebnisse mit sichtlicher Bemühung, sich deutlich zu machen. Er spricht langsam und umständlich, ist aber abgesehen von leichtem Grimassieren mit der Stirn in Tonfall und Gestik ganz unauffällig. Eine Änderung seiner Beziehung zu den Eltern streitet er ab. Über seine Beziehungen zum weiblichen Geschlecht äußert er sich auffallend zurückhaltend. Nach Angabe des Vaters ist er den Mädchen immer in großem Bogen aus dem Wege gegangen.

Nach der Aufnahme (7. 8. 1925) befand sich C. zunächst wochenlang in einer eigenartig inaktiven, indolenten Verfassung mit einem gewissen Krankheitsgefühl. Er blieb stets für sich, arbeitete fleißig, schien aber beunruhigt, sobald man ihn ansprach. Zu präzisen Angaben über die „Stimme“ war er nur schwer zu bringen: er könne sich nicht klar äußern, er wisse selbst nicht, was es sei: die Stimme klingt nicht, habe keinen Ton, sei trotzdem laut. Zu einer Reproduktion der Wechselgespräche — um solche handelt es sich immer noch — ist er nicht zu bringen. Er wisse das hinterher nicht mehr, es sei weg und vorbei. Wenn die Stimme kommt, sei er befangen und dumpf im Kopf. Wenn er liest, kann er nicht mehr folgen, weil er nicht begreift. Einmal spricht C. von Hypnose, vielleicht sei es Telepathie, aber auch der Beurteilung als krankhaft widerspricht er nicht. Bis zum 20. 2. arbeitete der Kranke äußerlich unauffällig, geordnet im Garten, allerdings erscheint er immer etwas beeinträchtigt. An diesem Tag ist er auffallend verstimmt, gespannt und rennt mit hochrotem Kopf vor dem Arzt davon. Er weigerte sich den Besuch seiner Mutter zu empfangen, gibt aber abends bereitwillig Auskunft: während der ganzen Zeit hätten die „Stimmen“ nie aufgehört.

Sie begleiten ihn überall, glossieren, was er tut. Sagen ihm, was er tun soll, lachen ihn aus. Er unterhält sich mit ihnen, gibt ihnen Antwort, scherzt mit ihnen. Sie wissen sein ganzes Leben, jede Kleinigkeit reproduzieren sie, halten sie ihm vor. Die Stimmen wissen alles, was er je gewußt hat, selbst Dinge, die er selbst längst vergessen hatte. Oft sagen die Stimmen auch Dinge, die er nie gewußt und gekannt hat, z. B. sprechen sie Plattdeutsch. Keine bestimmten Stunden, in denen die Stimmen sich häufen. Abends sind sie ebenso gut da wie morgens beim Aufwachen, oder wenn er in der Nacht erwacht. Beim Einschlafen werden die Stimmen deutlicher. Manchmal sprechen die Stimmen nur noch untereinander, er versteht dann nichts mehr. Oder es sprechen mehrere zugleich auf ihn ein, was ihn so verwirrt, daß er nichts mehr begreift. Die Stimmen wissen auch immer von seinen eigenen Gedanken. Wenn er mit ihnen spreche, denke er nur und spreche nicht. Keine akustischen Halluzinationen. Außerdem „gemachte“ Gedanken. Gedanken, die ihm eingegeben werden, die nicht von ihm stammen; meint, was man selbst denke und wolle, das wisse man doch. Aber oft seien Gedanken im Kopf, die garnichts mit ihm und seinem Willen zu tun hätten. Gibt nach längerem Zögern an, daß man ihm sexuelle Gedanken in den Kopf lege, Gedanken daran, bei einem Mädchen zu schlafen oder sonst etwas schlechtes zu tun, z. B. zu schlagen, böse zu werden. Schließlich klagt C. über augenblicksweise Unfähigkeit zu denken. Doch schildert er nicht einen typischen Gedankenentzug, sondern eine Art Konzentrationsstörung, besonders bei der Wortfindung.

Nach dieser Aussprache trat eine gewisse Beruhigung und Befreiung ein. Doch blieb der Kranke noch sehr mißtrauisch gegen den Arzt. Am 1. 12. 1925 nahm ihn der Vater nach Hause. Nach wenigen Wochen wurde er dort nachts wieder unruhig, war voller Angst. Er verlangte vom Vater, daß die Betten umgestellt würden; das Laster komme von unten; er legte einen Spiegel unter sein Bett. Bei der Wiederaufnahme am 7. 1. 1926 war er tief verstimmt, völlig verschlossen und unzugänglich. Er gab nur ganz lakonische Antworten, saß mit hängendem Kopf, gefalteter Stirn, starrem Blick da. Auf der Abteilung blieb er zunächst abweisend und gänzlich initiativlos. Ganz allmählich begann er wieder mit Interesse mitzuarbeiten. Seine Angaben über die „Stimmen“ decken sich mit den früheren. Nur stundenweise habe er Ruhe, oft werde er über das, was sie sagen, wütend und verstimmt, rufe in Gedanken allerlei Schimpfworte, versuche sich abzulenken. Die Unanschaulichkeit ist die gleiche geblieben, trotzdem erkennt er, *wer* spricht. Woran, ist nicht zu erfahren.

Am 12. 3. berichtet C., nachdem er wieder einige Tage sehr verstimmt war, über körperliche Veränderungsempfindungen und über neue Züge seiner Denkstörung: Seine Mütze habe sich so geweitet, sein rechtes Bein sei krummer als früher. Die Gedanken, die von den Stimmen kämen, säßen im Munde (zeigt dorthin). Er merke dort, daß er sprechen soll. Eigenartigerweise ist er bei dem Gespräch nicht nur aufgeschlossen, sondern sogar

leicht vergnügt: er habe nicht nur Nachteil von den Stimmen, *es falle ihm mehr ein als früher, er sei schlagfertiger*, könne die Leute manchmal aufziehen, was er früher nicht konnte. Am 30. 4. diktierte er dem Arzt unter sichtbaren Zeichen großer Erregung die Beschreibung eines von ihm erfundenen und konstruierten *Perpetuum mobile*. Er war beim Diktat von seinen Ideen ganz in Anspruch genommen. Am folgenden Tag machte er die Klinik in zornigem Ton für die vermehrten Stimmen verantwortlich. Wenn er im Garten bestimmte Gitterstäbe berühre, kämen die Stimmen, bzw. hörten sie auf. Er vermutet geheime Anschlüsse. C. wurde nun immer unzugänglicher und schwieriger. Bald gereizt, ausfallend und grob, bald formlos fröhlich, bald von einer steifen Höflichkeit. Immer wieder kommt er auf seine Erfindung zurück und lächelt überheblich und ablehnend, wenn man Einwände macht. Oft steht oder liegt er herum, hält flüsternd Selbstgespräche und lacht vor sich hin. So wurde er am 21. 6. 1926 in die Anstalt überführt.

Der Fall kann in vieler Beziehung als ein typisches Paranoid gelten. Wir sehen den über Jahre sich trotz immer wieder auftauchender Einsicht allmählich festsetzenden Beziehungswahn, das Einschließen halluzinationsartiger Erlebnisse, die aber offenbar fast unanschaulich, jedenfalls aber nach ihrem sinnesmäßigen Anteil durchaus ungeklärt sind. Sie decken sich inhaltlich keineswegs mit den wahnhaften Eigenbeziehungen, sondern werden mit ihnen nur zusammengeschlossen in dem unbestimmten Bewußtsein, Gegenstand besonderer Beachtung von anderen zu sein. Gleichzeitig sind Symptome einer Denkstörung, Gedankendrängen, Sperrungen, Konzentrationsstörungen vorhanden, ohne daß sich aber eine klare Beziehung oder Abhängigkeit der Symptome voneinander aufweisen ließe. Die affektiven Anomalien treten in den Vordergrund, die Erscheinungsweise der „prozeßhaften Verstimmungen“ (KRETSCHMER) wird sichtbar. Relativ spät tritt eine wahnbildende Eingliederung der ganzen Beeinträchtigungen ein. Krankheitsgefühl und Unsicherheit treten zurück etwa zugleich mit dem Auftauchen körperlicher Sensationen, und (aus der Denkstörung?) springt dann gänzlich unerwartet die Idee einer Erfindung des *Perpetuum mobile*, die nun trotz aller affektiven Schwankungen das Zentrum der Wahnbildung zu werden scheint: den Verfolgungs- hat der Größenwahn abgelöst.

Es ist nicht uninteressant mit dieser Wahnbildung die folgende Schilderung eines recht frischen Falles zu vergleichen, bei dem von vornherein der Beziehungswahn im Sinne der Selbsterhöhung im Vordergrund steht. Primäre Wahnbewußtheiten, Ichstörung, Denkstörung gruppieren sich zur einheitlichen Wahngestalt. Sinnestäuschungen fehlen.

*Dr. Karl Maun (27/787)*, geb. 1897, soll als Kind durchaus unauffällig gewesen sein. Nach seiner eigenen Angabe war er lebhaft und auch gesellig, wenn er auch sich meist mehr für sich hielt. Er machte die Oberrealschule als guter Schüler durch, studierte Volkswirtschaft und promovierte nach 6 Semestern. 1915/18 war er im Heeresdienst, mehrmals an der Front, dazwischen wegen Pneumonie und Pleuritis in Lazaretten. Er hat jetzt die zweite Stelle als Syndikus einer großen Fabrik.

Den Angehörigen fiel er seit 2 Monaten durch seine Angaben über Beobachtungen auf. Er selbst berichtete über seine Erkrankung nach der Aufnahme in die Klinik am 6. 10. 1927 das Folgende:

Seit Juli dieses Jahres sei seine Aufmerksamkeit erregt worden durch die Annäherung einer Dame, die er in der Sommerfrische erst kennen lernte. Es sei ihm später klar geworden, daß seine Familie mit dieser Dame in Verbindung stehe. Patient faßt die Angelegenheit nicht als eine Spionage oder Überwachung auf, sondern hat mehr den Eindruck, als ob die Familie feststellen wolle, was er eigentlich für ein Mensch sei. Die Beziehungen zu der Dame seien durchaus angenehm. Als er einmal von seinem Urlaub zurückkam, fiel ihm besonders die freundliche Begrüßung seines Direktors auf. Später reiste er dann mit seinem Direktor zu einer Vertretung und merkte während der Unterhaltung auf der Reise, obenso in München selbst, wohin die Reise ging, an Worten und Redewendungen, die immer wiederkehrten und sich wie ein roter Faden durch die ganze Rede zogen, daß besondere Empfehlungen von Seiten der oben erwähnten Dame vorliegen müßten. Bei der Ankunft in München erklärte ihm die Dame, sie wolle ihm eine begeisterte Führerin durch München sein. Es sei ihm dort nahe gelegt worden, bestimmte Museen zu besuchen, unter anderm habe auch der Direktor geäußert: wir gehen heute abend in den Parsival. Er schloß daraus, daß bestimmte Beziehungen zu der Dame aus der Sommerfrische vorlagen, daß er seinerseits eine bestimmte Aufgabe hätte erfüllen müssen, die er versäumt habe. Es war seine Meinung,

daß es sich dabei lediglich um eine Blutübertragung handeln solle und zwar zwischen ihm und dieser Dame. Über den Zweck selbst sei er sich nicht im klaren; vielleicht um eine Gedanken Anregung vorzunehmen; oder ob eine Gegenseitigkeit vorliegen sollte um gleichzeitig der Dame einen Dienst zu erweisen? Das letztere sei ihm sympathischer.

Auf einer späteren Reise nach Frankfurt habe er dann wieder Menschen kennen gelernt, die seiner Ansicht nach in Beziehungen zu dieser Dame und zu seiner Direktion standen. Er merkte dies wieder an einzelnen Worten und Redewendungen im Gespräch. Er habe auch aus Unterhaltungen mit Angehörigen seiner eigenen Firma gemerkt, gewissermaßen durch die Blume, also in negativer Form, daß man dort über ihn und sein Verhältnis zu dieser Dame unterrichtet war. Er merkte weiter, gelegentlich einer persönlichen Tätigkeit bei einem seiner Prokuristen (er schloß für diesen einen Hauskauf ab), daß die Besitzerin des Hauses mit der Dame aus der Sommerfrische in freundschaftlichen Beziehungen stehen müßte; ferner hatte er das Gefühl, die Dame sei anwesend gewesen, wenn er sie auch nicht zu Gesicht bekommen habe. Weiterhin glaubte er schließen zu dürfen, daß die Fortsetzung und der Ausbau der Beziehungen zwischen ihm und der Dame zu einem bestimmten Zweck gewünscht würde. Die betreffende Dame sei älter, eine Heirat komme also nicht in Frage. Angenommen, sie sei jünger als er, würde er sich über die einfachen notwendigen Konsequenzen des ganzen Verhältnisses völlig klar sein, so aber, da eine Heirat ausgeschlossen sei, müsse das Hinarbeiten auf den Ausbau der Beziehungen und deren Zweck ein anderer sein. Auf die Blutübertragung sei er durch Beobachtungen gekommen, die er an sich selber gemacht habe. Er fühlte sich nicht wohl, schwach, schwindelig, und außerdem stellten sich Dinge bei ihm ein, die seinen *Gedankenablauf veränderten*. Einmal wurden ihm Gedanken übertragen, andererseits hatte er auch das Gefühl, daß seine Gedanken ebenso von ihm ausstrahlten. Er habe das Gefühl gehabt, gewissermaßen 2 Zentralen im Kopf zu haben. Bei jedem Gedanken, den er formte, stellte sich bei ihm selbst auch eine Antwort her. Dann wurden ihm selber fremde Gedanken übertragen, er meinte deren Fremdheit an ihrer Sprunghaftigkeit zu erkennen. Es sei nicht etwa ein logisches, folgerichtiges Denken gewesen, sondern gewissermaßen ein Hin- und Herspringen, *woraus er schloß, daß es das Denken einer Frau sein müsse*. Es seien Gedanken gewesen, die sich um das Leben drehten, philosophische, wissenschaftliche Betrachtungen, nicht etwa Gedanken triebhaften Inhalts. Die Dame sei sehr belesen, habe viel geistige Interessen, ein Ausnahmemensch, mit dem er sich viel über die angezogenen Fragen unterhielt. Er meint, daß diese Gedanken schon deshalb nicht seine eigenen gewesen sein könnten, da er durch seine Berufstätigkeit zu einer gewissen Einseitigkeit gezwungen sei, und er selbst sich nur mit allerlei wirtschaftlichen Dingen abgab. Den Gedanken der Dame selbst lagen nicht etwa streng umschriebene, systematisierte Anschauungen zugrunde, sondern es waren mehr Einfälle, Splitter, apercuartige Bemerkungen. Bei jeder Konzentration auf eine bestimmte Denkaufgabe seinerseits seien die Gedankenübertragungen weg gewesen. Sie traten nur ein, wenn er seinen Gedanken unkonzentriert freien Lauf ließ, oder wenn er sich mit einer Lektüre beschäftigte, die irgendwelche Zusammenhänge mit dem Gedankenkreis dieser Dame hatten. Es seien reine Gedanken gewesen. M. lehnt alles Zwangsmäßige, Sprachnahe ab.

Seiner Überzeugung nach habe der Blutaustausch mit der Dame schon stattgefunden; wie er stattgefunden habe, wisse er selber nicht anzugeben. Er hatte das Gefühl, daß man ihm selbst Blut abgenommen habe. Seitdem fühlte er sich schwach und schwindelig. Jetzt fühle er sich wieder wohler und zwar deshalb, weil das Blut in der Zwischenzeit wieder ersetzt sei und zwar seit Dienstag. Er ist sich darüber klar, daß das Blut irgendwo herausgegangen sein muß, er wisse aber nicht wo und wann und wie. Es könnte ihm doch z. B. in einem hypnotischen Schlaf entnommen worden sein. Von diesem Blut nimmt er an, daß es der Dame übertragen wurde. Das Bewußtsein der beiden Denkkentralen sei ebenfalls wieder verschwunden, seitdem er das Gefühl hat, er sei wieder hergestellt. Nur darüber sei er sich nicht klar, inwieweit das Blut der Dame auf ihn übertragen worden sei. Er hat selbst nicht das Gefühl, seine geistigen Fähigkeiten hätten sich vermehrt oder es seien neue hinzugekommen, sondern er ist mehr der Überzeugung, daß es sich um die Belebung und Aufrüttelung der schon vorhandenen Energien usw. handle. Er sei jetzt seit Sonntag vor 8 Tagen zu Hause, weil man mit seinem Nichtessen und seinem Gesamtbefinden in Wiesbaden nicht zufrieden gewesen sei. Er hat nämlich mehrfach in der letzten Zeit das Gefühl gehabt, daß man ihm etwas ins Essen tue, nicht etwa um ihm zu schaden, sondern lediglich um ihn gesprächiger und offener zu machen; andererseits um die Blutentnahme bei ihm durchführen zu können, ohne daß er etwas davon merke. Auf Befragen gibt er zu, daß ihm in der letzten Zeit in Wiesbaden konzentriertes und strammes Arbeiten erheblich schwerer fiel als früher; das liege wohl teils an der Müdigkeit und teils an der Sprunghaftigkeit der Gedanken. Zu Hause habe er sich lediglich seinen Gedanken überlassen. Und zwar denke er fast ausschließlich im Umkreis dieser ganzen Erlebnisse, jede Ablenkung davon falle ihm schwer. Er ging zu Hause fast ausschließlich früheren Erlebnissen und Vorkommnissen nach, denn alles habe jetzt für ihn eine besondere

Bedeutung gewonnen. Jetzt sei er in dem ganzen Zurückleiten der heutigen Anschauungen und Überzeugungen soweit gekommen, daß er schon von der vorjährigen Sommerreise nach Ems alle die Ereignisse der späteren Zeit herzuleiten vermöge, Dinge, über deren Bedeutung er sich damals noch nicht klar gewesen sei. Er liest die Zeitung und denkt darüber nach, ob das Gelesene eine Bedeutung und einen Zusammenhang mit den ihn beschäftigenden Fragen hat. Er habe die Überzeugung, daß ihn bei der Rückkehr in seine Firma irgendeine besondere Beförderung oder Aufgabe erwarte. Alles, was ihm bevorstehe, sei ihm durch Gedankenübertragung schon mitgeteilt worden. Alle die Gedanken, die er sich z. B. über die Blutübertragung gemacht habe, seien ihm auf dem Wege der Gedankenübertragung oder durch Äußerungen Dritter (durch die Blume) bestätigt worden. Darüber, wie sich das Verhältnis zu der Dame weiter auswirken werde, sei er sich nicht im Klaren. Er nimmt an, daß sie hier in Heidelberg ist, wie sie ihm überhaupt überall folgt und zwar gewissermaßen als guter Schutzgeist. Er fühlt sich in keiner Weise bedroht, glaubt nicht, daß er von irgendeiner Seite einer Gefahr ausgesetzt sei. — Seine Beziehungen zu seinen Eltern sind in keiner Weise verändert, auch zur Schwester nicht. Beziehungen zu Frauen waren früher selten, nur einmal ernsthaft, das Verhältnis löste sich wieder, sonst nichts außer dieser Angelegenheit mit der jetzigen Dame.

M. gibt bereitwillig Auskunft, ist von der Realität seiner Erlebnisse restlos überzeugt. Er erzählt von ihnen in einem nonchalanten Tonfall und mit demselben Gefühl der absoluten subjektiven Gewißheit wie jemand die alltäglichsten Angelegenheiten im Gespräch von sich gibt. Er macht in der Stimmung einen durchaus gleichmäßigen, zwar nicht heiteren aber doch leicht fröhlichen Eindruck, durchaus nicht sehr ernst. In den Umgangsformen höflich, zurückhaltend, ohne bestimmte Nuancen, ohne jeglichen Zug von Maniertheit und Übertriebenheit.

Im Laufe der fünftägigen Beobachtung in der Klinik trat schließlich doch noch in Gesten und Handlungen eine gewisse Überheblichkeit und Großmannssucht hervor. Im übrigen blieb M. in seinen Äußerungen unverändert und unerschütterlich in seiner Überzeugung.

Wie eine ganz ähnliche Ichstörung des Gedankenablaufs in einer chronischen Psychose die Führung übernehmen und nach vielen Jahren die Grundlage einer gedanklich wenig ausgebauten Wahnbildung sein kann, zeigt die folgende Beobachtung, welche von BÜRGER in anderem Zusammenhang schon einmal mitgeteilt wurde.

*Justus Wengerten*, geb. 1876, ein mittelmäßig begabter Gerberssohn, sollte ursprünglich Gerber, später Metzger werden. Da ihm aber das Schlachten zuwider war, hielt er in der Lehre nicht aus und wurde Kaufmann. Er arbeitet nach mehrfachem Stellenwechsel von 1900—1907 als Expedient in einer Brauerei in P. und war bis dahin durchaus unauffällig, gesellig, zufrieden, allerdings Älteren gegenüber stets etwas schüchtern.

Als er 1907 angeblich wegen eines kleinen Versehens seine Stellung verloren hatte, wurden bei dem damals 31jährigen die ersten Vorboten der Erkrankung bemerkt: er war aufgeregt, ruhelos und unsicher, nach Angaben der Angehörigen in seinem Wesen verändert. Einer kleinen Schuhfabrik, die ihm der Vater einrichtete, vermochte er nicht vorzustehen, er konnte nicht mit der Kundschaft verkehren. Im Dezember 1908 begann er seiner Umgebung zu mißtrauen, er glaubte sich verachtet, man möge ihn nicht, wolle ihn fortschaffen, vergiften. Er wurde mehr und mehr gedrückt, verzweifelt, ängstlich. Bei dauernder, zielloser Unruhe sprach er immer weniger, schimpfte ab und zu zornig los. Er vermutete dann auch Verfolger im Haus, wollte vor ihnen durchs Fenster entweichen, zerschnitt Vorhänge, verbrannte sein Hemd. In einem Zustand ängstlicher Zerfahrenheit wurde er im Februar 1909 in die Heidelberger Klinik verbracht. Anfangs war überhaupt kein geordnetes Gespräch mit ihm zu führen. Seine Antworten waren stets nur ganz ungefähr auf die Frage zu beziehen, er widersprach ständig. Allerlei wahnhaftige Andeutungen („alles ist verhext, wie Spiritisten, das ist ein Geheimnis“) wechselten mit verworren vorgebrachten Erinnerungen aus seinem früheren Leben. Über Sinnestäuschungen war nichts Sicheres zu erfahren. Die Stimmung wechselte, präzisen Fragen nach seiner Krankheit wich er aus. Die Intelligenz erwies sich als intakt, soweit seine Zerfahrenheit eine Prüfung erlaubte. Etwas beruhigt, aber noch völlig unfrei, wurde W. nach 1 Monat nach Hause entlassen.

Schon 3 Wochen später mußte er in die Anstalt Klingenmünster aufgenommen werden, wo er sich seitdem ununterbrochen befindet. Bei einer Nachuntersuchung 1920 fanden wir einen ängstlichen, zurückhaltenden, schüchternen Menschen, der aber, wie die Krankengeschichte besagt, zeitweise ausfällig wird und heftig losschimpft. Er beschäftigt sich fleißig mit Hausarbeiten und hält sich am liebsten allein. Es zeigte sich, daß er über seine Umgebung und die Zeitereignisse ganz gut orientiert, und daß eine Art Krankheitsbewußtsein vorhanden ist. Den Besucher weichte er nach einigem Zögern in seine Innenvorgänge ein, nachdem er

in recht geordneter Weise über seine Jugendzeit und sein Vorleben berichtet hatte. Er erzählt von einzelnen Täuschungen auf allen Sinnesgebieten, die aber im Laufe der Jahre zurückgetreten sind. Im Vordergrund stehen jetzt der *Zwang zum Sprechen* (dessen Auswirkung die Schimpfparoxysmen sind) und die *Beeinflussung der Gedanken*. Die Auffassung seiner Lage und seine Stellungnahme zu dem Phänomen wird charakterisiert durch Äußerungen wie: „Ich meine gerade, ich sei verzaubert, meine Gedanken kommen und gehen, es muß irgend etwas sein, wo mich führt“. Er sei wohl zum Reformator

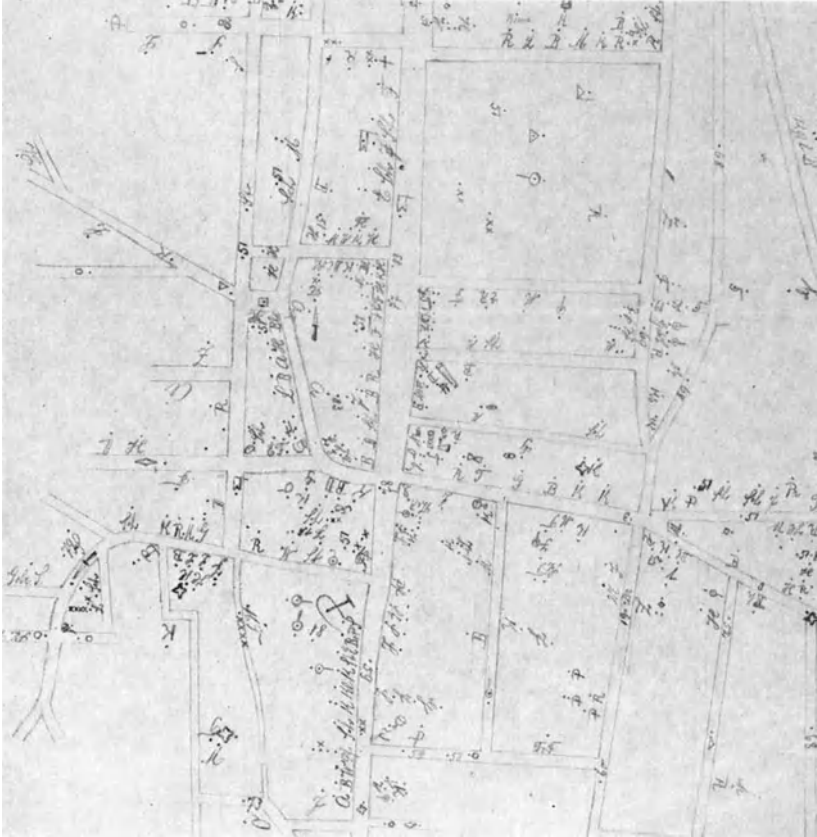


Abb. 15 (zu Fall *Wengerten*).

bestimmt, er werde benutzt, es werde durch Elektrizität gemacht, er stehe unter göttlichem Schutz, das ganze sei eine Prüfung.

Über das Phänomen selbst ließ sich folgendes feststellen: Fast ausnahmslos stellen die auftauchenden, durchaus als durch fremden Einfluß „gemacht“ empfundenen Gedanken, *Erinnerungen* an kleine Vorkommnisse aus W.s Vergangenheit dar und zwar in der Hauptsache aus der Zeit seines Aufenthaltes in P. von 1895—1907. Zahllose Einzelheiten aus dieser Zeit, viele mit einem andeutungsweise sexuellen Einschlag, aber auch ganz harmlose, tauchen ihm immer wieder auf, hundert- und tausendmal dasselbe, oder auch immer wieder neue, an die er bisher nicht gedacht hat. Besonders im Halbschlaf in der Nacht ist es „wie eine Folterkammer“, wie vor Gericht, wenn man als Zeuge gehört wird (doch gibt er bestimmt an, daß er nichts hört, sondern nur, daß die Ereignisse in seine Gedanken treten). Um nun die verwirrende Fülle dieser Erinnerungen einigermaßen zu beherrschen und zu wissen, auf was dieser oder jener auftretende Gedanke hinweist — denn er fühlt sich gezwungen, jeden als Erinnerung zu registrieren — hat sich W. eine Karte der Stadt P. in großem Format gezeichnet, auf welcher er mit Hilfe eines komplizierten Systems von Punkten, Zeichen, Buchstaben und Zahlen die ganzen Vorkommnisse registriert hat, so wie sie ihm

aufgetaucht sind (s. Abb. 15). Er hat zu dieser Karte einen Index angefertigt, der 92 Nummern und 65 verschiedene Zeichen erläutert. Unzählbare Punkte mit beigesetzten Buchstaben bedeuten außerdem Begegnungen mit bestimmten Personen. Um was für ein Ereignis es sich dabei handelt, ergibt sich aus folgenden Beispielen aus dem Index:

2 schlecht gedacht — 3 Mädchen nachgehen — 13 Mädchen getroffen; unsittlich sprechen und handeln mögen — 57 nach Mädchen am Bierschalter gefragt — 74 Fräulein K. M. mit meiner Schwester gesprochen — 85 mit Frau in geschlechtlichem Verkehr haben mögen — 91 Notdurft verrichtet usw. Daneben finden sich, in bunter Mischung völlig banale Vorkommnisse des Alltags:

Kraut gekauft — Mann gesprochen — über Herr und Frau L. geschimpft — auf der Straße vor dem Treppenhaus des Zollamts schmutzige Matratze gesehen — mit Herrn H. Streit gehabt — wählte nationalliberal, Reichstagswahl 1906 — bei dem Fest der Firma X. zugehören — zum 2. Mal dort um Rechnung quittieren zu lassen — Schlitten gefahren — Geschäftsleiter gesprochen — usw.

Endlich finden sich noch einige Erinnerungen, die offensichtlich schon in die Zeit der wahnhaften Beziehungserlebnisse im Beginn der Psychose fallen: mit Stechen, mit Schießen bedroht worden und anderes. Das ist aber keineswegs mit allen auftretenden Erinnerungen der Fall. W. lokalisiert die meisten zugrunde liegenden Vorkommnisse zeitlich ebenso genau, wie er sie auf dem Plan örtlich geordnet hat. Während ihm die Sexualia vorgehalten werden, um ihn zu „reinigen“ im Sinne seiner Berufung, weiß er von den übrigen Vorkommnissen auch nicht anzugeben, warum ihm diese gerade wieder auftauchen. Er vermutet, es habe denselben Zweck. Eine Karte, wie er sie sich angefertigt habe, nur viel vollständiger, um sich einigermaßen zurecht zu finden, müsse auch jener andere haben, der ihn benutze, ihm die Erlebnisse immer wieder in Erinnerung rufe. Sie treten nicht vorstellungsmäßig, bildhaft in ihm auf, er hört nichts dabei, er muß nur daran denken. Die vorher zeitweise vorhandenen Halluzinationen hatten keinen Erinnerungscharakter.

Nach den eindeutigen und sicheren Angaben, die W. macht, zweifelt man nicht daran, daß die Vorkommnisse sich in der Tat so abgespielt haben, wie sie ihm ins Gedächtnis gerufen werden.

Das Herausgreifen *eines bestimmten Lebensabschnittes* ist für die Wahnbildung der chronischen Schizophrenen ungemein charakteristisch. Es handelt sich dabei meist um die ersten Erscheinungen der akuten Psychose, von denen die Einsicht in die wahnhaften Zusammenhänge ausging. Diese Fälle sind ja so bekannt, daß sich die Mitteilung eines ausführlichen Beispiels erübrigt. *Wengerten* kann als Gegenbeispiel zu der auch hier meist vom Inhalt ausgehenden Annahme gelten, daß es etwa nur die Fremdartigkeit der Erlebnisse und die Aufgewühltheit des primär psychotischen Zustandes sei, die diesen zum Wahnkern werden läßt. Bei W. ist es eine relativ gleichgültige Zeit vor der Erkrankung, mit der er sich beschäftigt.

Aus dem über 20 Jahre beobachteten Fall *Mauz* bei *MAGENAU* geben wir einige Bruchstücke seiner oft wiederholten Darstellung der akuten Psychose wieder, an die er in seinem Verfolgungswahn immer wieder anknüpft. Das erste Bruchstück ist besonders eindrucksvoll durch die Schilderung der Ich- und Denkstörung und ihres Einflusses auf das soziale Verhalten des vom 23. Lebensjahr ab vagierenden Kranken. Das zweite gibt in ungewöhnlich klarer Form halluzinatorische Erlebnisse wieder, die sich in ungeheurer Mannigfaltigkeit in der Anstalt wie im freien Leben fortsetzten. Trotzdem kehrt *Mauz* in seinen Schriftstücken immer wieder auf jene Zeit zurück.

„Mein Selbstbewußtsein reifte von Tag zu Tag in steigendem Maß den Gedanken, daß mein ganzes Wesen durch gewisse, geheime Vorrichtungen, von maßgebenden Privilegien des Staats durchforscht werde. Ich fühlte jeden meiner Gedanken verraten. Um jeden derselben entspann sich oft ein Stunden währendes Gedankengefecht. Das Kuratorium bemühte sich durch Wiederholung meiner Gedanken, vielfach durch abgebrochene Sätze meinen Geist auf diesen und jenen einzelnen Gedankenpunkt längere Zeit zu konzentrieren, um genau über mein Vorleben unterrichtet zu werden. Ich verlor dadurch zusehends an Ruhe und, meine früheren Ahnungen in Betracht ziehend, kam ich zur Vermutung, daß auf dieses System mein Wandergeist zurückzuführen sein könnte, denn sobald ich irgendwo auch nur wenige Tage arbeitete, dachte ich mich von mir bekannten und unbekanntem Menschen umzingelt und dieses forschende Geflüster, diese Gedankenhackerei zeitigten in mir eine gewisse Verwirrung, so daß es mir unmöglich wurde, meiner Arbeit regelrecht

vorzustehen. Da diese Beeinflussung sich verstärkte, je länger ich irgendwo ansässig war, so entledigte ich mich der Arbeit immer auf Knall und Fall“.

„Ich lebte nun mehr von Wasser und Brot. Trank ich Wasser, so kam vom Haftlokal die Schallwellenwarnung: Trink nicht, sieh in den Hafen, betrachte die Giftwurzel im Wasser. Ich prüfte und sah mit Erstaunen eine Zwiebel in der Größe einer kleinen Haselnuß am Boden. Diese suchte ich off herauszufischen, konnte sie aber nie erwischen, denn sobald ich sie fischte, trat Geheimkunst in Aktion und sie war scheinbar verschwunden (optische Täuschung), trank ich aber, so blieb eine nervöse Wirkung in mir nicht aus“. — (Anmerkung an eine der Erscheinungen): „Das Notzuchtsdelikt dient seit 5 Jahren gegen mich zu suggestivem Spott, der von Vampyren als Verbrechen durch Schallwellen gedeutet wird, dieser Fall wird mir tagtäglich und das oft Stunden an einer Tour mich zu hänseln, mich zur Wut zu bringen, bei höhnisch ganz gemeinem, zartem, jungfräulichem, nieselndem kreisendem Ton, der in der Welt seinesgleichen sucht, den man in bezug auf das Garstige mit dem Geschrei der Elster vergleichen kann, zu Gemüt geführt. Diese Person oder Personen sind außer sich vor Wut, daß es ihnen bis dato nicht gelungen ist, mich als schuldig zu überführen. Der Apparat scheint also noch nicht imstand zu sein, trotz aller Bekehrungskunst nach meinen Gedanken mich schuldig zu finden. Man schreiet oft zur Erpressung durch Zuruf: „Solange machen wir fort, bis Du Dich selbst beschuldigst, solange bleibst Du da, bis Du Dich selbst anklagst“.

Während bei dem allgemeinen Wahn der Eigenbeziehung, wie besonders aus den beiden Fällen *Binder* und *Carner* hervorgeht, die inhaltliche Ausgestaltung nach längerem Herumtasten und Ausprobieren als eine mehr zufällige und gelegentliche erfolgt, ist der *Liebeswahn* von vornherein auf einen bestimmten Partner gerichtet und schon dadurch geformter und einheitlicher. Das folgende Beispiel zeigt, wie dieser Partner aber doch eigentlich gar nicht gewählt wird; sondern mit dem Einsetzen des Schubes greift die Kranke eine Person ihrer nächsten Umgebung heraus und zentriert ihre Erlebnisse um sie. Überdies zeigt das Verhalten im zweiten Schub, wie die schwere angstvolle Erregung mit sexuellen Halluzinationen und Denkstörung eine „sekundäre“ Weiterformung des Wahns verhindert. Man könnte hier ebenso gut diese sexuelle Halluzinose aus dem Wahnhalt herleiten wie die entgegengesetzte Ableitung als „Erklärungswahn“ vornehmen; es zeigt sich wie problematisch alle solche Aufstellungen sind, die dem sinnvollen Gesamt eine genetische Richtung aufzwingen wollen.

*Betty Zisler* (24/328), geb. 1891 hat zwei schizophrene Schwestern, eine dritte starb in einer fieberhaften Krankheit nach 3tägigem Anstaltsaufenthalt. Diagnose: Katatonie? Betty war früh verwaist, entwickelte sich normal, war eine mittlere Schülerin. Mit 18 Jahren hatte sie ein Liebesverhältnis, das sie auf Rat der Schwester abbrach, danach nie mehr Beziehungen zu Männern, keine Freundinnen. Seit dem 30. Lebensjahr ging sie in Stellung als Zimmermädchen. Sie selbst bezeichnet sich als von jeher etwas empfindlich und mißtrauisch. Sie hielt auf ihre Religion, war gern allein, war sich selbst genug, verabscheute laute Geselligkeit, war gern mit einigen guten Bekannten zusammen. Auf der letzten Stelle gefiel es ihr, abgesehen von Klatschereien der anderen Dienstboten, gut. Etwa Anfang September 24 wurden Schlaf und Appetit schlechter, sie fühlte Herzbeschwerden und Luftmangel. Sie glaubte, die anderen Dienstboten seien neidisch auf sie, die Herrschaft gab es ihr hinterher zu verstehen usw. Den akuten Beginn der Psychose schilderte sie nach der Aufnahme in die-Klinik folgendermaßen:

Am 18. ging es los. Sie saß abends allein im Haus und war mit Wollewickeln beschäftigt. Zuerst ging es auch ganz gut, aber dann wurde sie verwirrt und die Verwirrung nahm immer mehr zu. „Ich habe noch alles gesehen, aber ich wurde so furchtbar ängstlich dann auf einmal. Dann hab ich gemeint, es wär alles verhext — das existiert doch eigentlich nit“. (Umwelt verändert?) „Nein gar nicht, nur daß ich die Wolle nicht mehr wickeln konnte“. „So sehr ich mich dran rumgequält habe, dann ist das Gewirr immer schlimmer geworden, daß ich gedacht habe, ich kann einfach nicht mehr“. (?) „Ja, ich weiß nicht, es ist so, wie ich sage, aber ich bin mir nicht klar“. (?) „Ich weiß nicht — ein vernünftiger Mensch — ich hab mich vielleicht eine Stunde dran rumgewirrt“. „Das ist mir gerad wie verhext vorgekommen, als ob der Teufel eine Hand im Spiele hätte. Denn Wolle wickeln kann doch ein kleines Kind. Ich war so furchtbar ängstlich“. Sie mußte denken, ob sie denn verrückt geworden sei, daß sie etwa noch nach Wiesloch komme. Sagte sich aber, es könne doch nicht sein, da man ja ihr allein das ganze Haus anvertraut habe. Und dann kam ihr folgender Gedanke: Bei der Familie kam oft ein Verwandter mit seiner Frau zu Besuch, der gern mit den Mädchen schäkerte, ihnen einen Scherznamen beilegte, und von dem die



Köchin Lina behauptete, er habe mit seinem Bürofräulein ein Verhältnis und schon intimen Verkehr gehabt. Patientin hatte sonst nicht viel daran gedacht: an jenem Abend aber kam ihr die Geschichte in den Sinn und ihr war dabei so, als ob nicht die Lina davon zuerst geklatscht habe, sondern daß sie es sei, die das Gerücht in die Welt gesetzt habe. „Das hab ich dann so sonderbar gedacht, gar nicht so wie sonst; wie wenn der mir die Gedanken eintrichtern täte, ich kanns gar nicht sagen, wies war, gar nicht wie eigene Gedanken. Und dann war die Stimme von der Frau dieses Herrn zu hören, wie wenn sie zu ihrem Mann sagte: hör doch jetzt auf, das Mädchen kann ja nicht mehr! Das kam mir so unnatürlich vor, so komisch“. Was das Gesagte zu bedeuten habe, ist ihr nicht klar. Diese Stimme war im Kopf, „nicht, daß ich was gesehen hätte oder gehört, es kam wie angeflogen, grad wie ein anderer Gedanke auch kommt“.

Am folgenden Tage, Sonntag, war sie unruhig, hastig, „ich wurde einfach nicht so fertig mit mir, ich konnte mich nicht beruhigen“. Vor allem war sie wegen einer Sache sehr in Angst. Der erwählte Herr kam nämlich zu Besuch, was ihr sehr peinlich war, sie fürchtete, wenn sie ihn sähe, müsse sie sich nach allem gestern vorgefallenen aufregen. Sie dachte: „Wenn ich nur nicht heute servieren müßte“. Aber sie mußte es doch. So ließ sie es geschehen, sagen mochte sie nichts, da sie sich nicht getraut hätte, Gründe zu nennen. So servierte sie denn voller Unruhe. „Da hat er mich so arg ins Aug gefaßt, anders wie sonst, und auch wieder nicht ernst, so fratzenhaft. Wo ich gemerkt habe, ich werde dadurch immer aufgeregter, hab ich gedacht, ich werde mir alle Mühe geben, ruhig zu sein. Und dann ist mir gewesen, als wenn sie alle auf mich achteten, sich freuten, wenn ich was falsch mache. Und es hat so Bemerkungen gegeben. Es ist mir so vorgekommen, wie wenn er gesagt hätte: „jetzt hat sies schon wieder gemerkt“. Der Herr Dr. B. sagte zu seiner Schwiegermutter: Ein bißchen unnormal bist Du halt doch. Damit sei wohl sie selbst gemeint gewesen. „Die anderen haben sicherlich auch schon gesehen, daß ich ganz anders aussah, meine Augen — so entstellt“.

Überhaupt habe ja der Dienstherr am Samstag schon zu seiner Frau gesagt: Wenn der Herrmann kommt, dann wirds gemacht. Das habe doch wohl heißen sollen, daß man sie nach Wiesloch tun wolle. Jedenfalls ist ihr am Sonntag bei Tisch „alles so komisch vorgekommen, sie haben gar nicht so richtig zu mir geredet“. So kam es denn schließlich, daß sie meinte, man hypnotisiere sie. Es gab eine Szene, und Herr und Frau Dr. B. gingen mit ihr ins Kinderzimmer. „Ich hab dann noch so energisch geredet, wie sonst nie, und dann auch so komisch, wie wenn ich das allen sagen müßte. Und Herr und Frau Dr. redeten so, als ob sie mich durcheinander machen wollten, daß ich alles verkehrt reden sollte“. Fast geschrien haben sie dann, sich nicht mehr in der Gewalt gehabt. Sie sagte, sie werde so verrückt gemacht, daß sie noch ins Narrenhaus komme. „Die haben aber immer dagegen gesprochen“. Sie hatte den Eindruck, als wenn man sie nur aus dem Hause haben wollte. Schließlich ging man sehr friedlich auseinander und sie legte sich hin. Da meinte sie, sie müsse sterben, weil ihr „da so war — Herzbeschwerden und konnte kaum mehr reden“. Hörte auch eine Stimme, die sagte: „die ist zu religiös, der kann man nicht beikommen“. Als sie nach etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde aufstand, war ihr „viel leichter im Kopf“. Sie konnte die Schwester besuchen. Abends kam der Arzt und sagte, sie müsse ausspannen, sei blutarm. . .

Man brachte die Kranke ins Krankenhaus, dort war sie noch bedrückt, aber schon völlig geordnet. In der Klinik (20. 10. 1924) erzählte sie das Vorgefallene vollkommen ruhig, klagte nur noch über einen eingenommenen Kopf und „Nervosität“. Die Einsicht für die akute halluzinatorische Phase gewinnt sie verhältnismäßig schnell. Was die Beeinträchtigungen von seiten der Mitangestellten, die vorausgingen, anlangt, so komme ihr immer wieder der Gedanke, ob nicht alles Unsinn war, sich bei einer Aussprache von selbst geklärt hätte. Völlig ausgeglichen und ruhig wurde sie am 2. 2. 1925 zu den Angehörigen entlassen.

Der 2. Schub brach etwas über  $\frac{1}{2}$  Jahr später aus. Sie war inzwischen völlig gesund und befand sich zufällig damals in Stellung bei einem Nervenarzt, wo sie ihre Arbeit im übrigen ganz ausgezeichnet versah. Ende Juni 1925 kam sie unvermittelt zu dem Arzt ins Zimmer und erzählte ihm verschüchert und unter sichtlichem Widerstand von den hypnotischen Beeinflussungen in der ersten Psychose: ob das alles gestimmt hätte, sie habe Zweifel usw. Sie deutet dabei Sexuelles an, rückt aber nicht mit der Sprache heraus und läßt sich gern alles ausreden. Diese Gespräche wiederholen sich in den nächsten Tagen. Sie verurteilt moralisch ihre erotischen Gedanken, kommt aber immer wieder darauf zurück. Einige Nächte später hörte man aus ihrem Zimmer lautes Jammern und Beten. Sie öffnete der Herrschaft nicht, da sie so Angst habe, nahm aber ein Schlafmittel und erzählte am folgenden Morgen, sie habe in ihrer kindlichen Unschuld geglaubt, es seien Männer, darunter auch der Nervenarzt bei ihr. Auch ihrer Schwester erzählte sie in jener Zeit von nächtlichen Empfindungen sexueller Art im Unterleib. Wenige Tage später fragte sie den Dienstherrn bereits, ob sie zeitlebens hier bleiben müsse, sie sei bereit mit ihm in illegitimem Verhältnis zu leben, sie habe nachts gefühlt, daß er mit ihr verkehrt habe. Der Sekretärin machte sie eine Eifersuchtsszene, sie wurde immer erregter und als sie ihre

Sachen packte, um ins Krankenhaus zu fahren, redete sie völlig verwirrt, ununterbrochen unter heftigem Jammern: „was soll ich denn tun? Ich habe doch nichts verbrochen? —“ In der Klinik (14. 7. 1925) nach einer ganz kurzen geordneten Begrüßung alsbald Losbrechen einer ganz schweren ängstlich-ratlosen Erregung, die ohne längere Unterbrechung bis zur Überführung in die Anstalt am 10. 9. 1925 unverändert bestehen blieb. Ständiges Jammern, steil aufgerichtet im Bett, starr verzerrter Angstaussdruck im Gesicht, oder im Saal umherirrend, fast nie fixierbar, oder die Situation und den Arzt verkennend: „was soll ich denn nur machen, soll ich Dich denn mitnehmen, ach hilf mir doch. Du kannst mich haben, ach, nein, nein, laß mich doch —“. Das Jammern ist auffallend steif, hat etwas Gemachtes, Unnatürliches, Kühles, trotz aller unverkennbaren Erotik. Auch die Körperhaltung ist unfrei, gebunden, die Äußerungen ganz einförmig, aber immer wieder von neuen Angststößen angetrieben: „ach was soll ich jetzt machen, ach ja, ach ja“ — dazwischen Gebete, unter anderem: „O Mutter Maria, hilf mir doch, gib mir die heilige Geschlechtsliebe“. Einmal äußerte sie direkt, am Unterleib werde bei ihr etwas gemacht, was auch aus den Abwehrbewegungen der Hände, aus dem Gehen mit bis zu den Knien geschlossenen Oberschenkeln zu erschließen ist. Späterhin bricht sie die Sätze ihres Jammerns oft mitten im Wort ab und zuckt dabei am ganzen Körper zusammen. „Was soll ich denn tun, was soll ich denn tun? Ja was soll ich denn jetzt sagen? O was muß man denn jetzt — Ja was will ich denn jetzt sa — O Gott, was wa — Schwester, Schwester, was will —“.

Bei einem Explorationsversuch am 20. 7. schien sie zunächst etwas freier, wenn auch im ganzen stets ängstlich, steif in der Haltung, ständig nestelte sie an ihrer Kleidung und machte eigenartige Abwehrbewegungen mit den Händen. Im Laufe des Gesprächs wurde die Unruhe immer stärker, schließlich gab sie keine sinngemäße Antwort mehr, fing immer nur noch Sätze an und brach jedesmal in größter Angst ab.

Sie erwies sich als zeitlich, örtlich und persönlich völlig orientiert. Es gehe ihr besser, sie habe schwere Kämpfe durchmachen müssen, sie dürfe nichts davon sagen, sie sei geistig überwacht, sie könne nicht mehr so nachdenken. Auch weiterhin ergibt sich aus manchen Äußerungen, daß neben der Angst fraglos Sperrungen, vielleicht auch eine Denkstörung besteht: „Ach bitte, Herr Doktor, erschießen Sie mich nicht. Ich finde mich so gefesselt hier. Wissen Sie, ich bin katholisch geboren — jetzt weiß ich nicht mehr, was ich sagen soll. (Warum Angst?) . . . ich möchte lieber auf glühenden Kohlen gehen als in die Hölle kommen. Herr Doktor, sagen Sie aufrichtig, ob meine Seele noch zu retten ist. . .“ Schließlich spricht sie von einem Ehevertrag mit Dr. St., dem letzten Dienstherrn. „Ich bitte Sie um Gottes willen, Sie dürfen mir die Augen nicht nehmen!“ Zuckt dabei als ob sie gestochen würde. „Ich habe so eine nervöse Angst. Ich weiß nicht, was ich sagen soll; ich meine das gar nicht, was mir so herausgefahren ist.“ Von Dr. St. wolle sie nichts mehr wissen. „Ich habe nicht gewußt, daß das eine schwere Sünde ist. Was soll ich tun? . . . Wenn ich etwas Heiliges bete, muß ich immer etwas dazu denken“. Furchtsames Zusammenzucken bei jeder Anrede, beim Krachen des Stuhls, zunehmend gespannte Erregung. In den Satzbruchstücken stets die gleichen sexuell-religiösen Inhalte.

Der Zustand bleibt nach der Verbringung in die Anstalt zunächst noch der gleiche. 2 Monate später befindet sich Fräulein Z. in einem negativistischen, ängstlichen *Stupor* mit ausgesprochenem Widerstreben. Bei einer längeren Exploration im Januar 1926 war sie äußerst starr und widerstrebend. Sie sprach dauernd leise unverständlich vor sich hin und antwortete immerhin auf einige Fragen. Die Antworten haben ausgesprochene Ähnlichkeit mit dem, was sie zuletzt in der Klinik äußerte. „Was soll ich weiter sagen, — ich weiß nicht, ob ich sie anschauen soll, — ich weiß nicht, wie ich da sagen muß, — was soll ich denken, — ich weiß es nicht mehr so, ob ich ganz drumherumlaufen muß?“ usw. Sie könne, so klagte sie, oft das richtige Wort nicht finden, es treibe sie oft, aus dem Bett zu gehen. Was das sei, könne sie nicht angeben. Ziemlich schnell versank sie wieder in Schweigen. Der *Stupor* dauert in unveränderter Form bis zum Ende des Jahres 1926 an. Ab und zu gelang es, sie mit Strickarbeiten zu beschäftigen, zwischendurch saß sie mit verklärtem Gesichtsausdruck, straffer, fast ödematös gespannter Gesichtshaut untätig im Bett. Keinerlei sprachliche Äußerung. Anfang 1927 wird berichtet, daß sie häufig das Bett verläßt, sich vor anderen Patientinnen entblößt und sexuell anbietende Gesten macht, mit verklärtem Lächeln. Dabei ist sie unrein und unverändert mutistisch. Im Mai 1927 kommt es zu vereinzelten Ausbrüchen von Erregung und brutaler Gewalttätigkeit, die aber nur wenige Minuten dauern. Alle Ausdrucksbewegungen haben sexuellen Einschlag. Einzelne obszöne Beschimpfungen gegen das Personal. Auch bei Besuch der Schwester benimmt sie sich in gleicher Weise. Anfang 1928 tritt im Gefolge von therapeutischen Maßnahmen die Tendenz, sich zu entblößen, zurück. Sie wird meist im Dauerbad gehalten wegen der Neigung zu unvorhergesehenen Gewaltakten. Im Mai 1929 ist der Zustand noch völlig unverändert.

Während in diesem Fall der erste Schub anscheinend spurlos vorüberging, zeigt der folgende Fall eines Liebeswahns, wie sich die Umgestaltung des ganzen Lebens im Sinne einer „Bekehrung“ an die psychotischen Erlebnisse anschließen

kann. Ich entnehme den Fall meiner früheren Arbeit über die Stellungnahme nach der abgelaufenen akuten Psychose, ergänze ihn durch eine Schilderung des weiteren Verlaufs. Dieser zeigt, daß die sich ausbreitende Halluzinose mit Erregungszuständen und psychomotorischen Störungen von den Wahngedanken nicht mehr viel sichtbar werden läßt.

*Emma Gelsenbach* (13/99) wurde, wie die jüngeren Geschwister, im Waisenhaus aufgezogen, da die Mutter wegen einer chronischen Psychose (*Dementia praecox*) in einer Anstalt untergebracht war. Als Kind, so wird berichtet, soll sie „melancholische Anwandlungen“ gehabt haben und leicht erregbar, zu Zornausbrüchen geneigt gewesen sein. Früh kam sie in Stellung als Dienstmädchen, wechselte anfangs den Dienstplatz sehr häufig, blieb aber zuletzt über ein Jahr bei einer Apothekerfamilie, die sich des körperlich schwächlichen Mädchens, das kaum den Hausarbeiten gewachsen war, sehr annahm. Sie berichtete selbst, wie gut sie es bei den kinderlosen Apothekersleuten hatte, und wie man sich bemühte, ihr etwas beizubringen. Der Dienstherrschaft fiel nur auf, daß sie alle 4—6 Wochen (vielleicht im Zusammenhang mit den Menses?) vorübergehend nachlässig in der Arbeit wurde.

Im Spätsommer 1912 (E. G. war damals 17 $\frac{1}{2}$  Jahre alt) scheinen die ersten krankhaften Erscheinungen aufgetreten zu sein, die sich mit größeren Unterbrechungen bis zur Aufnahme der Kranken in die Heidelberger Klinik im April 1913 erstreckten. Sie bildete sich ein, ein Herr besseren Standes gehe ihr nach, der sie einmal in einem Geschäft besonders freundlich begrüßt hatte; sie sprach gelegentlich mit ihrer Schwester davon und glaubte schließlich, die Dienstherrschaft habe seine Liebesbriefe an sie unterschlagen. Sie fand heraus, daß es ein Rechtsanwalt sei, der sich für sie interessierte und bemerkte etwa im Februar 1913, daß man auf der Straße von ihr und ihm sprach und mit dem Finger auf sie deutete. Gleichzeitig etwa erlauschte sie im Nebenzimmer, daß an ihrem Geburtstag ein Brief der Pflegemutter im Waisenhaus angekommen sei, aus dem hervorgehe, daß sie eine *geborene Gräfin* sei. Sie glaubte, daß dieser Brief, wie die anderen, von der Herrschaft zurückbehalten werde, machte deshalb der Hausfrau Vorhaltungen und wandte sich schließlich wegen der Unterschlagung von Briefen an die Polizei, worauf sie der Apotheker ins Krankenhaus bringen ließ. Dort scheinen sich, soviel aus ihren eigenen Angaben zu entnehmen ist, die psychotischen Erlebnisse gehäuft zu haben. Sie deutete die Gespräche der Schwester und der Kranken um, glaubte gehört zu haben, daß sie die Tochter eines Burggrafen sei, ihr Bruder und ein Freund, die sie besuchen wollten, wurden, wie sie meinte, nicht vorgelassen. Ein Geheimpolizist teilte der Schwester das Geheimnis ihrer Abkunft mit. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begann erst recht eine „Spionagerei“, sie glaubte sich auf Schritt und Tritt überwacht und hörte Äußerungen des Neides auf der Straße. Noch einmal nahm sie kurz eine Stelle an, merkte aber auch dort, daß man sie benachteilige, ihr die Erbschaft streitig machen und die Zusammenkunft mit ihrem Bruder verhindern wollte.

Dann erfolgte nach einem abermaligen Aufenthalt im Krankenhaus, wo sie den Bruder gesehen und gehört haben will, die Aufnahme in die Klinik (12. 4. 1913).

Hier berichtete die Kranke ganz ausführlich über die ganzen Vorfälle mit einer Ruhe und Sicherheit, die in merkwürdigem Gegensatz zu den ständigen Zweifeln, der Beunruhigung und Ängstlichkeit, mit denen sie sich nach ihren Angaben zuvor gequält hatte. Mit aller Bestimmtheit hielt sie daran fest, daß sie das Kind eines unbekanntem Grafen und vom Vater Gelsenbach nur angenommen sei. Nachdem sie ihre Abkunft erfahren hatte, so gab sie an, seien ihr merkwürdige Sachen aus der Vergangenheit aufgefallen, die sie damals nicht weiter beachtet hatte und die ihr jetzt zum Bewußtsein brachten, „daß sie anders sei als die anderen“. Sie sei vom Vater — sie nennt ihn charakteristischerweise: Pflegevater! — immer schlechter behandelt worden, jetzt wisse sie, warum er anders war. Dagegen habe die Mutter sie stets gehütet, „es durfte mich gar niemand anrühren“. Sie führte eine ganze Anzahl kleiner Szenen aus ihrer Kindheit an, wo man angeblich irgend etwas von ihr geheimhalten wollte: als sie einmal an Papiere des Vaters ging, habe er sie geohrfeigt; als sie einmal vor Jahren die Mutter in der Anstalt besuchte, wollte diese ihr etwas sagen, der Vater drängte auf Abbruch des Besuches; und dgl. mehr. Die Zusammenhänge der ganzen Vorkommnisse hat sie durchgedacht und berichtet über die Verstoßung des gräflichen Bruders, dessen Feindschaft mit ihrem Bräutigam und über die Vermittlerrolle eines dritten Herrn, ohne Geschwätzigkeit, in naiver, etwas altkluger Weise.

4 Monate war die Kranke in der Klinik. Anfangs sprach sie zu den anderen Kranken einmal von ihrer Verlobung und der Erbschaft. Dann lebte sie ganz still, wenig arbeitend, dahin und redete spontan nie von ihrer Sache. Doch nahm sie es ernst, wenn der Arzt sie mit Prinzessin anredete und empfing freudig kleine zufällige Bevorzugungen als ihrer Würde entsprechend. Sie schien nichts Neues zu erleben, hielt aber an allem fest.

Bei der Aufnahme in die benachbarte Heilanstalt, wohin sie verbracht wurde, befragte sie der Arzt. Sie erklärte sofort, sie sei nicht krank und deutete unter geheimnisvollem

Lächeln an, daß sie verlobt sei. Sonst war fast nichts aus ihr herauszubringen. Ihre stolze, zurückhaltende Art wird in der Krankengeschichte mehrfach hervorgehoben. Erst im September 1915 setzten wieder akute Erscheinungen psychotischer Art ein. Sie wird nachts erregt, hört rufen und schimpfen, flüchtet ängstlich zur Pflegerin oder schlägt plötzlich auf andere Kranke los. 1917 wird berichtet, daß sie nachts gellend schreit, mit aller Kraft um sich schlägt, auf einen Mann schimpft und ihn abwehrt. Im Dezember 1918 wird eine Erregung beschrieben, in der sie in die Ecke schreit: ich schlag Dich tot, ich will Dirs schon zeigen! Mit offenem Haar, gerötetem Gesicht, Schaum vor dem Mund macht sie ständig die gleichen Bewegungen, als ob sie auf ein am Boden liegendes Wesen schläge. Diese Erregungen wiederholten sich oft, in der Zwischenzeit scheint sie stumpf und interesselos, zeigt einen starren, gespannten Gesichtsausdruck und gibt nur kurze verstörte Antworten.

Es ist zu erwarten, daß in all den Fällen, wo die Trugwahrnehmungen und die anderen schizophrenen Störungen zurücktreten und primäre Bedeutungserlebnisse allein oder ganz überwiegend das Bild bestimmen, auch eine relative sinnvolle Geschlossenheit der Wahnbildung alsbald zutage tritt. In diesem Sinne spricht die folgende Beobachtung, bei der, abgesehen von einer kurzen Phase optischer Halluzinationen, das Bedeutungsbewußtsein über die ganze Dauer der Beobachtungszeit zu immer wieder neuen Ergebnissen im Sinne des Wahnes führt. Der Fall zeigt weiterhin, wie wenig Stimmungsschwankungen, schwere Paramimien und impulsive Erregungen ein einmal gefügtes Wahngebäude zu erschüttern brauchen, was im Hinblick auf die Bedeutung „prozeßhafter Verstimmungen“ für die Wahnbildung überhaupt bedenklich stimmen muß. Endlich stellt der Grundwahn des Falles eine innige Verknüpfung von Verfolgungs-, Eifersuchts- und Liebeswahn dar und kann die Bedeutungslosigkeit solcher Unterscheidungen rein inhaltlicher Art veranschaulichen.

*Camilla Deigert* (11/174), geb. 1875. Ihre Mutter war  $\frac{1}{4}$  Jahr in der Anstalt Illenau untergebracht. Diagnose: originäre Paranoia. Nach der Krankengeschichte ausgebreiteter Beziehungswahn. — Camilla war eine mittelmäßige Schülerin von ruhigem Temperament. Sie lebte im elterlichen Hause, war früh entwickelt, mit 12 Jahren schon menstruiert. Zur Zeit der Menstruation launisch und reizbar. Von Charakter etwas eigensinnig, wenig Verkehr mit Altersgenossen. Sie lebte in glücklicher Ehe mit einem Lehrer; ein Kind; nie eifersüchtig. 3—4 Jahre vor dem Ausbruch der Psychose suchte sich angeblich ein Aktuar bei ihr einzuschmeicheln. Der Mann warnte sie, seitdem lebte sie sehr zurückgezogen. Seit Sommer 1911 verändert, stiller, verschlossener, klagte über Kopfschmerzen, starker Blutverlust bei der Menstruation. Damals äußerte sie, daß sich der Stadtpfarrer in unehrlicher Absicht ihr zu nähern suche. Sie fuhr dann mit dem Manne nach Kissingen zur Badekur. Dort unverträglich, sagte dem Mann, er habe etwas mit ihr. Alles kam ihr verdächtig vor. Sie sprach davon, daß ihre Mutter an Verfolgungswahn gelitten habe; wollte die vom Mann abgesandte Post wieder zurückholen, wurde ins Krankenhaus gebracht und von dort in die hiesige Klinik.

Bei der Aufnahme (6. 8. 1911) geordnet und unauffällig. Bei der ersten Besprechung bringt sie mit großer Lebhaftigkeit eine Fülle von Beziehungs- und Verfolgungsideen vor. Sie spricht, ohne aufzuhören, sagt förmlich auf, kommt von einem aufs andere, kann gar keinen Faden festhalten, weil ihr immer wieder neues Auffallendes einfällt. Das Wort „auffallend“ kommt in jedem Satz vor. Sie erzählt enorm weitscheifig mit einer Fülle nebensächlicher Details. Oft sind aber auch die nebensächlichen Ausschmückungen wieder Anknüpfungen an Beziehungsideen. Alles malt sie merkwürdig detailliert aus. Dabei ist die Stimmung gleichmütig, trotz des Interesses an dem, was sie sagt. Nur in einem Moment, wo sie von der Absicht des Mannes spricht, die Familie auszurotten, macht sie einen Anlauf zum Weinen. Konsequenzen zieht sie aus ihrer Darstellung nicht; sie fragt weder, was mit ihrem Manne werden soll, noch was man mit ihr mache. Befriedigt von der Aussprechmöglichkeit verläßt sie schließlich den Arzt.

Kern ihrer Wahnideen: Der Mann will sie, ihr Kind, ihren Vater und ihre Mutter, vier Personen, umbringen. Ihm hilft ihr Schwiegervater; der Zweck ist, sich in den Besitz des Geldes von ihr und ihrer Familie zu setzen, um ein junges Fräulein vom Kirchenchor zu heiraten, mit dem er ein Verhältnis hat. Eine besondere Rolle bei der Aufklärung ihres Eifersuchts- und Verfolgungswahns spielt der Stadtpfarrer.

Bis etwa Winter 1910/11 hat C. nichts bemerkt, lebte glücklich und zufrieden. Das erste Auffällige war eine Predigt des Pfarrers, welche verschiedenes enthielt, das sie auf sich beziehen konnte. Dies merkte sie zunächst nicht, erst als der Prediger die Treppe von der Kanzel herunterging, warf er einen Blick auf sie; da merkte sie, daß verschiedene Stellen, die ihr nun wieder einfielen, sich auf sie bezogen hatten. Sie erinnerte sich an frühere

Andeutungen des Pfarrers. Einmal sei er so eigentümlich weggerannt, habe ihr einen komischen Blick zugeworfen; er habe ihr gelegentlich einer Bahnfahrt von einem Mittagessen mit einer Ärztin erzählt und dabei berichtet, er habe der Ärztin sein Dessert gegeben. „Das fiel mir auf“. Mit diesen Worten habe der Pfarrer sie auf das Verhältnis des Mannes mit dem Fräulein hinweisen wollen; wieso sie das aus dem Dessert schließen solle, kann sie nicht sagen. Sie gibt ausdrücklich an, daß erst später, nach den Andeutungen der Predigt ihr diese Äußerung des Pfarrers auffällig vorgekommen sei. Der Pfarrer ist schon lange, so lange wie sie lebt, im Ort. Sie bestreitet, daß der Pfarrer sich ihr nähern wollte, er sei ein hochachtbarer Mann und habe ihr nur gutgemeinte Warnungen zukommen lassen. In einer anderen Predigt vor dem Kirchenchorausflug habe der Pfarrer gesagt „zieh aus aus deiner Klausur“. Auch das habe sich auf sie bezogen. Weiterhin habe sie bemerkt, daß jenes Fräulein, das der Mann heiraten wolle, in ganz auffälliger Weise am Haus vorbeiging, auffallend regelmäßig zu bestimmten Stunden. Einmal sei sie mit dem Manne zusammen dem Fräulein begegnet, dabei habe der Mann leise geflucht. Daß der Mann sie und ihre Familie umbringen will, ist sicher. Er habe seine Schwiegereltern nicht mehr besucht. Als die Schwiegermutter zu Besuch kam, habe er so auffällig gefragt, ob sie schon da sei. Daß der Vater des Mannes an dem Raubmordplan beteiligt sei, schließt sie wiederum daraus, daß er neulich einige Tage bei ihr zu Besuch war. Dem Kinde will man an das Leben, da der Mann ihm jüngst gesagt habe, „jetzt hast du deine letzten Ferien“; das Kind kommt jetzt aus der Schule. Es ist auffällig, daß der Mann morgens frägt, wie es ihr geht, daß er von ihr im Sonnenschein verlangt, sie soll den Schirm zumachen, daß das Haus neu angestrichen wird, das bedeutet neues Leben und zwar mit einer anderen Frau. Der Mann habe ihr ein Jackenkostüm machen lassen mit hellblauer Seide gefüttert, das heißt, daß ihm das Fräulein in der Ehe zwei Buben schenken soll (blau = Bubenfarbe). Warum sich das auf das Fräulein bezieht und warum zwei Buben, darüber kann sie keine Auskunft geben.

Die Vier-Zahl spielt eine Rolle; in Beziehung zu den 4 zu ermordenden Personen; auf der Reise nach Kissingen hätten sie 4 Länder berührt; nach der Ankunft habe der Mann 4 Postkarten geschrieben; in Würzburg wurde ein Ausflug nach 4 besonderen Punkten gemacht. Auch die Zahl 12 tritt auf und mit ihr gewisse Beziehungen zu Christusgeschichte. Verschiedene Ereignisse traten am Freitag auf, so die Verbringung ins Krankenhaus. Neben dem Bett des Mannes lag zu Hause einmal dürres Laub, ein Gewittersturm habe es hereingeweht, trotzdem war es ihr merkwürdig. Daß die Bäume auf der einen Seite dürr würden bedeute, daß eines von ihnen weg muß. Unter lebhafter Affektbetonung berichtet sie eine Geschichte von einer Knochenhand. Im Badezimmer auf einem mit Linoleum überzogenen Tisch war auf dem Staub eine Hand abgedrückt und zwar bestimmt eine Knochenhand. Sie sei darüber schrecklich erschrocken, so daß sie die Hand heute noch nicht abgewischt habe.

Außer diesen und zahlreichen ähnlichen Wahnbewußtheiten schildert sie nur eine Phase, in der offenbar halluzinatorische Erlebnisse bestanden haben und zwar in der Zeit, ehe sie in Kissingen ins Krankenhaus kam. Sie lag im Bett, schlief nicht. Von den zwei Fenstern ging das eine nach einem dunklen Park, das andere nach der erleuchteten Straße. Auf den dunkeln Vorhang sah sie eine Kirche ohne Farben, nur hell und dunkel; sie hatte ein innen erleuchtetes Fenster; plötzlich wurde die Kirchentür von innen hell, gleichzeitig sah sie an dem hellen Vorhang Maria in einem hellen Schein, auch farblos, aber sehr deutlich. „Es konnten Lichtbilder sein, so deutlich waren sie“. Nach einiger Zeit seien sie wieder verschwunden. Schon in der Nacht vorher hatte sie auf gleiche Weise ein Kreuz und eine Wolke gesehen. Eine weitere Erscheinung im Kissinger Krankenhaus war an einem vergitterten Fenster. Sie sah an der dem Fenster gegenüberliegenden Wand das Gitter als Schatten abgebildet. Hinter diesem Schattengitter sah sie den Stadtpfarrer so wie er predigte. Der Gitterschatten kam ihr wie ein Sargverschluß vor. Während der Erscheinungen sah sie die Räume so wie sie waren; sie war äußerst erstaunt und ängstlich, sah bald ihren schlafenden Mann, bald die Bilder an. Von diesen Erscheinungen ist sie bei der ersten Darstellung ganz erfüllt.

Im übrigen ist ihre Stimmung auffallend indifferent, fast euphorisch. Sie scheint zufrieden, fügt sich in alles ein, fragt nicht was werden soll, was man von ihren Angaben halte usw. Nach 3 Tagen tritt eine verhaltene Erregung auf. Sie verlangt nach dem Arzt, sie wisse, daß ihr Mann übermorgen komme, ihr Inneres sage ihr das; sie scheint unklar, zerfahren, läßt sich schnell beruhigen. Auch in der folgenden Nacht ängstlich, sie wisse, daß sie morgen früh fort müsse. Zu allen diesen Äußerungen macht sie keinerlei nähere Angaben, ohne Begründung hält sie daran fest. In der folgenden Zeit ist der Zustand außerordentlich wechselnd. Bald ist sie äußerlich ruhig, hat aber dabei einen merkwürdig starren, irren Ausdruck in ihrem fahlen Gesicht, bringt einige Bruchstücke vor, die einen zerfahrenen, zusammenhangslosen Eindruck machen. Dann plötzlich erregt, will aufstehen, der Mann komme morgen, niemals aber Anhaltspunkte für Halluzinationen. Vieles deutet sie auch hier symbolisch um, wobei zufällige, assoziierte Anknüpfungen eine Rolle spielen.

Als der Zeppelin vorbeifuhr: Zeppelin vorbei, alles vorbei. Mannheim: Ein Mann, ein Heim. Bald rannte sie tief traurig, bald wieder ausgelassen lustig auf der Abteilung herum. Einmal schreit sie: Ich will doch zu meinem Heiland, zu meinem Mann. Als der Arzt darauf die Ermordung erwähnt: Das ist vorbei, ich bin ein Narr. Es ist alles Seligkeit, ich bin sonst tot, ich bitte, ich will zu meinem Heiland, ich will ihm entgegenen in die Heimat, von der Heimat in die Heimat, von Durlach nach Mannheim, da ist mein Heim und mein Mann.

(Heiland oder Mann?): Ich will beide. Am folgenden Tag erklärt sie strahlend lächelnd: Wo findet die Seele die Heimat, die Ruh, ich halts nicht mehr aus, ich werde gemartert. Auch sonst vielfach bei den Visiten unter lautem Gelächter: Ich bin so unglücklich. Immer spielt in diesen Reden der Stadtpfarrer R. eine gewisse Rolle. Am 18. 8. gibt sie bei einem längeren Gespräch als ihren Namen Marie R. an, dazwischen aber auch wieder Camilla Deigert. Auf die Frage nach ihrem Mann, wiederholt sie immer wieder: Stadtpfarrer R. Dazwischen erklärt sie aber, sie sei mit ihrem Manne, August Deigert, in Kissingen gewesen. Sie lacht schließlich selbst über die zwei Männer und erklärt, sie sei durch die vielen Fragen so verwirrt geworden. Häufig spricht sie von Bildern, meint aber damit immer wieder symbolische Andeutungen. Nicht nur von einer Unterredung zur andern, sondern auch innerhalb der einzelnen Visite durchläuft ihre Stimmung alle Grade von scheinbar tiefer Verstimmung bis zu ausgelassener, kokett scheinender Lustigkeit. Häufig ist die Stimmung ihren Reden durchaus nicht adäquat. Einmal scheint sie in ihrer Stimmung außerordentlich beeinflussbar, das andere Mal gar nicht. Unabhängig von der Stimmung kommt zwischendurch der Ausdruck bei ihr, sie sei irr, wohl auch, sie sei irr im Verstand. Mit dieser Äußerung ist aber auch alles, was sie an Kritik aufbringt, erschöpft; weder ein Krankheitsgefühl noch eine Einsicht läßt sich durch entsprechende Fragen feststellen. Sie redet dann von Rheumatismus und Kopfweh. Am 30. 8. ist zunehmende Erregung notiert. Besonders nachts irrt sie ununterbrochen umher, kriecht auf dem Boden herum und sucht die Himmelschlüssel. Mit dem zusammengedrehten Taschentuch macht sie sich am Fenster zu schaffen; im Bad versucht sie unter Wasser zu gehen; sie wird immer stummer, starrer und verbissener. Plötzlich geht sie auf das Personal los, beißt die Pflegerin. Dabei hat sie einen zerrfahrenen, unruhigen Blick und unstete Bewegungen. Am 5. 9. legt sie sich zu andern Kranken ins Bett, umarmt sie und schmiegt sich an sie an. Einige Tage später verweigert sie die Nahrung, beschmutzt das Bett mit Kot und verrichtet ihre Notdurft mitten im Zimmer auf dem Fußboden. Diese erregte Phase klingt bald ab. Nun kommen wieder die früheren Wahnideen zum Vorschein. Sie spricht von Stadtpfarrer R.; der Arzt habe zwei Sonnenblumen abgeschnitten, das habe geheißt, ein Sonntag zu dritt und dgl. mehr. Am 20. 9. verlangt sie nach Hause und es stellt sich bei einem längeren Gespräch heraus, daß sie Wahninhalte von einer anderen Patientin übernommen hat. Die schwarze Hand spielt jetzt bei ihr eine große Rolle. Mann, Schwiegervater seien mit ihr in Verbindung. Kurz vor der Entlassung läßt sie sich sogar auf Zureden herbei, ihre Ideen für krankhaft zu erklären, aber im nächsten Augenblick sagt sie schon wieder, sie könne nicht verstehen, warum ihr Mann so verändert und der Stadtpfarrer so auffallend geworden sei. Am Tage der Entlassung (3. 10. 1911) macht sie einen Spaziergang mit dem Manne und kommt in heller Empörung auf die Klinik von diesem Ausgange zurück. Ihr Mann werde sich beschweren, man habe sie mißhandelt; sei scheint darüber aufs höchste erregt.

Aber auch die Erlebnisse des Bedeutungsbewußtseins führen keineswegs unter allen Umständen sofort zu einem geformten „sekundären“ Wahn. Hier ist zunächst einmal die *Lebensphase*, in der diese Wahnbewußtheiten erlebt werden von Wichtigkeit. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß der reifere, erfahrene, in gewissen Grundanschauungen gefestigte Mensch auch von diesen ungewöhnlichen Erlebnissen nicht in solche Ratlosigkeit in bezug auf die Einordnung versetzt wird wie ein jüngerer, an der Grenze der Pubertät. In dieser Ratlosigkeit, dem Bewußtsein der Bedeutung *ohne speziellen Inhalt*, werden bestimmte *Schlagworte* ergriffen, die als Wahnansätze deshalb immer wiederkehren, weil sie den landläufigen Ideen des Volkes und der Zeit entsprechen (MAGENAU) und doch bis zu einem gewissen Grade über die Unsicherheit hinweghelfen: „Weltuntergang“, „Leiden Christi“, „Hypnose“, „Freimaurer“ sind einige solcher Schlagworte, in welchen die Unheimlichkeit, die Bedeutsamkeit und die Undurchsichtigkeit der Vorgänge ihren Ausdruck finden können. Man fragt sich, ob es bei der einfachen Verwendung eines solchen Stichwortes ohne weitere Ausgestaltung überhaupt noch Sinn hat von Wahnformung zu sprechen. Solche Redensarten oder aber auch irgendwie unbestimmte stark gefühlsbetonte „Bewußtseinslagen“ wie Auserwähltsein, Zu-etwas-bestimmt-sein, Sündenbewußtsein, Todesnähe werden

besonders bei dem Auftreten der primären Wahnerlebnisse zusammen mit schwerer Denkstörung gerne angewandt. An dem folgenden Beispiel ist zu zeigen, daß trotz länger bestehender verständlicher Anläufe zur Wahnbildung keiner von ihnen in der Psychose verwirklicht wird, bald dieser bald jener Gedanke klingt an, die Weltuntergangsvorstellung taucht auf, versinkt wieder; man geht wohl nicht fehl, diese Ungestaltetheit auf die schwere Denkstörung zu beziehen.

*Anna Kaltreiser* (27/94), geb. 1886. Nach Angabe des Mannes war Frau K. früher durchaus unauffällig. Sie war ein verträgliches, geselliges Kind, etwas schüchtern, eine sehr gute Schülerin. War in verschiedenen Stellen als Dienstmädchen und heiratete 1920. In der ersten Zeit der Ehe war sie lebenslustig, frisch und gesellig. In der Ehe gab es allerlei Konflikte dadurch, daß der Mann in Arbeiterkreisen verkehrte, während sie Wert darauf legte, aus einer Beamtenfamilie zu stammen. Doch gingen die Gegensätze vor der Psychose nicht sehr tief. Nach der Geburt des ersten Kindes trat vorübergehend eine Lähmung beider Beine bei ihr auf, die aber bald wieder verschwand. Vor dem Beginn der Psychose gab es eine Aufregung dadurch, daß Frau K. in einem Ehescheidungsprozeß als Zeugin vernommen wurde. Sie äußerte plötzlich, sie fürchte, einen Meineid zu schwören. Nach ihrem eigenen Bericht beschäftigte sie schon 2 Jahre der Gedanke, daß ein Teil der Welt untergehen müsse, daß die Bösen verschwinden und eine neue Regel über die Welt kommen muß. Eines Abends wurde ein Gesellschaftsspiel in ihrem Hause gespielt. Da kam ein Zittern über sie und sie wußte plötzlich, die Welt geht unter. Sie sah einen Stern an der Zimmerdecke wie die drei Weisen aus dem Morgenland, und auch was die Kinder sprachen, hatte darauf Bezug. Am 23. 2. 27. veranlaßte sie der Arzt, der ihre Kinder behandelte und dem sie von ihren Beobachtungen Mitteilung machte, zum Nervenarzt zu gehen. Unmittelbar darauf machte sie einen ernsthaften Selbstmordversuch, indem sie sich mit einer Schnur an der Küchentür aufzuhängen versuchte. Als der Mann sie fand, sagte sie ihm, die Uhr sei stehen geblieben, sie müsse sterben.

In der Klinik berichtete sie, sie habe schon einmal mit 27 Jahren in Ulm plötzlich den Gedanken gehabt: jetzt ist alles erfunden, jetzt kann nichts mehr erfunden werden, jetzt muß der Weltuntergang kommen. Es war alles ganz trübe geworden und eine Stille in der Stadt, die Leute verändert, sie gingen alle so langsam; nach einigen Tagen war der Zustand verschwunden. Dies Gefühl des Weltuntergangs sei jetzt wieder bei ihr aufgetaucht. Sie habe auch in den letzten Tagen vor der Klinikaufnahme bemerkt, daß ihr die Leute den Rücken wenden, elektrische Drähte waren um sie gespannt, um sie zu beobachten, im Schlafzimmer hat der Schrank gezittert, und als sie ihn weg-rückte, waren Drähte dort. Ferner machte sie eindeutige Angaben über die allmählich einsetzende Denkstörung. Das Gedächtnis schaffe kolossal, sie hatte soviel darin, daß sie ganz verwirrt wurde, es gehe ihr vielmehr durch den Kopf wie früher. Es kommt ihr vor, daß die Gedanken plötzlich unterbrochen werden. Sie fängt wieder von vorne an, kommt an den alten Punkt und nicht weiter. Manchmal kommen komische Gedanken, sinnloses Zeug. Gleichzeitig ging ihr die Arbeit nicht mehr von der Hand usw. Ihr Bericht erfolgt in einer gewählten, übertrieben hochdeutschen Sprache. Sie bringt nur Einzelheiten vor, allgemeiner gehaltene Fragen vermag sie nicht zu beantworten. Dabei ist sie auffallend objektiv und unbeteiligt, auch bei dem Bericht über den Selbstmordversuch. In der Klinik merkte sie, daß jemand sie von hinten klopft und meint, das stelle wohl eine Abberufung dar; von der Decke her fühlt sie sich elektrisiert, in der Kapelle habe sie am Sonntag schlimme Zeichen bemerkt. Sie wurde auf Drängen des Mannes am 25. 3. 1927 entlassen und bot bei der Wiederaufnahme am 14. 6. 1928 ein noch viel ausgesprocheneres Bild mit zahlreichen Wahnbewußtheiten. Von der Zeit der Entlassung bis Anfang Juni soll sie unauffällig gewesen sein. Ihre Darstellung der Erlebnisse seitdem war ausgesprochen denkzerfahren. Sie erzählte, sie habe sich in letzter Zeit sehr müde gefühlt, habe Angst vor Verarmung gehabt und sei deshalb in geschäftliche Streitereien mit dem Manne geraten. Seitdem habe sie sich beobachtet geglaubt und alles was geschah, auf sich bezogen. Sie hielt sich für sündig, sie habe nicht genügend für ihre Kinder gesorgt, dafür müsse sie nun büßen. Der Kleine habe gestern die Hosen naß gemacht, das komme sonst nie vor; das ist ein Gottesurteil, daß ich mich an den Kindern versündigt habe. Auf der Straße sind viele Hunde, die alles beschmutzen, auch hier in Heidelberg sah sie es. Überall standen Polizisten und sagten untereinander, man sollte meinen, es gäbe keine Polizei. Das war, weil ich früher so viel gesprochen habe. Die Leute, bei denen sie bügelte, schenken ihr eine Mandelmaschine ohne Triebel. Da habe ich mir gesagt, das bedeutet, daß du einen schrecklichen Tod erleiden mußt und durch eine Maschine zerstückelt wirst. Das Kind sagte: ich habe schon einen Teller Suppe gegessen. Das bedeutet, daß die Kinder weiter sind als ich. Im Kaffee war es kalt, als ich mit meinem Mann dort war. Alle Leute bestellten Eis und sagten, es sei eiskalt. Das war, weil ich mit meinem Mann nicht mehr so nett sein konnte wie früher.

Auf der Fahrt sah ich einen Mann mit einem Ofenrohr und später einen mit einem Rechen und dann kam ein Stück freies Feld, da wußte ich, daß da bald eine große Schlacht sein wird, wo der Mann mit dem Ofenrohr auch mittut, daß ich eine große Sünderin bin und daß ein Unglück geschieht. Wegen Aufräumarbeiten konnte an Pfingsten der Zug nicht gleich abfahren, eine Lokomotive war entgleist. Sie fühlte sich beobachtet, weil man wahrscheinlich dachte, daß ihre Geschwister, die an der Bahn beschäftigt waren, hätten den Zug entgleisen lassen. Abends in der Elektrischen sprachen 3 Damen von dem Unglück.

Daneben bestanden einzelne Gesichts- und Gehörstäuschungen, Körperbeeinflussungen und Geruchshalluzinationen. Das alles bringt sie hastig in großer Angst vor, berichtet aber daneben auch von Symptomen deutlicher Denkstörung, Gedankendrängen, Gedankenentzug, Leere im Gehirn, Unfähigkeit, das richtige Wort zu finden. Es ist keine Rede davon, daß sie die Dinge etwa im Zusammenhang bringt. Sie spricht wohl wieder einmal von Weltuntergang, daß ihr ein entsetzlicher Tod bevorstehe, daß sie eine Strafe erleiden müsse; sie ist depressiv, bezieht auch in der Klinik alles auf sich, ohne daß ein klarer eindeutiger Bedeutungsgehalt vorhanden ist und ohne daß auch nur Ansätze zu einer Wahnformung nachzuweisen sind.

Von solchen Beobachtungen ausgehend gewinnt man auch Verständnis für die Tatsache, daß die eigentliche Wahnarbeit in den meisten Fällen erst *in den Dauerzuständen relativer Ruhe* geleistet wird, welche der akuten Psychose

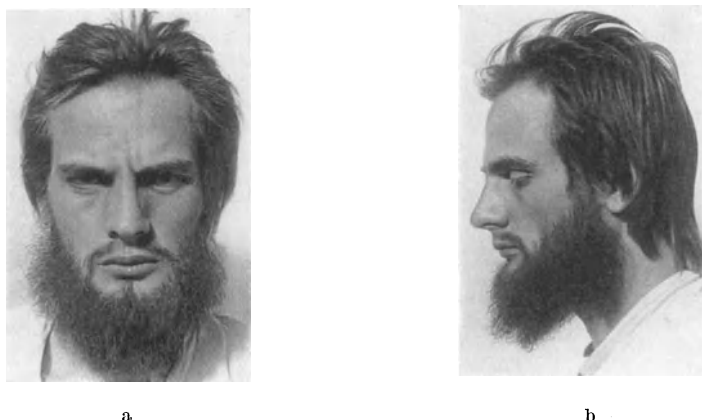


Abb. 16 a u. b. Paranoider Schizophrener mit charakteristischem Haarwuchs. 27 Jahre alt.

nachfolgen, und in welchen die Denkstörung und die akuten Gefühlseinbrüche in den Hintergrund treten. Auf der anderen Seite ist es bis heute völlig undurchsichtig, von welchen Faktoren nicht nur die Wahl der „Wahn-fabel“, sondern auch das Maß ihrer Ausgestaltung und Durchführung, ihre Offenheit und Ausdehnbarkeit oder ihre Geschlossenheit und Enge abhängt. Die Neigung zur Automatisierung und Fixierung, welche in der schizophrenen Psyche eine so große Rolle spielt, ist vielleicht auch hierbei beteiligt. Die Untersuchungen im Gebiet der Paranoiaforschung haben ja ergeben, daß von der Seite des Intellekts diesem Problem nicht beizukommen ist. Affektivität und Charakterstruktur allein aber dürften bei den schizophrenen Paranoiden schwerlich zur Aufklärung der Wahnbildungen ausreichen. Es liegt hier offenbar eine besonders verwinkelte Verflechtung von konstitutiven, situativen und prozeßhaften Faktoren vor, über die nur die minutiöse Analyse eines glücklich gelagerten, durchsichtigen Falles Aufschluß bringen kann, wie das etwa in der Arbeit von KOLLE versucht ist.

Wir geben im folgenden noch einige *Querschnittsbilder* solcher beruhigter älterer Wahnkranker, wobei wir von einheitlich geschlossenen Systemen zu labilen, phantasiereichen, variablen fortschreiten.

*Heinrich Harres* (19/430), geb. 1885. Der Fall ist als „Unfallpsychose“ in einer Publikation von HÜBNER mitgeteilt, der wir folgendes entnehmen: In der nächsten Familie sind



psychotische Persönlichkeiten nicht nachzuweisen. H. selbst war unauffällig bis zum Tode des Vaters 1903. Damals traten Anfälle von klonischen Zuckungen hauptsächlich der Bauch-, Atem- und Schluckmuskulatur auf, die nach 14 Tagen schwanden. Während der ganzen Zeit große Schreckhaftigkeit; durch den Gedanken, andere Menschen sehen zu müssen, wurde der Krampf gesteigert. Dann war H. jahrelang frei von Störungen, sie traten wieder auf, als während des Krieges ein Bruder starb und ein anderer ins Feld ging. Durch die Schluckkrämpfe war die Nahrungsaufnahme jedesmal erschwert, es bestand eine Neigung zur Übertreibung, zur Wehleidigkeit. In den letzten Monaten vor der neuen Erkrankung starke Anstrengungen im Beruf und die ständige Erwartung, zum Militärdienst einberufen zu werden, wodurch ein großes Geschäftsunternehmen, das ihn selbst und die Familie des Bruders ernährte, gefährdet erschien. Schließlich wurde der Patient als Landsturmmann eingezogen, einige Tage nach dem Eintritt brach folgender Zustand aus:

Patient liegt in dauernden konvulsivischen Muskelkrämpfen klonischer und tonischer Natur, die besonders auffallend an der Schlingmuskulatur hervortreten, so daß Patient fortwährend zu schlucken und zu würgen scheint. Die Spasmen betreffen auch die Respirationsmuskeln, so daß Patient nur schwer Worte hervorbringen kann, aber fortwährend stöhnende Laute ausstößt. Ein zusammenhängendes Sprechen ist unmöglich, nur selten bringt er es zu kurzen Sätzen; dabei starke Anspannung aller Auxiliarmuskeln, besonders deutlich der Halsmuskulatur. Zugleich angstvoller Gesichtsausdruck. Durch die Schluckkrämpfe ist die Nahrungsaufnahme sehr erschwert. Starkes Würgen beim Herunterschlucken der in den Mund genommenen Flüssigkeit, so daß diese erst nach einiger Zeit in die Speiseröhre hinabgleitet. Starke Anspannung der Bauchmuskulatur, ebenso der Extremitätenmuskeln. Die Ellenbogen sind dabei rechtswinklig gebeugt, die Hand zur Faust geschlossen, so daß Patient die Hand des Arztes, die dieser ihm zum Grube bietet, fest umschließt und etwa erst nach  $\frac{1}{2}$  Minute loslassen kann.

Psychogene Verstärkung der Krämpfe durch Anwesenheit der Ärzte. Enorme Schreckhaftigkeit. Deshalb läßt sich Patient den Gehörgang ganz mit Watte verstopfen. 8 Tage nach der Aufnahme wesentliche Besserung, 18 Tage danach kann Patient zusammenhängend sprechen, keine ausgesprochenen Krämpfe mehr. In den nächsten Tagen noch sehr schreckhaft. Sobald eine Tür zuschlägt, treten auf kurze Zeit die allgemeinen Krämpfe auf.

Die körperliche Untersuchung ergibt eine Herabsetzung des Konjunktival- und Cornealreflexes rechts und links, allgemeine Unterempfindlichkeit für Schmerzreize und hysterische Abasie.

Im Zusammenhange mit einem Gewitter trat alsbald Verschlimmerung der Schluck- und Respirationskrämpfe auf. Einige Tage später trat allgemeine Unruhe hervor und H. äußerte Verfolgungsideen. 70 Mann haben auf ihm herumgekniert und gesagt: „wir wollen das Schwein man ordentlich pisacken“. Man habe ihm die Ehre genommen, man wolle ihn mit einem Apparat betäuben. Diese Erregung dauerte in den folgenden Tagen bei mangelnder Orientierung an. Mit einem Apparat seien ihm die Erstickungsanfälle hervorgerufen worden, er sei hypnotisiert worden. Inzwischen verschwinden die Schluckkrämpfe und HÜBNER berichtet am 18. 6. 1915: Spricht fließend mit Rededrang von den Verfolgungen durch elektrische Drähte usw. Am 21. 6. machte er einen Selbstmordversuch durch Sprung aus dem Fenster und zog sich einen Schlüsselbeinbruch und Schädelkontusion zu. Für den Selbstmordversuch bestand Amnesie; die Halluzinationen bestanden unverändert fort, worüber H. dann im September 1915 dem Arzt einen ausführlichen Krankheitsbericht gab. Gedankenübertragungen, Hypnose, deutliches Stimmenhören, daneben Erscheinungen, die an Zwangsvorstellungen erinnern, blitzartig erschienen ihm schlechte Worte bei den besten und edelsten Namen, die er dachte. „In mir hat sich die Idee festgesetzt, daß Leute mich verfolgten, welche auch alle ändern zu täuschen versuchten, als ob sie nach der vollbrachten Missetat sagten: Sehen Sie, so ein Mensch ist er! Die Meinung verstärkt sich immer mehr, daß mir klar wird, daß die Gemeinheiten nicht aus meinem Hirn sind, und die Dinge, wovon ich nichts weiß, nicht daraus stammen können. Ich sage mir ja selbst, daß dies ja unmöglich richtig sein kann, aber ich kann es auch nicht meinem Hirn zuschreiben, daß es so etwas erdenken kann, wenn auch mein Bruder sagt, es seien Zwangsideen. Vielleicht darf ich Ew. Hochwohlgeborenen bitten, auf meine Kosten untersuchen zu lassen, ob die mir von den Stimmen angegebenen Personen in Bonn und Sinzig irrsinnig geworden sind. Ist etwas Wahres an der Sache, so sind auch die Stimmen echt, und ich werde alsdann eine Anzeige bzw. Untersuchung einreichen“. Im März 1916 wurde der Kranke von HÜBNER nachuntersucht. Er berichtete weiterhin über halluzinatorische Erlebnisse. Man konnte, wenn man mit ihm sprach, ihn unter Umständen überzeugen, daß alles krankhaft war. Sobald aber kurz nachher eine Trugwahrnehmung wieder in ihm auftauchte, wurde er zweifelhaft. Zwangsmäßig beschäftigte er sich mit dem Problem, ob das, was er hörte, Wahrheit sei oder Ausfluß seiner Krankheit. H. erwies sich als lebhaft interessiert, war ängstlich besorgt, daß der Arzt von dem, was er erzählte, nichts übelnehme. Von schizophrenen Symptomen war keine Spur zu bemerken. H. nahm lebhaften Anteil am Leben, las Zeitung und interessierte sich für alles, was einen gebildeten Menschen beschäftigt.

Bei einer Nachuntersuchung im März 1917 erzählte H., daß er nur die Stimmen noch gehört habe, wenn die Wasserleitung in seinem Zimmer gelaufen sei. Jetzt seien sie ganz geschwunden. Es stellte sich ein Depressionszustand ein, nachdem er die Nachricht bekommen hatte, daß er nicht mehr beim Militär antreten könnte. Im Januar 1918 begab sich H. in ein Sanatorium im Harz. Dort wurde er wieder, wie er uns nachträglich angab, von heftigen Sinnestäuschungen aller Art gequält. Er konsultierte unter anderm BINSWANGER in Jena und fuhr wiederholt nach Berlin. In dieser Zeit scheint sich bei ihm das Wahnsystem entwickelt zu haben, das ihn dann im Juni 1919 wiederum nach Berlin führte, wo er Aufnahme in der Charité fand, da er seine Hotelrechnung nicht bezahlen konnte und durch sein psychisches Verhalten auffiel. Dort hat er dann sehr ausführlich über seine Wahnhalte berichtet und wurde am 3. 12. 1919 in die hiesige Klinik überführt.

Harres hat die Quintessenz seiner Erfahrungen in der 4jährigen Halluzinose in zwei gedruckten Schriftstücken zusammengefaßt, die er in zahlreichen Exemplaren mit sich führt. Aus ihnen, sowie aus seinen Angaben in der Berliner Klinik, geht hervor, daß ihm die wesentlichen Gedanken über die Penisgesellschaften von den Gegnern auf hypnotischem Weg mitgeteilt wurden. „Soviel ich erfahren habe, lag die Leitung in den Händen einer englischen Gesellschaft, einer sogenannten Internationalen. Unter dieser internationalen Flagge hat England den Vernichtungskampf gegen Deutschland schon jahrzehntelang geführt. . . Unsere besten Kreise wurden auf die Gelüstbahn und den Gefühlsmißbrauch getrieben, deren schreckliche Einwirkung auf die Instinkte ich aufgeklärt habe“.

„Da die Instinkte für den Gehalt der Menschen maßgebend sind, die Bewußtseine Seelen und Gefühle dem Einfluß der Instinkte sehr unterliegen, so bedeutet diese Instinktknute in den gewissenlosen englischen Händen eine große Gefahr für alle Völker“.

„Die Seligen waren auf mich, Heinrich Har es aus Trier, verpflichtet worden. Bei einer Prüfung ergab sich, welch herrlicher Sinn bei einem der geknechteten zum Vorschein kam. Als meinem Nacken wie ein Wort entströmte, trat der eingeschränkte Zustand wieder ein. Viele der Seligen sind durch Mißbrauch des Ehrgefühls und durch auferlegte Befehle grauenhaft zugerichtet. Die Prüfungen haben aber ergeben, daß Selige die Befähigung haben, die Menschen in die Höhe zu ziehen. Jahrelang ist England schon bemüht, die Macht an sich zu reißen“.

„Ich war zum Hypnose- und Penismajestät ernannt worden. Da ich meine Gefühlshre nicht brechen ließ, stimmte ich mit vielen Penisgesellschaften in einem Teil ihrer Anschauungen nicht überein und gab mich keinem geschlechtlichen Verkehr hin. Eine große Anzahl von Erweckungen wurden von meinen Instinkten vorgenommen, wobei ich gezwungen war, eine Anzahl Selige gegenteilig zu halten“.

„Seit mehr als 2 Jahren mit Einschluß der großen Ahrweiler Zeit sind Gesellschaften am Zerstören meines Innern tätig. Im Forsthaus Deuselbach erwachte ich in einem ekelhaften Zustande. Ich wurde dort zum zweiten Male immun gemacht. Ich merkte, wie man am Einsetzen von Gemeinheiten war, wogegen ich mich wehrte. Die Gefühle hatten sich infolge der schauerhaften Kämpfe losgekämpft. Hunderte Male wurden mir schädliche Mittel eingegeben, wodurch eine furchtbare Zerstörung meines Innern erfolgt ist, so daß zeitweilig sogar schon eine Art gegenteilig eintrat. Derjenige, welcher meine frühere Beschaffenheit gekannt und gefühlt, sowie meine strahlenden Augen gesehen hat, kann sich leicht einen Begriff davon machen, wenn er meinen jetzigen innerlich öfters fürchterlich zugerichteten Zustand untersucht. Das Niederringen wurde oft damit begründet, da ich sonst als Einziger in Betracht kommen würde. In Freudenstadt wurde das Weltverbrechen Englands fortgesetzt. Es scheint ein seit langer Zeit vorbereiteter Plan der englischen Machtgier zu sein. Dem Einfluß dieser Leitung sind viele deutsche Unselige unterlegen“.

„Schon in Trier wurde meine allseitige Sprachenkenntnis festgestellt. Die Allwissenheit, soweit man in diesem Weltall diesen Ausspruch gebrauchen kann, erstreckte sich auf alle Gebiete. In Ahrweiler erweckte ich auch meinen Hinterkopf selig, den letzten Kranz spürte ich am 3. Juli 1918. Ein überaus großes Werk wurde durch meine seligen Eigenschaften geleistet und erfolgte eine große Anzahl allwissender Bekanntgaben. Fast in jeder Nacht lag ich viele Stunden wach und beschäftigte mich oft mit wichtigen Fragen“.

Außer diesen Grundgedanken spielen bei H. noch merkwürdige Gedankengänge von der Bedeutung der Mittellinie des Körpers, von rechts und links in Beziehung zu männlich und weiblich eine Rolle, die aber nie einigermaßen faßbar von ihm dargestellt wurden. Er hält das Ganze für eine wichtige psychologische Lehre, wiederholt immer wieder, wie erstaunt er sei, daß auf den Universitäten davon nichts bekannt sei. Schon 1917 sprach er persönlich im Zivilkabinettt des Kaisers, beim Hofmarschallamt, in der Kanzlei des Kronprinzen vor, um die Zusammenhänge aufzuklären. 1919 ging er zu BINSWANGER in Jena und wandte sich dann an die Berliner Universität mit der Anfrage, wo Interessen für Instinkt- und Seelenangelegenheiten bestehen.

Während des Aufenthaltes in der Charité war er noch so erfüllt von der Wichtigkeit seiner Lehre, daß er wiederholt im Kolleg vorgestellt werden konnte, wo er mit Begeisterung

seine Ideen vortrug. Nach der Verbringung in die Heidelberger Klinik (3. 12. 1919), wo er gegen seine Erwartung wieder auf eine geschlossene Abteilung kam, wurde er viel zurückhaltender und war zu einer umfassenden Aussprache über sein Wahnsystem schon nicht mehr zu bringen. Er schob die Erörterung immer wieder hinaus, betonte, wie schwer verständlich die Zusammenhänge seien und legte vor allem den größten Wert darauf, im Gespräch über indifferente Dinge seine geistige Gesundheit zu beweisen. In der Tat war sein Benehmen völlig geordnet und unauffällig, er war von einer etwas übertriebenen Höflichkeit und Förmlichkeit, verhielt sich durchaus korrekt und entsprechend auf Spaziergängen und Reisen außerhalb der Klinik. Er berichtete mit ausgezeichnetem Gedächtnis von seinem früheren Leben, allerdings bewahrte er die Ereignisse aus der Psychose mit einer Sorgfalt und Genauigkeit in bezug auf Daten und sonstige Einzelheiten auf, die alles in Schatten stellte. Er führte auch ein umfangreiches Tagebuch, machte daneben noch zahlreiche Notizen. Im grotesken Gegensatz zu dem geordneten Auftreten eines Mannes, der Wert darauf legte, seine Geldangelegenheiten zu besorgen, sich wieder um sein Geschäft zu kümmern, stand eine schwere Wutreaktion, die er bekam, als man sein Gepäck aussortieren wollte. H. schleppte in Koffern und Schachteln alte Konservenbüchsen, Papierfetzen, auf denen oft nur ein Tintenkleck war, beschriebene Notgeldscheine, Münzen usw. in großen Mengen mit sich, einen Stoß alter Zeitungen mit Notizen am Rand usw. All dieses sei in wichtigen Momenten des Lebens geschrieben, auf die Münzen habe er Zeichen eingeritzt, die Zeitungen seien Erinnerungen an schreckliche, bedeutungsvolle Tage.

Diese bekannte *Sammelsucht* der alten Paranoiden, so oder ähnlich vielfach motiviert, zeigt die Mischung von eigenartiger Pedanterie und maßloser Unordentlichkeit die das mimisch-gestische wie das handlungsmäßige Verhalten dieser Kranken auszeichnet. Sie sind zugleich steif, förmlich, umständlich, übertrieben genau *und* formlos, schlampig, indolent und zwar oft im gleichen Tätigkeitsbereich, „Mischung von Ordnung und Unordnung“ (STRANSKY). Wir haben übrigens die so kindlich anmutende Neigung zum Sammeln von völlig wertlosen Kleinigkeiten auch als eine Art Instinkthandlung bei relativ frischen Fällen in der Klinik beobachtet.

Abgesehen von diesen echt schizophrenen Einzelzügen zeigt der Fall *Harres* die Entstehung eines Wahnsystems im Verlauf einer mehrjährigen Halluzinose, wobei wiederum in einer für die Schizophrenie recht charakteristischen Weise die Art der Sinnestäuschungen (genitale Sensationen) und ihre Inhalte an der Ausbildung des Wahns selbst mitwirken. Das, was sie ihm mitteilen, ist für *Harres* so wichtig wie für andere Kranke die mit der Wahnbewußtheit erlebte reale Wahrnehmung im primären Wahnerlebnis. Das Wahnsystem ist einmal eine psychologische „Theorie“ der persönlichen Erfahrungen selbst, wie solche andeutungsweise bei besonnenen Paranoiden ja selten ganz fehlt; es ist weiterhin eine Orientierung dieser Erfahrungen in der sozialen und politischen Auffassung seiner Umwelt. Er zieht Folgerungen nicht nur für sich, sondern auch für die Weltlage, die große Politik und legt den größten Wert darauf, daß sie anerkannt werden, und er selbst als geistig gesund angesehen wird.

Schließlich ist *Harres* ein Beispiel für einen uncharakteristischen Beginn der Erkrankung mit seit langem in der Persönlichkeit bereit liegenden Hysterismen, die psychoreaktiv jedesmal bei besonderer affektiver Belastung anspringen, seit dem Einsetzen der spezifischen Symptome aber anscheinend völlig verschwunden sind.

Wir schließen hier die Schilderung eines Kranken mit einem gleichfalls politischen Wahnsystem an, das aber im Laufe von zwei Jahrzehnten den Charakter eines grenzenlosen *Machtwahns* angenommen hat. So eng der reale Lebensraum des Kranken ist, so gering seine Versuche der Einflußnahme auf die unmittelbare Umgebung, so maßlos und unumschränkt ist seine Souveränität innerhalb der Wahnwelt, von der er nun auch völlig hemmungslos und unbeschränkt Gebrauch macht. Die Konsequenzen sind bei ihm wie bei drei ähnlichen Fällen schizophrener Göttinnen, die ich gleichfalls in der Anstalt Rheinau kennen lernte, und die an anderer Stelle beschrieben werden sollen,

bedingungslos bis ins Äußerste gezogen, die Ausformung des Machtprinzips geschieht in einer großartigen Einseitigkeit, die einen geradezu idealtypischen Charakter zeigt.

*Karl Gydel*, geb. 15. 6. 1878, Buchhalter. Einzelheiten der Vorgeschichte sind nicht bekannt. Nach G.s eigenen Angaben besuchte er in Zürich die Sekundarschule, hat dort als Kaufmann gelernt und 5 Jahre gearbeitet. Er ging dann nach Paris in ein Seidengeschäft, blieb dort 2 Jahre. Später war er 1½ Jahre in einem Lebensmittelgeschäft in London. Während dieser Zeit begann 1903 die Psychose. Er war zunächst von 1906 ab in verschiedenen schweizerischen Privatanstalten untergebracht und kam am 12. 8. 1908 in die Anstalt Wil. Aus der einen Privatanstalt brannete er einmal durch, entlieh Geld bei einem Freund und gelangte bis Kairo, von wo er nach einiger Zeit wieder zurückgebracht wurde. Bei der Aufnahme in Wil bestand nach der Krankengeschichte in großen Zügen schon das gleiche Wahnsystem, welches bei der Nachuntersuchung in Rheinau im Jahre 1923 zu beobachten war. Er ließ sich ärztlich nicht untersuchen, sprach barsch und hochtrabend und erklärte mit verschränkten Armen vor dem Arzt stehend, er sei der künftige Kaiser der Schweiz. Schon damals sprach er von seinem Thronprozeß, verlangte seine sofortige Entlassung, beschimpfte die Ärzte und legte ihnen hohe Bußen auf dafür, daß sie ihn zurückhielten. „Seit 5 Jahren haben wir politisches Elend in der Schweiz, was alles von England kommt“, von der Stadt, wo er in Stellung war.

Es komme zur Verhandlung, dann werde er Kaiser der Schweiz werden, er habe den Vertrag und die Staatssachen in der Tasche, es stände in den Zeitungen. „Die Sache ist seriös“, alles sei „elektrisch-optisch“; auch sonst zahlreiche Hinweise auf Halluzinationen. Er machte in der Anstalt zunächst große Schwierigkeiten, wollte sich absolut nicht einpassen, verlangte die Schlüssel, wurde ausfällig, wenn man ihm widersprach, behauptete, die Ärzte brächten ihm Verwundungen bei, hätten ihm nachts die Haare aus der Achselhöhle ausgerissen; er erklärte dann sehr bald, das Asyl gehöre ihm, und er habe die Rechnungen zu unterschreiben. Er protestierte gegen die Neubauten, die nicht ohne seine Genehmigung vorgenommen werden dürften, verlangte in seine Villa und fertigte zahlreiche Schriftstücke, von denen wir ein Bruchstück aus dem Jahre 1911 wiedergeben, in welchen er sich nicht genugnt kann in Hoheitsbezeichnungen und Betonung seines unumschränkten Willens.

„. . . Der ich über Alles mit meinem lebendigen Leben lebendig lebend über Alles erhaben und Alles übertreffend leben will und der ich, der auf diesen 7 Seiten benannte und in den Tageszeitungen vielbesprochene, beschriebene lebendige wohlwollende hohe Mayestätisch schreibend schreibende Schreiber und Mayestätisch regierende und herrschende Sir Imperial Royal Mayesty Royalty Emperialty Mayestätikaysermayestätenkaisererdballundweltballundsternenallsternenbälleunderdbalkaisererkönigkaisergysellebenmayestät-kaisererkönigskaiserhoheitsmayestät Kaiser König Gysel I. lebendig lebend mich demnächst während meiner demnächstigen Landes Abwesenheit in Biarizz die in England wie auf der ganzen Welt ausgedescribenen Krönungsfeierlichkeiten und Krönungsfestlichkeiten Königlich Kaiser eichlich Königreichlich mit allen auf diesen 8 Seiten beschriebenen Gegenständen Verhältnissen Existenzen löbl. Englandes gemäß dort und überall lebendig leben mich dort königlich leben Lebenfesten festen lassen werde, zu meinem Gunsten wohlwollende Akten hierher erbeten“.

Im Jahre 1913 sprach er viel von einer Hochzeit mit Elisabeth in Wien. Gleichzeitig tragen seine Erlasse ein Wappen mit K. K. Im gleichen Jahre erhob er sich bei der Weihnachtsfeier in einer Pause nach der Diplomverteilung an die Pfleger und verkündete, daß diese Diplome die kaiserliche Genehmigung nicht hätten. Nach Ausbruch des Krieges bezog er auch die Ereignisse in Europa in sein Wahnsystem ein. Immerhin ist von 1915 ab betont, daß er Hausarbeit tut. Gleichzeitig behängt er sich aber mit selbst angefertigten Orden. 1917 betrachtete er sich als identisch mit dem neuen Kaiser Karl von Österreich und setzte die Frau eines Pflegers, die ihm gefiel, mit der Kaiserin Zita gleich. 1918 besorgt er die Abwaschküche tadellos, verlangt nur ab und zu fort. Im übrigen beschäftigt er sich mit seinen Schreibereien und hält an seinem Größenwahn fest. Alle Frauen gehören ihm, und er hat sich den Titel Kaiser Weltballerball zugelegt. Dabei weiß er genau, daß er 10 Jahre interniert ist. 1920 wird berichtet, daß er einen Brief an seinen Bruder unterschreibt: „Karl Gydel ausnahmsweise“. Im Dezember 1922 wurde er in die Anstalt Rheinau verlegt. Hier ist neben der Beschäftigung in der Aufwaschküche seine Haupttätigkeit die Führung ungeheuer ausführlicher Tagebücher, worin er sozusagen jede Minute seines Lebens festhält und über die Tätigkeit als Weltherrscher berichtet; und zwar handelt es sich dabei hauptsächlich um Gewaltakte, die er befiehlt und die nach seiner Meinung auch ausgeführt werden. Brände, Morde, Verurteilungen, Einstürze von Häusern, Versinken von Straßen, Austrocknen des Züricher Sees, Abstürze von Flugzeugen verfügt er auf diese Weise und erklärt dazu, daß er nur mit den Wimpern zu zucken brauche, dann werde das schon vollführt, was er verfüge. So heißt es z. B. in seinem Tagebuch unterm 22. 9. 1922: 12,10 Uhr, Wil. Ich habe erschüttert Häuser Weststadt. 12,13 Uhr, St. Gallen Eschenvorstadt links

nach Ost Zuchthaus Rottmonden defekt, Ost nach rechts, rechte Stadthälfte Häuser gestürzt, defekt wie nie. Ein Gas- oder Petroleumreservoir mag explodiert sein. 100 Häuser. — Oder an einer anderen Stelle heißt es: 13<sup>24-25</sup> Uhr, Lausanne, Gerichtsgebäude voll besetzt im Saal, dann das Gebäude selbst zusammengerissen von drei Seiten, 200 Insassen, wovon einer entronnen. 13<sup>35</sup> Uhr, Bern, Bundespalast Köpfe ausgerupft, habe ich königlich helvetianisch 2000 aus. 13<sup>41</sup> Uhr, St. Gallen, große Stadt, 5000 Köpfe aus, vollzählig. 15<sup>55</sup> Uhr, Zürich; habe ich 200 Köpfe königlich helvetianisch ausgerupft. 14<sup>03</sup> Uhr, Kirche Kilchberg, 75 Köpfe aus, dann habe alles zusammengeworfen nach Nordostecke und von Kanzel. — An einzelnen Stellen beschreibt er auch ausführlicher bestimmte Vorgänge, etwa den Brand der Bank von England, den er gelegt hat oder eine Ausplünderung von 39 Banken, den Einsturz von Viadukten, die Austrocknung des Züricher Sees und dgl. mehr. Das ganze

ist in einer höchst pedantischen Weise anscheinend mit großer Sorgfalt geschrieben, die nicht gemalten Worte sind aber zum Teil fast unleserlich.

Bei längeren Unterhaltungen bestätigt er dann, daß er nicht nur Herrscher der Schweiz, sondern auch Kaiser und König von Frankreich sei. Er vergleicht sich deutlich mit Napoleon, nennt sich manchmal auch so. Auf den Einwand, daß doch Frankreich Republik sei, erwidert er in charakteristischer Weise, Republik bedeutet Königreich: Re = der König, publik = die öffentliche Meinung. Die Anstalt, in der er sich befindet, erkennt er nicht als solche an, vielmehr handelt es sich um Garnisonen, die schon von Napoleon eingerichtet seien. Die Insassen seien nicht etwa Kranke, sondern Zuchthäusler, die aus dem Zuchthaus desertiert seien. Daß hier Ärzte seien, sei bei der Ansammlung von Menschenmassen ein notwendiger Umstand. Es sei hohe Zeit, daß man die Insassen wieder ins Zuchthaus zurückbringt und statt dessen die Truppen, die in der Nähe stünden, hier garnisonierte.

Das alles wird in einer eigentümlichen, geschraubten Sprache vorgebracht und als ich ihn einmal über die Art dieser Sprache interpellierte, erklärt er, das sei die staatsmännische



Abb. 17. (Zum Fall Gydél.)

Sprache. Er lehnt zunächst nähere Auskunft darüber ab. Dann aber erklärt er, Sprache sei Geld, Sprache sei Währung. Pflegen sei ein Tätigkeitswort, Asyl ein Hauptwort, natura bedeute natura in bar, das heißt Bargeld. „Wir haben eigentlich nur vom Geld zu sprechen“. Diese zentrale Stellung des Geldes äußert sich auch darin, daß er sich eigenes Papiergeld gemacht hat, mit dem er die Leute, die ihm wohlgesinnt sind, beschenkt s. Abb. 17. Kommt er auf seinen Prozeß zu sprechen, so wird er immer ungeduldig, verlangt Entlassung, Schlüssel, Einsetzung in seine Rechte. Wenn man ihn fragt, warum er eigentlich die Eisenbahnzüge verunglücken läßt, so ist schließlich immer die Antwort, damit es zu seinem Prozeß komme, und er sein Recht erhalte. Er ist empört über alle Menschen, weil sie ihn nicht als Herrscher anerkennen und hat das Recht, sie deshalb zu strafen. Sehr eigenartig ist sein Verhalten, wenn man sich mit ihm über die tatsächliche Wirkung seiner in die Ferne gerichteten Gewaltakte unterhält. Gesehen habe er noch nie, daß tatsächlich etwas geschehen sei, aber er wisse, daß häufig etwas vorkomme. „Geschehen tut schon irgend was, wenn es auch nicht hier geschieht, so vielleicht in Bludenz“. Auch hier das Asyl habe schon etwas gelitten, wahrscheinlich sei die Wirkung im ganzen gering. „Die Menschen sind eben noch sehr übermütig“ usw. —

Von solchen starren, bis in jedes Wort zeremoniell festgelegten Wahngebäuden führt eine kontinuierliche Reihe bis zu völlig aufgelockerten, phantastischen Produktionen, denen jeder stabile Kern zu fehlen scheint, alles scheint ad hoc

erfunden und konfabuliert. Wir lernten eine 69jährige alte Schizophrene in Rheinau kennen, die sich als Kaiserin von Cuba bezeichnete und erzählte, sie reise allnächtlich in ihr Land und beteilige sich dort an Festen, Abenteuern und Geschäften. Außerordentlich lebendig, drastisch und sehr unterhaltsam schildert sie diese Erlebnisse immer wieder mit neuen Ausmalungen, wobei sie primitive geographisch-geologische Kenntnisse, Märchen, Sagen und Erlebnisse aus der längst vergangenen akuten Psychose in sehr origineller Weise verbindet. Sie hat sich eine Steinsammlung angelegt und demonstriert daran die vulkanischen Produkte ihres Landes und die Herstellung von Erzeugnissen daraus. Im übrigen arbeitet sie fleißig und unverdrossen, trotz erheblicher Herzbeschwerden, im Waschhaus der Anstalt und auf der Abteilung. Im Herbst fertigt sie aus den dürren Kastanienblättern im Garten „Zigarren“ und verteilt sie als Gaben aus Cuba. Sonst fand sich keine Einbeziehung der Wirklichkeit in ihre Wahnwelt.

Von hier aus ist nur noch ein Schritt zu Bildern, wie dasjenige des Patienten *Feldbäcker*, bei dem außer einer überlegenen Gesamthaltung überhaupt keine feste Inhaltsbildung mehr besteht. Er hat auch keine klaren Erwartungen, keine Forderungen an die Zukunft, so wenig wie irgendeinen Beziehungspunkt in der Vergangenheit. Seine ganze Geschichte scheint aufgelöst in beliebige Abenteuer, denen gewiß eine Art Einheitlichkeit des Stils eigentümlich ist. Darüber hinaus wechselt alles ununterbrochen.

Der Landwirt *Wilhelm Feldbäcker* (17/427) wurde im 45. Lebensjahr zum erstenmal in die Klinik gebracht. Die eine seiner Schwestern, die ihn begleitete, gab an, er sei schon seit seinem 18. Lebensjahre merkwürdig und schilderte seine sonderbaren Angewohnheiten bei der Arbeit, während die andere meinte, man merke ihm erst seit 8 Jahren etwas an, allerdings habe er im 25. Lebensjahr eine „Schwermut“ gehabt. In der Schule war er stets der erste. In den letzten Jahren hatte er viel über Abgeschlagenheit und Pelzigsein der Glieder geklagt; seit 1914 sprach er viel vom Krieg, „als wenn er schon dort gewesen wäre“. 1915 wurde er eingezogen, war 1 Jahr in Garnison und dann in der östlichen Etappe, kam aber bald in die Königsberger Nervenklinik und von da in eine Anstalt. Als er von dort heimkehrte, war er voller Unruhe, drohte, schrie, aß und trank unmäßig, war bald heiter, bald zornig erregt und erzählte die unwahrscheinlichsten Dinge von seinen Kriegserlebnissen. Diese phantastischen Berichte beherrschten auch in der hiesigen Klinik das Krankheitsbild des im übrigen äußerlich völlig geordneten, freundlichen und auskunftsbereiten Mannes, der sich selbst für völlig gesund hielt. Er erzählte etwa: Er habe den Krieg als Flieger und zur See mitgemacht, er sei in der Luft mit einem Franzosen zusammengeprallt, habe jetzt eine silberne Hirnschale, durch einen Revolver habe er einen Kanonenschuß in den Leib erhalten, der Arzt habe Schweinsfleichen und Talg hineingepreßt, darauf sei der Schuß sofort verheilt. Er habe einen Flug über Südamerika nach Indien mitgemacht, über Neckargemünd zur Bagdadbahn usw. Seine Schwester habe Geld von feindlichen Diplomaten erhalten, daß sie ihn wegbringe. Sie habe zu Hause einen Stempel mit der Zahl 999, das beziehe sich auf die Bibel. Der Pfarrer des Ortes habe ihn mit Gift anspritzen wollen, habe schon selber gesagt, er sei der „Mogog“.

Diese Berichte, im einzelnen vielfach variiert, in der Grundlage stets gleichartig, sind suggestiv nicht zu beeinflussen, sie werden bereitwillig vorgebracht, ohne Verschrobenheit, wie auch sonst alle Willensstörungen zu fehlen scheinen.

In der Anstalt, wo er sich bei einer Nachuntersuchung 1921 über 4 Jahre befand, fing er sofort an zu arbeiten und war, abgesehen von vorübergehenden körperlichen Erkrankungen, stets zufrieden, freundlich, ruhig und dankbar. Nie konnte man seinem äußeren Verhalten irgend etwas entnehmen, was für Trugwahrnehmungen oder akute wahnhaftige Erlebnisse sprach. Um so grotesker waren aber seine Erzählungen, in die er die neue Umgebung mit verarbeitet hat. Mit den Händen in den Hosentaschen lief er bei der Nachuntersuchung im Zimmer auf und ab und erzählte mit einer selbstverständlichen Überlegenheit, er mache Dienst als Arzt auf der Frauenabteilung, wenn er Zeit habe, sonst müsse er fest auf dem Feld schaffen. Der Direktor und sein Oberarzt seien nämlich tiefgesunkene Menschen. Urmenschen, wie sie in der Wildnis sind, der Teufel habe jenen am Geschlechts-teil aufgespießt. Wenn einer der Ärzte Unzuchtiges tue, komme er hernach zu ihm und reiche ihm eine Tasse mit Samen. Einer der Ärzte sei von ihm geschwängert worden. Er heile alle Kranken mit weißem Urin, mit einem elektrischen Apparat, durch Polypen entstehe ein neues Lebewesen in den Nerven. Das wisse er von seiner Studienzeit im Ausland

her usw. In Heidelberg habe er zusammen mit der Oberin auch viel Gutes für die Kranken getan; dann folgt wieder eine Schilderung der Kriegserlebnisse, ähnlich wie früher. F. ist unerschöpflich und zu endlosen Erzählungen stets bereit. Nichts von Manieren, keine Verschlossenheit; alles, was er vorbringt, kommt wie selbstverständlich heraus.

Hat es in solchen Fällen überhaupt noch einen Sinn von *Wahnbildung* zu sprechen? Zumal wenn es sich in manchen Fällen herausstellt, daß die Erzählungen auch noch suggestiv beeinflußbar sind. Diese *Suggestibilität* erstreckt sich meist mehr auf Einzelheiten, in solchen lassen sich die Kranken auch durch äußere Eindrücke anregen und beeinflussen, als auf die *Grundrichtung* der produzierten Einfälle. Diese wird offenbar auch in den Fällen, die zu den konfabulierenden Paraphrenien KRAEPELINS zu rechnen sind, bewahrt. Gewisse Gesichtspunkte der Gliederung des Stoffes, oft von sehr allgemeiner Art, werden nach unserer Beobachtung stets beibehalten: genealogische, geographisch-historische Ordnungen, oder Einteilungen nach Gut und Böse, Himmel und Hölle, Männlich und Weiblich, ziehen sich als Fäden durch die üppige Fülle der Produktion.

Die phantastische Fülle der ununterbrochenen fließenden Einfälle, die fast immer als Erinnerungsfälschungen imponieren, da sie als Selbsterlebtes wiedergegeben werden, ergibt an sich eine bestimmte Haltung des Kranken, der in der Rolle des Vielerfahrenen schon eine Selbstwerterhöhung empfindet und zum Ausdruck bringt. Man darf aber die Bedeutung dieses selbstgefälligen Wesens bei der Produktion nicht überschätzen. Es ist eine Haltung, die naturgemäß gern eingenommen und festgehalten wird, aber im Grunde nichts erklärt. Von einem relativ frischen und jugendlichen Fall unserer Klinik hat BÜRGER einige Angaben über die Entstehung der phantastischen Produktion erhalten können, soweit sie aus dem Erleben des Kranken selbst zu entnehmen ist. Seine Angaben waren beispielsweise folgender Art:

Da hatte vor 2 Jahren in einer Wirtschaft einmal einer mit einem Kasten auf ihn geblasen. Als Junge von 9 Jahren hatte er einmal auf dem Speicher eine wunderschöne Harfe gefunden. Gegen Funken war er mit Schild und Schwert früher zu Felde gezogen. Von einem Bildstock waren in den 6jährigen Flammen gefahren. An einem Bach war auf der anderen Seite einmal ein schönes Schloß erschienen usw.

Es handle sich um ein Duell. Es gehe um die ganze Welt. Die Guten und die Bösen müßten geschieden werden. Die unteren Totenreiche wollten die oberen überwältigen. Die feindlichen Stämme durchsuchten das ganze Land. Das seien diejenigen, die alles verdrüben und unfruchtbar machten, die lügen und den Menschen schlechte Sachen einbliesen. Das Fegfeuerschiff sause durch die Welt. Die Himmelskräfte müßten angeregt werden.

Jetzt sind konzentrische Himmelskräfte in Tätigkeit. Mehr Ruhe ist in ihm und in der Welt. Aber die schrecklichen Schiffe der untersten Totenreiche versuchen noch hin und wieder einen Ansturm. Der Jupiter saust durch die Zwillinge hindurch. Das Fegfeuerschiff fährt ununterbrochen zwischen Himmel und Erde umher. Der untere Strom der Totenreiche wird durch Himmelsmagnete abgelenkt. Aber die Verstorbenen gehen doch um und mischen sich unter die anderen Menschen. Gestalten gehen einher, die abgesandt sind von den Totenreichen. Das Fegfeuerschiff holt Sonnenstrahlen.

Es ließ sich nun klarstellen, daß diesen Berichten am Anfang der Psychose reihenmäßig ablaufende Bildchen von eindeutigem Vorstellungscharakter (Pseudohalluzinationen) entsprachen, daneben aber und nach dem Verschwinden der „Bilder“ flossen aus einem passiv erlebten „Seelenstrom“ die wahnhaften Produktionen. Mit Kopfschmerz, Gefühl des Flauses, leichter Benommenheit drängen sich diese „gemachten Gedanken“ bald mit größerer, bald mit geringerer Intensität in den sonst ungestörten Denkablauf, mitunter so stark, daß jede Konzentration auf eine Aufgabe unmöglich wird und der Patient nach seiner eigenen Angabe nur noch körperliche, mechanische Arbeit verrichten kann. Durch die „Erinnerungen“ werden ihm dann alle anderen Gedanken genommen, so daß er bei freiem Assoziieren oder beim Nacherzählen einer Geschichte unwillkürlich in die konfabulatorischen Äußerungen hineingerät. Das Ganze hatte

durchaus den Charakter des Fremdartigen nach Art gemachter Gedanken, zugleich aber doch eine Ichbezogenheit, dadurch, daß es mit der sicheren Überzeugung auftrat, daß es sich um eigene frühere Erlebnisse handele. Diese Erinnerungsgewißheit trat zu dem Gedankenstrom hinzu, obschon keine Bekanntheitsqualität bestand. *Oetzel* äußerte: „Das ist alles neu für mich. Ich sage, weiß und sehe das alles zum ersten Mal“; aber „ich sehe es und dann geht etwas in mich hinein wie ein Pfeil und dann weiß ich, daß es so war“. *BÜRGER* hebt das Reihenmäßige, Bandartige dieser Produktionen hervor, das schon früheren Beobachtern aufgefallen war und weist auf die flächige, ungegliederte Erinnerungszeit hin, in welche die Täuschungen eingeordnet sind, ohne klare Beziehung zur realen Lebenszeit.

So eigenartig diese Fälle anmuten, so unverkennbar sind, wie auch aus dem Fall *Oetzel* hervorgeht, die Beziehungen zur Denkstörung, zu Ichstörungen und zu den Sinnesanomalien der Schizophrenie.

Zum Vergleich sei hier ein entsprechender Fall<sup>1</sup> angeschlossen, bei dem wir das ganze Leben einer solchen Kranken überblicken. Sie war im Abstand von 35 Jahren zweimal in unserer Klinik untergebracht. Die Erkrankung, welche bei der ersten Aufnahme schon etwa 10 Jahre bestanden hatte, zeigte damals bereits einzelne Züge, die bei der Nachuntersuchung nach 35 Jahren noch aufzuweisen waren: vor allem trat die Neigung zu phantastischer Erinnerungsfälschung bereits hervor. Die nach so langem Bestehen der Erkrankung noch wohlerhaltene Persönlichkeit der Patientin mit ihrem zum Teil sprachverwirrtem Wahnsystem, das sie im allgemeinen verborgen in sich bewahrt, zeigt nichts mehr von den ursprünglichen affektiven und Sinnesanomalien. Man erkennt an diesem Fall, wie sehr die Entstehung der geordneten unzerfallenen Paraphrenien eine Frage des Krankheitsverlaufs ist. In dem entsprechenden Abschnitt werden wir hier wieder anzuknüpfen haben.

*Luise Frech* (17/30), geb. 1850. Ein Bruder der Mutter war dreimal in der Anstalt Illenau wegen Erregungszuständen untergebracht. Die Mutter soll an Krämpfen gelitten haben. Fräulein F. war in der Schule fleißig und gut begabt. Sie las als Kind gern und dachte viel über das Gelesene nach. Mit 15 Jahren kam sie in Dienst. Aus jener Zeit berichtet sie bei dem 1. Aufenthalt in der Klinik über ein Liebesverhältnis mit einem Russen, das die Mutter hintertrieben habe. Sie war dann in verschiedenen Stellungen als Dienstmädchen, Kellnerin und Mineralwasserverkäuferin und wurde zum 1. Mal im 18. Lebensjahr auffällig. Sie äußerte damals ein gewisses Mißtrauen gegen bestimmte Leute, wollte zeitweilig nichts essen, tat alles auffällig rasch und sprach halblaut vor sich hin. Im Theater sagte sie einmal zur Mutter, ein Mann habe eine Pistole auf sie gezückt und wolle sie töten. Es trat bald wieder Beruhigung ein, sie konnte wieder in Stellung gehen. Im 23. Lebensjahr kam sie plötzlich wieder mit Verfolgungsideen. Sie sprach damals schon von hochgestellten Personen, vom Schah von Persien, und mußte ganz nach Hause genommen werden. Dort war sie leidmütig, zeigte Hang zur Einsamkeit, schloß sich ein, war zeitweise ängstlich, schimpfte zwischenwährend auf Verfolger. Damals kamen erstmals Erinnerungstäuschungen zum Vor-



Abb. 18. Verwirrter  
paranoider Endzustand.  
54 Jahre alt.

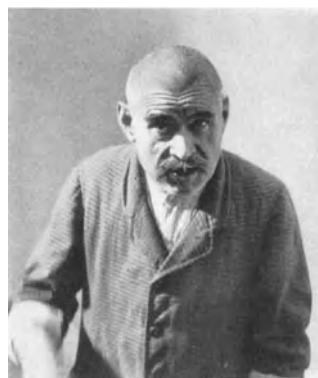


Abb. 19. Alter Paranoider mit  
Faxensyndrom. 53 Jahre alt.

<sup>1</sup> Eine analoge Späterkrankung zeigt der Fall *Emilie Dros* S. 492.



schein: Sie habe in einer Dienststelle 2 mal Tiere geboren; einmal in einem Eiskeller, sie wisse nicht, ob es ein Hund oder eine Katze gewesen sei. Sie halluzinierte akustisch. Dieser Zustand bestand ziemlich unverändert bis zur Aufnahme in die Klinik, die erfolgte, weil sie in den gemeinsten Ausdrücken zum Fenster hinaus geschimpft hatte. Nach der 1. Aufnahme (27. 1. 1879) stand sie vor allem unter dem Einfluß von Halluzinationen. Durch das Telefon werde mit ihr gesprochen, sie erkenne die Stimme der verrückten Geheimrätin. Sie sprach viel vor sich hin, schimpfte: „Niederträchtigkeit, rohe Brut“ in eine Ecke, klagte über lebhaftere Träume, die sie beunruhigten. Nachts war sie vielfach unruhig. Vorübergehend war sie sehr erregt und zwar immer im Zusammenhang mit ihren Verfolgungsideen. Im übrigen blieb der Zustand bis zur Entlassung am 30. 4. 1881 der gleiche. Sie hat während des Aufenthaltes in der Klinik vielfache Angaben über ihre früheren Erlebnisse gemacht. Dabei spielt eine Schwängerung durch den Schah von Persien eine Rolle, daneben zahlreiche andere phantastische halluzinatorische Erlebnisse und Erinnerungstäuschungen. Als Kind habe sie einmal auf der Brust einen Druck verspürt, da habe die Mutter gesagt, es soll mich doch wundern, ob nicht die Großherzogin Stephanie ihre Mutter ist. Die Kinderfrau, die zugegen war, habe geantwortet: es ist nicht wahr. Einmal habe sie nachts einen Dolchstoß in die Vagina bekommen. Sie sei damals erst mittags um 12 Uhr aufgewacht und zu Tisch gekommen. Alle seien sehr erschrocken und blaß geworden. Einmal habe sie den Engel Michael auf einem Schimmel mit geharnischten Reitern gesehen und die Jungfrau Maria. Diese habe sie aus dem Wasser gerettet, in das sie geraten sei. Einmal sah sie sich selbst im Hemd auf dem Hof stehen. Am Zuber waren Buben, die etwas ersäuften, das sei vielleicht das Kind aus dem Keller gewesen. Mit 2 Nadeln sei sie an den Genitalien gestochen worden. Einmal habe sie zum Fenster hinausgesehen und gegenüber eine Menschengestalt ohne Kopf. Am Hals, wo der Kopf abgetrennt war, war ein blutroter Ring. Den Kopf habe sie deutlich in den Hof kollern hören. Wie sie sich dann mit dem Opernglas überzeugte, war es ein Teppich aus Rehfell mit rotem Band eingefast. In einem Schriftstück äußerte sie, man habe sie ein verdecktes Papier unterschreiben lassen und zu diesem Zweck habe man ihr Geist und Gedächtnis geschwächt.

Die Wiederaufnahme des Fräulein F. erfolgte am 3. 2. 1917. Inzwischen hatte sie draußen gänzlich unauffällig gelebt, verschiedenerlei Arbeiten verrichtet, ohne daß sie irgendwie auffiel. Offenbar hatte sie stets mit ihren Wahnideen zurückgehalten, wie sie auch nach der 2. Aufnahme in die Klinik durchaus sich weigerte etwa in Anwesenheit anderer Kranken irgend etwas von ihren Gedanken heraus zu geben. Wenn man bei der Visite darauf zu sprechen kam, deutete sie in einer nicht mißzuverstehenden Weise mit einem Blick auf die anderen Kranken an, daß sie keine nähere Auskunft zu geben wünsche. Dagegen ist sie bei der Unterhaltung mit dem Arzt allein außerordentlich gesprächig, berichtet in bereitwilliger Weise, mit größtem Interesse und liebevollster Ausmalung ihre phantastischen Erlebnisse. Anlaß zur Einweisung war, daß sie nicht mehr arbeiten konnte, sich in die medizinische Klinik begab und dort behauptete, sie habe im Mai 1915 plötzlich einen elektrischen Schlag in der Mitte der Brust erhalten. Seitdem spüre sie dort ein polypisches Beißen.

Aus ihren zahlreichen Äußerungen, die sie immer in leicht erregtem Tone, fast euphorisch vorbringt, seien hier einige Bruchstücke wiedergegeben: Über ihre Herkunft erzählt sie, ein Saxoborusse habe mit ihrer Mutter ein ideales Verhältnis gehabt. Dieser Dr. W. habe dann wegen Staatsgeschäften fort gemußt. Sie selbst sei damals nicht auf die Welt gekommen, nur das Puralleben sei zustande gekommen, das ist das Lebensspiral durch die Vereinigung von 2 Menschen. Ihr 2. Vater sei Ludwig Rago aus dem Stammbaum des Königs von Bayern, es sei aber nicht erwiesen, ob es nicht der König selbst sei. Außerdem habe sie noch 2 Schwestern, die auch von vornehmen Vätern seien. Man könne aber nicht sagen, ob es der gleiche Vater sei, auch die Mutter wisse das nicht genau. Als sie noch klein war, sei sie einmal im Korb im Garten gelegen. Es sei damals bei einem starken Gewitter der Blitz durch sie gestreift und habe sie durchflutet. Im selben Moment wurde sie emporgetragen. Das gehe sehr leicht und so allmächtig. Die Blitzdurchflutung habe sie in Verbindung mit der Natur gebracht. Sie kam über den Wredeplatz auf den Berg, aber höher hinaus in der Luft. Dort sah sie 2 Naturgottheiten, eine hüben, eine drüben. Es waren altersgraue grullige Lockenköpfe. Sie lag mit verschränkten Armen dahinter und sah ihnen wißbegierig, neugierig zu. Zwischen beiden war eine Spalte, wie wenn die Weltkugel gespalten sei. Plötzlich sahen die Gottheiten das Kind und lächelten matt, wie wenn Steingesichter lächeln und sprachen miteinander; wie Geistehauch war's anzuhören. Man mußte sich anstrengen, um etwas zu hören. Jedenfalls ging daraus hervor, daß sie sich über die Spalte unterhielten und über das Kind redeten. . . Dann seien die beiden Weltspalten langsam wie ein Magnet, „für meine Geduld viel zu langsam“, zusammengegangen. Es habe einen Krach gegeben und ein Geklaff und ein Gedonner, die ganze Welt und die Berge hätten gezittert.

Sie sei immer ein bißchen ferterble gewesen. So geriet sie auch an den Ballon am Mannheimer Tor und hängte sich daran. Das nennt man ferterble, wenn man Sachen tut

unbewußt, die so merkwürdig herauskommen. Die Leute von unten riefen, da hängt ein Ferterble. Sie habe auch keine Angst gehabt, denn sie war damals naturkorrekt. Im Ballon saßen 2 Herren, Friseur Blaum und Seifensieder Meier. Man nahm sie hinein, ein Herr nahm sie zwischen die Knie und zog ihr etwas über den Kopf, damit sie nicht schwindelig werde. Sie schildert dann die Erlebnisse auf dieser Ballonfahrt, wo ein Vogel eine Rolle spielt. Der Vogel flog dann zur Beatushöhle. Das ist keine gewöhnliche Höhle, die Bäume gehen darin bis an den Himmel, so daß man vom Himmel nichts sieht. Sie haben eine prinzelbraungrüne Farbe und prinzelbraungrüne Storzeln. Die Frau rief, Raub ist auf der Lauer. Der Hund Raub hatte ein helles Gesicht wie ein Menschenkopf. Sie habe damals die Gebärde des Staunens gemacht und gemerkt, wie ihr Geist sich klärte; sogar ihre Puralität habe sich da abgeteilt, so daß sie mit vergrößertem Geist alles auffaßte. Bei einem Gewitter sei ihr einmal das Gehirn bis in den Hals gedrückt worden, später sei es wieder in den Kopf zurückgekommen. Seit 17 Jahren, seitdem die Blüte der Natur aufgehört habe, sei sie ruhiger geworden. Die Blüte der Natur das sei die Periode. Seitdem das vorüber sei, haben die schlagenden Wetter nicht mehr die Gewalt. Als 4-jähriges Kind sei sie mit einer Frau zu deren Bruder gegangen, der katholischer Geistlicher war. Durch eine Spalte habe sie in die Kirche gesehen, sei auf den silbernen Abendmahlskelch zugerannt und habe voll Durst getrunken. Der Pfarrer habe in einem Buch nachgesehen, was das bedeute und habe gefunden, daß sie so unschuldig sei, daß durch sie die Welt erlöst werden könne, und habe ihr das Abendmahl gereicht. Er habe ihr etwas Braunes in den Mund gesteckt, das habe sie gekaut, es habe geschmeckt wie Rosinenlatweg. Als sie lange genug gekaut habe, habe sie gesagt: „expex, pfui Teufel“.

Am 31. 5. 1917 wurde die Kranke in die Kreispflegeanstalt überführt, wo sich ihr Zustand bis zu ihrem Tode am 21. 11. 1925 nicht mehr geändert hat. Sie brachte nach wie vor ihre Wahnideen vor und fertigte auch noch Schriftstücke an, in denen sie ihre Erlebnisse mit allen Einzelheiten schilderte. Die Schrift selbst ist geordnet, gänzlich unauffällig, orthographisch einwandfrei und für das hohe Alter auffallend klar. Ein Brief an den Direktor beginnt: „Ich bemühe mich zurückzuerinnern, um ihnen meine wirklichen Erlebnisse erzählen zu können. Also ich erinnere mich, daß mir, als ich noch ein kleines Kind war, vielleicht ein  $\frac{1}{2}$  Jahr alt. . .“ dann folgt die Schilderung der damaligen Wohnung und der Vorgänge bei dem Gewitter, bei dem die Blitzdurchflutung stattfand.

Es erscheint zweckmäßig, sich an solchen verlaufsmäßig überblickbaren Fällen die große Zahl der Möglichkeiten zu vergegenwärtigen, in welchen sich die in dem Abschnitt über den Psychosebeginn dargestellten Symptome kombinieren, hintereinander schieben und einander ablösen können. Das Fehlen der „Zerfalls“-Symptome in irgendeinem Querschnitt der Erkrankung, der dem Beobachter zufällig zu Gesicht kommt, bedeutet weder, daß sie immer gefehlt haben, noch daß sie sich nicht doch noch einfinden können.

Damit sind wir wieder bei der Frage der Abtrennung der Paraphrenien angelangt, die ja den Kliniker vor allem interessiert. BUMKE sagt zwar 1924 das Wort bedeute bis heute lediglich eine Fragezeichen, aber das Problem der paranoiden Psychosen als Ganzes sei durch die Abtrennung der Paraphrenien wesentlich vereinfacht worden. Er gibt die Schwierigkeiten der Abgrenzung zu, die Unmöglichkeit vorläufig grundsätzliche Verschiedenheiten aufzuweisen, machte sie sich aber doch zu eigen im Hinblick auf Beobachtungen in der Rostocker Anstalt, „deren Besonderheiten (gegenüber den Schizophrenien) noch nach jahrzehntelangem Verlauf klar zutage traten“. 1929 hat auch BUMKE diese Ansicht verlassen, KRAEPELINS ursprünglicher Standpunkt der Zusammengehörigkeit der paranoiden mit den anderen Formen der Dementia praecox sei wohl der richtige gewesen.

Einzig eine gewisse symptomatologische Typisierung scheint uns die Aufstellung der Paraphrenie geleistet zu haben; die Untergruppen geben nur eine Charakterisierung der Wahninhalte.

Das hat mit aller Deutlichkeit die *katamnestiche Nachprüfung* von 78 Fällen KRAEPELINS durch WILHELM MAYER gezeigt: Von den 9 Fällen mit der Diagnose *Paraphrenia phantastica* sind 8 „mehr oder minder rasch sichere Schizophrenien geworden“, der 9. konnte nur 3 Monate verfolgt werden. Von den 13 Fällen der Gruppe *Paraphrenia expansiva* wurden 5 ganz sichere Schizophrenien, einer stellte sich als organisch-senile Erkrankung heraus, einer erwies sich als

zum manisch-depressiven Kreis gehörig, ein weiterer konnte nur sehr kurz verfolgt werden. Von den übrigen 5 Fällen dieser Gruppe, von denen 4 über 10 Jahre verfolgt werden konnten, teilt MAYER 2 Krankengeschichten-Auszüge mit. Er betont selbst die große Ähnlichkeit der Bilder mit schizophrenen paranoiden Erkrankungen („Sprachverwirrtheit“, „unsystematisches Wahnsystem voll abstrus religiöser und sexueller Ideen“, „selbstgebildete symbolische, zum Teil kaum verständliche Worte“). — 5 von den 11 Fällen der *Paraphrenia confabulatoria* waren in das Gebiet der Schizophrenie zu weisen. Von den übrigen 6 ist ein Kranker, nachdem er angeblich geheilt ins Feld gezogen war, nach 2 Jahren gefallen. Die als typisches Beispiel mitgeteilte Katamnese eines der übrigen Kranken hat „große Ähnlichkeit mit gewissen Endzuständen leicht und chronisch verlaufender Schizophrener —“. Von den 45 Fällen der Hauptgruppe, der *Paraphrenia systematica*, sind 11 als schizophren erkannt worden durch das Auftreten katatoner Symptome, zum Teil erst sehr spät, nachdem das paraphrene Krankheitsbild schon 10—11 Jahre dauerte. 3 weitere zeigten schizophrene Willensstörungen bei „fehlender Destruktion“. Eine ganze Reihe von Fällen erwies sich als diagnostisch anderweitig zuzuordnen, als paranoide Psychopathen, organische oder manisch-depressive Erkrankungen. Nur 17 Fälle von 45 blieben übrig, die der KRAEPELINSchen Schilderung auch verlaufsmäßig entsprachen, nach langer Krankheitsdauer nicht stumpf wurden, sich nicht abkapselten, aber einsichtslos an ihren Wahneideen festhielten und halluzinierten. Von der Gesamtzahl der 78 Fälle waren nur 28 nicht eindeutig als Schizophrenien aufzufassen oder anderweitig zuzuordnen: von ihnen erkrankten, wie MAYER gleichfalls festgestellt hat, 26 nach dem 40. Lebensjahr, bei der Mehrzahl der Paraphrenie systematica sogar um das 50. Lebensjahr.

Dieser Gesichtspunkt des *Erkrankungsalters* scheint uns der Schlüssel des Paraphrenieproblems: Erscheinungsweise und Verlauf der großen Mehrzahl dieser Gruppe der Schizophrenien ist in der Tat, wie MAYER vermutet, „deshalb ein so anderer wie der bei der Dementia praecox im eigentlichen Sinne, weil die meisten Fälle so viel später erkranken“. Es handelt sich also ganz überwiegend um *Spätschizophrenien* und damit fällt die Problematik der Gruppe zusammen mit den schizophrenen Spätformen, dem präsenilen Beeinträchtigungswahn und der Involutionsparanoia, welche im folgenden Abschnitt behandelt werden.

Im vorliegenden Zusammenhang sind noch zwei Vorkommnisse darzustellen, welche die Beziehungen des Paranoids zur *Paranoia* betreffen: einmal der Übergang paranoischer Entwicklungen in paranoide Prozeßpsychosen und zweitens die Frage der Entstehung solcher Entwicklungen auf dem Boden einer durch einen akuten Schub gesetzten Wesensänderung.

Der erste Fall ist nur dann, wie LANGE meint, ein seltener, wenn man verlangt, daß die paranoide Entwicklung lange Zeit, jahrzehntelang dem Sichtbarwerden der schizophrenen Psychose vorausgehen soll. (Das von ihm als klassisch bezeichnete Beispiel: Strindbergs Eifersuchtswahn ist allerdings wenig überzeugend, weil bei Str. gleichzeitig mit den Eifersuchtsideen, wie JASPERS gezeigt hat, körperliche Störungen, anfallsartige Zustände auftreten, welche das Einsetzen des schizophrenen Prozesses in sich vielfach wiederholenden leichten Schüben erkennen lassen.) Aber wie schon aus unseren Darlegungen über den initialen Beziehungswahns hervorgeht, ist ein Psychosenbeginn, der in zeitlich kurz zusammengedrängter Form den Charakter einer paranoiden Entwicklung aufweist, recht verbreitet, und kann gewisse differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Zumal wenn bestimmte Charaktereigentümlichkeiten der prämorbidem Persönlichkeit — mag man sie als Vorboten der Psychose oder als Ausdruck einer „schizoiden“ Konstitution

ansetzen — etwa: Fanatismus, Verslossenheit, gesteigertes Selbstgefühl — zusammentreffen mit Umweltbedingungen, die der Entwicklung wahnhafter Einstellungen günstig sind: sehr exponierte oder abhängige Stellung, unbefriedigte Ehe, Liebesenttäuschung, rechtliche Beeinträchtigung und dgl. mehr — dann kann das Einsetzen des schizophhrenen Prozesses relativ lange Zeit hinter der verständlichen wahnhaften Reaktion verborgen bleiben. Daß die primären schizophhrenen Störungen selbst solchen einfühlbaren Wahnbildungen bis zu einem gewissen Grade Vorschub leisten, wurde früher bereits im einzelnen dargelegt und abgeleitet. Bei der Plastizität des Krankheitsverlaufs der Schizophrenie, deren tiefere Gründe uns unbekannt sind, muß man es geradezu als wahrscheinlich bezeichnen, daß auch in einzelnen Fällen diese paranoische Erscheinungsform über längere Zeit das Krankheitsbild beherrscht oder schubweise wieder aufflammt, ja vielleicht sogar auf die Dauer bestehen bleiben kann. Solche extremen Fälle wird man als Schizophrenien nur mit Vorbehalt diagnostizieren. Andere lassen den Zusammenhang ihres paranoischen Verhaltens mit einer Schizophrenie in irgendeinem Zeitpunkt erkennen, so eine ganze Anzahl der „abortiven“ Paranoien GAUPPS, wie aus dem Beitrag KEHRERS in diesem Handbuch hervorgeht. Überhaupt kann eines festgestellt werden: Reine paranoische Entwicklungen sind, abgesehen von dem „Querulantenwahn“ und der Eifersuchtsparanoia, sehr große Seltenheiten.

Die zeitlich umgekehrte Verknüpfung aber, die BLEULER zuerst in Erwägung zog, daß nämlich ein leichter schizophrener Defekt geradezu als Voraussetzung paranoischer Entwicklungen überhaupt anzunehmen sei, wird von LANGE als eine Möglichkeit der Interpretation hervorgehoben, für die sich eine ganze Reihe von Umständen ins Feld führen lassen. LANGE berichtet über eine Kranke, „welche nach einem ganz kurzen, wenig alarmierenden Schub eine über 17 Jahre dauernde Erkrankung bekam. . . , bis dann ein akuter katatoner Schub die Sachlage klärte“. In einem zweiten Fall restituierte sich die Patientin nach einem schweren, manisch gefärbten Schub, nahm aber ausgesprochen paranoide Neigungen in die relative Gesundheit mit hinüber. Er weist auf seinen Fall *Joerger* hin (vgl. KEHRER, S. 316), eine Patientin, die in der Jugend eine langdauernde, anscheinend körperliche Erkrankung unklarer Art durchmachte, auf ROUSSEAU'S Paranoia (s. KEHRER, S. 322), der in der Jugend ein hypochondrisches Stadium vorausging, auf GAUPPS Hauptlehrer *Wagner*, mit seinen Auffälligkeiten in jungen Jahren und seiner Schweizer Reise mit ihren wiederholten Suicidabsichten. KOLLE fand unter seinem Material von „primärer Paranoia“ nicht weniger als 11 Fälle, die für diese Entstehungsweise in Frage kamen; darunter allerdings nur einen, der an Übersichtlichkeit an den Kranken heranreicht, welchen 1927 HAAS aus der von LANGE geleiteten Abteilung ausführlich mitgeteilt hat. Seine Krankengeschichte faßt HAAS folgendermaßen zusammen:

Antonie P., geb. 1874. Es handelt sich um eine jetzt 52 Jahre alte Kranke, die von jeher eine eigenartige Persönlichkeit gewesen ist. Von Jugend auf schwächlich und wenig widerstandsfähig, anders, feiner, klüger als ihre Geschwister, wollte sie immer hoch hinaus. In ihren Stellen als Dienstmädchen fühlte sie sich nicht befriedigt und glaubte sich immer mit zu wenig Vertrauen oder allzu sehr als Diensthote behandelt. Sie wurde daher, nachdem sie das Nähen gelernt hatte, Zimmermädchen, später Krankenpflegerin, schließlich Masseuse und betrieb zugleich Schönheitspflege. Daß sie keinen Bauern heiraten würde, hatte sie sich schon in der Jugend vorgenommen. Aber das Schicksal war ihr nicht günstig. Sie fand keinen Ehepartner. In ihrem 34. Lebensjahr nun kam sie in Berührung, allerdings ganz oberflächlicher Art, mit einem Schauspielregisseur, und zwar gelegentlich ihrer aus ihrem Bildungshunger begreiflichen Theaterbesuche. Sie machte die Beobachtung, daß der Direktor immer nach ihr hinblickte, ihr Zeichen machte und ihr alle möglichen Anweisungen gab, die sie zwar anfangs nicht verstand, die ihr aber später klar wurden. Zugleich

interessierten sich auch die übrigen Theaterbesucher, die Schauspieler, vor allem aber die in den Direktor gleichfalls verliebte Frau des Musikdirektors, späterhin auch die Frau des Geliebten und ein Rechtsanwalt für sie, aber in ganz anderem Sinne. Man ging darauf aus, sie von dem Geliebten, der in sie schon seit Jahren verliebt war, zu trennen, setzte sie allen möglichen Verfolgungen aus, unterschlug Briefe usw. Ein gelegentliches Zusammentreffen enttäuschte sie. Ihre Briefe wurden nicht beantwortet. Aus einem Hinweis des Geliebten aber merkte sie, sie solle in der Zeitung nach Mitteilungen von ihm suchen. Dort fand sie denn die deutliche und immer erneute Bestätigung seiner Liebe, die sie über alle Enttäuschungen hinwegbrachte. Sie fand heraus, daß der Geliebte durch seine Umgebung daran verhindert wurde, unmittelbar mit ihr in Beziehung zu treten. So schrieb sie ihm denn weiter, machte in ihren Briefen auch alle möglichen kirchlichen Vorschläge, die, wie sie merkte, von dem Geliebten an die zuständigen Stellen gebracht und befolgt wurden. Der Geliebte hatte offenbar den Plan, sie sich auszeichnen zu lassen, um späterhin seine Scheidung von der Ehefrau und seine Verheiratung mit der Patientin der Außenwelt gegenüber motivieren zu können.

Die Auszeichnung durch den Papst, die schon unterwegs war, blieb jedoch aus, wurde von dem Kardinal unterschlagen. Sie erlebte Enttäuschungen über Enttäuschungen dadurch, daß sie von der Polizei verwahrt, von dem Geliebten bloßgestellt, ja in die psychiatrische Klinik und in die Anstalt gebracht wurde. Aber immer erneute Inserate in der Zeitung, die zweifellos von dem Geliebten ausgingen, zeigten ihr, daß der Geliebte ihr immer nur gezwungen entgegengetreten war, daß er an ihr festhalte, daß nur seine Umgebung und insbesondere auch die Geistlichkeit wegen der Unterschlagungsgeschichte Interesse daran hätten, sie von ihm zu entfernen und gar aus der Welt zu schaffen. In der Tat erlebte sie Vergiftungsversuche. Auf der anderen Seite wurde sie durch alle möglichen Sensationen in der Kirche und Träume darüber belehrt, daß sogar Gott es gut mit ihr meine.

Es handelt sich also um einen seit Jahren bestehenden „ausnahmslos kombinatorisch aufgebauten“ Liebeswahn eines alternden Mädchens, bei dem sich außer wahnhaften Deutungen nur Erinnerungsfälschungen nachweisen lassen. HAAS betont, daß weder Halluzinationen noch Willensbeeinflussungen, noch primäre Wahnerlebnisse nachweisbar waren, daß Manieren, Verschrobenheiten und Zerrfahrenheit fehlten. „Die Kranke zeigt eine völlig adäquate und natürliche gemütlche Ansprechbarkeit. . . erinnert in keiner Weise an schizophrenes Wesen“. Als man aber in die Krankengeschichte der psychiatrischen Klinik Einsicht nahm, in welcher Antonie P. 14 Jahre vorher kurze Zeit beobachtet wurde, ergab sich, daß schon jahrelang vor der erotischen Wahnbildung Symptome eines Beziehungswahns und wahrscheinlich auch Halluzinationen bestanden, an deren schizophrenem Charakter nicht zu zweifeln ist. Sie fühlte sich im Theater schikaniert, angestoßen, eingeengt; aus den Lüftungsschächten kam Gestank wie Fußschweiß. Unter dem Vorwand der Manicure kamen Leute zu ihr, die sich merkwürdig benahmen, von unanständigen Dingen sprachen, man beobachtete sie, stieß sich an, machte Bemerkungen usw. Erst nachträglich wurden von ihr diese Beziehungserlebnisse dem Liebeswahn eingegliedert. Schließlich ergab die Familienanamnese, daß ein Onkel, ein Vetter, vielleicht auch der Großvater an Dementia praecox litten, und daß daneben zwei „schizoide“ Psychopathen in der nächsten Verwandtschaft vorhanden waren.

HAAS diagnostiziert das Vorliegen eines Krankheitsprozesses, den er als organischen in die Nachbarschaft der Paraphrenien KRAEPELINS einordnet, er spricht von „gewissen verwandtschaftlichen Beziehungen zur Schizophrenie“, kann sich aber nicht entschließen, den Fall ohne weiteres mit einem gewöhnlichen schizophrenen Prozeß zusammenzuwerfen, „weil alle spezifisch schizophrenen Symptome vermißt werden“.

Der letzte Satz ist ein Einwand, der im vorliegenden Zusammenhang immer wieder von den verschiedensten Autoren gebracht wird. Er scheint uns im Fall der Antonie P. besonders leicht zu entkräften: weist nicht HAAS selbst auf die primär schizophrene oder paraphrene Natur der Wahnerlebnisse und Sinnesfälschungen während des ersten Schubs hin, über die die Kranke 1912 noch klare Auskunft gab, während später alles eingegliedert und einheitlich ableitbar

erscheint? Auf diese Erlebnisweise der Störungen in der akuten Psychose kommt es an, hier sind die spezifisch schizophrenen Symptome anzutreffen, die dann in der „postprozessualen Entwicklung“ verschleiert werden können. So kommt es, daß, wie KEHRER ausführt, in manchen Fällen von Paraphrenie die verständliche Rückführbarkeit der Wahninhalte leichter und einfacher durchzuführen ist als in manchen paranoischen Entwicklungen, bei welchen schwer übersehbare Umwelteinflüsse und bis in die Kindheit zurückreichende Triebanomalien die Genese des wahnhaften Verhaltens bedingen, während bei dem schizophrenen Wahn sich die Entstehung meist in einer bestimmten, relativ kurzen Lebensphase abspielt, von der sich dann alles weitere konsequent und eindeutig, relativ unabhängig von der Umwelt, herleitet.

Die primären schizophrenen Störungen können, wie der Fall von HAAS zeigt, unter Umständen nichts anderes zurücklassen als die „katathyme“ Denkhaltung, so wie nach hebephrenen Schüben eine „Mattheit“ der Affekte, eine Aktivitätsschwäche oder eine ganz leichte Denkstörung, nach katatonen Bildern ein eigenartiges Ausdrucksverhalten und ein paar Verschrobenheiten. Bei der Darstellung der Remissionen wird darauf zurückzukommen sein.

Es scheint uns aber ebensowenig begründet, wegen der sinnvollen Zusammenhänge der Wahninhalte die grundsätzliche Scheidung des Prozesses von der Entwicklung der Persönlichkeit zu verwischen (GAUPP, KEHRER), wie die Annahme eines besonderen, seltenen paranoiden oder paraphrenen Krankheitsprozesses und seine Abtrennung von der Schizophrenie heute fruchtbar durchgeführt werden kann. Alle diese Versuche wiederholen nur Bemühungen der vorkraepelinschen Psychiatrie und diejenigen, welche KRAEPELIN selbst im Laufe seiner Lebensarbeit immer wieder vergebens unternommen hat. Ihr aufs stärkste eingegengter Rest, die *Paranoia*, kann nach dem Ergebnis der Arbeit KOLLES unbedenklich als nosologischer Begriff gestrichen werden. Ihr Gebiet ist aufgeteilt zwischen den paranoischen Entwicklungen auf Grund besonderer psychopathischer Anlagen, unter Umständen im Zusammenwirken mit besonderen Schicksalen (z. B. Querulantenwahn), und zwischen paranoiden Schizophrenien.

Diese von WILMANNs seit 1910 vertretene Auffassung hat eine glänzende Bestätigung in den Untersuchungen von KOLLE gefunden, der in seiner Arbeit nicht nur die 19 Fälle verwerten konnte, die KRAEPELIN selbst als „Paranoia“ diagnostizierte, sondern auch die im Schrifttum enthaltenen Kranken dieser „exquisit seltenen“ Form analysiert, gesichtet und verfolgt hat.

Unter 66 Fällen fand er psychopathologisch 62mal primäre wahnhaftige Bedeutungserlebnisse im Sinne von GRUHLE. Sprach schon dieses Ergebnis für die Zugehörigkeit zur Schizophrenie, so ergab die statistische Erbanalyse der Sippen eine doppelt so große Belastung mit Schizophrenien als in der Durchschnittsbevölkerung, nicht ganz so groß wie in den Sippen der klassischen Dementia-*praecox*-Kerngruppe. Als Bedingungen für die Entstehung dieser besonderen Erscheinungsform der Schizophrenie wies KOLLE nach: 1. Spätes Erkrankungsalter (90% nach 35. Lebensjahr); 2. Fehlen der rein leptosomen Körperbauformen (50% Pykniker, die übrigen athletisch-pyknische Mischformen); dementsprechend 3. viele „syntone“ Persönlichkeiten oder zyklotyme Temperamenteigentümlichkeiten auch bei Sensitiven und Sonderlingen. (Aber in den Sippschaften kein Fall von manisch-depressiver Psychose!). 4. Gewisse Anomalien im Gebiet der Sexualität, ein Faktor, der, obschon auch KEHRER auf ihn großen Wert legte, noch am wenigsten klar erfaßbar geworden ist. — Diese Ergebnisse KOLLES sind, durch seine analogen Arbeiten über paranoische Psychopathen und Querulanten ergänzt, ein bedeutsamer Schritt auf dem Weg der Erforschung der Wahnkrankheiten, wenn auch die Frage, warum die Erkrankung so spät einsetzt,

ebenso wie das Problem der „hypoparanoischen“ Veranlagung trotz Heranziehung graphologischer Analysen vorläufig im Dunkel geblieben ist.

Da wir wissen, daß diese hypoparanoische „Haltung“, „Einstellung“ auch als Restsymptom nach einem akuten schizophrenen Schub zurückbleiben kann, ist bei ihr, wie bei allen anderen prämorbidem „schizoiden“ Eigentümlichkeiten nicht sicher zu entscheiden, ob sie schon Auswirkung des schleichenden Prozeßbeginns ist, oder ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt. Da die verschiedensten Psychopathien in schizophrenen Familien sehr verbreitet sind, „Paranoia“-Fälle aber zu den großen Seltenheiten gehören, ist auch diese letztere Annahme keineswegs ganz von der Hand zu weisen.

## C. Atypische Gestaltungen.

### 1. Pathoplastisch verschleierte Bilder.

#### a) *Neuroseähnliche Bilder.*

Viele der an dieser Stelle zu erörternden Möglichkeiten sind bereits bei der Aufzählung der primären Symptome gelegentlich der Darstellung des Krankheitsbeginns besprochen worden. Es sind vor allem die inhaltlichen und situationsbedingten Ausformungen der Symptome, welche auch noch im weiteren Verlauf die Erkennung des schizophrenen Charakters der Erkrankung erschweren und das Grundleiden verschleiern. Es ist bekannt und ist immer wieder betont worden, daß das hypochondrisch-neurasthenische Vorstadium der Hebephrenie über Jahre hinaus dauern und auch für den Fachmann den zugrunde liegenden Prozeß verschleiern kann. Die vielfach vertretene Meinung, daß auch unter den Psychasthenien JANETS sich latente Schizophrene befinden, ist in diesem Zusammenhang von Wichtigkeit. Als Zwangsneurosen, die unbeeinflussbar über Jahrzehnte fortbestehen und zu einer im höchsten Maße autistischen Haltung führen können, erscheinen sehr wahrscheinlich in vereinzelt Fällen schizophrene Prozesse. Aus den Arbeiten von KURT SCHNEIDER und JAHRREIS geben wir hier 2 solche Fälle im Auszug wieder.

Beobachtung 2 KURT SCHNEIDERS: Der am 28. 1. 1896 geborene Bankbeamte Hans R. kam zum erstenmal am 25. 8. 1921 in die Klinik. Er gab an, er habe vor 3 Monaten eine Mission mitgemacht. Seither denke er immer nach, ob seine früheren Beichten auch gültig gewesen seien. Er habe sich die ganze letzte Woche auf die Beichte vorbereitet, sei aber mit seiner Gewissensforschung nicht zu Ende gekommen. Trotzdem sei er Samstags zur Beichte gegangen, weil er das Gefühl gehabt habe, daß „mit jeder Sekunde ein Atom Todsünde hinzukommt“. Er habe dann das Gefühl gehabt, daß er ungültig gebeichtet und kommuniziert habe. Auch Glaubenszweifel habe er gehabt. Diese Gedanken hätten ihn überall verfolgt, auch bei der Arbeit, so daß er langsamer gearbeitet habe. Schließlich habe er 6 Wochen aussetzen müssen. Während dieser Zeit habe er sich oft mit Geistlichen besprochen, die ihm alle gesagt hätten, die Sache sei erledigt, doch habe er sich nicht beruhigen können. Vor 14 Tagen sei ihm plötzlich gekündigt worden, wahrscheinlich, weil er nichts mehr leiste. Solche religiöse Skrupel habe er früher nie gehabt, wohl habe er seine religiösen Pflichten immer genau erfüllt. Nur mit 7 Jahren sei er einmal Sonntags nicht zur Kirche gegangen; auch darüber denke er jetzt noch oft nach. Von jeher habe er das Leben schwer genommen, habe nie Freunde gehabt, sei immer nur mit seinen Angehörigen spazieren gegangen.

Er erzählte alles sehr genau, überlegte alles, was er sprach, ob er nicht die Unwahrheit sage, ob er niemand mit seinen Aussagen Unrecht tue. Er sprach langsam, bedächtig und mit Pausen. Er bat, bald entlassen zu werden, weil er seine Firma nicht bestehen wolle. Körperlich zeigte der große blasse Mensch keinen krankhaften Befund.

In den folgenden Tagen kam er mit Selbstvorwürfen wegen Masturbation. Er glaube sich dadurch seelisch und körperlich geschadet zu haben. Seine Gedächtnisschwäche und seine Leistungsunfähigkeit kämen sicher davon. Die religiösen Skrupel bestanden fort, er meinte, die Gedanken seien zwar seltener, aber die Angelegenheit sei noch nicht erledigt, er müsse noch einmal alles mit einem Geistlichen besprechen. Einmal kam er zum Arzt

mit dem Anliegen, eine falsche Aussage richtigstellen zu dürfen. Er benahm sich ruhig und geordnet, ging spazieren und wurde sichtlich gebessert mit der Bezeichnung „Zwangsneurose“ am 12. 9. 1921 entlassen.

Am 23. 3. 1922 trat er freiwillig in die Alexianer-Heilanstalt Ensen ein. Aus dem Krankenblatt geht hervor, daß er seit Januar 1922 im Bankfach nicht mehr arbeiten konnte, weil ihm dauernd Fehler unterliefen. Er hatte stets das Gefühl, er mache nichts recht, und machte sich darüber Vorwürfe. Er klagte über eine Reihe von angstvollen Vorstellungen; er müsse öfters nachsehen, ob die Tür abgeschlossen sei, ob der Gashahn nicht offen sei. Auf religiösem Gebiete habe er stets Skrupel, vor allem glaube er, unwürdig zu kommunizieren. Diese Dinge erzählte er bei der Aufnahme mit lächelnder Miene, aufdringlicher Liebenswürdigkeit und philosophisch tuendem Ton, so daß gleich an Schizophrenie gedacht wurde. Da er nicht gemeingefährlich erschien, wurde er am 18. 4. 1922 beurlaubt und wenige Tage darauf entlassen. Die Diagnose lautete „Dementia praecox“.

Am 12. 2. 1923 wurde er wieder dort aufgenommen. Er berichtete ausführlich über religiösen Grübelzwang. Er gab an, auch öfter die Tür schließen zu müssen, häufiger die Klosettspülung in Bewegung zu setzen. Auch mit dem Anziehen werde er nicht fertig, so daß er oft zu spät in die Kirche komme. Besonders oft müsse er sich waschen und baden; das hänge wahrscheinlich mit seiner Onanie zusammen, weil er sich dadurch verunreinige.

In seinem Benehmen erschien er eckig und gekünstelt. Der Affekt erschien dem Untersucher „leicht inadäquat“, mitunter aber auch sehr tief, so bei der Besprechung seiner religiösen Grübeleien, wobei er bitterlich weinte. Er wurde am 13. 4. 1923 wieder entlassen.

Am 15. 8. 1923 kam er allein in unsere Klinik, um einen der Ärzte in einer wissenschaftlichen Angelegenheit zu sprechen. Er entwickelte ein ganz zerfahrenes, unverständliches Gerede über Bewußtseinsinhalte, Zwangsdenken, Willensfreiheit und nur ungen brach er nach einer Stunde seinen Vortrag ab. Kurz darauf telephonierte er aus der Stadt, er verlange, daß seine Entdeckung, ein Verfahren, das Zwangsdenken zu heilen, an sämtliche Ärzte Deutschlands mitgeteilt werde. Der Vater bat, ihn aufzunehmen, weil der Sohn vorhabe, mit seinen Plänen zum Reichspräsidenten zu gehen. Er war dann noch bis zum 20. 8. 1923 in der Klinik, und zwar redete er unaufhörlich in eifrig dozierendem Tonfall und mit grimasierender Mimik von seinen Erfindungen, so daß sich die Mitpatienten ernstlich beschwerten. Er wurde mit der Bezeichnung „Schizophrenie“ in jene Alexianer-Anstalt verlegt.

Er erzählte, ihm sei eine Inspiration gekommen über den Begriff Schuld. Er habe den Drang gehabt, alle Menschen mit dieser Definition glücklich zu machen. Er sei in die Lindenburg gegangen, um mit Hilfe der Ärzte eine Eingabe an das Wohlfahrtsministerium zu machen. Dann habe man ihn festgehalten und eingesperrt. Am 27. 8. 1923 wurde er mit der Bezeichnung „Schizophrenie“ gebessert entlassen.

Während seines weiteren Aufenthaltes in der Anstalt beschäftigte er sich mit denselben Dingen auch in schriftlicher Form. So wollte er die „güt bürgerliche Reinlichkeit“ schriftlich fixieren. Hierzu wollte er sich bei Hausfrauen Rat holen, insbesondere darüber, wie man sich im Umgang mit Schmutz zu verhalten habe, um nicht schuldhaft Krankheiten zu übertragen. Seine Schriftstücke sind nach Form und Inhalt verschroben und verworren.

Am 11. 11. 1924 sollte er auf Wunsch des Vaters beurlaubt werden, um sich in dem Geschäft eines Schwagers mit leichten Schreivarbeiten zu beschäftigen. Am Tage der Entlassung begann er bereits nach dem Frühstück seine Sachen einzupacken. Alles wurde von allen Seiten „mit einem ungeheuren Aufwand an Lungenkraft“ abgeblasen und abgewischt. Zwischendurch wusch er nach einem bestimmten Schema immer wieder die Hände. Da er bis 5 Uhr mit Einpacken nicht zu Ende war, konnte er das für die Zeit zwischen 3 und 5 Uhr versprochene Bad nicht nehmen, worüber er sehr erregt wurde. Er nahm dann eine zweistündige Körperwaschung vor, die bis  $\frac{1}{2}$  8 Uhr abends dauerte.

KURT SCHNEIDER führt zu dieser Krankengeschichte aus, daß nach einem halben Jahr, trotz des Fortbestehens der Zwangszustände der schizophrene Prozeß deutlich gewesen sei. Diese haben sich in einer Form weiter entwickelt, die unabgrenzbare Übergänge zu schizophrenen Manieren und Verschrobenheit zeigt. „Rückblickend könnte man sagen, daß der akute, allerdings *reaktive Beginn* der vermeintlichen Neurose *vielleicht* hätte an einen schizophrenen Prozeß denken lassen können“.

Der folgende Fall 13 JAHREIS' zeigt eine chronische Entwicklung, ganz nach der Art der echten Zwangsneurose.

Hildegard W., 34 Jahre. Immer verschlossen, scheu, ängstlich; lernte gut, mußte sich aber anstrengen. Wollte ins Kloster, wurde wegen ihres kurzen Beines (spinale Kinderlähmung) nicht genommen.

Kommt wegen „Zwangsgedanken“ in die Klinik. Sie begannen mit dem 17. Jahre um die Zeit der Menarche und waren besonders stark, als die Regel mit 19 Jahren für ein Jahr aussetzte und die Kranke sich so elend fühlte.

Sie hatte — etwa mit 13 Jahren — sich angewöhnt, täglich einen Rosenkranz zu beten. Mit der Zeit setzte sich immer mehr der Gedanke fest, das sei eine Pflicht und Versprechen,



das sie aber bei ihrer Müdigkeit schwer erfüllen konnte. Quälte sich jahrelang damit, konnte aber mit niemandem davon sprechen, bis sie sich endlich bei einer Mission beruhigen und dispensieren ließ.

Ähnlich ging es ihr bei allen möglichen Dingen, bei allem, was sie tun wollte, drängte sie sich mit Gewalt die Vorstellung auf, sie hätte sich durch ein Versprechen verpflichtet, das zu tun oder zu lassen, was ihr das weniger Angenehme war. Etwa: sich keinen Hut zu kaufen, obwohl sie einen brauchte usw. Diese Gedanken quälten sie ganz schrecklich. Besonders schlimm war es mit der Beichte. Sie hatte immer den Wunsch, zu beichten, war oft schon in der Kirche, brachte es aber dann nicht fertig. Tagelang quälte sie sich mit der Vorbereitung, konnte nie zu Ende kommen. Fürchtete immer, überhaupt nicht würdig beichten zu können, dann einesteiils glaubte sie, bei der Beichte den Vorsatz fassen zu müssen, alle die Verpflichtungen und Versprechungen, die sich ihr aufdrängten, zu halten, andererseits glaubte sie sich vornehmen zu müssen, die Zwangsgedanken, die sie selbst für krankhaft hält, bekämpfen zu sollen.

Sie wußte, daß alles wieder so weiter gehe, daß die Gedanken nach der Anstrengung der Beichte immer ärger würden. Sie hat überhaupt das Gefühl, gar nichts mehr recht machen zu können. Den ganzen Tag muß sie grübeln und sich quälen; zeitweise ist sie so elend, daß sie gar nichts mehr arbeiten kann, sich ins Bett legen muß. Mit kleinen Schwankungen ist der Zustand seit ihrem 17. Jahre etwa der gleiche geblieben. Sie glaubt auch, infolge der quälenden Zwangsgedanken heruntergekommen und in ihrem Denken langsamer und stumpfer geworden zu sein. Sei so mutlos und willensschwach, werde der Gedanken nicht Herr.

Mit Männern hat sie nie zu tun gehabt. Mit 15—16 Jahren habe sie schon immer gedacht, daß sie nicht heiraten wolle, weil das das Vollkommenere sei. Sie wäre wohl auch gern ins Kloster gegangen. Mit der Zeit hatte sie immer mehr das Gefühl, daß sie sich zur Ehelosigkeit verpflichtet habe. Sie wünsche aber auch gar nicht zu heiraten.

Mit 23 Jahren hatte sie einen Nervenfall: Nach einer Beichte, die sie sehr aufgeregt hatte, fühlte sie sich matt und elend, glaubte sterben zu müssen. Es wurde ihr nebelig vor den Augen, doch wurde sie nicht bewußtlos. Lag dann 3 bis 4 Wochen zu Bett, hatte während dieser Zeit noch einige Male das beängstigende Gefühl, sterben zu müssen. Später sind derartige Zustände nicht mehr aufgetreten.

Klar, zugänglich, freundlich. Quält sich ab, um für ihre Gefühle und Erlebnisse einen Ausdruck zu finden, erscheint langsam und gehemmt im Denken. Bringt nur dürftige, schwer verständliche Sätze heraus, die sie meist mit dem Bemerken abbricht, sie könne es unmöglich richtig ausdrücken und beschreiben.

Ist schüchtern und doch vertrauensvoll. Aus ihrem früheren Leben macht sie auch nur dürftige Angaben; zuweilen erscheint die Erinnerung erschwert. Wenn sie aber frei ist und weniger unter dem Einfluß der Zwangsgedanken steht, gibt sie ganz gute und rasche Antworten. Das gleiche und wechselnde Verhalten gilt von der Auffassung und Merkfähigkeit.

Die Intelligenzprüfung ergibt keine gröberen Störungen. Bei der Intelligenzprüfung wie auch bei neutralen Fragen tritt die Denkhemmung viel weniger zutage.

Pat. ist nicht eigentlich traurig, macht vielmehr einen etwas stumpfen, gleichmäßig freundlichen und zufriedenen Eindruck, der gar nicht zu der Erzählung der schrecklichen Seelenqualen paßt. Sie ist gemächlich zwar ansprechbar, kommt aber nicht in einen tieferen und lebhafteren Affekt. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht. Keine Wahnideen, keine Sinnestäuschungen, keine Katalepsie, keine manirierten Bewegungen, kein Grimassieren.

Nach 8 Tagen entlassen. Diagnose: Zwangsneurose? Dementia praecox?

Wenige Wochen später 2. Aufnahme.

War nach der Entlassung bei einer verheirateten Freundin; hatte dort viel Arbeit, fühlte sich sehr unglücklich. Alle Tage wollte sie heim, glaubte aber doch aushalten zu müssen. Dabei litt Pat. immer an der Angst, sie könne sich durch ein Versprechen zum Bleiben oder Gehen binden. „Das ist immer so ein Drang, das spüre ich gleich inwendig, mußte mit aller Kraft abwehren. Von außen fühlt sich Pat. nicht beeinflusst. Es kommt alles „so von innen her“. Keine Stimmen. Pat. hatte wochenlang Zahnweh, ging zu keinem Zahnarzt, „weil sie einen Arzt in Bruck kannte“. Vor 14 Tagen war Pat. beim Kochen, hatte vergessen, das Kind ihrer Freundin, das im Kinderwagen neben ihr lag, anzubinden. Plötzlich fiel es auf den Boden, schrie, „hatte Erbrechen, sah ganz bleich und sterblich aus“. Pat. hob das Kind auf, wollte erst nichts davon sagen, rief dann die Frau aus dem oberen Stock, die meinte, daß man den Vater herbeitelephonieren müsse. Pat. ließ all ihre Sachen im Haus, lief auf den Bahnhof, saß dort 5 Stunden untätig, fuhr dann zur Tante nach F. Dort lag sie meist im Bett, hatte nichts zu tun, als mit ihren Gedanken fertig zu werden. Der Appetit wurde immer schlechter.

Pat. fühlt sich traurig, ängstlich, alles wegen der Gedanken; die möchte sie so gern aussprechen, aber sie traut sich nicht, „weil sie es doch nicht so klar sagen könne, daß man sie

ganz verstehe, und erst, wenn man sie ganz verstehe, könne sie von den Gedanken frei werden“.

Pat. klagt noch über häufige Kopfschmerzen, die infolge der Anstrengung und des Druckes entstehen. „Auch spürt sie öfters von den schweren Gedanken einen Stoß im Herzen“.

Ist äußerst umständlich in ihrem Bericht. Jede Antwort wird hin- und hergedreht, bis sie nach vielen Ansätzen sehr allgemeine und nicht besonders klare Klagen hervorbringt. Fühlt sich krank, glaubt, nicht arbeiten zu können, alles nur wegen der Gedanken, gegen die sie nicht ankomme.

Sehr egozentrisch. Der Unfall des Kindes, das sich anscheinend ernstlich verletzt hat, ist nur ihr Unglück. Die Freundin sei ungerecht, daß sie sich nur um das Kind und nicht um Pat. sorge, womöglich noch böse auf sie sei. Schreibt einen seitenlangen Brief an die Freundin voller Vorwürfe, daß sie nur an sich und das Kind denke, gar nicht an Pat., die sich so aufgeopfert habe „und nun doch die Unglücklichere sei, selbst wenn das Kind ein Englein geworden wäre“. Pat. ist sehr empfindlich, glaubt nicht ertragen zu können, daß die Familie von ihrem Aufenthalt in der Klinik erfährt, „was würde man über sie sagen, sie, die doch allgemein so hochgeachtet wäre“.

Keinerlei Initiative; kein Interesse für die Umgebung; trüb, ängstlich, sorgenvoll, gequält. Zu heftigeren Affektausbrüchen läßt sie sich nicht bringen, lächelt auf Scherz. Ist ratlos, was sie nun anfangen soll. Keine Katalepsie. In der Haltung gebunden, wenig Bewegungen, wenig Mimik, zuweilen zupft sie an den Fingern, wenn sie nach der Formulierung einer Antwort ringt. Öfters feine Zuckungen im Facialisgebiet. Kein eigentliches Grimassieren.

Im Verlauf wünscht Pat. dauernd, sich „auszusprechen“, ist dann aber nie zufrieden, weil sie sich doch nicht „ganz so klar ausdrücken kann und man sie doch nicht ganz verstehe“. Die Klagen sind immer über die anderen Menschen, die sie gar nicht verstehen, ihr nicht helfen; über die Schwere des Schicksals und ihrer Krankheit, dieser Angst vor den Verpflichtungen, und ob sie sich verpflichtet habe. Ist ganz davon überzeugt, daß kein äußerer Zwang sie bindet, sondern daß alles von innen herkommt.

Wird schriftlich und mündlich merkwürdig geschraubt und feierlich. Liegt beschäftigungslos im Bett, weint öfters, man solle ihr sagen, was das Beste wäre, das sie tun könne, sie wolle nur gehorchen. Als Kind sei es ihr gut gegangen, sie sei immer gehorsam gewesen, nur hätte sie eben immer ein Kind bleiben sollen. Jetzt sei ihr Leben nur Reue und Kummer“.

Möchte heute nach Hause, protestiert aber auch nicht heftig gegen die Anstalt. Spricht schläfrig, monoton, lacht läppisch. Transpiriert stark, hatte immer nasse Hände.

Als Pat. von der Schwester nach Hause genommen werden soll, klammert sie sich ängstlich fest, will nicht fort, will sich nicht anziehen. Blaß, weint. Will auf der Straße nicht weiter, muß zurückgebracht werden. Erzählt später verschämt, mit etwas affektiertem Lachen, von ihrer verfehlten Abreise: „Der Wille war gut, aber es fehlt der Wille zum Können!“

Hat Angst vor der Verantwortung der gewollten Verpflichtungen; schreibt nach wie vor Zettelchen in gestochener Schrift und sehr maniertem Stil.

„... Nun, wenn ich jene Verpflichtungen mir öfters auferlegt habe, ganz oder nicht voll immer: die mich heißt, schrankenlos ins Ungestüme der Verpflichtungen zu verfallen, und wenn das als wie geschworen war, muß ich mich dann hineinbegeben? Und wenn ich beides schon mehrmals geschritten war, zu wollen die ganze Tragweite unabänderlicher Verpflichtungen, für die soll ich aufkommen?“

Wurde nach wenigen Wochen entlassen. Keine Katamnese, da der jetzige Aufenthalt nicht zu ermitteln war.

Die Krankengeschichte ist in mancher Beziehung unvollständig. Der „Nervenanfall“ mit 23 Jahren, dem ein mehrwöchiges Bettliegen folgte, dürfte als erster schizophrener Schub zu deuten sein. Nach JAHREIS' Bericht hat KRAEPELIN den Fall als *Dementia praecox* in der Klinik vorgestellt, wobei er die apathische, willenlose und unregsame Art der Kranken, ihre unnatürliche verschrobene Ausdrucksweise und den merkwürdigen Kampf der Motive anführte, der ihm Ausdruck des Negativismus erschien, welcher sich hier in die Form von Zwangsideen kleide. „Das soll ja wohl nicht nur heißen, daß das Auftreten negativistischer Reaktionen zwangsmäßig erlebt wird, sondern daß hier echte Zwangsideen aus dem Boden des inneren Negativismus erwachsen“. JAHREIS erwähnt bei dieser Gelegenheit die KLEISTSche Theorie der Entstehung des Negativismus aus dem Affekt der Unschlüssigkeit und Ratlosigkeit. Auch wenn man diese wie alle anderen affektiven Theorien des negativistischen

Verhaltens ablehnt, ist es doch am Platze, auf die psychologische, besonders ablaufmäßige Verwandtschaft der Zwangspänomene zu manchen Verhaltensweisen der Katatonie hinzuweisen, wie wir solche in einer Arbeit gemeinsam mit BÜRGER auch zu den motorischen Phänomenen der Encephalitis lethargica aufzeigen konnten. Doch ist das tatsächliche Vorkommen von Zwangspänomenen bei der Schizophrenie eine Seltenheit. JAHREIS fand in den Krankengeschichten von 1000 Schizophrenen der Münchener Klinik nur 11mal Zwangsercheinungen erwähnt. Unter den 16 ausgewählten Fällen, die er in seiner Arbeit verwertet, sind wiederum nur 5 Beobachtungen, bei denen sie längere Zeit im Vordergrund stehen und die Symptomatologie so beherrschen, daß differentialdiagnostische Schwierigkeiten nicht nur vorübergehend bestehen.

In diesem Zusammenhang ist auch FREUDs *Wolfsmann* zu erwähnen, zu dessen „Geschichte einer infantilen Neurose“ RUTH MACK BRUNSWICK jüngst einen Nachtrag geliefert hat, aus dem hervorgeht, daß auch hinter dieser Zwangsneurose eine in Schüben verlaufende Schizophrenie verborgen sein dürfte. Schon in der Publikation FREUDs ist neben einem zwangsneurotischen Onkel erwähnt, daß die Schwester W.s wahrscheinlich schizophran war, während der Vater als „manisch-depressiv“ bezeichnet wird. Die letztere Diagnose soll auch bei dem Patienten „von der zuständigsten Stelle“ gestellt worden sein, während sich W. in deutschen Sanatorien aufhielt. FREUD faßte ihn als „Folgezustand nach einer abgelaufenen mit Defekt ausgeheilten“ infantilen Zwangsneurose auf und berichtet über die Analyse dieser als Tierphobie beginnenden, bis ins zehnte Lebensjahr als Zwangsneurose mit religiösem Inhalt dauernden Erkrankung, die dann auch zur Genesung von den aktuellen Beschwerden des damals vielleicht 20jährigen führte. (Genauere Altersangaben sind nirgends gemacht.) „Die ersten Jahre“ der Analyse bei FREUD, „erzielten kaum eine Änderung“. Erst als FREUD einen Termin setzte, produzierte er die Kindheits-erinnerungen, welche als pathogenetisch angesehen wurden. Etwa 1914 war die Behandlung abgeschlossen, 1919/20 war er wegen einer „hysterischen Obstipation“ aufs neue in FREUDs Behandlung, in den Jahren 1923/26 entwickelte sich bei *Wolfsmann* eine Psychose, welche von BRUNSWICK als „hypochondrische Paranoia“ diagnostiziert wird. Neben dem hypochondrischen Wahn, daß ihm von einem Hautarzt seine Nase verunstaltet worden sei, bestanden aber nach der Verfasserin Verfolgungs- und Größenideen, eine deutliche Charakterveränderung und vorübergehend eine Art ekstatischen Zustandes. Wir geben die etwas laienhaften Schilderungen des objektiven Verhaltens des Patienten aus BRUNSWICKs Arbeit auszugsweise wieder: „Er vernachlässigte seine täglichen Beschäftigungen und seine Arbeit, weil ihm ausschließlich der Zustand seiner Nase in Anspruch nahm. Auf der Straße beschaute er sich in jeder Auslage; er trug einen Taschenspiegel bei sich, den er alle paar Minuten hervorzog, um sich darin zu betrachten. Er mußte die Nase pudern, einen Augenblick später aber sie wieder genau ansehen und dazu den Puder entfernen. Dann mußte er die Poren untersuchen, um zu sehen, ob sie sich erweitert hätten, um das vermeintliche Loch in seiner Nase im maximal erweiterten Zustand zu erwischen. Dann mußte er wieder seine Nase pudern, den Spiegel weglegen und einen Moment später begann der ganze Vorgang von neuem. Der kleine Spiegel in seiner Tasche bildete der Mittelpunkt seines Lebensinhaltes und sein Schicksal hing davon ab, was er ihm zeigen werde“. „Das Mädchen, das ihm in meiner Wohnung die Tür öffnete, fürchtete sich vor ihm, weil er immer, wie sie sagte, wie ein Verrückter an ihr vorbei zum langen Spiegel in dem schlecht beleuchteten Vorraum stürzte. Er setzte sich nie nieder und wartete nicht, wie die anderen Patienten, bis er zur Behandlung geholt wurde; er ging ununterbrochen im kleinen Vorraum auf und ab, nahm seinen Spiegel heraus und

studierte seine Nase bald in dieser, bald in jener Beleuchtung. In diesem Zustand begann der Patient bei mir die Analyse. . .“

„In dieser Zeit verhielt sich der Patient ganz abnorm. Er sah elend und vernachlässigt aus und rannte, wie wenn der Teufel ihn verfolgte, von einem Auslagenfenster zum anderen, um seine Nase zu inspizieren. In der Analyse sprach er ganz toll und ohne Zusammenhang mit der Realität von seinen Phantasien. Er drohte, mich und FREUD zu erschießen -- jetzt da X (der Hautarzt) tot war -- und manche dieser Drohungen klangen ernster als die, die man sonst gewöhnlich in Analysen zu hören bekommt“.

Auch diesmal führte die Analyse bei W. zur „vollständigen Wiederherstellung“. Aber BRUNSWICK weist selbst auf die „Undurchsichtigkeit des Heilungsmechanismus“ hin. Es ist weiterhin bemerkenswert, daß die zweite Analyse gar kein neues Material zutage förderte, es habe sich nur um einen „ungelösten Übertragungsrest“ gehandelt. „Warum der Patient eine Paranoia entwickelte, statt neuerdings an seiner früheren Neurose zu erkranken, ist schwer zu sagen. . . Man könnte auch fragen, ob der Patient nicht immer latent paranoisch gewesen sei. . . Obwohl FREUD selbst durch die infantile Zwangsneurose des Patienten an den Fall Schreber erinnert wurde, trat in der Analyse bei FREUD doch nie ein paranoider Mechanismus zutage“. Über die weiteren Deutungsversuche BRUNSWICKS zu berichten, würde ein Eingehen auf den Psychoseinhalt im einzelnen erfordern. Das lohnt sich im vorliegenden Zusammenhang um so weniger, als, wie gesagt, die uns hier interessierenden nosologischen Fragen keine Beantwortung finden. Der Fall zeigt vielleicht noch deutlicher als die Analyse der Schreberschen Selbstschilderung durch FREUD, wie wenig die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenie selbst in Fällen, deren Symptomatik den Neurosen sehr nahe kommt, zur Aufklärung der allereinfachsten Probleme beiträgt. Der Umstand, daß die mit Hilfe der analytischen Behandlung erzielte „Übertragung“ akute Psychosen in bestimmten Stadien zu „heilen“ vermag, wird im Zusammenhang anderer therapeutischer Methoden noch zu erörtern sein; der Rückschluß aber von diesem Erfolg auf die Genese ist trügerisch.

### *β) Kindheit und Jugendalter.*

Für die auffällige Tatsache, daß die Schizophrenie, die doch sehr wahrscheinlich in einer großen Zahl der Fälle erblich bedingt ist, so selten vor der Pubertät in Erscheinung tritt, gibt es bisher keine Erklärung. Die Deutung L. VOIGTS, daß psychische Anomalien des Kindesalters aus äußeren Gründen seltener in ärztliche Behandlung kommen, hat heute im Zeitalter der heilpädagogischen Beratungsstellen, des Schularztsystems und der Jugendpflege keine Gültigkeit mehr. Noch immer sind die mitgeteilten Fälle von Frühschizophrenie sehr vereinzelt (Zusammenfassung größerer Beobachtungsreihen bei LÖPFE und VILLINGER) und unter den kasuistischen Berichten finden sich immer wieder solche, die nach wenigen Jahren in schweren Verblödungszuständen, welche mit Idioten verglichen werden, enden — an ihrer Zugehörigkeit zur Schizophrenie wird man schon deshalb erheblich zu zweifeln haben. Unter diesem Gesichtspunkt wären z. B. aus dem Material von 12 Fällen, das L. VOIGT aus der Münchener Klinik mitgeteilt hat, 5 als fraglich auszusondern. VOIGT nimmt den Gedanken KRAEPELINS auf, daß möglicherweise die Charakteranomalien vieler Schizophrener vor dem Ausbruch der Erkrankung schon Folge eines ersten, ganz kurzen Schubs in der frühen Kindheit seien und zeigt an einzelnen bemerkenswerten Fällen, daß ein Kind etwa im 10. Lebensjahr sein Wesen im Sinne der affektiven Abstumpfung ändert, während erst einige Jahre später

die manifesten Symptome der Erkrankung hervortreten. Doch bleibt die Rückführung der präpsychotischen „schizoiden“ Eigenart auf einen Schub in der Frühzeit für die Großzahl der Fälle hypothetisch, ebenso wie die Annahme KRAEPELINS, daß der Schwachsinn der Pfropfschizophrenen auf dem gleichen Grundleiden beruhe wie die spätere Psychose (s. S. 464).

Im Hinblick auf die Besonderheiten, welche die Symptomatologie anderer organischer Psychosen wie der Paralyse und der Encephalitis lethargica aufweisen, wenn ihr Beginn in das kindliche oder jugendliche Alter fällt, ist zu erwarten, daß auch die Schizophrenie dieses Alters eigenartige und atypische Züge zeigt. Läßt man aber die von DESANCTIS als *Dementia praecox* und HELLER als *Dementia infantilis* beschriebene Verblödungsprozesse der frühen Kindheit, deren Zugehörigkeit zur Schizophrenie uns in Übereinstimmung mit WEYGANDT und HOMBURGER sehr unwahrscheinlich erscheint<sup>1</sup>, beiseite, so weichen die Früherkrankungen eigentlich auffallend wenig von dem typischen Bild unseres Leidens ab. Wir finden die charakteristischen Symptome des chronischen wie des akuten Beginns, die denen der Erwachsenen im Grunde gleichen; Sinnes-täuschungen sollen seltener sein (L. VOIGT u. a.), Wahnerlebnisse und -bildungen sind sehr selten; doch hat WEICHBRODT 2 Fälle mitgeteilt, in welchen das primäre Wahnerleben bei zwei im 10. Lebensjahr erkrankten Knaben zu beobachten war, bei dem einen allerdings erst während des zweiten Schubs im 15. Lebensjahr.

Immerhin gibt die Verwaschenheit mancher Krankheitserscheinungen, welche aber vielleicht mehr auf die Undifferenziertheit der Ausdrucksmöglichkeit der Kinder als auf eine tatsächlich andersartige Gegebenheitsweise zurückgeht, und die Bevorzugung einzelner Symptome Anlaß die kindliche Schizophrenie in ihrer pathoplastischen Besonderheit kurz zu erörtern. Die ersten Krankheitszeichen, die auch weiterhin noch lange vorherrschend bleiben können, sind fast stets *affektive Anomalien*: vor allem das Versanden der Gefühlsansprechbarkeit in der Form der Apathie, des klagsamen, weinerlichen, mißmutigen Wesens bei fehlendem gemütlichem Widerhall; zugleich wird die frische Natürlichkeit vermißt bei „Unarten und Frechheiten“, die sonst dem Wesen des Kindes entsprechen können. Auf jeden Fall kontrastiert das Verhalten des Kindes mit seinem bisherigen Wesen. Doch ist hier sofort zu bedenken, daß solche Widersprüche im affektiven Verhalten in der Zeit der Vorpubertät und beginnenden Pubertät, um die es sich ja handelt, auch bei psychopathischen und normalen Kindern vorkommen, wohingegen schizophrene Erkrankungen in dieser Zeit recht selten sind. Nur ein sehr kleiner Teil der jugendlichen und kindlichen Asozialen sind nach HOMBURGERs Erfahrung, dessen Darstellung wir hier folgen, Schizophrene. MEGGENDORFER hat als *Parathymie* der Pubertät nahe oder in ihr stehende Kinder beschrieben, bei welchen allein das Verblässen der bisher vorhandenen gefühlsmäßigen Beziehungen zur Umgebung zu völligem sozialen Versagen führt. Die Loslösung von Eltern und Geschwistern erfolgt über ein Stadium ambivalenter Einstellung, in welchem die Jugendlichen ihre Angehörigen gleichzeitig lieben und hassen. Der Verlauf ist fortschreitend ungünstig, soweit die Fälle verfolgt werden konnten. In der Aszendenz fand MEGGENDORFER bei fast allen Kindern eine schwere Belastung mit *Dementia praecox*. Da er aber produktive schizophrene Symptome bei den Jugendlichen nicht fand, glaubte er die *Parathymie* als eine besondere Form der Schizophrenie abtrennen zu sollen. Es ist aber zu bedenken, daß auch bei erwachsenen Schizophrenen über lange Zeit die Aktivitätsstörung oder die Gefühlsanomalien das Zustandsbild beherrschen können, und daß dann die Farblosigkeit des

<sup>1</sup> Vgl. STROHMEYER, dieses Handbuch Bd. 10.

Krankheitsbildes auch dort die diagnostische Zuordnung zur Schizophrenie sehr erschweren kann.

Andererseits treten bei schizophrenen Kindern oft recht bald Äußerungen von Zerfahrenheit, Denkstörung, Hyperkinese und Sinnestäuschungen hervor, *vorausgesetzt, daß überhaupt sprachlich etwas geäußert wird*. Es ist klar, daß leichte Stuporzustände als Verstocktheit mißdeutet werden können, und daß es bei der mangelhaften Äußerungsbereitschaft und Schüchternheit mancher Kinder, lange dauern kann, bis man etwas davon erfährt, was in ihnen vorgeht. Die „innere Zerrissenheit mancher Kinder in der Vorreife- und Reifezeit“ (HOMBURGER), die Unausgeglichenheit und Widersprochenheit der Gefühle und Stellungnahmen, die Verletzlichkeit, Selbstunsicherheit und übertriebene Schamhaftigkeit — das alles führt nicht nur zu undurchsichtigen, motivmäßig unklaren Verhaltensweisen, sondern auch zur Verschlossenheit und zur Äußerungsscheu.

So bleibt das unmittelbare affektive Verhalten vielfach als einziges Anzeichen der beginnenden Störung: besonders die Änderungen der Sympathiebeziehungen und das Absinken der natürlichen Frische, Anregbarkeit und Interessiertheit, die doch dem normalen pubertierenden Kind bei aller Unausgeglichenheit nie verloren gehen. Dagegen sind scheinbar motivlose Affektausbrüche in der Reifezeit auf keinen Fall in dem Maße als bedenkliche Vorzeichen zu werten wie bei Erwachsenen. Es scheint bei dieser Gelegenheit zweckmäßig unter Hinweis auf den an früherer Stelle schon besprochenen Vergleich des Hebephrenen mit dem Verhalten in der Pubertät, den ja schon HECKER und KAHLBAUM gezogen haben, *diejenigen Züge der Pubertätspsyche hervorzuheben, welche zu Verwechslungen mit schizophrenen Symptomen Anlaß geben können*: die eigenartige inadäquate Steigerung des Selbstgefühls, das Gefühl des Unverstandenseins führt zu einer ablehnenden Verneinungsstimmung, die als Negativismus imponieren kann. Die Sprunghaftigkeit des Denkens, die übergangslose Vermischung von Spiel und Ernst in Gedankenfolge und Redeweise erinnert nicht selten an die schizophrene Zerfahrenheit. Die Beschäftigung mit letzten Fragen, unlösbaren Problemen, die fanatische Maßlosigkeit in der Betonung des eigenen Standpunktes, die Unbeherrschtheit der Ausdrucksmotorik und endlich die Unausgeglichenheit der Gesamtmotorik mit dranghafter Unruhe: alle die bekannten Erscheinungen der Flegel- und Backfischjahre legen den Gedanken an eine beginnende Hebephrenie besonders dann nahe, wenn die Wesensänderung von den jungen Menschen selbst schmerzlich empfunden und geklagt wird. Aber alle erfahrenen Beobachter warnen vor der diagnostischen Auswertung solcher Zeichen und weisen auf den in den allermeisten Fällen günstigen Verlauf dieser Pubertätskrisen hin. Vor allem muß man sich vor der Überschätzung von *motorischen Anomalien*, der gezierten, spielerischen Ausdrucksbewegungen, des Grimassenschneidens, der weitstanzähnlichen Bewegungen und dgl. hüten, welche bei Kindern in psychogenen Zuständen und in Affekten der Angst und der Verlegenheit gar nicht selten auftreten. Ihre pathognostische Bedeutung im Sinne einer Schizophrenie ist noch geringer, wenn es sich um intellektuell zurückgebliebene Kinder handelt, worüber im Zusammenhang der Pfropfschizophrenie zu sprechen sein wird. Auch dem Charakter des „Läppischen“, der uns in der unmittelbaren Gegebenheit die Erfassung der beginnenden Hebephrenie beim Erwachsenen oft sehr erleichtert, kommt bei dem Pubertierenden diese Bedeutung nicht zu. HOMBURGER weist darauf hin, daß allerdings der läppische, witzelnde Junge der Reifezeit diesen Zug doch nicht immer und durchgängig zeigt, daneben zu einem frischen und verständigen Verhalten zu bringen ist, während bei Hebephrenen der Zug der Läppischkeit alles durchdringt und durchwirkt. Das Ausschlaggebende

aber ist auch hier „der Verlust des Feingefühls“, der Mangel an Takt und Gemüt in den einfachsten und natürlichsten Beziehungen zu den Personen der Umwelt.

Schließlich ist aber auch darauf hinzuweisen, daß diese gefühlsmäßige Erkaltung bei dem kindlichen Schizophrenen nicht selten auch ein recht unkindliches, altkluges, zergrübeltes Wesen hervortreten läßt, das in den in der Literatur mitgeteilten Fällen auffällt und auch mit unseren eigenen Beobachtungen übereinstimmt. Die Kinder wirken überreif und reflektiert trotz ihrer Neigung zu Albernheiten und Unarten, die kindliche Unmittelbarkeit geht verloren mit der lebendigen Frische, was in der bildsamen Mimik und Physiognomik sich oft überraschend schnell ausprägt, zumal wenn Beziehungswahn, Sinnestäuschungen oder irgendwelche Unheimlichkeitserlebnisse eine ängstlich gequälte, unsichere Stimmung hervorrufen.

Auch der *Verlauf* der Kinderschizophrenie scheint von der der Erwachsenen sich grundsätzlich nicht zu unterscheiden. Schon KAHLBAUM hat „gutartige“ Fälle als Heboidophrenie abtrennen wollen. Doch dürfte die Auffassung HOMBURGERS, „daß die Prognose um so ungünstiger zu sein scheint, je früher die Psychose beginnt“, sich mit den Erfahrungen der Kenner des Gebietes decken.

#### γ) Pfropfschizophrenie.

Auf die diagnostischen und genetischen Probleme, welche sich aus dem Auftreten schizophrener Erkrankungen bei Schwachsinnigen ergeben, ist im 10. Band dieses Handbuches von STROHMAYER bereits hingewiesen. Da aber in jüngster Zeit das Vorkommen der Schizophrenie bei Schwachsinnigen überhaupt in Frage gestellt wurde (NEUSTADT), ist eine erneute Prüfung der Gesichtspunkte und Sichtung der Beobachtungen am Platze.

KRAEPELINS Anschauungen nehmen ihren Ausgang von den Beobachtungen katatoner Erscheinungen bei Idioten, wie den katatonen Symptomen ja überhaupt bei seiner ursprünglichen Konzeption der Dementia praecox eine bedeutende Rolle zukam. Er schloß daraus, daß es sich bei diesen Schwachsinnigen um Früherkrankungen an Dementia praecox handele, und daß auch der Schwachsinn der im späteren Leben schizophren werdenden Imbezillen Ausfluß eines ersten Erkrankungsschubs sei. Obwohl ihm WEYGANDT auf Grund zahlreicher Beobachtungen mit guten Gründen widersprach, insbesondere auch darauf hinwies, daß die Bewegungsanomalien ganz überwiegend bei tiefstehenden Idioten vorkommen, während die später schizophren erkrankenden Imbezillen davon frei sind, ferner die Identität der Idiotenmotorik mit bestimmten Stufen der normalen Kindheitsentwicklung nachweisen zu können glaubte, hielt KRAEPELIN an der Ansicht fest, daß Idiotie und Imbezillität in manchen Fällen Folgen schizophrener Früherkrankungen sein könnten. Er bildete auch noch in der 8. Auflage seines Lehrbuches einen 23jährigen Idioten mit „gespreizten sinnlosen Bewegungen der Hände“ ab, deren athetoider Charakter mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit schon auf der Photographie festzustellen ist. Ein von KRAEPELIN erwähnter Fall, dessen Verblödung bis ins 4. Lebensjahr zurückreichte, hatte eine schizophrene Mutter, was ihm eine Bestätigung seiner Auffassung erschien, über welche allerdings, wie er hinzufügt, volle Sicherheit erst durch den *anatomischen Befund* gebracht werden könne. Die Beobachtungen von DESANCTIS und HELLER (s. STROHMAYER, S. 137) schienen ihm in seinem Sinn zu sprechen. Ja auch die Charakteranomalien bei einem großen Teil der jugendlichen Schizophreniekandidaten stellt er an die Seite der mangelhaften Verstandesbegabung, beides faßt er als den Ausdruck des ganz früh einsetzenden Krankheitsprozesses auf und lehnt

das Zusammentreffen der Imbecillität mit einer anderen Hirnerkrankung ab. Es „liegt nach meiner Ansicht kein hinreichender Grund vor, bei der Pfropfheizophrenie ein Zusammenwirken ganz verschiedenartiger Krankheitsvorgänge anzunehmen“. Das Wort Pfropfheizophrenie hat damit eigentlich seinen Sinn eingebüßt, die Schizophrenie ist nun nicht mehr auf einen angeborenen oder sonstwie früherworbenen Schwachsinn aufgepfropft, sondern dieser selbst ist die atypische, frühkindliche Erscheinungsform der Schizophrenie. In der Tat braucht KRAEPELIN in diesem Bande der „Psychiatrie“ das Wort einfach anstelle von Frühschizophrenie. In dem 2 Jahre später erschienenen Schlußband des Lehrbuchs findet sich aber, worauf auch NEUSTADT hinweist, im Widerspruch dazu die Sätze über die Psychosen der Schwachsinnigen: „. . . Dagegen wird das Auftreten neuer ungewöhnlicher seelischer Krankheitserscheinungen in der Regel eine andere Bedeutung haben. In erster Linie muß man die Möglichkeit einer schizophrenen Erkrankung im Auge behalten, wie sie sich gern auf der Grundlage eines kindlichen Schwachsinnigen entwickelt. . .“ Hier klingt also der alte Gedanke der aufgepfropften schizophrenen Erkrankung an, der sich ja im allgemeinen klinischen Gebrauch weitgehend durchgesetzt hat.

Gegen die Identität der Bewegungsstörungen Schwachsinniger mit denen der Schizophrenen — um diese Frage zunächst einmal zu klären — hat sich schon BLEULER in seiner Monographie gewandt. Die Stereotypien der Imbecillen entsprächen entweder den „Ausdrücken eines Betätigungsreizes bei Gesunden“, „andere sind mehr den Ticks an die Seite zu stellen; wenn dabei auch das, worauf es ankommt, mit Worten schwer zu beschreiben ist, so sieht man doch leicht, daß die Bewegungen nicht von der Psyche abgespalten sind: der ganze Kranke „macht“ diese Bewegungen; zu bestimmten Arten derselben gehören bestimmte Posen, bestimmte Stimmungen mit ihren Ausdrucksformen“. Manieren seien oft ähnlich wie bei Schizophrenen Ausdruck des „Intelligenzkomplexes“.

Inzwischen hat nun die durch die Encephalitisepidemie angeregte Erkenntnis der Verwandtschaft extrapyramidaler Bewegungsstörungen mit den katatonen Erscheinungen klärend auch auf die neurophysiologische Einordnung der Idiotenbewegungen gewirkt. Es handelt sich dabei offenbar um hyperkinetische Phänomene vom extrapyramidalen Typus, deren Eigenart von dem jeweiligen Sitz der cerebralen Affektion abhängt, die zugleich auch zum Schwachsinn geführt hat. Mit den katatonen Symptomen besteht jene Ähnlichkeit, die den früheren Untersuchern durchaus mit Recht aufgefallen ist; aber Schlüsse auf eine gleichartige Erkrankung sind hier ebensowenig am Platze wie bei der Encephalitis lethargica. Im übrigen muß hier auf den Abschnitt über die schizophrene Motorik von HOMBURGER verwiesen werden.

NEUSTADT glaubt die Widersprüche in der KRAEPELINSchen Darstellung auf die Mehrdeutigkeit des von ihm verwandten Schwachsinnbegriffes zurückführen zu können und bemüht sich mit Erfolg hier zu klareren und allgemein gültigen Kriterien zu kommen, um so auch die nach seiner Ansicht mißbrauchte Diagnose Pfropfschizophrenie auf ihr zuständiges Bereich einzudämmen. Er wendet sich vor allem gegen die Gewohnheit aus schlechten Schulleistungen, Sitzenbleiben auf Schwachsinn zu schließen, besonders bei späteren Schizophrenen, bei denen die präpsychotischen Charakteranomalien diese mangelhaften Schulfortschritte bedingt haben können. Nur unter diesem Gesichtspunkt scheinen ihm die außerordentlich verschiedenen Zahlen erklärlich, welche bei den verschiedenen Autoren als Anteil der Minderbegabten an der Schizophrenie gefunden worden: MEDOW 44%, O. SCHULZE 30%, PLASKUDA 15%, KRAEPELIN 7%, BRAUN 19,3%. (Über die intellektuelle Veranlagung der Schizophrenen vgl. auch S. 537.) RITTERSHAUS fand unter 50 hebephrenen und katatonen Schizophrenen 4 Schwachsinnige und 16 schlecht Begabte, STROHMAYER unter



795 Schizophrenen 50 Pfropfschizophrenien, was etwa einer Zahl von 6—7% entspricht. NEUSTADT selbst hält sich präzise an den Nachweis eines stationären Intelligenzdefekts unabhängig von Schulleistungen und sozialem Verhalten und findet erstaunlicherweise unter 220 Fällen von Psychosen bei Schwachsinnigen, von welchen er bei seinen Untersuchungen ausgeht, überhaupt *keine* sichere Pfropfschizophrenie. Eine Gegenprobe nach Art der vorher genannten Forscher, welche von den Schizophrenen ausgingen, hat er leider nicht gemacht. Als Ergebnis seiner Untersuchungen glaubt er sagen zu können, „daß, wenn überhaupt die Annahme einer Pfropfschizophrenie in dem Sinne gerechtfertigt ist, daß zu einem in bestimmter anderer Richtung determinierten Schwachsinn später eine sichere schizophrene Prozeßpsychose hinzutritt, es sich nur um eine höchst seltenes Vorkommnis handeln kann“. Ja er gelangt zu dem „Eindruck, daß Schwachsinn und Schizophrenie sich zwangsläufig ausschließen“. Diese Meinung versucht NEUSTADT auch noch theoretisch aus der heredodegenerativen Natur der Schizophrenie zu begründen.

Der Widerspruch dieses Untersuchungsergebnisses zu der allgemeinen klinischen Auffassung, gegen die sich NEUSTADT wendet, erklärt sich einmal aus dem streng durchgeführten Prinzip des Autors, die Schizophrenie nur aus dem Verlauf, dem „schizophrenen Zerfall“ der Persönlichkeit zu diagnostizieren. Diesen fand er in keinem Fall, der seiner persönlichen Nachuntersuchung zugänglich war; „in allen anderen Fällen ließ schon das Krankenblatt das Ausbleiben des schizophrenen Zerfalls erkennen“. Hier wird die Kritik einsetzen müssen, denn wenn NEUSTADT z. B. in den Fällen 20 und 21 von akuten ängstlichen, halluzinatorischen Psychosen bei Imbezillen im 18. und 19. Lebensjahr berichtet, welche schizophrenen Schüben symptomatologisch in vieler Hinsicht gleichen, und von ihnen nur angibt, daß sie in beruhigtem und unauffälligem Zustand nach 1 und 3 Monaten entlassen wurden, so kann das als eine ausreichende Katamnese, die einen schizophrenen Prozeß ausschließt, nicht angesehen werden. Ähnliche Einwände kann man bei den meisten mitgeteilten Fällen, die in jüngerem Alter schizophränieähnlich erkrankt sind, geltend machen. Hinzu kommt die bemerkenswerte Tatsache, daß von 22 *halluzinatorischen* Psychosen 9 sich episodisch wiederholten und 13 chronisch verliefen, allerdings, wie ausdrücklich betont wird, bis auf 3 Ausnahmen ohne schizophrenen Zerfall. Nun handelt es sich bei diesen Halluzinosen ganz überwiegend um Späterkrankungen, zum Teil jenseits des 40. Lebensjahres, und es ist ja bekannt, wie affektiv und intellektuell wohlhalten die paranoiden Spätformen der Schizophrenie im allgemeinen zu sein pflegen. Die einzige mitgeteilte Halluzinose, welche zu einem früheren Zeitpunkt (mit 23 Jahren) ausbrach (Fall 31), faßt NEUSTADT selbst als Schizophrenie auf; doch wird hier das Vorliegen einer Imbezillität bezweifelt, vielmehr das Versagen in der Schule schon als Folge eines frühschizophrenen Schubs gedeutet, ganz im Sinne der oben widerlegten Auffassung KRAEPELINS. Ähnliche Einwendungen dürften gegen die 8 paranoiden Zustandsbilder zu erheben sein, von denen nur ein Fall einer paranoiden Entwicklung mitgeteilt ist. 3 von ihnen verliefen chronisch, bei 6 war die Wahnbildung „diffus, unbestimmt in Richtung und Äußerungsform“. Auch sie erkrankten im 4. und 5. Lebensjahrzehnt.

Ähnliche Bedenken lassen sich gegen eine kurz vor NEUSTADTs Monographie erschienenen Arbeit von MEDOW geltend machen. Er hat in der Rostocker Klinik 63 Psychosen bei Schwachsinnigen gesammelt (wobei er den Begriff des Schwachsinnigen nicht ganz so scharf anwendet wie NEUSTADT) und fand unter ihnen 37 sichere Pfropfschizophrenien mit typischem Verlauf und Ausgang. Er neigt dazu in Übereinstimmung mit KRAEPELIN den angeborenen Intelligenzmangel auf die gleiche „familiäre und kongenital wirksame Schädigung“ zu beziehen, die auch zu der späteren Schizophrenie führt, obgleich nur in 5 Fällen schizophrene Belastung nachzuweisen war. Drei Viertel der Fälle zeigten einen schleichenden Beginn, bei 19 Fällen war eine präpsychotische Charakteranomalie nachzuweisen. Bei dem Rest von 26 Fällen glaubt sich MEDOW berechtigt, die auch hier zwanzigmal angenommene Diagnose Pfropfschizophrenie als „zu unrecht gestellt“ anzunehmen und zwar auf Grund von Katamnesen, die eine praktische Genesung nach einigen Jahren, einmal nach 10 Jahren, manchmal nur nach einigen Monaten, ergaben. Die Zustandsbilder gleichen in vielem den NEUSTADT-schen Fällen, sind, soweit mitgeteilt, von ausgesprochen schizophrenem Gepräge,

die meisten schwere akuten Psychosen mit zahlreichen motorischen Erscheinungen. Da der Affekt nach MEDOWs Deutung sehr häufig die Führung in der Symptomatik der akuten Psychose hat, auch nach Abklingen der Psychose die affektive Wohlerhaltenheit betont wird, hält der Autor die Abtrennung dieser Erkrankungen von der Schizophrenie für geboten als eine besondere Gruppe der „schizoiden Affektpsychosen der Oligophrenen“. Er wird darin bestärkt durch das Fehlen einer Belastung mit Schizophrenie, was bei einer so kleinen Zahl von Probanden gewiß nicht viel beweist, durch vereinzelte heilbare Psychosen in der Aszendenz und dgl. Ferner fand er bei dieser Gruppe nach dem prämorbidem Persönlichkeitstyp „Naturen, welche vor der Krankheit heiter, vergnügt und mitteilbar waren“, dagegen niemals das Symptom der Affektkälte. „Dies ist ein sehr eklatanter Unterschied gegenüber der Gruppe der Pfpopschizophrenie“. Den Schlüssel aber zu der ganzen Gruppenbildung gibt die Bemerkung, daß der Beginn dieser Psychosen „sehr häufig akut, jedoch auch subakut im Verlauf von Monaten“ war. „Ein chronischer Beginn verbot sich schon durch die kurze Dauer der Krankheit selbst“. Mit anderen Worten: MEDOW hat die akut beginnenden Pfpopschizophrenien bei (infolge des akuten Beginns) affektiv wohlerhaltenen Persönlichkeiten abgetrennt von den schleichend verlaufenden mit schleichendem Beginn und festgestellt, daß die ersteren eine relativ günstigere Prognose quoad remissionem haben, was ja bei der Schizophrenie der Vollsinnigen längst bekannt und anerkannt ist. Ein von ihm beiläufig mitgeteilter Fall, den er als oligophrene Motilitätspsychose ansieht, bestätigt unsere Einwendungen: erste Psychose von  $\frac{1}{2}$ jähriger Dauer während der Militärzeit, *rezidiv nach 15 Jahren*, gestreckter Verlauf, endete *nach 5jährigem Bestehen* infolge der auf die hyperkinetische Erregung zurückzuführenden Inanition letal. Wenn wir nach 20 Jahren die MEDOWschen schizoiden Affektpsychosen katamnestisch nachzuprüfen imstande sein werden, dürfte sich wohl aller Voraussicht nach in den meisten Fällen Ähnliches ergeben.

NEUSTADT vereinigt seine Fälle mit vorübergehenden manischen, depressiven, ängstlichen Verstimmungs- und Verwirrheitszuständen und psychogenen Reaktionen zu dem Krankheitsbild der „episodischen Psychosen bei Schwachsinnigen“ (STOLI) und zwar vorwiegend unter dem Gesichtspunkt des Verlaufs (zur Wiederherstellung, von der es aber, wie gezeigt, Ausnahmen gibt) und der „Mischung der Symptome“. Ist damit in der Tat das Problem der Pfpopschizophrenie aus der Welt geschafft?

Zunächst ist es nicht bewiesen, — ein Beweis, der vor allem auch KRAEPELIN schuldig geblieben ist, — daß schizophrene Erkrankungen im Kindesalter zu Schwachsinnszuständen führen können, die mit Imbezillität oder Idiotie zu verwechseln sind. Die sogenannte „Demenz“ nach schizophrenen Erkrankungen gleicht bei Erwachsenen, wie schon erwähnt wurde und bei den Endzuständen (s. S. 567) noch auszuführen sein wird, durchaus nicht den stationären Intelligenzdefekten, auf welche NEUSTADT den Begriff des Schwachsinns mit Recht beschränkt. Es wird zutreffen, daß schlechte Schulleistungen bei Schizophreniekandidaten oft auf affektive Anomalien der prämorbidem Persönlichkeit oder Vorboten der Erkrankung selbst zurückzuführen sind, und wir stimmen mit NEUSTADT überein, daß dann die Diagnose Pfpopschizophrenie manchmal zu unrecht gestellt wird. Aber andererseits wie KRAEPELIN in jedem Falle einen Schwachsinn im Kindesalter auf die später entstehende Schizophrenie zu beziehen, bzw. mit NEUSTADT unter allen Umständen eine einheitliche Genese anzunehmen, wenn ein Imbeziller mit 30 Jahren oder später in eine schizophrenieartige Psychose verfällt, dazu liegen keine stichhaltigen Gründe vor. Fraglos sind die widersprechenden Ziffern des Anteils der Schwachsinnigen an der Schizophrenie zum Teil auf die unsichere Feststellungsart des Schwachsinns zurückzuführen;

sie bedürfen einer erneuten Nachprüfung. Führte aber die Frühschizophrenie in der Tat, wie KRAEPELIN meint, zu Schwachsinnszuständen oder bestünde sonst irgendeine konstitutionelle Affinität zwischen Imbezillität und Schizophrenie, so müßten einmal in den meisten mit Schizophrenie belasteten Familien Imbezille häufig sein. Der allgemeine klinische Eindruck spricht in der Tat in diesem Sinne, die sorgfältige einwandfreie statistische Nachprüfung der Belastung der Schizophrenen durch RÜDIN bestätigte aber diesen Eindruck nicht. Zweitens wäre zu erwarten, daß in der Verwandtschaft von Schwachsinnigen Schizophrenie öfter vorkäme als beim Durchschnitt der Bevölkerung. Die Sippschaftsuntersuchungen der Allgäuer Kretinen und Schwachsinnigen von LANG aus der Forschungsanstalt aber zeigen, daß in ihren Geschwister- und Elternschaften die Belastung mit Schizophrenie den Durchschnitt nicht übersteigt. Schließlich konnte BRÜGGER, der die Geschwister-, Eltern-, Neffen- und Nichtenchaften von 85 genau bekannten Pfropfschizophrenen der Baseler Klinik erbbiologisch durchforschte, feststellen, daß die Schwachsinnproportion in diesen Familien derjenigen der „originär“ Schwachsinnigen, die Schizophrenieproportion derjenigen der Basler Schizophrenen (s. S. 32) entspricht. „Die Pfropfschizophrenie entsteht durch ein rein zufallsmäßiges Zusammenreffen von Schwachsinn und Dementia praecox. Eine Korrelation zwischen Schwachsinn und Dementia praecox läßt sich nicht nachweisen.“ Auch diese Arbeit läßt noch manche Frage offen; vor allem die Frage, warum gerade hier der erblich bedingte Schwachsinn so überwiegen soll, dessen Bedeutung sonst gegenüber dem exogenen sehr zurücktritt. Auf jeden Fall ergibt sich: Bei der großen Verbreitung der Imbezillität einerseits, der Schizophrenie andererseits ist das Vorkommen der eigentlichen Pfropfschizophrenie rein statistisch als ein nicht häufiges, aber doch wahrscheinliches Vorkommnis zu erwarten.

Nach dieser genetischen Diskussion gelangen wir nunmehr zu der Frage, ob das Bestehen einer Verstandesschwäche dem klinischen Erkrankungsbild der Schizophrenie eine besondere Färbung verleiht. BLEULER weist darauf hin, daß die affektive Zugänglichkeit der Pfropfschizophrenie meist erhalten bleibe und neigt aus diesem (symptomatologischen) Grunde in seinem Lehrbuch zur Abtrennung der Pfropfschizophrenie. Um die symptomatologische Besonderheit der schizophrenen Psychosen bei Schwachsinnigen bemüht sich auch sorgfältig MEDOW, indem er die Auswirkung des Intelligenzmangels auf die Gestaltung der Symptome eingehend erörtert. In der Erregung resultierte aus der Demenz „ohne weiteres Sprunghaftigkeit des Gedankenablaufs, Einförmigkeit im Zustrom der Begriffe, Neigung zu Iteration und Stereotypie“. Die Hemmung bewirke ungewöhnlichen Gedankenmangel und dadurch den Anschein der Stumpfheit. Das primitive Persönlichkeitsniveau führe zu den Erscheinungen des Läppischen, der Albernheit, des Clown- und Faxenhaften und andererseits zur Schwerfälligkeit, dem Verharren in Haltungen und Verlust sozialer Haltung in einem Ausmaß, der einen Zerfall der Persönlichkeit vortäuschen könne. Außer dem Hervortreten „kurzschlüssiger und egoistischer Triebrichtungen“ nennt MEDOW auch das Überwiegen von Befürchtungen und Beeinträchtigungen, das Auftreten von Hypochondrien und Sensationen und das Abgleiten der depressiven Affekte in die Angst; weiterhin wird auf die Neigung zu psychomotorischen Erscheinungen katatoniformer Art und die Bereitschaft Fehlmeinungen und Einbildungen zu barocken, wahnhaften Ideen auszubauen, hingewiesen; und schließlich reagieren die Oligophrenen auf Störungen der Bewußtseinsvorgänge besonders gerne mit Trugwahrnehmungen, oder es wird dem Untersucher, wie MEDOW selbst weiterhin ausführt, zum mindesten schwer, sie von plastischen Vorstellungen und ähnlichem zu trennen. Diese Aufstellungen, welche mit den Beobachtungen anderer Bearbeiter (LUTHER,

HOCHÉ, BERTSCHINGER) auf weite Strecken übereinstimmen, sind wohl auch bis zu einem gewissen Grade geeignet, die symptomatologischen Besonderheiten der Pflropfschizophrenie zu charakterisieren. MEDOW dienen sie in erster Linie zur Erklärung der schizophrenieähnlichen Symptome bei seinen „schizoiden Affektpsychosen“, die er als zu Unrecht zur Schizophrenie gerechnet glaubt.

In der Heidelberger Klinik wurde die Diagnose Pflropfschizophrenie in den Jahren 1911/13 neunmal gestellt. Bei der Durchsicht dieser Krankenblätter unter den neueren Gesichtspunkten und nach dem Ergebnis der Katamnesen ergab sich in 2 Fällen Zweifel an der Diagnose, davon einmal insofern, als der angenommene Schwachsinn möglicherweise nur ein scheinbarer, das als dement imponierende Verhalten vielmehr Folge eines ersten Schubs der Schizophrenie sein konnte. In dem zweiten Fall handelt es sich um einen sittlich tiefstehenden asozialen erethischen Imbezillen, bei dem die vorübergehenden Äußerungen über Sinnestäuschungen wahrscheinlich Ausdruck einer Situationspsychose reaktiver Art waren. Von den übrigen 7 Fällen erkrankten 3 vor dem 20., die übrigen nach dem 30. Lebensjahr. Zwei Kranke sind nach 4jähriger Fortdauer der seelischen Störung an interkurrenten körperlichen Krankheiten in der Anstalt gestorben, weitere zwei leben als Endzustände seit 1920 in der Anstalt, einer noch gegenwärtig asozial und erregt zu Hause, nur ein einziger Kranker (akuter paranoid-halluzinatorischer Beginn im 39. Lebensjahr) konnte relativ gebessert, im Zustand eines heiteren Schwachsinn nach  $\frac{3}{4}$ jähriger Internierung in die Familie entlassen werden.

Was die Symptomatologie der Psychosen anlangt, so sind die Zustandsbilder nicht etwa verwaschen und uncharakteristisch, sondern im Gegenteil eher überdeutlich und plump. Insbesondere sind die Angaben über Sinnestäuschungen sehr drastisch und naiv, die katatonen Erscheinungen aufdringlich und einfürmig, so wie ja auch hysterosomatische Symptome bei Imbezillen meist sehr eindeutig und grob in Erscheinung zu treten pflegen. Bei 3 Fällen (jenseits des 30. Lebensjahrs erkrankt) fehlen aber ausgesprochene katatone Erscheinungen anfangs wie im weiteren Verlauf, trotz sehr erheblichen Schwachsinn. Es fehlt in der Gesamtheit der sieben Fälle keines der wichtigsten eingangs besprochenen Symptome der Schizophrenie, bei zwei Kranken beginnt die Erkrankung mit einem klassischen Beziehungswahn. Die weitere Wahnentwicklung hat manchmal einen naiv-kindlichen, märchenartigen Charakter.

So beobachteten wir 1914 einen imbezillen 38jährigen Landstreicher (14/115), der offenbar schon seit Jahren erkrankt war, in dessen weit ausgebautem wahnhaftem Weltbild Zauberei, Teufels- und Hexenglauben, Wiedergeburtsideen, Verwandlungen, eine Grafenerbschaft eine große Rolle spielen. 1920 lebte er in unverändertem Zustand in der Anstalt und berichtete in verschrobener Redeweise mit zahlreichen Wortneubildungen von seinem Größenwahn: er habe den Teufel ausgetrieben, Gott erlöst, es sei Schluß mit der Weltumsetzung. „Ich kann nichts betreiben, weil ich die Welt nehme, mache sie zu einer Handkugel und schmeiße sie fort...“

#### δ) *Klimakterium, Involution.*

(präseniler Beeinträchtigungswahn, Involutionsparanoia, Spätkatatonie).

Die Betrachtung der durch Klimakterium oder Involution in ihrer Erscheinungsform abgewandelten oder verschleierten Schizophrenien kann an das Ergebnis der katamnesticen Nachprüfung von KRAEPELINS Paraphrenien durch WILHELM MEYER anknüpfen, das wir im vorigen Paragraphen wiedergegeben haben. Wir bezeichneten dort das späte Erkrankungsalter als den Schlüssel des Paraphrenieproblems und werden dementsprechend erwarten müssen, daß gerade der ausgesprochen paraphrene Typus der Schizophrenie,

d. h. jene Bilder, bei denen überwiegend oder allein Wahnerlebnisse oder Halluzinationen die Symptome bilden, während Störungen des Denkens, der Affektivität und des Psychomotoriums fehlen, in der Rückbildungszeit die häufigsten sind. Nun existieren zwar über diese Frage keine vergleichbaren Zahlenangaben, was schon KEHRER bedauerte. Sie sind auch aus dem Material einer einzigen Klinik bei der relativen Seltenheit des Beginnes der Schizophrenie jenseits des 40. Lebensjahres schwer zu erhalten. Aber es muß doch betont werden, daß auch nach dem 40. Lebensjahr noch katatone Bilder der Schizophrenie entstehen können (vgl. weiter unten über Spätkatatonie), und daß zum mindesten neben den paranoiden Symptomen Denkstörung, Ichstörungen und Aktivitätsverlust gar nicht selten zur Beobachtung kommen, so wie ja auch in einzelnen Fällen bei jüngeren Patienten „rein“ paraphrene Bilder auftreten. Außerdem ist zu betonen, daß bei Schizophrenen, die in jüngeren Jahren erkranken, sich keineswegs regelmäßig mit dem Eintritt der Rückbildung eine Änderung in dem Sinne eines Zurücktretens der anderen Symptome zugunsten der paranoiden vollzieht, wenn auch eine gewisse Tendenz eines solchen Erscheinungsweise bei chronischem Verlauf vielfach zu erkennen ist.

In Übereinstimmung mit BUMKE und KEHRER, dessen Übersichtsreferat über die hier behandelte Frage 1921 erstmals die Probleme klar formulierte, sind wir also der Meinung, daß es „wohl zum Teil dieselben Fälle seien, die je nach der Fragestellung entweder als Paraphrenie oder als Involutionsparanoia beschrieben werden“; man kann noch hinzufügen, daß auch KRAEPELINS präseniler Beeinträchtigungswahn gegenüber der Paraphrenie nicht klar zu trennen ist. Dieses Krankheitsbild, wenig glücklich benannt und auch in seiner Selbständigkeit von KRAEPELINS Schülern angezweifelt, nach seiner eigenen Meinung problematisch, hat auch anderwärts wenig Anklang gefunden. BOUMANN hat neuerdings drei Fälle mitgeteilt, die er zu der Aufstellung KRAEPELINS in Beziehung setzt. Der erste Fall (Fall Peet), welcher dem Merkmal der „Unbestimmtheit und Wandelbarkeit kombinatorischer Wahnbildung“ am meisten entspricht und auch ein wohlhaltenes „geordnetes Denken und Handeln“ aufweist, hatte 2 identische psychotische Phasen, die jedesmal in Heilung mit völliger Einsicht endeten. Nach der Schilderung der präpsychotischen Persönlichkeit und des von „innerer Unruhe, Angst und hypochondrischer Furcht“ beherrschten Krankheitsbildes handelt es sich sehr wahrscheinlich um depressive Phasen, die durch paranoide Beimengungen im höheren Alter eine atypische Färbung erhielten. Die beiden anderen Fälle sind komplizierter, bei beiden entsprachen den paranoiden Erkrankungen im höheren Alter kurze paranoide Schübe in jüngeren Jahren (mit 40 und 30 Jahren); die späteren chronischen paranoiden Psychosen weisen „hypomaniakale“ Züge auf, entsprechen vielleicht am ehesten den Bildern, welche SERKO als „Involutionsparaphrenien“ beschrieben hat. Auch durch diese Mitteilungen wird demnach die unseres Erachtens durchaus überzeugende Meinung BLEULERS nicht erschüttert, daß es sich bei dem präsenilen Beeinträchtigungswahn um Spätformen des Paranoids handelt, da „schizophrene Spätformen die Neigung haben, die eigentlich schizophrenen Symptome wenig auszudrücken, namentlich auch die Persönlichkeit mehr oder weniger intakt zu lassen.“

BOUMANN betont die „Übereinstimmungspunkte“ zwischen KRAEPELINS präsenilem Beeinträchtigungswahn und der Involutionsparanoia KLEISTS. Demgegenüber scheint es uns doch wichtig, auf die mit einem sorgfältig bearbeiteten klinischen Material belegte Arbeit KLEISTS hinzuweisen, deren symptomatologische Darstellung der paranoiden Erkrankungen des Rückbildungsalters auch für den von Bedeutung sind, der sich nicht entschließen kann, hier eine gesonderte Krankheitseinheit anzunehmen. KLEIST selbst will ja neuerdings nur von

„wahnbildender Involutionspsychose“ sprechen, er nennt sie „eine grundsätzlich unheilbare Psychose“, die „recht oft Sinnestäuschungen und nicht immer eine streng systematisierte und einheitliche Wahnbildung“ zeigt. „Ferner entwickelt sich regelmäßig eine Einförmigkeit der Gedankenrichtung und des Wahns, z. T. mit echten Perseverationen, d. h., es treten Erscheinungen auf, die den Krankheiten des Rückbildungsalters überhaupt eigentümlich sind; ich erinnere besonders an die von MEDOW geschilderte „erstarrende Rückbildungsdepression“. Die Grundlage dieser „wahnbildenden Involutionspsychose“ bildet zwar weder eine Arteriosklerose der Gehirngefäße, wie SEELERT gemeint hat, noch eine gewöhnliche senile Hirnatrophie, doch muß es sich um einen besonderen involutiven Hirnprozeß handeln. Auch diese Kranken zeigen meist schon vor ihrer Involutionspsychose eine „hypoparanoische“ Charakterbeschaffenheit und sind manchmal gleichartig belastet“. Die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes, die analogen oder ähnlichen Aufstellungen von SERKO, ALBRECHT und SEELERT sind in RUNGES Beitrag zu diesem Handbuch Bd. 8 dargestellt. Dort ist auch KEHRERS Gegenüberstellung der unterscheidenden Merkmale der verschiedenen Arten wiedergegeben und einer der KLEISTSchen Fälle ist zusammen mit 2 Fällen aus RUNGES eigener Beobachtung ausführlich mitgeteilt.

Eine neue Bearbeitung der Psychosen im Klimakterium und in der Involution von JACOBI, welche sich auf ein Material von 250 Fällen aus der Königsberger Klinik stützt, versucht eine Ordnung der paranoischen Erkrankungen (70 Fälle) nach folgenden Gesichtspunkten: 1. Depressionen mit Übergang in Paranoid, 2. Fälle, die der Dementia paranoides nahe stehen, 3. Fälle von „Paranoia“ im Klimakterium, 4. die Paraphrenien im Klimakterium, 5. präsenile paranoide Veränderungen; davon trennt JACOBI noch „schizophrene Prozesse im Klimakterium und in der Involution“ (25 Fälle), darunter 6 Fälle von „Spätkatatonie“, auf die am Schluß des Abschnittes noch einzugehen sein wird.

Durchmustert man JACOBI'S Beispiele bei den 5 Untergruppen der Paranoiden, so ist es oft nicht leicht, sich über die Gründe der Zuteilung Rechenschaft zu geben. Die Fälle der zweiten und fünften Gruppe zeigen eine ungünstigere Prognose unter dem Gesichtspunkt des Erhaltenseins der Gesamtpersönlichkeit. Bei den Präsenilen erfolgt der Zerfall mehr im Sinne des organischen, wohl meist senil-arteriosklerotisch bedingten Defektes, bei der zweiten Gruppe in der Richtung der schizophrenen Veränderung. Die Gruppen 3 und 4 „zeigen auch bei langjähriger Beobachtung keine Wendung zum Schlechten, jedenfalls bleibt die Gesamtpersönlichkeit erhalten, auch tritt allmählich eine gewisse Gewöhnung an die Sinnestäuschungen und Wahnideen ein, so daß eine soziale Brauchbarkeit wiederkehrt, wenn auch eine vollkommene Heilung nicht eintritt“. JACOBI lehnt die Annahme einer einheitlich paranoiden Psychose des Rückbildungsalters ab und legt auf die große Variationsbreite dieser Formen Wert; trotzdem spricht er an einer Stelle von der Berechtigung, „eine besondere Krankheitseinheit im Auge zu haben, die durch ätiologische und symptomatologische Faktoren eine Sonderstellung beanspruchen“. Man hat den Eindruck, daß JACOBI von seinem eigenen Einteilungsversuch wenig befriedigt ist, und in der Tat erscheinen seine, wie die meisten früheren Klassifikationen provisorisch und gewaltsam. Was hat es auch für einen Sinn, wenn, wie das JACOBI auch bei seinem großen Material nachweisen konnte, hebephrene, katatone Erkrankungen in diesem Lebensabschnitt vorkommen, „die, wenn sie in anderen Lebensaltern auftreten, ohne weiteres zur Schizophreniegruppe gerechnet werden würden“, eine Sonderstellung den paranoiden Formen einzuräumen, welche ganz analog ihrem Verlauf im jüngeren Alter, sich, wie gleichfalls JACOBI zeigt, bald mehr, bald weniger, bald früher, bald später mit den anderen Symptomen der Schizophrenie verbinden?

Versucht man, sich mit uns auf den Standpunkt zu stellen, daß es sich auch bei den Fällen KLEISTS um einen Typus schizophrener Späterkrankung, nicht aber um eine von den paranoiden Schizophrenien grundsätzlich verschiedene, z. B. klimakterisch bedingte Krankheit handelt, so erheben sich dagegen hauptsächlich vier Einwendungen, deren Widerlegung unseren Standpunkt erst voll begründet.

1. KLEIST fand in allen seinen Fällen eine „besondere abnorme seelische Konstitution, die durch erhöhtes Selbstbewußtsein, herrisches, eigensinniges Wesen, Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Mißtrauen gekennzeichnet ist“, die er *hypoparanoisch* nannte. Auch SEELERT, der in der Frage der Ätiologie einen von KLEIST und auch von dem unseren durchaus abweichenden Standpunkt einnimmt bestätigt diese Erfahrung KLEISTS. Die Entstehung der Symptome gehe aus der krankhaften Affektivität hervor, die in ursächlicher Beziehung stehe sowohl zu der endogenen vorpsychotischen Konstitution, als auch zu organischen Prozessen im Gehirn: Gehirninvolution und Arteriosklerose. SERKO, ALBRECHT und JACOBI fanden diesen konstitutionellen Krankheitsboden nicht: ALBRECHT erklärt ihn für „nicht erweisbar“, JACOBI (70 Fälle) findet ihn „nicht immer“: „oft sind es ausgeglichene Menschen mit heiterem Temperament und cyclischer Anlage“. In dem einen von RUNGE in Bd. 8 dieses Handbuchs (S. 592) mitgeteilten Fall fehlt die hypoparanoische Konstitution, die Kranke wird als weich, lustig, lebhaft, gutmütig bezeichnet. BOUMANN betont, daß die hypoparanoische Veranlagung nicht so häufig vorhanden sei, wie dies bisweilen angenommen werde.

Auch wenn man Ausnahmen zugibt, zeigt doch die Erfahrung, daß es sich bei den paranoiden Späterkrankungen vielfach um eine psychotische Steigerung präpsychotisch nachweisbarer abnormer Wesenszüge handelt, wobei allerdings nicht übersehen werden darf, daß diese Steigerung allein niemals zu dem von KLEIST beschriebenen Bilde führen kann, vielmehr eine ganze Reihe andersartiger und neuer Erlebnisse zur Entstehung der „nicht nacherlebbareren Wahnideen“ seiner Kranken notwendig ist. Nun wissen wir, daß ein erheblicher Prozentsatz, wahrscheinlich etwa die Hälfte, auch der Schizophrenien in früheren Lebensaltern, prämorbid abnorme Züge aufweisen, in welchen, wie KRETSCHMER gezeigt hat, manche Merkmale der späteren Psychose gleichsam verdünnt schon enthalten sind. Es handelt sich offenbar hier um ganz analoge Verwicklungen wie bei der konfliktneurotischen Erscheinungsform der beginnenden Hebephrenie in der Spätpubertät. Die im Laufe des Lebens immer deutlicher hervortretende „paranoide“ Eigenart entspricht der „Charakterveränderung“ des Pubertierenden, welche dem Ausbruch der Psychose oft um Jahre vorausgeht (BINDER). Sie hat hier nur das besondere paranoide Gepräge, und es fragt sich, ob diese inhaltliche Eigenart nicht zu einem erheblichen Teil mit der besonderen Lebenssituation der Kranken zusammenhängt.

2. Umgekehrt ließe sich aber auch die These vertreten — und vieles macht diese zweite Deutung wahrscheinlicher —, daß die „affektiv unbefriedigte Dauer-situation“ (KEHRER), in der sich die alternden Mädchen und Frauen, welche den Großteil der hierhergehörigen Kranken stellen, befinden, Folge ihres empfindlichen und mißtrauischen Wesens sei, daß jene Eigenart sie in die Vereinsamung bei unbefriedigter sexueller Begehrlichkeit gebracht habe. Es liegt nahe, die autistische Haltung gerade im Gebiet des Triebhaften mit der „schizoiden“ Eigenart der prämorbidon Persönlichkeit in Zusammenhang zu bringen. Es ist unmittelbar verständlich, daß ein „herrisches, eigensinniges, empfindliches, mißtrauisches“ Mädchen alte Jungfer wird, daß sich in dieser besonderen Lebenssituation ihre Charakterzüge, besonders das Mißtrauen, steigern, daß die Erfüllung ihrer erotischen Wünsche immer unmöglicher wird. Aber daß dieser Lebenskonflikt im oder nach dem Klimakterium unmittelbar zu einer Wahn-

erkrankung nach Art der KLEISTSchen Fälle von Involutionsparanoia führen müsse, oder überhaupt als genetischer Faktor ins Gewicht falle, wird man schwerlich beweisen können. Man bedenke die ungeheure Häufigkeit dieser Konfliktsituation und die relative Seltenheit der hier erörterten Erkrankungen. Der Umstand, daß es sich überwiegend (aber keineswegs ausnahmslos!) um Frauen handelt, macht einer vorwiegend endogenen Auffassung freilich gewisse Schwierigkeiten.

3. Dahingegen scheint uns das *Verwalten sexueller Motive im Inhalt paranoider Psychosen*, der lückenlose Anschluß der Wahnbildung an die Situation der Abhängigkeit und des triebhaften Unbefriedigtseins, der Einreihung der Involutionsparanoia in die Schizophreniegruppe nicht entgegen zu stehen. In den paranoiden Schizophrenien aller Altersstufen sehen wir diese Hereinnahme triebnaher Verwicklungen in die Psychose, zumal bei der Frau. Fällt der Erkrankungsbeginn wie in vielen Fällen, in die Zeit des Klimakteriums, dessen seelische Rückwirkungen „Stoff zu psychogener Verarbeitung“ (KEHRER) geben, so ist die sexuelle Inhaltssetzung nicht verwunderlich. Auch hier kann auf die Analogie der schizophrenen Pubertätspsychose verwiesen werden. Auch an das typische Sexualdelikt an Kindern als Vorzeichen der greisenhaften Involution ist zu erinnern.

4. Schließlich ist zu dem verwickelten Problem der Beziehung der paranoiden Späterkrankungen zu den senil-arteriosklerotischen Psychosen des gleichen Alters hier kurz Stellung zu nehmen. Im einzelnen muß auf die Ausführungen RUNGES verwiesen werden. Bei der ungeheuren Verbreitung der körperlichen Arteriosklerose besagt deren Nachweis natürlich gar nichts für die Ätiologie der Psychosen. Allein die Feststellung eines intellektuell-mnestischen Defektzustandes in nicht allzu langer zeitlicher Entfernung von dem Ausbruch der Erkrankung, wie ihn SEELERT in manchen Fällen nachgewiesen hat, hätte eine gewisse kausale Beweiskraft. Treten diese Defekte erst auf, nachdem die paranoide Psychose schon jahrelang besteht, so liegt es viel näher an ein zufälliges Zusammentreffen zu denken, wie ja auch bei früherkrankten Schizophrenen im Alter mitunter die typisch senil-arteriosklerotischen Defektsymptome zu ihrer seit Jahrzehnten bestehenden Erkrankung hinzutreten. (JASER, vgl. S. 540). Auf der anderen Seite ist zu beachten, daß die beginnende involutive Hirnrückbildung sich mitunter in der Form äußert, daß beherrschte oder maskierte Charaktereigentümlichkeiten in verstärkter bis karikiertem Form hervortreten: so dürfte in manchen Fällen SEELERTS in der Tat eine individuelle Reaktionsform auf einen langsam verlaufenden organisch-cerebralen Prozeß anzunehmen sein; in diesem Sinne darf es wohl auch verstanden werden, wenn BOUMANN in seiner Darstellung der Arteriosklerose eine so bedeutsame ätiologische Rolle für die paranoiden Spätpsychosen zuschreibt. Schließlich wird die Fragestellung durch die im gewissen Sinne gegenteilige Annahme vieler Autoren verwickelt, daß im höheren Alter durch die Züge des Alterns eine „Nivellierung“ der Krankheitsbilder erfolge, so daß bei ganz verschiedener Ätiologie die gleichen Syndrome in Erscheinung treten, wobei wiederum unter anderem auch auf die Vorliebe für paranoide Zustandsbilder im Alter Bezug genommen wird. VAN DER HORST, nach dessen Meinung die „Involutionspsychose“ als „eine Verstärkung des Normalpsychologischen“ aufgefaßt werden kann, nennt als die seelischen Merkmale des Alterns: „ein Sinken des Bewußtseinsgrades, eine Akzentverschiebung in der Mnemotechnik, eine wehmütige Grundstimmung und eine nüchterne, oft kritische Einstellung Menschen und Dingen gegenüber“. Schwerlich kann von hier aus ein psychopathologisches Verständnis für die schizophrenen Späterkrankungen gewonnen werden, als welche wir die Gruppe der Involutionsparanoia, Involutionsparaphrenie usw. hier zusammenfassen.



Als schizophrene Späterkrankungen, denen wohl in der Tat das Alter eine besondere Färbung gibt, sind sehr wahrscheinlich auch gewisse depressiv gefärbte Psychosen aufzufassen, „die nach einem längeren melancholischen Vorstadium allmählich verschlossener, unzugänglicher, mißtrauischer und ablehnender werden und eigenartige Manieren annehmen, uneinfühlbare Wahnideen vorbringen, kurzum . . . durchaus an schizophrene Endzustände erinnern, ohne irgendwelche Zeichen von größerer cerebraler Erkrankung zu bieten“ (WILMANN). Nachdem schon von älteren Autoren (VORSTER, ALBRECHT, LUTHER u. a.) auf die Belastung von Dementia praecox-Kranken mit Melancholie hingewiesen worden war, vermutete BERZE in diesen Depressionen des höheren Alters einen Typus der Schizophrenie, eine Auffassung, die weitgehende Zustimmung gefunden hat. Auch die „erstarrende Rückbildungsdepression“ MEDOWS dürfte hier einzureihen sein, obschon der Autor selbst das Krankheitsbild von der „Spätkatatonie“ abzugrenzen versucht; er vermißt bei seinen fünf Fällen, die sich zu „extremen Sonderlingen“ mit seltsamen Angewohnheiten und hochgradiger Verschlossenheit entwickelten, Störungen der Affektivität und des Denkens. Daß diese Beweisführung die schizophrene Natur der Erkrankung nicht widerlegt, ist schon ausgeführt.

Für eine Sonderstellung der *Spätkatatonie* tritt neuerdings wieder JACOBI ein; er fand unter seinem großen Material 6 Fälle, von denen er 4 etwas ausführlicher mitteilt. Die vielleicht charakteristischste Krankengeschichte lautet:

Fall 41d. *Margarete H.*, Lehrerin, 50 Jahre. Nach der Menopause.

Bruder sehr eigentümlich, schizoid. Dessen Frau manisch-depressiv. Ein anderer Bruder ebenfalls schizoid. Patientin sehr gewissenhaft und fleißig, interessiert, arbeitete seit längerer Zeit nicht. War früher nie besonders krank. Schon seit vielen Jahren etwas unruhig und ängstlich, machte plötzlich ohne vorherige Erkrankung am 12. 8. einen Selbstmordversuch mit Gas, erholte sich bald danach gut, ging spazieren, unterhielt sich „vernünftig“, verurteilte selbst ihren Selbstmordversuch. Plötzliche Verschlechterung im September, war verwirrt, sprach durcheinander, halluzinierte, machte verkehrte Handlungen, ließ unter sich, benutzte Eßgeschirr für Urinentleerung, wurde auch zeitweise erregt, schrie und weinte laut. Bei der Aufnahme (6. 9. 1929) körperlich sehr hinfällig, machte anfangs äußerst affektarmen Eindruck, äußert aber gleich viel Merkwürdigkeiten, als sie Wasser rauschen hört, fragt sie, ohne die Miene zu verändern, auch ohne eine besondere Affektregung dabei zu zeigen, ob sie verbrüht werden soll. Gibt aber dafür keine weitere Erklärung ab. Nach dem Selbstmord befragt, sagt sie auch mit größtem Gleichmut, es habe ihr Spaß gemacht, sie wolle es auch wieder versuchen. Murmelt leise vor sich hin, gibt keine weitere Antwort, sagt später spontan — wohl in Beziehung auf das Brühen — unter Lachen: Man brüht das Schwein ab. Über frühere Erlebnisse — über Familienverhältnisse macht sie nur in sehr dürftiger Weise Angaben. Beantwortet leise Fragen nach der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Später vollkommener Negativismus, Nahrungsverweigerung, läßt sich nicht körperlich untersuchen.

Somatisch: Asthenisch, elend. Rasseln über den Lungen.

Völlig unzugänglich, ablehnend. Manchmal Jammern, meist Vor-sich-hinlachen. Reagiert auf nichts, liegt völlig apathisch im Bett. Stärkste Steifigkeit der gesamten Muskulatur. Schließlich stuporös mit einigen Haltungsanomalien. Allmähliche Verschlechterung des körperlichen Befundes. 29. 9. Exitus, nachdem kurz vorher eine Pneumonie sich eingestellt hat.

Der akute Beginn nach hypochondrisch-depressivem Vorstadium, der Übergang in Erregung mit negativistischen und anderen katatonen Zügen, die Annäherung an den Stupor, der mit rapider Progredienz zum Tode führt, sollen das Krankheitsbild der Spätkatatonie kennzeichnen. Die Psychose entsteht „auf dem Boden einer schizoiden Anlage bei ungünstiger Lebenssituation“, meist erst Jahre nach dem Klimakterium, äußere Erlebnisse können sie auslösen und werden darin zum Teil mit einer großen „Theatralik“ verarbeitet. JACOBI schlägt auch die Bezeichnung „Involutionkatatonie“ vor. Über die Pathogenese herrsche noch keine Klarheit, eine organische Erkrankung sei wahrscheinlich.

Hält man sich gegenwärtig, daß die katatonen Symptome bei den ätiologisch verschiedenartigsten Erkrankungen vorkommen können, daß schwere katatone Psychosen auch im jüngeren Alter für den Gesamtzustand sehr eingreifend sind, so wird man sich nicht wundern, daß die katatoniformen Späterkrankungen JACOBI, deren wahre Natur aufzuklären der rapide Verlauf gerade verhindert, einen so ungünstigen Ausgang nehmen. Von diesem Ausgang abgesehen, weist aber die klinische Gruppe keinerlei Kennzeichen auf, welche ihr eine „Sonderstellung“ einzuräumen rechtfertigte.

Wir beschließen diesen Abschnitt mit der Wiedergabe *zweier Beispiele*. Der erste Fall, erst jüngst beobachtet, zeigt eine Eifersuchtsparanoia bei einem älteren Mann, die ganz allmählich entstanden, ihr Material bisher nur aus Umdeutungen und Rückdeutungen bezieht. Trotzdem dürfte an der schizophrenen Natur der Erkrankung nicht zu zweifeln sein. Der zweite Fall *Peruquin* wurde wegen seiner ganz ähnlichen schleichenden wahnhaften Entwicklung beim ersten Klinikaufenthalt 1907 nicht als *Dementia praecox* diagnostiziert. Zu den zunächst völlig isoliert auftretenden Wahnbewußtheiten gesellten sich aber — wann, war nicht genau festzustellen — mannigfaltige Sinnestäuschungen, Ichstörungen und fast alle schizophrenen Symptome, wie eine Katamnese nach 14 Jahren zeigte, wohingegen Defekte bis in ein hohes Alter vermißt wurden.

*Robert Weiser*, geb. 1874, ist in Ludwigsburg als Sohn eines Bäckermeisters geboren. Er war ein gesundes, durchschnittlich veranlagtes Kind. Nach Absolvierung der Volksschule ergriff er das Schreinereihandwerk, nach Beendigung der Lehrzeit war er etwa 1 Jahr in der Schweiz, dann in mehreren Gesellenstellen in Wildbad, Durlach, Karlsruhe. Seit 1900 wohnt er in Mannheim. Von 1901—1922 war er dauernd im gleichen Werk als Schreiner tätig, kündigte dann selbst und hat seitdem im Bauhandwerk gearbeitet. Seit 1928 ist er mit kurzen Unterbrechungen arbeitslos. 1901 heiratete er. Die Ehe war zunächst gut, es kam nur zu den üblichen gelegentlich ehelichen Zwistigkeiten, die aber nicht weiter von Belang waren. 1910 erlitt er einen schweren Schädelbruch. Er war damals 11 Wochen krank, hatte hinterher noch mehrere Jahre Schwindelanfälle, die dann immer seltener auftraten. Eine bleibende Schädigung ist nicht zurückgeblieben, insbesondere auch keine Schädigung im Sinne eines posttraumatischen Schwachsinn. Der Ehe sind 3 Kinder entsprungen im Alter von 26, 24 und 22 Jahren. Die wirtschaftlichen Verhältnisse waren stets geordnet, W. selbst war ein fleißiger und besorgter Familienvater. Zu Beginn des Krieges wurde er eingezogen, aber schon nach einigen Wochen wieder entlassen wegen seines wenige Jahre vorher mitgemachten schweren Kopfunfalls. Auch während des Krieges änderte sich im Familienleben der Eheleute W. nach seinen Angaben nichts, eine erste schwerere seelische Erschütterung scheint das Jahr 1922 gebracht zu haben. In diesem Jahr wurde er bei einer Gerichtsverhandlung — es handelte sich um eine Streitigkeit zwischen dem Hauseigentümer und einem Mitbewohner, als Zeuge geladen. Er habe wahrheitsgemäß gegen den Hauseigentümer aussagen müssen, daraufhin habe ihn dieser vor Gericht herabzusetzen versucht, indem er ihm vorwarf, daß sich seine Kinder im Hausgang herumtrieben und daß öfters Herren ihrethalben angelaufen kamen. W. fühlte sich hierdurch sehr gekränkt und bezog diese Äußerung auf einen Vorfall, der sich in der Neujahrsnacht 1921/22 abgespielt hatte, wo sich ein Pärchen im Hausgang aufgehalten hatte. Der Mann entwischte, das Mädchen, das nicht genau erkannt wurde, soll nach oben bis zum 5. Stockwerk, wo die Familie W. wohnte, geeilt sein. Er faßte nun die Äußerung des Hauseigentümers dahin auf, daß dieser damit andeuten wollte, daß das Mädchen seine Tochter gewesen wäre. W. verklagte daraufhin den Hauseigentümer zweimal, das eine Mal kam es zu einem Vergleich, das zweite Mal wurde der Hauseigentümer verurteilt, außerdem verklagte der Hauseigentümer späterhin den W., weil dieser ein Gerücht, daß die Tochter des Hauseigentümers ein uneheliches Kind gehabt habe, weiterverbreitete.

W. selbst gab uns an, daß er damals auf den Hauseigentümer wegen der Schädigung des guten Rufes seiner Familie sehr erbost gewesen sei, er habe zu jener Zeit seiner Frau und seiner Tochter durchaus vertraut. Die Klatschereien, die diesen ganzen Vorfällen zugrunde lagen, scheinen W. damals in einer eigentümlichen Weise aufgewühlt zu haben. Er wurde sehr erregt, fühlte sich auch körperlich nicht mehr wohl und kündigte damals seine langjährige Stelle bei dem Werk ohne rechten Grund. Immerhin läßt sich nachträglich sein damaliges Verhalten noch nicht irgendwie als krankhaft bezeichnen. Es zeigt sich aber, daß seit jener Zeit bei W. langsam wachsend ein immer größeres Mißtrauen Platz griff, das sich zunächst vor allem auf seine Frau, dann aber auch auf seine Tochter erstreckte. Wie weit gewisse von ihm behauptete Vorfälle, insbesondere Liebschaften seiner Tochter

in Wirklichkeit bestanden, entzieht sich unserer Kenntnis. Zweifelloser aber begann W. nun in einer wahnhaften Weise über die alltäglichen Vorkommnisse hinaus alle möglichen Zusammenhänge zu konstruieren und insbesondere glaubte er „Beweise“ für frühere Verfehlungen seiner Frau zu finden. Dieses Mißtrauen kristallisierte sich insbesondere um die Person eines gewissen Br., eines 65jährigen, jetzt verwitweten Mannes.

Dieser Br. wurde im Jahre 1917 mit der Familie W. bekannt und verkehrte nun offenbar häufig daselbst. Er war W. von Anfang an nicht sympathisch, jedoch fiel ihm nichts Besonderes auf, erst 1924 und in den folgenden Jahren wurde ihm klar, daß Br. schon früher, als seine Frau noch ledig war, mit ihr Geschlechtsverkehr hatte und darüber hinaus, daß seine Frau, als sie schon mit ihm verheiratet war, ein äußerst sittenloses Leben geführt hat.

Die Art seiner wahnhaften Beweisführung und wahnhaften Ausdeutung früherer Vorkommnisse geht am klarsten aus den folgenden eigenen Darstellungen des W. hervor:

Etwa um das Jahr 1924, als er schon einen vagen Verdacht gegen seine Frau und seine Tochter gefaßt hatte, fiel ihm ein, daß er 1902 (!) eines Tages auf der Arbeitsstelle von seiner Frau besucht wurde, die ihm das Mittagessen brachte. Damals habe ein Arbeiter im Vorbeigehen gesagt: „Die kenne ich schon, die haben wir einmal in Karlsruhe in der Kaserne der Roten Dragoner gehabt“. Er hat zwar nicht das Gesicht des Arbeiters gesehen, es fiel ihm aber auf, daß dieser „Kavalleristenfüße“ gehabt habe. Er habe auch so eine eigentümliche Schwenkung mit der Hüfte gemacht. Genau dieselbe Gangart und Bewegungsart aber habe Br. Außerdem habe Br. ihm selbst angegeben, daß er bei den roten Dragonern gedient habe. Er ist überzeugt davon, daß Br. dieser Mann von 1902 ist. Hierfür fand er nun eine Reihe weiterer „Beweise“. Zum Beispiel: ein Schwager dieses Br., ein gewisser Julius Bei., der mit ihm 1924 am selben Arbeitsplatz tätig war, habe ihm einmal von einer Frau erzählt, die sich „auch auf der Treppe herumlegen lasse“. Ein andermal erzählte derselbe Bei.: als er noch ein junger Mann gewesen sei, habe er eine getroffen, die hätte ihm Anleitung in der Liebe gegeben und gesagt, siehst Du, Lieber so macht man's. Diese Bemerkung gerade vom Schwager des Br. machte ihn stutzig, er hatte damals schon den Verdacht, daß Bei. ihn damit sticheln und auf seine Frau hinweisen wollte, daß diese mit Br. etwas habe. Denn Bei. sei als Bruder der Frau des Br. zweifellos verärgert gewesen über dessen Untreue, habe aber wohl gemeint, daß ihm selbst das ehebrecherische Verhältnis der beiden recht sei.

Noch eindeutiger seien dann aber die Vorfälle gewesen, die sich während seiner Arbeit bei der Firma Brown-Boveri, die etwa in dieselbe Zeit fiel, abspielten. Eines Tages seien die Arbeiter alle in der Bauhütte gestanden. Als er auch hinzukam, seien sie auseinandergegangen, aber er hörte noch, wie ein Monteur sagte: „es mache Jede mal so etwas“. Aber nicht genug damit, ein Schreiber, der sich auch unter den Arbeitern befand, sagte im Weggehen: „bei einem Massenfick haben sie mir das Loch verschlitzt“. Und diese Äußerungen führen geradewegs auf die Sache in der Dragoner-Kaserne, damals sei seine Frau hinterher schwer krank gewesen. Sie habe damals einen Dammriß gehabt infolge einer Geburt, wie es heiße, tatsächlich aber infolge des Massenverkehrs in der Kaserne. Dieser habe im Jahre 1898 stattgefunden. Als er diese Äußerung des Schreibers vernommen hatte, ging er nach Hause und inquirierte zum erstenmal seine Frau ausdrücklich über ihre Vergangenheit und ihre Beziehungen zu Br., vorher habe er all seine Grübeleien darüber für sich behalten. Er habe zu ihr gesagt, er habe etwas hören müssen, das beziehe sich auf die Dragoner-Kaserne und habe auch der Br. etwas damit zu tun, er verlange jetzt von ihr, daß sie sage, ob die Dragoner-Kaserne-Geschichte auf Wahrheit beruhe und wie sich die Sache zugetragen habe. Er beabsichtige nämlich, den Schreiber wegen Beleidigung zu verklagen. Die Frau stritt alles ab, „die hat überhaupt gelogen“. W. gibt ohne weiteres zu, daß er, nachdem nun einmal diese ganze Geschichte aufgewühlt war, immer wieder von seiner Frau die Wahrheit zu erfahren versuchte, d. h. ein Geständnis verlangte, wodurch es nun häufig zu Streitigkeiten und heftigen Auseinandersetzungen kam.

Nachdem nun einmal bei W. sich der Gedanke an die Sittenlosigkeit seiner Frau festgesetzt hatte, fiel ihm immer mehr nach dieser Richtung ein, was er früher nie berücksichtigt hatte, er fand immer neue Beweise, die seine Ansicht seiner Meinung nach überzeugend stützten:

Zum Beispiel erinnerte er sich wieder, daß im Jahre 1903 seine Hausleute einmal einen heftigen Streit miteinander hatten. Er ging hinunter um zu schlichten, diesen Versuch schnitt ihm die Frau mit den Worten ab: „Herr W., wenn Sie alles wüßten, würden Sie anders reden“. Damals legte er diesen Worten keine besondere Bedeutung bei, jetzt weiß er, daß der liederliche Lebenswandel seiner Frau damit gemeint war. Er ist jetzt überzeugt davon, daß diese in jener Zeit nachts auf den Strich ging. Auch das glaubte er beweisen zu können mit folgendem Vorfall, der sich ebenfalls im Jahre 1903 abspielte: es wohnte damals im Haus eine sehr arme Familie von wenig gutem Ruf. Dieser schenkte seine Frau ab und zu  $\frac{1}{2}$  Pfund Fleisch, damit sie etwas zu essen hätten. Er fand dies damals nicht nötig, dachte sich aber weiter nichts dabei. Diese Familie konnte aber den Hausgang überwachen und beobachten, wer ein- und ausgeht. Jetzt ist ihm klar, daß sich die Frau mit dem Fleisch

das Schweigegehd für ihre nächtlichen Extratouren erkaufte. Diese habe sie in Gesellschaft einer Cousine seiner Frau unternommen, die damals in einem öffentlichen Bordell in Mannheim war. Denn: „in jener Zeit begann es, daß ich am Freitag abend immer Kopfschmerzen bekam, diese wurden am Samstag noch stärker, ich habe am Sonntag abnorm lange geschlafen. Es ist mir dann regelmäßig schlecht geworden und ich habe brechen müssen“. Daran habe er viele Jahre lang gelitten, jetzt weiß er, daß die Frau ihm damals Schlafmittel beigebracht habe, vielleicht in den Speisen, so daß er dann nicht merken konnte, wenn sie nachts fortging und zusammen mit ihrer Cousine der Unzucht huldigte. Auch das ist ihm erst klar geworden, seit der Streit in den letzten Jahren mit seiner Frau richtig zum Ausbruch gekommen ist. In dieser Weise bringt W. eine Fülle von wahnhaften Ausdeutungen und Rückdeutungen vor; so etwa sagte im Januar 1927, wie er eines Abends mit einem Kollegen in der Wirtschaft saß, dieser zu einem anderen Schreiner „Wilhelm, Du weißt doch, daß ich bei den Roten Dragonern gedient habe“. Ihm war solort klar, daß dies nur eine verbrämte Antwort auf eine Frage war, die er am 26. September 1926 an den Br. über dessen Dienstzeit gerichtet hatte, auf welche dieser ihm aber seinerzeit keine rechte Antwort gab.

Im Verfolg dieser wahnhaften Beobachtungen des W. kam es nun zu ständigen Streitereien zwischen den Eheleuten. W. beschimpfte die Frau, bedrohte sie und wurde gewalttätig. Die Ehefrau klagte auf Scheidung und die Ehe wurde in 1. Instanz am 1. 4. 1930 aus Verschulden des W. geschieden. Ein Hinweis des Rechtsbeistands des W. aus dem nervösen Zustand seines Mandanten war ergebnislos. Erst nachdem W. Berufung beim Oberlandesgericht eingelegt hatte, wurde eine Untersuchung in unserer Klinik angeordnet. Bei dieser Gelegenheit gab W. den vorstehenden Bericht. Versucht man, ihm zu widersprechen, so geriet der höfliche, ruhige und gesetzte Mann in einen hochgradigen Affekt. Eine maßlose, bei seinem sonstigen Verhalten nicht vermutbare Erregung kam zum Ausdruck, jeder Einwand scheiterte an seiner felsenfesten Überzeugung, immer wieder hatte er einen Vorfall zu Hand, um die Richtigkeit seiner Auffassung zu beweisen. Der Richteranspruch in 1. Instanz ist nach seiner Meinung durch die Mitwirkung eines städtischen Verwaltungsassistenten zustande gekommen, der auf seiten seiner verheirateten Tochter steht und auch mit seiner jüngeren Tochter angeblich Geschlechtsverkehr habe. Daß ein städtischer Beamter auf die Urteile des Landgerichts keinen Einfluß haben kann, leuchtet ihm nicht ein.

Abgesehen von der Sphäre der Ehe und seiner Eifersucht findet sich in dem Denken und Handeln des Mannes nichts Pathologisches. Er ist in Kleidung und Aussehen adrett und sauber, in seinem Benehmen durchaus korrekt. Alle Fragen nach Sinnestäuschungen, Ichstörung, Prüfungen der Intelligenz und der Merkfähigkeit hatten ein negatives Ergebnis. Außer den Wahnbewußtheiten, den Umdeutungen und Erinnerungsfälschungen fand sich nichts Pathologisches.

*Auguste Peruquin*, geb. 1845. (07/87.)

Als Kind normal entwickelt, heiteres Wesen, aber etwas schüchtern und geniert. Keine Stimmungsschwankungen, zufrieden, verträglich, gute Schulleistungen. Seit dem 15. Lebensjahr menstruiert, Menses meist mit Migräneanfall. In den vierziger Jahren profuse Blutungen, seit 1896 Menopause. Zurücktreten der Migräne. — Beginn der Erkrankung ungefähr 1900, also im 55. Lebensjahr. Langsam sich ausbreitender Beziehungswahn, der sich nicht so sehr auf sie selbst, sondern auf den Bruder bezieht, der bei ihr wohnt. Eine blonde Kellnerin, mit der der Bruder früher einmal ein Verhältnis gehabt habe, hat sich angeblich in der Nachbarschaft eingemietet und stellt von dort aus der Familie nach. Schlag auf Schlag kam ihr die Erkenntnis, daß man sie und den Bruder in eine recht miserable Geschichte verwickelt habe, man fixierte sie auf der Straße, spuckte vor ihr aus, sie und der Bruder würden ausgelacht und verleumdet. Die blonde Kellnerin will dem Bruder ein Paar Zwillingschwestern aufbürden. Nachts wird bei ihr geschellt, als sie aufmacht, ist niemand da. Von gegenüber, wo die Kellnerin wohnt, wird das Licht herübergeworfen, so daß es auf das Bett ihres Bruders fällt; verkleidete Männer gingen im Nachbarhaus aus und ein und dergleichen mehr. Sie wurde in ein Sanatorium gebracht, wo sie etwa 4 Jahre behandelt wurde, ohne daß sich eine Änderung des Zustandes einstellte. Ganz langsam baute sie die Verfolgungsideen aus. Dabei war sie nach wie vor für die Angelegenheiten der Familie interessiert, lebhaft, belesen, zugänglich und liebenswürdig. Nach der Aufnahme in die Klinik am 6. 5. 1907 berichtete sie ausführlich in völlig geordneter Weise mit ausgezeichnetem Gedächtnis für die Einzelheiten über die Genese des Beziehungswahns. Sichere Sinnestäuschungen waren nicht nachzuweisen. Sie fügte sich ohne Schwierigkeiten in die neue Umgebung, war lebhaft und unterhielt sich gern mit den Ärzten, hielt sich für vollkommen gesund. Sehr bald begann sie allerdings auch hier Anknüpfungen für ihren Beziehungswahn zu suchen. Die Pflegerinnen seien so eigentümlich zu ihr, verstellen sich, wechseln ihre Sprache und dergleichen mehr. Am 12. 6. 1907 wurde sie in die Heil- und Pflegeanstalt Kl. verlegt. Dort konnte sie 1921 einer Nachuntersuchung unterzogen werden, wobei sich herausstellte, daß sie nach wie vor intellektuell und affektiv vollkommen intakt war. Sie

erzählte völlig korrekt mit allen Einzelheiten die seinerzeitigen Vorgänge mit der Kellnerin in Wiesbaden, durchaus identisch mit den Angaben unserer Krankengeschichte aus dem Jahr 1907. In völlig unveränderter Weise hielt sie daran fest, daß damals Machinationen im Gange gewesen seien, um sie und ihre Familie in Schande zu bringen. Manche Vorkommnisse, die sie früher gar nicht angegeben hatte, kamen zum Vorschein. Sie erinnerte sich an alle Einzelheiten in der Klinik und berichtete, daß in der Anstalt die Tätigkeit ihrer Verfolger sofort auch eingesetzt habe. Sie habe Wagen anfahren hören, man habe ihr den Eindruck erweckt, als seien fremde Leute da, die Hausmädchen haben Stimmen von ihren Bekannten nachgemacht, eine habe gelacht wie ihre Schwägerin, eine andere habe auffallend rote Augen gehabt, Patientinnen haben andere Eigentümlichkeiten von ihren Bekannten imitiert. Auf diese Weise habe man ihr „die sogenannten Sinnestäuschungen“ aufgeführt. Einzelne Kranke haben eigenartig geschnurrt, eine Patientin hatte beim Gehen auf der Treppe einen eigenartigen Schluckser, es sei kein gewöhnlicher Schluckser gewesen. Hohe Herrschaften seien in der Anstalt gewesen, der Prinz und die Prinzessin Heinrich, der König von Sachsen, das alles sei ihr auf die merkwürdigste Art beigebracht worden. Sie sei überzeugt, ihr Bruder sei häufig zu Besuch dagewesen und nicht zugelassen worden. Darüber hinaus habe man sie in den letzten Jahren vor allen Dingen körperlich beeinflußt. Man habe ihr die Muskelschmerzen des Direktors angehängt, ein anderes Mal habe man ihr mit Hilfe eines Maikäfers Rheumatismus beigebracht. Anfangs habe sie das einfach für eine Krankheit gehalten, aber später, als zahlreiche andere körperliche Mißempfindungen hinzukamen, sei es ihr klar geworden, daß man ihr auch diesen Rheumatismus beigebracht habe. Sie werde in der Nacht durch Stiche in der Herzgegend geweckt, wenn sie auf dem Sofa liege, spüre sie ein eigentümliches Vibrieren durch den ganzen Körper gehen, gegen das sie nicht ankommen könne; mit Hilfe der „Hörleiter“ bringe man ihr bestimmte akustische Wahrnehmungen bei, der Hörleiter könne man nicht entgehen, sie habe schon Watte in die Ohren gestopft oder sie zugebunden. Man könne auch nicht sagen, daß diese Stimmen aus einer bestimmten Richtung kämen, bald von oben, bald von unten, bald aus dem eigenen Körper höre sie die Dinge. Wenn sie in ein anderes Zimmer gehe, setze es für ein paar Sekunden aus, dann sei es dort gerade so. Es sei immer die gleiche Stimme, die sie höre, eine Männerstimme mit jüdischem Akzent. Außerdem machte Fr. P. interessante Angaben über optische Halluzinationen, die teils vorstellungsmäßigen Charakter haben, teils wahrnehmungsmäßigen. Wenn sie irgendein Bild in einer Zeitschrift ansieht, wird ihr ein anderes Gesicht darüber geschoben. So habe sie einmal im „Bazar“ geblättert, dabei sei auf ein bestimmtes Bild, Mädchen von Capri, das Bild eines Mannes wie ein Luftgebilde hingemacht worden. Sie habe das Buch später einmal nachgeprüft, da sei gar nichts erschienen.

Fr. P. faßt die ganzen Vorgänge jetzt dahin zusammen, daß „das Vogelfreie“ über sie verhängt sei; es sei ihr eingefallen, daß man ihr in Wiesbaden einmal einen Vogel gezeigt habe. Von dem Vogelfreien habe sie einmal etwas Unbestimmtes gehört, daß es zuletzt 1808 verhängt worden sei. Sie sei nicht mystisch angelegt, in keiner Weise, aber es sei ihr doch eingefallen, daß im 9. Lebensjahr etwas mit ihr passiert sei. Damals sei etwas gesprochen worden, daß jemand das Abendmahl nimmt und schwört, das Nähere weiß sie nicht mehr, aber das müsse mit dem Vogelfreien zusammenhängen. Alle Parteien seien daran beteiligt. Was der Zweck des ganzen sei, durchschaue sie nicht usw.

Fr. P. ist eine lebenswürdige, affektiv durchaus natürliche alte Dame, die eher einer gereiften Matrone als einem alten Mädchen im Wesen gleicht. Sie ist sehr belesen, geistig durchaus noch interessiert, betont ihre Bildungsbedürfnisse ohne Präntention. Sie hat kaum etwas Geziertes, Altjüngferliches, ist völlig aufgeschlossen und gibt sehr bereitwillig über ihre Erlebnisse Auskunft. Sichere Erinnerungsfälschungen sind nicht nachzuweisen.

#### ε) *Alkoholismus.*

Fraglos treten die ersten schleichenden Veränderungen der beginnenden hebephrenen Erkrankung nicht selten in der Form der einfachen Trunksucht in Erscheinung. BLEULER nimmt an, daß 10% seiner Alkoholiker zugleich Schizophrene sind. Es ist eigenartig, ließe sich aber bei einer psychopathologischen Analyse fraglos klären, warum die inhaltlich leeren, im Denken und in der Affektivität gestörten Schizophrenen so leicht der Trunksucht verfallen. Wie sehr ihnen aber auch dann die charakteristischen Züge des Trinkers mangeln: „oberflächliche, leicht entzündliche Gefühle, Euphorie, Trieb, aus sich heraus zu gehen, Schwatzhaftigkeit“ usw. hat BLEULER überzeugend dargelegt. Trotzdem ist die Verknennung der Grundkrankheit sehr häufig und vielfach auch nicht leicht vermeidbar, zumal wenn die rein formalen Störungen der beginnenden

Hebephrenie durch die ins Auge fallenden Zeichen der chronischen Trunksucht verdeckt werden. Jedem der Gelegenheit hat, den psychiatrisch ungesichteten Personenkreis einer Trinkerfürsorgestelle zu durchmustern, werden einzelne Fälle, die hierher gehören, zu Gesicht kommen.

Auch die *akute Alkoholhalluzinose* ist durch die Forschungen der beiden letzten Jahrzehnte dem Schizophreniegebiet näher gerückt. Schon BONHÖFFER hat die Meinung geäußert, es sei eine „paranoide Veranlagung“ dafür verantwortlich zu machen, daß eine kleine Anzahl der chronischen Alkoholiker an der Halluzinose erkrankt, während die typische Erkrankung des Durchschnittstrinkers das Delirium tremens ist. Zugleich stellte er allerdings die Hypothese auf, daß eine besondere sprachlich-akustische Veranlagung bei denjenigen Säufern vorliege, die an der Halluzinose erkranken. Diese letztere Meinung hat sich nicht bestätigt; durch eine Arbeit von POHLISCH aus der BONHÖFFERschen Klinik kann sie als widerlegt gelten. Dahingegen ist mit dem Hinweis auf die Bedeutung der Konstitution für die Entstehung der Alkoholhalluzinose, wie die neuerlichen Untersuchungen ergeben haben, zweifellos der Weg zur Aufklärung des Krankheitsbildes gewiesen. Aus der Züricher Klinik hat WOLFENBERGER 15 Fälle von akuter Trinkerhalluzinose mitgeteilt, bei welchen er 10mal eine spätere Erkrankung an ausgesprochener Schizophrenie fand, bei weiteren 4 Fällen schizophrenieähnliche Dauerzustände. Zu ähnlichen Ergebnissen kam NOTHAAS bei 21 Fällen aus der Münchener Klinik und SCHWARZ bei 2 Beobachtungen aus Königsberg. In den meisten dieser Fälle wies schon eine abnorme Persönlichkeitsanlage vor Ausbruch der Psychose darauf hin, daß hier Beziehungen zur Schizophrenie bestehen könnten. POHLISCH hat diese Persönlichkeiten mit der Konstitution von über 100 späteren Deliranten verglichen und wesentliche Unterschiede gefunden. Von 30 Patienten mit akuter Alkoholhalluzinose aus der Berliner Klinik zeigten 20 einen schizophrenen Weiterverlauf oder Defektzustand. Damit taucht die Frage auf, die sich aber nach unserer heutigen Kenntnis der Zusammenhänge nicht beantworten läßt, ob hier durch den Alkoholismus eine schizophrene Erkrankung ausgelöst worden sei, wie man das etwa in ähnlicher Weise bei manchen Fällen von Epilepsie annehmen kann.

Noch stärker ist der chronische Alkoholwahnsinn und der halluzinatorische Schwächezustand der Trinker von dem Schizophreniebereich aufgesogen worden. Hat schon die Beobachtung der paranoiden Alkoholpsychosen durch PAUL SCHRÖDER die Annahme nahegelegt, daß der Alkohol zwar als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als Moment, welches dem Krankheitsbilde eine bestimmte Färbung gibt, in Betracht komme, daß er aber nicht das wesentliche ätiologische Moment sei, so haben die Untersuchungen von GRÄTER, die auf BLEULERS Anregung zurückgehen, hier entschieden weiter geführt. Aus einem vorwiegend aus Burghölzli stammenden Material hat GRÄTER die Schizophreniezugehörigkeit vieler Fälle nachgewiesen, die bis dahin als Alkoholwahnsinn aufgefaßt wurden. Schon dabei stellte sich interessanterweise heraus, daß derartige chronische paranoide Erkrankungen die Züge der anfänglichen alkoholischen Färbung bis weit hinein in den schizophrenen Dauerzustand beibehalten können. KRAEPELIN hat wohl wegen dieser charakteristischen Züge bis zuletzt daran festgehalten, daß es sich bei diesen chronischen paranoiden und halluzinatorischen Zuständen der Alkoholiker um eine Erkrankung handle, die mit der Dementia praecox nichts zu tun habe. Ein Viertel der Fälle von akutem Alkoholismus soll sich nach KRAEPELIN zu solchen chronischen Psychosen entwickeln. Er weist auf das Fehlen der psychomotorischen und Willensstörungen hin, ein Gesichtspunkt, der, wie wir schon wiederholt dargelegt haben, besonders bei Späterkrankungen nicht ausschlaggebend sein kann. Für die

auch KRAEPELIN wohlbekannte Schwierigkeit der ganzen Problemlage ist es charakteristisch, daß er (nach mündlicher Mitteilung von WILMANN) zeitweise der Auffassung war, das aufgeschlossene, zugängliche Wesen der schizophrenen Landstreicher sei auf die Kombination ihrer Erkrankung mit dem chronischen Alkoholismus zurückzuführen. Inzwischen haben die neueren Erfahrungen ergeben, wie bedeutsam die Wirkung des natürlichen, anstaltsfernen Kontaktes mit der menschlichen Umwelt für die Verhütung der autistischen Abkapselung der Schizophrenen ist. So bedarf es hier schwerlich der Annahme einer Mitwirkung des Alkoholismus.

Auch RÜDIN nimmt auf Grund seiner genealogischen Erfahrungen neuerdings eine innere Verwandtschaft der chronischen Alkoholpsychosen mit der Schizophrenie an. Was die differentialdiagnostischen Probleme anbelangt, so kann auf die Ausführungen von MEGENDORFER im 7. Bd. dieses Handbuches, S. 213 und 265 verwiesen werden.

Als ein Beispiel der alkoholischen Färbung einer chronischen halluzinatorischen Schizophrenie geben wir im folgenden auszugsweise die Krankengeschichte eines landstreichenden Schnapssäufers aus dem Buch von WILMANN wieder.

*Amandus Glied*, geb. 1842.

Von Belastung ist nichts bekannt. G. ist der Sohn eines Fabrikarbeiters. Er war ein schlechter Schüler in der Volksschule, lernte als Schuster und arbeitete 5 Jahre bei dem gleichen Meister. 20jährig ging er auf die Wanderschaft, wechselte häufig seine Stelle und ergab sich dem Trunk. Damals zog er sich bereits die ersten gerichtlichen Strafen zu und auch während einer 7monatlichen Militärdienstzeit als Ökonomiehandwerker wurde er disziplinarisch wegen Trunkenheit bestraft. G. führte dann ein unstetes Leben ohne feste Arbeit und Verdienst und erhielt viele Strafen wegen Bettels und Rauschdelikten. 1868 kehrte er in seine Heimat zurück, gründete ein eigenes Geschäft und heiratete eine 4 Jahre ältere Person, die 2 uneheliche Kinder mit in die Ehe brachte. Bald gab es Streit und Elend; G. ergab sich ganz dem Trunk und nach einjähriger Ehe trennte sich das Paar. Seitdem ist G. professioneller Landstreicher und durchstreifte ganz Deutschland. Er arbeitete nur selten; „wenn dann die Arbeit alle war, ging man wieder, verzehrte sein bißchen Geld und mußte wieder betteln, wenn man nicht stehlen wollte“. Aus den Akten geht hervor, daß G. im höchsten Maße dem Schnapstrunke ergeben und im Rausch ein äußerst roher und gewalttätiger Mensch war. Bereits 1869 wurde er wegen Mißhandlung seiner Mutter mit Gefängnis und später noch 7mal wegen Beleidigung, Körperverletzung usw. bestraft. Außerdem erhielt er 3 Strafen wegen Diebstahls und war 15mal im Arbeitshaus untergebracht. Bei den Eigentumsvergehen handelt es sich um geringfügige Gelegenheitsdiebstähle. Die Delikte gegen die Person beging er nahezu sämtliche im Rausch. Sein Widerstand gegen die Staatsgewalt erstreckte sich gewöhnlich nur darauf, daß er sich durch Hinlegen der Arretierung wegen Bettels entgegensetzte, sich mit einem gewissen frivolen Galgenhumor über die Beamten lustig machte und sie schließlich nötigte, ihn mit einem Wagen ins Gefängnis zu transportieren. 1896 geriet er während der Verbüßung einer Gefängnisstrafe mit einem Mitgefangenen in Streit, beleidigte einen Aufseher und vergriff sich an ihm. Kurze Zeit danach wurde er zum erstenmal als „geisteskrank“ bezeichnet. Während der langen Aufenthalte in den Arbeitshäusern wurde er ab und zu einmal wegen frechen Benehmens oder Entweichens disziplinarisch bestraft. 1896 wurde er während der Strafverbüßung in der Haft „geistesgestört“. Im folgenden Jahr überfiel er einen schlafenden Mitgefangenen mit dem Pantoffel und schlug ihn blutig. Schließlich traten 1901 offenbare Zeichen einer psychischen Störung hervor, weshalb G. am 26. 4. 1901 in die hiesige Klinik aufgenommen wurde.

Der kleine, mäßig ernährte Mann mit schlaffer Muskulatur zeigte eine ausgesprochene Gaunerphysiognomie, hatte ein pffiffig-lustiges Lächeln und eine Trinkernase. Er klagte über Taubheit und Ameisenkriechen in den Gliedern. Es fanden sich aber keine Sensibilitätsstörungen und sonstige neurologische Zeichen. G. war vollkommen besonnen und orientiert, faßte seine Lage mit Humor und Resignation auf. Er war heiter, von gehobenem Selbstgefühl, mitteilksam und antwortete prompt, aber umständlich auf alle Fragen. Mit gutem Gedächtnis schilderte er sein Vorleben ausführlich und berichtete u. a. über eine Lues, derentwegen er Schmierkuren durchgemacht habe. Die Schuld an seiner Lebensführung schiebt er auf seine Frau. Seine Trunksucht gibt er zu, aber erst seit der unglücklichen Ehe trinke er viel, bis zu 2 Liter Schnaps am Tage. Bei einem seiner Gefängnisaufenthalte Mitte der 70er Jahre erkrankte er an Delirium tremens, das er sehr charakteristisch schilderte.

Seit dem Jahre 1896 höre er bisweilen *Stimmen*, zum erstenmal auf der Landstraße nach Karlsbad. Er hörte rufen „Karlehen, Karlehen, Karlehen, komm her, gehe nach Hause, gehe nach Hause.“ Dann kam er wegen Bettels 14 Tage ins Gefängnis. Ihm wurde so wüst im Kopf, so beklommen in der Brust, er hörte immer reden und der Schweiß brach ihm aus. Man rief „mach das Fenster auf“, und er machte es auf, „schlag das Fenster ein“ und er nahm es mit beiden Händen und schlug es ein. Man beschimpfte ihn, er hörte von Würmern sprechen, über die er früher einmal im „Daheim“ gelesen hatte. Sie füllten den Menschen soweit an, daß sie keinen Platz mehr in ihm fänden und aus der Haut ausströmen müßten. Sie heißen „Lille“ und bestehen aus 8 „Antomen“ Was ein Antom eigentlich ist, vermutet er nur. Ein antomisches Museum ist ein Aufbewahrungsort für Leichen, also muß das Wort Antom auch irgendeine ärztliche Bezeichnung sein; ein Antom wird wohl der Übergang von einer Krankheit in die andere sein; „die 8 Antome müssen wir durchmachen, dann wollen wir weiter sehen“. Die Würmer, von denen auch die Wärter in den Gefängnissen sprechen, sitzen in der Haut; sie ziehen sich beim Wachstum des Menschen lang und werden dünner als ein Zwirnsfaden, eben sichtbar. Sie verlassen die Haut durch kleine Löcher (zeigt auf die Schweißdrüsenöffnungen). Den ersten Wurm zog er sich vor 5—6 Jahren aus dem Knie. Sie fliegen in der Luft herum; man sieht sie deutlich fliegen, man atmet sie ein, und bekommt man sie in den Mund, so wird einem übel. Die Stimmen, die er ständig hört, reden durchs Lillentelephon, das quietscht und quatscht. Sie reden in seine Gespräche hinein und hören nicht auf, wenn er spricht. „Die Lille zwingt uns zu sprechen, sie umgibt uns mit ihrem Dunst, die Lille drängt die Worte auf und wir müssen sie selbst aussprechen. Die Sache ist doch ganz natürlich, wenn der Mensch gequält wird und in seiner Lage bedrängt wird, so ist es doch möglich, daß der Wurm in ihn hineinfährt und der Sprechgeist schlägt dann an den Wurm und sobald der Wurm heraus ist, fängt er an zu sprechen.“

Ähnliches legte G. in einem ausführlichen Schriftstück über seine Beobachtungen mit den Würmern nieder. — Sein äußeres Verhalten während des Klinikaufenthaltes war gekennzeichnet durch seine Indolenz und Interesselosigkeit. Er verkehrte wenig mit anderen Kranken, seine Stimmung wechselte zwischen humoristischer Euphorie und mürrischem Mißmut. Seine Ideen bringt er ohne Affekt wie interessante Selbstbeobachtungen vor. Man sieht ihn häufig an seinen Händen herumfingern und sich die langen Würmer aus der Haut ziehen, sie sorgfältig aufrollen und zum Fenster hinauswerfen. Wiederholt beklagt er sich grundlos, daß Kranke über ihn schelten, an ihm herumrörgeln und sich mit ihm zu schaffen machen. Andere werfen ihm Würmer zu; er gibt ihnen telephonisch durch die Kopfstimme zu verstehen, daß er sich das verbitte. In der Heil- und Pflegeanstalt, wohin er am 7. 11. 1901 überführt wurde, war er zu keinerlei Beschäftigung zu bewegen. Seine schlagfertigen Bemerkungen, sein Sarkasmus und Mutterwitz täuschen etwas über die Defekte hinweg, die vorzugsweise auf gemüthlichem Gebiet liegen. Entlassungswünsche unterzeichnet er mit Karl Amandus Graf von Glied, Schuhmacher. An seinen Wahnideen hält er fest, in der Erregung bringt er aber auch Größenideen zutage. In Briefen an den Kaiser bittet er um adlige Rechte. Er trägt eine umfangreiche Tasche mit sich, in der sich massenhaft Akten und Papiere finden. Spontan spricht er nicht von seinem Wahn. Sein Benehmen ist natürlich, geordnet und frei von Verschrobenheiten.

WILMANNs weist auf die Ähnlichkeit des Verhaltens des Kranken mit dem Deliranten hin, besonders wenn er sich die Lillen aus der Haut zog, sie sorgfältig auf den Finger streifte, aufrollte und zum Fenster hinauswarf. Auch die humoristisch gefärbte gehobene, selbstbewußte Stimmung ließ daran denken, daß es sich um Äußerungen einer chronischen atypischen Alkoholpsychose handle. Gegen diese Diagnose aber spreche die außerordentliche Indolenz und Interesselosigkeit des Kranken, die in diesem Maße auch dem imbezillen chronischen Alkoholisten ohne größere Merkfähigkeitsstörung nicht zukomme. Schließlich sprechen die Äußerungen über Gedankenlautwerden und Gefühlshalluzinationen ohne jede affektive Betonung für einen der *Dementia praecox* angehörenden Verblödungsprozeß.

Auch bei chronischen *Korsakoff-Zuständen* nach Alkoholismus sind ähnliche, sehr eigenartige, wahnhaftige, halluzinatorische Zustandsbilder beschrieben, die an schizophrene Endzustände erinnern. STEINTHAL hat aus unserer Klinik einen solchen Fall mitgeteilt, bei dem nach eingehender Untersuchung sich aber die Unterschiede gegenüber schizophrenen Bildern doch sehr deutlich herauskristallisierten.

Schließlich kennen wir nicht seltene Fälle, in welchen ein alkoholisch mitbedingter *Eifersuchtswahn* den Beginn einer im späteren Alter ausbrechenden Schizophrenie färbt. In der Literatur sind, soviel wir wissen, bisher entsprechende Fälle nicht mitgeteilt. Auf der anderen Seite ist auch die Genese des alkoholischen Eifersuchtswahns, insbesondere die Frage, inwieweit er durch die Kon-



stitution mitbedingt ist, wenig geklärt. Vergegenwärtigt man sich aber, wie stark der schizophrene Prozeß in seinem Beginn durch die verschiedensten äußeren und inneren Einflüsse pathoplastisch geformt werden kann, so wird man sich nicht darüber wundern, daß auch diese pathoplastische Verschleierung vorkommt.

## 2. Mischpsychosen.

### *a) Mischungen mit dem zirkulären Formenkreis.*

Während SCHRÖDER und BINSWANGER ihre Gruppe der degenerativen Erkrankungen *neben* die beiden KRAEPELINSchen Formenkreise stellen, mit der Absicht, das ermüdende Entweder — Oder der Differentialdiagnose zu überwinden, und auch KLEIST (vgl. die später besprochene Arbeit von HERZ) eine Bezugnahme auf die Schizophrenie für die atypischen Bilder ablehnt<sup>1</sup>, wurde von KAHN und HOFFMANN, anknüpfend an die Lehre KRETSCHMERS, die Auffassung der unklaren Fälle angebahnt, welche sie als das Ergebnis einer Mischung der beiden Kreise (oder auch mit dem epileptischen Kreis) ansah. Das war erst aussichtsvoll, nachdem KRETSCHMER den Parallellismus der Schizophrenen mit den zirkulären Erkrankungen dadurch vervollständigt hatte, daß er von einem Teil der schizophrenen Symptome aus Linien zu normalen Charaktereigenschaften zog und so den lückenlosen Übergang schizophren-schizoid-schizothym konstruierte, der dem längst bekannten zwischen manisch-depressiven Symptomen und zyklithymen Temperament entsprach. Diese Entsprechung wurde aber nicht nur als eine formale, sondern zugleich als eine inhaltlich-psychologische entworfen, so daß der Schizothyme als eine Art Gegenbild des Zyklithymen erschien. Nur dadurch war ja das viel zitierte Wort BLEULERS möglich und sinnvoll, daß jeder Mensch eine Mischung von schizothymen und „syntonen“ Bestandteilen aufweise. Mit der Möglichkeit einer solchen Verallgemeinerung war zugleich die Schwäche der KRETSCHMERSchen Konstruktion enthüllt; aber es ist bis heute keinem Kritiker der Lehre gelungen, das psychologische Prinzip aufzuweisen, auf Grund dessen eine solche Zweiteilung anwendbar ist, und damit die Grenzen ihrer Gültigkeit klarzustellen. Da es sich um Erbkrankheiten handelt, lag es nahe, jene zugeordneten „Temperamente“ als Erscheinungen der entsprechenden „Konstitution“ anzusehen; da außerdem den Erkrankungen statistisch bestimmte Körperbautypen entsprachen, wurde auch eine körperbaumäßige Bestimmtheit der Temperamente angenommen, alles das durch die durchgängige Zweiteilung übersichtlich vereinfacht.

Man muß sich die Hauptlinien dieses Gebäudes gegenwärtig halten, um die Mischungsmöglichkeiten zu verstehen, welche auf Grund dieser Theorien im Gebiete der Schizophrenie auftreten können. Es sind möglich: Schizophrene mit pyknischem Körperbau, mit präpsychotischem zyklithymen Temperament oder mit zirkulären Einschlügen in der Psychose; ferner Schizophrene, bei welchen nicht der eigene Körperbau, das eigene präpsychotische Temperament auf die Gestaltung des Krankheitsbildes wirkt, sondern Körperbau oder Temperament oder Erkrankung irgendwo in der Heredität, „so daß zirkuläre Register durch den schizophrenen Prozeß mobilisiert werden können“ (KAHN). Die Wirkung der Anlagemomente aus dem zirkulären Kreis auf die Krankheitsgestaltung kann sich äußern: 1. in periodischem Verlauf, 2. in guten Remissionen, 3. in der relativ wohl erhaltenen Persönlichkeit auch nach langer Krankheitsdauer, 4. in zirkulären Einschiebseln in das schizophrene Krankheitsbild durch die ganze Dauer der Erkrankung, 5. in Ablösung der einen Symptomengruppe durch die

<sup>1</sup> „... besonders aber, weil die Symptombilder der meisten atypischen Psychosen gar keine Mischung aus anderen bekannten Krankheitsbildern erkennen lassen, sondern als etwas einfaches und ursprüngliches erscheinen“ (1928).

andere (Erscheinungswechsel: HOFFMANN) an einem bestimmten Punkt des Verlaufs, insbesondere Ausgang zirkulärer Psychosen in einen schizophrener Defekt („Ursteinspsychose“).

Alle diese Möglichkeiten sind angenommen und durch entsprechend deutbare Fälle belegt worden. Wie kühn dabei von KRETSCHMER, GAUPP und MAUZ das „Mischgebiet“ der „intermediären Psychosen“ erweitert und ausgestaltet wird, hat bereits LANGE in dem entsprechenden Beitrag zu diesem Handbuch (Bd. 6, S. 170 ff.) dargestellt. Wir fragen uns, was von diesen Annahmen auf dem Gebiet der Schizophrenie bewiesen ist, im vorliegenden Zusammenhang, bei welchen klinischen Erscheinungen heute eine Mischung mit zirkulären Erbanlagen klinisch einleuchtend nachzuweisen ist.

Daß eine Kombination der beiden Formenkreise vorkommen kann, wird jetzt allgemein anerkannt und zwar auch gerade von den Forschern, welche der Parallellität, in der sie von der Tübinger Schule gesehen werden, nicht zustimmen können, da sie die normalisierende Verdünnung bestimmter schizophrener Symptome durch KRETSCHMER für verfehlt halten. Denn gerade wenn man der Schizophrenie wegen der Mannigfaltigkeit der schizophrenen Symptome, ihrer Verwandtschaft zu den „organischen“ Psychosen und auch wegen der Unübersichtlichkeit ihres Erbganges eine Stellung in der psychiatrischen Krankheitslehre zuweist, die nicht mit der des manisch-depressiven Irreseins zu vergleichen ist, steht der Annahme einer zufälligen Vereinigung der beiden Erkrankungen nichts im Wege. GAUPP hat früher solche Kombinationen verschiedener Anlagekrankheiten abgelehnt; bestimmte hirnphysiologische und erbtheoretische Vorstellungen (Aufbauanalyse, Faktorenkoppelung, Pathoklise) legen heute ihre Annahme nahe, geben jedenfalls willkommene Erklärungsmöglichkeiten.

Trotzdem wird man sich, wenn man nicht die ganze Welt der individuellen Eigentümlichkeiten in der KRETSCHMERSchen Zweiteilung sieht, dagegen wehren, bei einer so vielgestaltigen Erkrankung wie der Schizophrenie überall dort zykllothyme Konstitutionsanteile anzunehmen, wo etwas Atypisches in Erscheinung tritt. Auch die auf GAUPPs Anregung zurückgehende Arbeit von MAGENAU (s. S. 423) steht auf einem zurückhaltenden und skeptischen Standpunkt, welcher ungefähr dem unseren entspricht. Krankheitsmischungen wird man nur „erwägen, wo eine beiderseitige Belastung wirklich aus dem Auftreten sinnfälliger Psychosen aus beiden Gruppen in der Aszendenz eindeutig erschlossen werden kann“ (WILMANNS). „Konstitutionsmischungen sind wir alle“ (EWALD).

Dementsprechend beweisen die Ergebnisse der Arbeiten, welche allein die Konstitution in Betracht ziehen, wenig für das Problem der Mischpsychosen. So fand EYRICH unter 17 Schizophrenen, deren Körperbau deutlich pyknische Komponente erkennen ließ, 5 chronische Paranoide, 4 periodische Schizophrenien, 4 akute Schizophrenien mit guter Heilung, 2 Fälle mit mäßigem Defekt. Die „klassisch progrediente Schizophrenie, die früh einsetzend in raschem Verlauf zu schwerer Verblödung führte“, wird vermißt. Nur zwei von den 17 Fällen wiesen jedoch zirkuläre Belastung auf. Hören wir überdies, daß 14 Psychosen erst nach dem 25. Lebensjahr, 7 nach dem 30. erkranken, so fragen wir zunächst: würde eine beliebige gleichgroße Gruppe von Schizophrenen von diesem Altersaufbau nicht ganz ähnliche Eigentümlichkeiten aufweisen? So sind auch die klinischen Charakteristiken, welche der Autor als Kennzeichen der pyknischen Schizophrenen schildert: fehlender Autismus, Drängen nach der Realität, leichte Zugänglichkeit, Fehlen des metaphysischen Ausbaus der Wahnbildung, des Ernstes und des tiefen Ergriffenseins durch den Wahn usw., vielleicht mit der Besonderheit der ursprünglichen Persönlichkeit in Zusammenhang zu bringen, vielleicht mit dem Erkrankungsalter. Hier aber von „überkreuzten Psychosen“

zu sprechen, ist nicht überzeugend. Ähnliches gilt auch von den 3 Fällen, welche GAUPP im Anschluß an ein gemeinsames Referat mit MAUZ 1925 demonstrierte: während die erste Kranke beidseitige Belastung aufweist und auch dem Zustand nach als eine Mischpsychose aufgefaßt werden kann, ist die zweite Patientin eine in Schüben verlaufende Schizophrenie mit Zuständen von Bewußtseins-trübung und traumhaften Erlebnissen ohne eindeutige Heredität; beim 3. Fall handelt es sich um eine paranoide Schizophrenie, dem KRAEPELINSchen Typus der expansiven Paraphrenie entsprechend, welche seit 14 Jahren unverändert besteht; die hereditären Verhältnisse sind nicht aufgeklärt.

Stellt man als Gegenprobe das Ergebnis der Untersuchungen HOFFMANNs über „Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis“ gegenüber, so liest man: bei 10 Familien fand er in einem oder mehreren Fällen eine manisch-depressive Färbung der Psychosen („d. h. entweder manische oder depressive Phasen im Beginn oder zirkuläre Schwankungen im weiteren Verlauf“), davon fehlte in 9 Familien jede zirkuläre Belastung! Auch HOFFMANN kommt sofort zu befriedigenderen Ergebnissen, wenn er die zyklithym-pyknische Konstitution heranzieht: 52,2% der „zirkulären Schizophrenen“ sind zyklithym-pyknisch, während ihr Anteil bei den nichtzirkulären Schizophrenen nur 17,7% beträgt. In der gleichen Arbeit teilt HOFFMANN zwei typische chronische hebephren- katatone Schizophrenien mit, bei denen ein Elternanteil an zirkulären Psychosen erkrankt war. Allerdings begann die eine Hebephrenie mit einer mehrmonatigen Verstimmung, bei dem anderen Kranken konnten „mehrfach leichte Stimmungsschwankungen, in denen er kleinlaut und geduckt schien“, beobachtet werden.

Sind solche Stimmungsanomalien überhaupt etwas „Atypisches“ im Rahmen der Schizophrenie, das der Erklärung aus fremden Beimischungen bedarf? BLEULER hält, „manische und melancholische Symptome“ für „so gewöhnlich, daß wir annehmen müssen, sie werden meist durch den Krankheitsprozeß ausgelöst, gehören also der Schizophrenie an“. LANGE rechnet damit, daß der schizophrene Prozeß „ohne eine spezifische Veranlagung Krankheitserscheinungen auslösen kann, die vorübergehend oder länger sich zirkulären annähern, genau so wie der Alkohol, das Cocain nahezu gesetzmäßig heitere Verstimmung, Erregung und vielfach auch Denkstörung hervorrufen, die in das gleiche Gebiet gehören“. Es handele sich um die „emotionelle Äußerungsform“ KRAEPELINS, die bei jedem Menschen bereit liege und von der Dementia praecox geradezu bevorzugt werde.

Dieser Anschauung kommt um so mehr Bedeutung zu, als LANGES empirische Ergebnisse durchaus nicht gegen die Möglichkeit manisch-depressiv-schizophrener Mischerkrankungen sprechen. Er fand unter seinen 100 Schizophrenen 16 „mehr oder weniger wahrscheinlich mit manisch-depressiven Psychosen belastete“, davon hatten 10 Anfälle von manischer und melancholischer Färbung, 5 weitere nur heiter gefärbte, zeigten aber periodischen Verlauf, nur 1 Fall verblödete in einem Zuge. Bei der Gegenprobe fanden sich außer diesen noch 12 Kranke mit zirkulären Phasen, davon scheiden 2 wegen ungenügender Angaben über die Heredität aus, 3 waren nur einseitig belastet, dagegen 7 beidseitig. Jedoch lauteten hier die Angaben über die Heredität in keinem Fall so, daß man mit einiger Sicherheit eine Psychose des manisch-depressiven Kreises annehmen konnte. Diese „negativen Fälle“ sind nach LANGES Meinung möglicherweise die bedeutungsvollen. Er hält es auf Grund seines Materials neben der oben genannten unmittelbaren Manifestation des schizophrenen Prozesses für möglich, daß „einfach ein zirkuläres Irresein neben einem schizophrenen einhergehe, wobei es wohl einmal möglich wäre, daß das eine oder andere eher beginnt. . . ; endlich scheint in noch anderen Fällen der einzelne Schub des schizophrenen

Prozesses durch eine nebenhergehende Erbanlage ein eigenartiges äußeres Gepräge bekommen zu haben“.

Über diese allgemeinen Eindrücke hinaus scheint es mir notwendig, die oben aufgezählten Ausgestaltungen der Schizophrenie auf ihre Herkunft aus dem zirkulären Kreis und ihre Beweiskraft für die Annahme zirkulärer Erbeeinschläge gesondert zu betrachten.

1. Aus dem *periodischen Verlauf* allein auf eine Mischpsychose zu schließen, scheint um so weniger angebracht, als der remittierende Charakter vieler schizophrener Erkrankungen seit langem bekannt ist. Im Kapitel über den Verlauf wird Gelegenheit sein, darauf näher einzugehen. Diejenigen Autoren, die trotz vieler gleichartiger Rezidive auf die Veränderung der Persönlichkeit geachtet haben und die Fälle lange genug verfolgen konnten, haben in der überwiegenden Mehrzahl auch die Zeichen der „Destruktion“ gefunden. Unter den 100 sicher schizophrenen Kranken LANGES zeigten 77 ausgesprochene Remissionen, dagegen waren, wie erwähnt, nur 16 manisch-depressiv belastet. Trotzdem ist zuzugeben, daß eine über Jahre sich hinziehende Periodizität im Verlauf einer Schizophrenie etwas ungewöhnliches ist und besonders dann zu differentialdiagnostischen Erörterungen Anlaß geben wird, wenn außerdem im Zustandsbild selbst uncharakteristische Symptome hervortreten. BLEULER ist der Meinung, daß die Fälle, „die nach dem Schema des zyklischen Irreseins oder doch mit einer gewissen regelmäßigen Periodizität verlaufen, wohl zu einem großen Teil Mischformen des manisch-depressiven Irreseins mit der Schizophrenie sein werden, evtl. manisch-depressive Anfälle, die bei entsprechender Disposition durch die Schizophrenie ausgelöst werden“. Von den letzteren Formen soll erst später die Rede sein, hier wollen wir uns nur an das Verlaufsmerkmal halten.

Sehen wir uns in der Literatur nach Fällen um, bei denen eine zirkuläre Heredität für den remittierenden Verlauf einer Schizophrenie verantwortlich gemacht werden kann, so ist die Ausbeute dürftig. KAHN teilte 1920 den Fall der *Anna Mann* mit, welche dreimal in größeren Zwischenräumen an schwersten katatonischen Erregungszuständen erkrankt war. Zweimal gingen diese Psychosen in ein „maniakalisches Zustandsbild“ über, das nach dem 3. Schub nur angedeutet war. Jedesmal folgte eine völlige Restitution. Sie ist die Tochter eines sicher manisch-depressiven Vaters, selbst eine zyklotyme Persönlichkeit. HOFFMANN, der 1921 eine ganze Reihe atypischer Psychosen in der Nachkommenschaft von zirkulären sammelte, fand darunter nur zweimal (Familien *Rück* und *Schleich*) remittierende Katatonien, ein ausgesprochen periodischer Verlauf ist aber nicht erwähnt. Unter den von POHLISCH zur Darstellung des hyperkinetischen Symptomenkomplexes mitgeteilten Fällen finden sich 17 rezidivierende Hyperkinesen mit günstigem Ausgang, 5 mal im Rahmen schizophrener Erkrankungen. Ein im eigentlichen Sinn periodischer Verlauf, der über einen etwas längeren Lebensabschnitt überblickt werden kann, liegt bei 11 Fällen vor. Von den 5 Kranken des Gesamtmaterials (56 Fälle), bei denen POHLISCH eine manisch-depressive Belastung nachweisen konnte, gehören nur 2 zu diesen 11 Periodikern, von 3 weiteren Kranken, deren zyklotyme Veranlagung greifbar ist, weist nur einer eine deutliche Periodizität des Verlaufs auf.

Begnügt man sich mit dem Nachweis zyklotyper oder pyknischer Konstitution oder gar einzelner zyklotyper Züge in der präpsychotischen Persönlichkeit, so fehlt es gewiß nicht an Material, aus dem sich ein Einfluß der ursprünglichen Persönlichkeit auf den Verlauf ableiten läßt, worüber in dem prognostischen Teil noch zu sprechen sein wird. Aber in solchen Fällen von „Mischpsychosen“ oder „intermediären“ Psychosen zu sprechen, ist heuristisch doch sehr bedenklich.

Sieht man von den ätiologischen Fragestellungen ab, so sind es, was ja auch aus POHLISCHS Material hervorgeht und KLEIST stets betont hat, vor allem die akuten *psychomotorischen* Zustandsbilder, welche in ihrem Wechsel von Hyperkinese und Akinese, oder im phasischen Auftreten von Erregungszuständen oder von Stuporen, nicht selten eine Periodizität aufweisen. Gerade bei ihnen kann über lange Zeit eine weitgehende Restitution im Intervall eintreten, was ja den stets erneuerten Abtrennungsversuchen vom Schizophreniekreis Vorschub geleistet hat.

Wir geben im folgenden zwei *Beispiele* solcher periodischer Erkrankungen. In dem 1. Fall besteht an der schizophrenen Natur des Leidens kein Zweifel, nachdem eine allmähliche Veränderung der Persönlichkeit schon nach 5 Jahren nachzuweisen ist. Einzelne zyklotyme Züge des Charakters und pyknischer Körperbau sind vielleicht für die Verlaufsart verantwortlich zu machen. Beides fehlt im 2. Fall, der über lange Zeit viel besser remittiert und immer wieder zu differentialdiagnostischen Zweifeln Anlaß gegeben hat; doch lassen sich gewisse Angaben über die Aszendenz als zirkuläre Einschlüge deuten.

*Gertrud Krauth*, (26/448) geb. 1905.

Nach Angabe des Vaters hat sich das Mädchen unauffällig entwickelt. Sie war als Kind gesund, immer die erste Schülerin, folgsam, gutmütig, freundlich und lebhaft. Nach der Schulentlassung lernte sie als Damenschneiderin, bestand ihre Prüfung mit ausgezeichnetem und hatte seit etwa 1924 eine selbständige Damenschneiderei, war außerordentlich pflichteifrig und neigte zur Frömmigkeit. In den letzten Monaten vor Ausbruch der ersten Erkrankung (im 21. Lebensjahr) soll sie sich „sehr überarbeitet“ haben. Sie klagte über Schlaflosigkeit bei Müdigkeit, schien ruhiger wie sonst, hatte wenig Interesse für ihre Umgebung, der Appetit ließ nach, sie schien ängstlich und fragte nach der Bedeutung von Geräuschen, die sie zufällig hörte. 6 Tage vor der Aufnahme in die Klinik (7. 10. 1926) kam sie morgens ans Bett des Vaters, suchte Hilfe, fühlte sich hypnotisiert, sprach davon, alle Sünden der Welt kämen durch sie, sie müsse viel leiden, sich und den Vater verbrennen. In den folgenden Nächten war sie unruhig, sprach viel von religiösen Dingen, sie sei der Heiland, weinte. Bei der Untersuchung im Krankenhaus war sie unzugänglich, streckte die Hände flehend zur Decke und sagte: ich komme zu dir, lieber Heiland. Bei der Aufnahme in die Klinik war sie sehr ängstlich, drängte fort, beruhigte sich aber verhältnismäßig bald. Sie erzählte nach drei Tagen von schreckhaften Träumen und Erlebnissen, die der Psychose vorausgegangen seien. Sie sei aus einem ängstlichen Traum erwacht, habe eine Stimme gehört, die ihr alle Schuld zuschob. Sie hatte das Gefühl, als sei sie gestorben, sie habe am ganzen Körper zucken müssen, es war wie ein Anfall. Auf einmal war es ihr so leicht, das Zimmer war heller wie sonst. Sie glaubte, daß alle Menschen außer ihr schlecht seien, nur sie sei gut, dabei kam ein großes Glücksgefühl über sie. Sie hörte den Petrus mit den Himmelschlüsseln rasseln, er kam an alle Türen, nur nicht an ihre Tür, sie hatte das Gefühl, sie sänke immer tiefer; wenn jemand an die Tür kam, glaubte sie, es sei der Teufel, es war, als wenn sie die ganze Leidensgeschichte Jesu am eigenen Körper erleben und wieder geboren werden müsse. Hier in der Klinik habe sie gemeint, im Kloster zu sein; sie habe das Gefühl gehabt, das müsse sie allen Leuten sagen, daß Jesus wieder auf die Welt gekommen sei. Als sie das rote Licht im Wachsaal sah, glaubte sie, der Teufel sei da. Sehr bald aber sei sie zur Einsicht gekommen, sie sei verdreht und im Kopf krank. Ähnliche Angaben machte sie dann noch in den folgenden Tagen. Sie berichtete eingehend über ein ekstatisches Himmelfahrtserlebnis, wobei ihr Kopf der Heiland war Am 17. 10. fühlte sie sich noch etwas matt und müde, zeigte aber volle Krankheitseinsicht und eine warme, schmiegsame Affektivität, so daß sie geheilt entlassen werden konnte.

Bei der 2. Aufnahme (am 8. 3. 1928) war Fräulein K. völlig geordnet und unauffällig. 4 Wochen vor der Aufnahme hatte sie schon zeitweise im Bett gelegen und verwirrtes Zeug geredet. Der Zustand ging aber vorüber, und erst 3 Tage vor der Aufnahme verweigerte sie die Nahrung und äußerte ihre religiösen Wahnideen. Bei der Verbringung sang sie dauernd halblaut. Sie bejahte, daß sie die Schwester vom letzten Aufenthalt her kenne, reagierte auf alle weiteren Fragen nicht mehr. In den ersten 4 Tagen lief sie tänzelnd mit erhobenen Armen auf der Abteilung umher und sang stundenlang mit leiser, melodioser Stimme: ich bin die Elfenkönigin, ich bin wie eine Wasserrose. Am Tage nach der Aufnahme war sie einmal kurz zu fixieren. Dabei ergab sich, daß sie örtlich und zeitlich vollkommen orientiert war. Sie erklärte, sie könne jetzt nicht soviel schaffen, sie müsse immer denken. Hier sei die verkehrte Welt, die richtige Welt sei die entschwundene, die muß ganz entschwunden sein, die muß ganz verschwinden. Sie sei hierher gekommen, weil sie verzaubert sei, sie habe so viele Male sterben müssen, weil sie habe Welten beleben müssen. „Ich muß der Storch werden oder der Schwan, schön müssen sie doch werden, die kleinen

Kinder, das Leben muß jetzt doch sein wie eine Blume, die kleinen Kinder müssen doch aus einer Blume entsproßen“. Sie müsse alle Leute gesund machen, der Heiland sei noch gar nicht auf der Welt gewesen. Jetzt müsse die Welt aufbiegen und einrollen und auseinandergehen und alles in sich verschwinden machen. Bei diesen Sätzen machte sie lebhafteste Gesten mit den Händen, wobei sie diese Vorgänge mimisch andeutete. Bei einem Versuch, sie im Untersuchungszimmer am folgenden Tag zu explorieren, sank sie in sich zusammen und antwortete auf alle Fragen nur nach mehrmaligem wiederholten Schütteln. Sie schien vollkommen versunken; die einzige spontane Äußerung war ein häufiges leichtes Ausspucken auf den Fußboden. Sie gab dann nach der Beruhigung wiederum ausführliche Auskunft über halluzinatorische Erlebnisse. Die Welt habe sich um sie gedreht, alles sei nur ihretwegen gewesen, was die anderen sagten, schien einen tieferen Sinn für sie zu haben, sie habe immer ans neue Testament gedacht, habe gemeint, sie müsse fort und durch die Welt reisen. Sie erzählt von halluzinierten Farben, die sie im Krankenhaus gesehen haben will. Sie habe einen kleinen weißen Vogel gesehen, von dem sie gemeint habe, er sitze auf ihrer Achsel, ein weißes Roß mit silbernen Zügeln. Sie selbst war die Elfenkönigin, wenn sie aus dem Bett fiel, sei ihr gewesen, als wenn sie auf das Roß gefallen sei, sie habe sich verfolgt gefühlt u. dgl. m. Vor der Entlassung am 25. 3. 1928 war sie wiederum vollkommen klar und ruhig. Sie gab nur an, sie werde zuweilen noch immer von den Gedanken an jene Erlebnisse verfolgt, das rege sie auf, sie gebe sich Mühe jene Zeit zu vergessen. Sie war zuletzt nett, freundlich, willig und hilfsbereit gegenüber dem Personal, leicht depressiv verstimmt.

Inzwischen hatte die Pat. einen weiteren Schub der Erkrankung in einer Heil- und Pflegeanstalt durchgemacht. Der Verlauf war ganz ähnlich wie die früheren. Schon nach 2 Tagen war sie in der Anstalt klar und gab geordnet Auskunft über ihre Erlebnisse. Sie war nur vom 19. 10. bis 4. 11. 1928 in der Anstalt untergebracht.

Die 3. Aufnahme in die Klinik (4. Schub) erfolgte ungefähr genau ein Jahr später (2. 3. 1929). Der Zustand ekstatischer Erregung war zunächst vollkommen der gleiche wie bei der vorigen Behandlung. Er dauerte in der Klinik auch ungefähr wieder 4 Tage. Dann gab die Kranke in recht geordneter Weise Auskunft über ihre Erlebnisse. Sie hat nach ihrer Angabe in der Zwischenzeit wiederum als Näherin gearbeitet. Sie bestritt selbst, etwa durch Überarbeitung krank geworden zu sein. Auf der Fahrt nach Heidelberg hielt sie sich plötzlich für Schneewittchen im Glassarg, habe den Glassarg zerschlagen wollen, deshalb die Fensterscheiben hinausgeschlagen.

Das sei das Merkwürdige, daß sie genau die Umgebung kenne, daß diese auch ihr nicht irgendwie verändert vorkomme und daß sie trotzdem alles für etwas anderes ansehen und es für wahr halten könne. So hielt sie sich abwechselnd für Schneewittchen, Christus, Maria, die Braut Christi. Oft schien es ihr, als habe sie die Aufgabe, Jesus auf die Welt und die Leute zum Frieden zu bringen. „Ich meine, ich muß zwischen Krieg und Frieden siegen. Ich weiß selbst nicht, wie ich zu den Gedanken komme, ich weiß in dem Moment aus mir selbst, daß ich die Maria, die Braut Jesu bin“. Sie erzählt dann vom Teufel, von Verfolgungen. Sicherere Angaben über Halluzinationen waren diesmal nicht zu erhalten. Bei dieser Aufnahme gibt die Kranke auch an, daß sie zur Zeit ihrer Periode immer traurig verstimmt sei und grundlos weinen müsse. Die letzte Periode war zur Zeit der Psychose aufgetreten. Sie berichtet dabei auch, daß sie kurz vor der jetzigen Erkrankung 2 Maskenbälle besucht habe, doch habe es ihr nicht gefallen. Sie habe keine Beziehungen zu Männern, sie wüßte manchen, der ihr gefiele, käme aber nicht an ihn heran, weil sie zu vorsichtig sei. Das weitere Verhalten stimmte mit dem der früheren Aufenthalte überein. Wiederum ist betont, daß sie den Eindruck eines weichen, schmiegsamen Menschen machte, der sich in verantwortungsvoller Weise Gedanken über sich und seine Zukunft machte. Nach 14 Tagen erfolgte wiederum Entlassung.

Die beiden nächsten Erkrankungen vom 20. 11. bis 1. 12. 1929. vom 29. 3. bis 13. 4. 1930 können zusammenfassend berichtet werden. Beide Male ekstatisch verzückte Erregungszustände, unansprechbar, stumm, plötzlich schlägt sie die Augen auf, blickt mit verzücktem Gesichtsausdruck ins Leere, verläßt das Bett und tänzelt schwebend im Zimmer herum. Vielfach zeigt das Verhalten ausgesprochen puerlistische Züge. Sie spricht in einzelnen abgehackten Worten wie ein kleines Kind und zeigt manche läppischen Züge. Nach wenigen Tagen wird sie dann frei und macht geordnete Angaben. So berichtet sie bei der 5. Aufnahme, sie habe das Gefühl gehabt, alle Kraft sei gebrochen, sie sei gelähmt, alles Blut sei von ihr gewichen. Sie habe sich als Opferlamm gefühlt, habe den Vorhang vom Fenster gerissen, daß alle Menschen es sehen könnten. Sie habe gemeint, sie könne von der Erde wegfiegen, sie habe starr in die Sonne gesehen, die wie eine Sonnenuhr aussah. Sie sei äußerst schmerzempfindlich gewesen, sie habe keine Haarnadeln haben können die Kleider hätten sie gedrückt. Sie meinte, sie sei ein Engel, sie mußte die ganze Passion durchleben u. dgl. m. Bereits 14 Tage nach der 5. Aufnahme mußte sie wieder in die Klinik verbracht werden (30. 4. 1930). Der jetzige Erregungszustand dauerte wesentlich länger an. Sie war von vornherein motorisch recht erregt und unansprechbar, nicht zu fixieren.

Nach einer Occipitalpunktion (30,0 ccm klarer Liquor) war sie vorübergehend freier, aber doch noch deutlich umschleiert, ratlos und staunend, dabei kindlich ungeniert, sehr anschiegend und liebebedürftig. Immerhin gelang es, sie, wenn auch in einer stockenden Unterhaltung, zu befragen. Sie hat auch in der kurzen Zwischenzeit ihre Schneiderarbeit wieder aufgenommen, aber gemeint, die Zeit, wo die Welt anders werde, sei gekommen. Sie habe daran denken müssen, sich von der Sonne beeinflusst gefühlt, plötzlich sei ihr die Erkenntnis gekommen, die Sonne werde befruchtend wirken und gebären. Der Mensch werde wie aus Marmor gemeißelt und bekomme blaues Blut. Sie sah den Himmel der ganzen Welt wie einen Glaubensbogen, oben den lieben Gott mit weißem Kopf als Beherrscher. Dann verfiel sie wieder in ihren früheren Zustand, war ständig verzückt, versonnen, zu keiner geordneten Unterhaltung fixierbar, puerilistisch, anschiegsam, läppisch, geziert, den ganzen Tag trägt sie Blumen mit sich herum, unmotiviertes Lachen und Grimassieren. Auf die Frage über ihre Tänzelei gibt sie am 30. 5. Auskunft: „ich muß halt tanzen, wie wenn ich damit anderen Leuten helfen könnte. Ich möchte erreichen, daß es nur noch Bruder und Schwester gibt und nicht mehr Mann und Frau“. Das sei eine Verbesserung, wenn der Mensch das Tierische ablege. Der Zustand besserte sich nicht. Offensichtlich infolge von lebhaften Halluzinationen trat zeitweise starker Angsteffekt auf. Sie versank immer mehr, nahm keinen Anteil an ihrer Umgebung, zeigte deutlich eine getriebene Unruhe, ließ Urin in eine Zimmerecke, versuchte sich damit das Gesicht zu waschen, zuletzt war sie völlig unzugänglich und ging auf gar keine Frage mehr ein. So wurde sie am 5. 9. 1930 in die Heil- und Pflegeanstalt verlegt, von wo sie am 8. 10. 1930 entlassen werden konnte.

Am 13. 2. 1931 sahen wir sie in der freien Zwischenzeit zur Invalidenbegutachtung. Sie gab an, Anfang November ihren Beruf wieder aufgenommen zu haben, doch habe sie bisher nur mit Schonung gearbeitet. Sie klagt über Schmerzen im Hinterkopf und in den Schläfen, wenn sie sich aufrege. Am Herzen spüre sie häufig einen Druck, es gehe ihr alles ans Herz, was ihr vorkomme. Ab und zu komme ihr manchmal dieser oder jener Gedanke von mariaähnlichen Menschen, von der Umgestaltung der Menschheit u. dgl. „Ich bin doch ein dummes Mädel, ich hätte längst verheiratet sein können, wenn ich nicht so viel grübelte“. Die unnatürlichen Gedanken hätten sie krank gemacht, sie glaube bestimmt, daß nicht noch einmal solche Gedanken in ihren Kopf kämen. Bei dem Gespräch zeigte sie sich noch sehr labil, zeitweise auffallend euphorisch, leicht verzückt, in Gestik und Mimik maniert, besonders trat ein läppisches Lachen hervor. Sie betonte ihre Strebsamkeit und Gewissenhaftigkeit, ihre übertriebene Genauigkeit beim Arbeiten. Im ganzen ist der Eindruck der einer stark veränderten Persönlichkeit; die frühere Wärme und Lebensnähe sind geschwunden.

Beim Körperbefund fanden sich nie deutlich neurologische Zeichen, einmal sind leichte Reflexdifferenzen notiert. An Rumpf und Gliedern fanden sich zahlreiche psoriatische Herde. Körperbaulich ist Fräulein K. Pyknikerin.

*Josef Bolz* (02/89), geb. 1882 (s. Verlaufsschema, Abb. 20).

Bs. Mutter soll angeblich vorübergehend an Schwermut gelitten haben, ein Sohn der Mutters Schwester beging Suizid, sonst ist von erblicher Belastung nichts bekannt. In der Schule ist B. zweimal sitzen geblieben. Er hat sich im übrigen normal entwickelt, lernte als Tapezierer, war sehr fleißig, erhielt 2 Diplome, war einige Zeit auf der Wanderschaft und machte sich später selbständig. Im übrigen lebte er vollkommen unauffällig bis zum Ausbruch der ersten Psychose im 20. Lebensjahr. Sie schloß sich an eine Auseinandersetzung mit einem Meister an, mit dem er in Lohnstreitigkeiten geriet, jedoch nicht unmittelbar, vielmehr erzählte er zu Hause ganz ruhig von diesem Vorkommnis. Am Abend wurde er plötzlich ängstlich, nachdem er vorher ein Glas Bier getrunken hatte, glaubte sich verfolgt, ein Mann liege unter dem Bett. Im Krankenhaus war er zunächst sehr erregt, erwies sich aber als orientiert. In jedem Besucher sah er einen Verfolger. Nach der Verbringung in die Klinik am 12. 6. 1902 war er vollkommen mutazistisch und kataleptisch, machte beim Stechen keinerlei Abwehrbewegungen. Am Tage nach der Aufnahme erschien er ängstlich, ratlos, antwortete auf alle Fragen mit: ich weiß nicht. Der stuporöse Zustand hielt an, doch sprang er plötzlich aus dem Bett auf und riß ein Eßgeschirr vom Tisch, um sich dann sofort wieder hinzulegen. Am 18. 6. war er bereits wieder beruhigt und erzählte am folgenden Tage in völlig geordneter Weise über die Streitigkeiten mit dem Meister und von dem Beginn der Psychose. Er sah Männer vorbeispringen, die ihn bedrohten, ihm den Weg abschnitten, beim Passieren der Brücke waren Leute aufgestellt, um ihn einzuschüchtern, sie sprachen über ihn, er glaubte sich elektrisch beeinflusst, auf der Treppe hörte er: jetzt kriegen wir ihn; alles ging so rasch, alles hat gewackelt, plötzlich waren die Verfolger in der Wohnung, alles geschah durch den elektrischen Strom. Auch in der Klinik glaubte er, daß die Verfolger ihm noch nachstellten. Man habe ihn durch Pillen geschlechtskrank gemacht. Eine Intelligenzprüfung ergab ein mittelmäßiges Ergebnis, vor allem einen verhältnismäßig engen geistigen Gesichtskreis. Bei der Entlassung am 20. 6. hielt er an der Tatsächlichkeit der elektrischen Beeinflussung fest, zeigte aber ein dunkles Krankheitsgefühl

Die zweite Erkrankung trat über 3 Jahre später ein. In der Zwischenzeit war er nach Angabe der Frau gesund, fidel und lustig, arbeitete fleißig und verdiente wie früher. Eines Abends kam er plötzlich nach Hause, weinte, schrie: wir brauchen kein Gold und Silber, rief nach seinem Vater, sagte, sein Bruder sei tot und warf die Lampe zusammen. Wiederum äußerte er Verfolgungsideen und kam in schwer erregtem Zustand am 15. 12. 1905 in die Klinik. Die Erregung wird als „läppisch“ und „theatralisch-manieriert“ bezeichnet. Der hochgradige Bewegungsdrang mit Neigung zu Gewalttätigkeiten gegen das Personal dauerte bei völliger Unzugänglichkeit etwa 6 Tage. Am 28. 12. konnte er bereits wieder entlassen werden.

Die nächste Erkrankung fällt in das folgende Jahr und von da ab ist B. fast alljährlich mit gleichartigen Krankheitszuständen in der hiesigen Klinik gewesen (vgl. Verlaufsschema). Jedesmal handelt es sich um akut ausbrechende katatone Erregungszustände mit hochgradiger motorischer und sprachmotorischer Erregung. Seine sprachlichen Äußerungen sind häufig pathetisch. Er ist in diesem Zustand gar nicht zu fixieren und hat bei aller Maniertheit, Verschrobenheit und Unzugänglichkeit noch häufig etwas Theatralisches in seinem Benehmen. Einmal zieht er mit einem Katatoniker durch die Abteilung im Stehschritt und singt die Wacht am Rhein. Vielfach ist beschrieben, daß

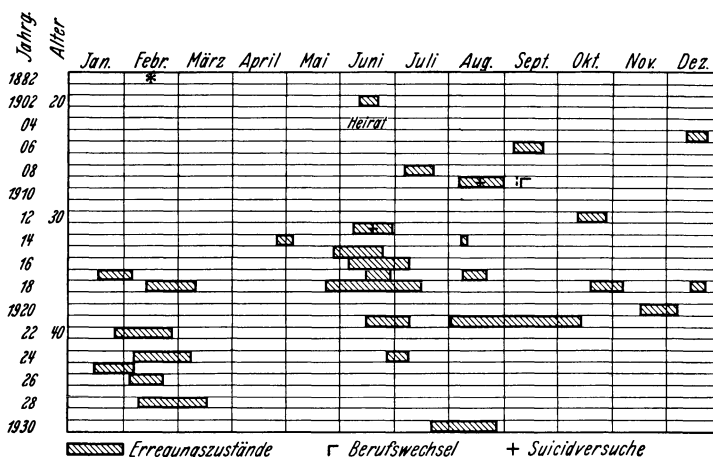


Abb. 20. Verlaufsschema Jos. Bolz.

er verhältnismäßig ruhig im Bade oder im Bett liegt, bei Annäherung der Visite aber aufspringt und losbrüllt. Dabei macht er vielfach vertrackte Gesten, grimassiert, manchmal wird auch das Grimassieren beobachtet, ohne daß er dabei spricht. Die Zustände gleichen sich in der Folgezeit sehr, doch treten gewisse Variationen im Laufe der Zeit hervor: So macht B. zweimal in den Erregungszuständen recht ernsthafte Selbstmordversuche, indem er sich in einem unbewachten Augenblick aufzuhängen versucht. Der Ausbruch der Erregung erfolgt manchmal nach kleinen Auseinandersetzungen und im Zusammenhang mit Schwierigkeiten, die aber natürlich keinen adäquaten Anlaß darstellen können. In den meisten Fällen aber liegt nicht einmal eine solche Auslösung vor, sondern mitten bei der Arbeit, während des Kartoffelabladens beginnt B. plötzlich zu schreien oder er reißt sich im Zimmer die Kleider vom Leibe und tritt nackt auf den Balkon oder aber die Erregung beginnt, wie das bei den letzten Anfällen vielfach von der Frau beobachtet wurde, mitten aus dem Schlaf. B. springt auf, schlägt irgend etwas zusammen, schreit, tobt, muß gehalten werden. Er wird dann ins Krankenhaus verbracht, von wo er nur unter Anwendung starker Hypnotika in die Klinik überführt werden kann.

Eine Zeitlang spielen in den Erregungszuständen verschrobene Wortneubildungen oder Wortspielereien eine Rolle, die er immer wieder vorbringt, alles in einem merkwürdigen deklamierenden Tonfall. Mitten in den obstru-ten Verbigerationen nimmt er aber Bezug auf seine Umgebung, flicht die Namen der erscheinenden Ärzte ein, obwohl es meist ganz unmöglich ist, ihn auf irgendeine Frage zu fixieren. Folgende stenographierten Stichproben seiner Reden sind aus dem Jahre 1913 notiert: Die Seele des Himmels vergelt ich euch, ihr Feindeskinder ... geschlagen aus dem Walde des Stolzes ... geschmissen in die Leiber des Kindes ... uns kriegt die Welt nicht, uns ist das Land des Todes ... 1700 unter Barbarossa, das Los über uns ... seid ihr Dreifuß in das heilige Himmelszelt ... ich bin ehrlich und bleibe ein Anarchist... es sind die Wölfe... das ist ein Schimmer, das ist ein Stümper, für wezet kaise lo ... ihr könnt mich nicht mit den Wölfen fürchten ... richtet mich ihr



Hohen, es ist verloren . . .“<sup>1</sup>. Wenn die Erregung, in welcher er neben seiner manierten Theatralik auch manchmal zu hinterlistigen Gewalttätigkeiten neigt, abgeklungen ist, ist B. meist einige Tage stark verstimmt und wenig zugänglich. Wird er dann frei, so ändert sich sein Gesichtsausdruck vollständig; während er im Erregungszustand einen kongestionierten Kopf mit leuchtenden Augen zeigt, ist er hinterher ruhig, bescheiden, zurückhaltend und sein Gesichtsausdruck scheint befangen und stumpf.

Während nun die Erinnerung für die ersten Psychosen, soweit danach gefragt wurde, offenbar nicht beeinträchtigt war, wird von der 6. Aufnahme ab immer wieder beobachtet, daß B. für den akuten Zustand *fast amnestisch* ist. Es bestehen einzelne Erinnerunginseln, er erinnert sich etwa, daß er die kleine Zelle im Spital wiedererkannt hat, an einen Moment der Wagenfahrt in die Klinik, daß er einmal aus der Klinik herausverlangt hat; aber im übrigen ist die Erinnerung weitgehend aufgehoben. Er erklärte später immer wieder, daß er sozusagen nach Abklingen der Erregung erwache, sich erst orientieren müsse, wo er sei. Dabei ist aber zu betonen, daß objektiv von einer Bewußtseinsstrübung nicht die Rede sein kann, daß aus seinen eingestreuten Bemerkungen immer klar hervorgeht, daß B. weiß, wo er ist und mit wem er es zu tun hat. Die späteren Erregungszustände sind teilweise von längerer Dauer, es tritt mitunter vorübergehend eine Beruhigung ein und dann bricht die Erregung von neuem los. Eine Psychose trat auf, als er den militärischen Gestellungsbefehl erhielt.

Über das Verhalten des B. in den freien Zwischenzeiten hat die Frau recht verschiedene Angaben gemacht. Einerseits hat sie immer wieder betont, daß er vollkommen geordnet und unauffällig sei und seinem Geschäft nachgehen könne. Andererseits hat B. seine Tätigkeit als Tapezierer aufgegeben und betreibt mit der Frau ein Gemüsegeschäft, in welchem er selbst mehr die Rolle des Hausburschen spielt. Die Frau hat auch 1913 angegeben, B. sei in den freien Zeiten immer für sich, wolle allein sein, meide jeden Alkohol, er sitze da, stiere in ein Loch, stütze den Kopf auf, er sei wegen jeder Kleinigkeit sehr erregbar, arbeite nur, wenn er wolle, er schlafe auffallend viel. Die letztere Angabe hat sie später häufig wiederholt, im übrigen aber hervorgehoben, daß er seinen ganzen Verstand noch habe, daß man alles mit ihm besprechen könne. Daß B. in der Tat erregbar ist, dafür spricht, daß er 1911 und 1912 wegen Körperverletzung und Hausfriedensbruch bestraft wurde. Dabei sind irgendwelche Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit nicht aufgetaucht!

Um nun ein Bild über das Verhalten des B. in den Intervallen zu bekommen, haben wir in den Jahren 1920 und 1921 ihn regelmäßig in die Sprechstunde einbestellt und ihn mit Hypnose behandelt. Es erschien alle 14 Tage ein stiller, bescheidener, etwas ängstlicher Mann, der verhältnismäßig leicht in einen tiefen hypnotischen Schlaf zu versetzen war, mit totaler Amnesie und posthypnotischen Aufträgen. Dagegen gelang es in der Hypnose nicht, die angeblich geschwundene Erinnerung für die psychotischen Phasen aufzuhellen. B. war dankbar und freundlich, zeigte aber immer ein etwas stilles und gedrücktes Wesen, war einsilbig und ohne rechte Initiative. 2 Tage vor dem Ausbruch des 24. Erregungszustandes war er zu der psychotherapeutischen Sitzung noch anwesend, man merkte ihn nicht das Geringste an. Beim letzten Aufenthalt in der hiesigen Klinik vom 8. 2. bis 6. 3. 1928 war die Erregung nach einem zweijährigen Zwischenraum wieder ausgebrochen, nachdem er allerlei Ärger über die Kinder und persönliches Mißgeschick erlitten hatte. Er gab damals an, daß er auch in der Zwischenzeit einen Selbstmordversuch gemacht hat. Nachdem die Erregung schon abgeklungen schien, trat sie aufs neue wieder auf. In ihrer Form glich sie vollkommen den früheren Psychosen. Das Bewegungsverhalten ist von HOMBURGER S. 242 beschrieben. Nach einem weiteren über 2 Jahre währenden Intervall machte er die letzte analoge Psychose vom 24. 7. bis 27. 8. 1930 in der Anstalt Wiesloch durch. Sie brach aus während der Nachbehandlung nach einer Hämorrhoidenoperation auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses.

So wenig eine Deutung des Falles Bolz als eine zirkulär-schizophrene Mischpsychose befriedigen kann — auch die hypothetische Mischung von Konstitutionsanteilen versagt hier als Erklärung<sup>1</sup> — so wird doch durch die anfallsartige Plötzlichkeit des Einsetzens der Erregungen und durch die Amnesie der Gedanke an *epileptische* Einmischungen nahe gelegt, wie solche auch von SCHRÖDER bei der Mitteilung eines analogen Falles (Fall 4, *Frieda Tor*, in „Ungewöhnlich periodische

<sup>1</sup> Auch LANGE kommt 1926 in einem Vortragsreferat in bezug auf „hyperkinetische Motilitätspsychosen“ und Depersonalisationszustände zu dem Ergebnis: „Mischpsychosen im Sinne der Tübinger Schule scheinen für diese Bilder nicht verantwortlich gemacht werden zu können. Die außerordentliche Seltenheit familiärer Beobachtungen, die dabei gefundenen „genealogischen Orte“ und die Beziehungen, die zu sicheren manisch-depressiven Psychosen bestehen, lassen darauf schließen, daß die Erbgenese aller dieser ungewöhnlichen Gestaltungen eine sehr verwickelte ist.“

Psychosen“ 1918) erwogen werden. Auch die epileptischen Erkrankungen weisen eine Periodizität der Symptome auf, ein Teil der Epilepsie ist sehr wahrscheinlich anlagebedingt, zum mindesten sind Anlagemomente für das Zustandekommen epileptischer Erkrankungen von Bedeutung. Da aber hier nicht die Möglichkeit des Ausweichens in eine seelische oder körperliche Konstitution besteht, die Bedeutung exogener Faktoren für die Entstehung der Epilepsie bekannt ist, ist man mit der Annahme von epileptisch-schizophrenen Mischpsychosen viel sorgsamer und sparsamer vorgegangen. Wir werden sie gesondert betrachten.

Wir schließen die Besprechung der periodischen Schizophrenien mit dem Hinweis, daß außer den katatonen Syndromen auch Halluzinosen, primäre Wahnerlebnisse, Aktivitäts-, Ich- und Denkstörungen in periodisch redizivierendem Verlauf hervortreten können; meist führen sie zu schubweisen Verschlimmerungen, oft tritt wenigstens äußerlich eine weitgehende Restitution ein. Viele alte Anstaltskranke weisen noch periodische Exacerbationen auf ohne und auch mit verständlichem Anlaß (BLEULERS Gedenktagsaufregungen).

2. „Man könnte sich denken, daß die Restitutionsfähigkeit, eine Unterform der Regenerationsfähigkeit, die tief in der Konstitution begründet ist und wohl eine besondere Anlage, einen eigenen genotypischen Komplex, haben wird, gemeinhin in besonderer Korrelation zum manisch-depressiven Irresein steht. . . und daß dadurch die üblen Wirkungen des schizophrenen Erbfaktors bzw. der schizophrenen Erbfaktoren niedergehalten werden“. Dieser Satz KAHNS aus der Frühzeit der erbbiologischen Hypothesenbildung (1920) bezieht sich auf eine von Vaters Seite zirkulär belastete Schizophrenie in Schüben. Er kennzeichnet das Gedankenspiel mit den Erbfaktoren und die Bereitwilligkeit, alle symptomatischen Einzelheiten auf anlagemäßige Momente zu beziehen, wie sie eine Zeitlang in dem Kreis um KRETSCHMER Übung war. Gewiß sind wir bis heute in Verlegenheit, wenn uns die Frage nach den Gründen der besseren oder schlechteren *Remission* einer Schizophrenie vorgelegt wird. Was liegt näher, wenn wir eine Anlagekrankheit annehmen, auch dafür Anlagen besonderer Art verantwortlich zu machen? Wenn, wie im Falle KAHNS, solche Anlagen durch die Heredität wahrscheinlich gemacht sind, mag eine vorsichtige Deutung in dieser Richtung angebracht sein. Wenn aber nur eine pyknisch-zyklothyme Anamnese des Patienten selbst vorliegt, schwebt ein solcher Rückgriff auf biologische Gesetzmäßigkeiten der Anlagehemmung usw. in der Luft. „Hier kann es sich vielmehr lediglich um die Wirkung ganz peripherer Erscheinungen handeln, nämlich um die Bedeutung dessen, was wir im oberflächlichen Charakterbild in Erscheinung treten sehen. Wer seine allgemeine heitere und lebenswarme Verfassung zunächst durch den Prozeß nicht einbüßt, der ist viel weniger in Gefahr einer Verkrampfung anheimzufallen, wie wir sie, allem Anschein nach oft lösbar, bei so vielen Anstaltsschizophrenen sehen“ (LANGE).

3. Was von dem Verhalten in der *Remission* nach einem oder mehreren schizophrenen Schüben gesagt wurde, gilt natürlich auch von dem *Erhaltenbleiben der Persönlichkeit im Verlauf eines chronischen Prozesses*. Auch dabei wird es darauf ankommen, wie die ursprüngliche Persönlichkeit sich mit den psychotischen Erlebnissen abzufinden vermag. Die einzelnen Typen des Verlaufs und der Stellungnahme, die sich herausstellen lassen, werden an späterer Stelle zu besprechen sein. Die Heranziehung der „Konstitutionslegierung“ als Erklärungsprinzip ist in diesem Fall besonders schwach fundiert: hängt es doch sehr wesentlich von dem Ergriffensein des *Gefühlslebens* durch den Krankheitsvorgang, von der Störung der Sympathiegefühle, von Grad und Umfang der affektiven Einengung ab, ob die Ausgangspersonlichkeit als wohl erhalten imponiert oder ihr Verfall im Verkehr mit der Umgebung sehr in die Augen springt. Ähnliches gilt von der Impulsverarmung, während ein Aktivitäts-

überschuß leicht eine erhebliche Veränderung der Gesamtpersönlichkeit verdecken kann. Da bei den verschiedenen paranoiden Formen, wie vorher dargestellt, alle diese Störungen vermißt werden können, so braucht uns die Tatsache einer über eine lange Krankheitsdauer hin unverändert erhaltenen Aufgeschlossenheit und Wärme des persönlichen Eindrucks keine diagnostischen Bedenken zu erwecken.

Als Beleg diene der folgende über 20 Jahre beobachtete Fall, bei welchem die eigenartige prämorbidie Persönlichkeit trotz der Schwere der Erkrankung stets erhalten geblieben ist.

*Emilie Dros*, geb. 1864.

Über die Heredität war Präzises nicht in Erfahrung zu bringen. Eine Mutters-Schwester war geisteskrank in einer Anstalt, wurde geheilt entlassen. Der Vater soll an Gehirn-erweichung gelitten haben. Ein weitläufiger Verwandter väterlicherseits war wegen vorübergehender Geistesstörung in einer Klinik.

Die Kranke selbst hat sich als kleines Kind normal entwickelt, war aber bis zum 13. Lebensjahr Bettnässerin und Nachtwandlerin. Sie hatte immer eine rege Phantasie, war nur eine mittlere Schülerin, aber unter ihren Freundinnen stets tonangebend. Sie war heiter, sprach sehr viel, erzählte gern Räubergeschichten sexueller Art von anderen Menschen. Sie machte die Töchterschule durch und war bis zu ihrer Verlobung mit 29 Jahren stets zu Hause, wurde als einzige Tochter von ihren Eltern sehr verwöhnt, viel auf Reisen mitgenommen. Sie neigte immer bis zu einem gewissen Grade zur Wichtigtuerei und zu lauter Lustigkeit. Dabei war sie rechthaberisch und etwas intriguant. *Phasischer Stimmungswechsel wurde nicht beobachtet.* Vor der Ehe hielt sie sich für unverstanden, wollte Künstlerin oder Krankenschwester werden. Sie heiratete — angeblich ohne Liebe — einen höheren Forstbeamten. Die Ehe galt bei den Verwandten als gut. Das erste Kind der Ehe hat sie nie leiden mögen, besorgte es aber bei ihrer Leidenschaft für Krankenpflege und Säuglingsfürsorge einwandfrei. Sie war vorübergehend an Lungenspitzenkatarrh erkrankt; infolge der Brautzeit — heißt es nach der Mitteilung einer Verwandten — seien die Nerven so angegriffen gewesen, daß sie lungenleidend geworden sei. Diese Lungenbeschwerden verloren sich. Es entwickelte sich aber eine ziemlich hochgradige Schwerhörigkeit, die sich nach den Schwangerschaften verschlimmerte (wohl Otosklerose). Auch nach der Verheiratung ging sie sehr gern in Gesellschaft, war überlustig, sprach sehr viel, arrangierte, spielte eine Rolle. Dabei beging sie auch manche Taktlosigkeiten, die zum Teil auf ihre Schwerhörigkeit zurückzuführen waren. In der Zeit vor dem Ausbruch der Psychose soll sie nach Angabe des Mannes Gesellschaften gemieden haben. Eine auffallende Änderung in ihrem Wesen hat der Mann aber nicht bemerkt.

Von jeher ist sie manchen Verwandten durch ihre langen und umfangreichen Briefe aufgefallen, die allgemein für amüsan und komisch gehalten wurden. Ihr Inhalt war vielfach mit allerlei sexuellen Andeutungen gewürzt, im übrigen enthielten sie, wie aus dem von den Verwandten beigebrachten Material hervorgeht, nicht eigentlich viel Auffälliges. Es waren ungeheuer geschwätzige, etwas klatschsüchtig abgefaßte Berichte mit allerlei scherzhaften Randbemerkungen zu den berichteten Ereignissen, etwas altmodisch weit-schweifig, selbstgefällig, aber weder im Gedankengang noch in der Form irgendwie psychotisch. Eine sehr ausgedehnte Korrespondenz führte Frau D. in der letzten Zeit vor der Erkrankung mit einem etwas überspanntem Arzt. Damals machte sie auch ihren Angehörigen gegenüber Andeutungen, daß sie wichtige medizinische Ideen habe und sich für etwas Besonderes hielt.

Die Psychose begann 1910 (46 Jahre alt), während sich Frau D. zur Pflege eines kranken Bruders in Heidelberg befand. Vom Beginn des Aufenthalts an befand sie sich nach Angabe der Verwandten in einer gewissen Unruhe und Aufgeregtheit, verstand sich schlecht mit der ebenfalls schwerhörigen Mutter. Bei einer Einladung war sie außerordentlich ausgelassen und sprach sehr viel von dem behandelnden Arzt des Bruders, einem Professor H. Man lachte über ihre Äußerungen, aber auch in den folgenden Tagen redete sie ununterbrochen von Professor H. In der Nacht vom 11. auf 12. 10. 1910 zog sie sich vollständig an, sagte zur Krankenschwester, sie müsse sofort ausgehen, sie sei mit Professor H. verlobt, für ihren Mann sei gesorgt, er heirate eine andere. Diese Verlobung teilte sie in aller Ernsthaftigkeit am anderen Tag auch ihren Verwandten mit und erzählte, H. sei vor ihr gestanden und habe sie begattet. „Als es vorbei war, ist es wie ein Nebel über meinen Kopf gezogen, es hat einen Ruck in meinem Gehirn getan, ich habe deutlich gespürt, wie es gerutscht ist, dann war der Druck von meinem Herzen weg, der solange darauf gelastet hat“. Sie war verzückt, erregt, sprach davon, sie sei eine ganz vornehme Frau, sie spreche nurmehr hochdeutsch, sie komme nur noch mit Exzellenzen zusammen. Wenn der betreffende Arzt dann selbst kam, bewegte sie sich vollkommen unauffällig, eher etwas zurückhaltend

und äußerte kein außergewöhnliches Wort. Sie hielt aber nach wie vor daran fest, daß sie verlobt sei. Bei der Aufnahme in die Klinik (12. 10. 1910) war sie vollkommen geordnet und orientiert, aber in gereizter Stimmung. Sie sprach sehr viel, beschwerte sich über die Internierung und behauptete, die Krankenschwester habe ihr dieses dumme Zeug vorgemacht, diese Person sei ihr von vornherein sehr unsympathisch gewesen, sie habe sie zu hypnotisieren versucht, habe ihr Schlafmittel und Opium gegeben und ihr immer wieder gesagt, sie solle sich für Professor H. schön machen, „und denken Sie, da hab ich schließlich wirklich den Wahn bekommen, ich müsse den Professor H. heiraten“. In einer längeren Unterredung mit dem Arzt am 13. 10. 1910 nimmt sie zu der Verlobungsgeschichte ähnlich Stellung, bringt aber allerlei Größenideen vor: sie interessiere sich seit vielen Jahren für Medizin, glaube den Menschen ihre Krankheit am Gesicht ablesen zu können, sie wolle mit dem Arzt eine Reformklinik gründen, sie sehe ihm an, daß er Talent habe, sie sei berufen, die Menschheit zu heilen, sie könne alles, was sie wolle. Sie habe oft das Bedürfnis, sich auszutoben, dann mache ihr ihr Mann Vorhaltungen; Schwermut kenne sie nicht. Es verlange sie, sich über ihre Gedanken auszusprechen, und als sie den Professor H. kennengelernt habe, sei es ihr gleich gekommen, das sei der Mann, der sie verstehen könne. Es sei ihr in der Nacht so gewesen, als ob sie von ihrem Arzt begattet werde, „das war so ganz anders als bei meinem Mann und zuerst war ich so grenzenlos glücklich“. Es sei natürlich ein Irrtum gewesen, sie habe sich das vorgestellt, sie sei durcheinander gewesen, sie wisse selbst nicht, wie das alles war. Während sie diese Wahnideen auf Eindringlichste widerruft, hält sie an dem Gedanken ihrer medizinischen Mission unverändert fest.

Ihr lebhaftes Wesen, die starke motorische Unruhe, ihre zum Teil recht komischen Gesten beherrschen in den nächsten Tagen das Bild. Sie scheint ausgesprochen ablenkbar, macht allerlei ironische Bemerkungen über die Ärzte, kümmert sich sehr lebhaft um die anderen Kranken, ist redselig, zum trotzigen Aufbegehren geneigt. Bereits am 20. 10. 1910 nimmt sie ihren Liebeswahn wieder auf. Sie müsse sich unbedingt von ihrem Mann scheiden lassen, eine Ahnung sage ihr, daß er schon tot sei. Wenn Professor H. sie nicht möge, dann sterbe sie an gebrochenem Herzen. Am Abend dieses Tages war sie zum ersten Male in trauriger Stimmung, weinte und jammerte, dabei hielt ihre Unruhe an. Sie äußerte Sehnsucht nach ihrem 2. Kinde und fragte gleichzeitig einen der Ärzte, ob er sie hypnotisiert habe. Bei fortdauernder großer, lebhafter Unruhe, des gereizten aufdringlichen Wesens bei vorwiegend heiterer Stimmung kamen dann in der folgenden Zeit mehr einzelne neue Wahnideen zum Vorschein. Sie behauptete im Bade hypnotisiert und elektrisiert worden zu sein. Beim Besuche des Bruders beklagte sie sich, daß sie am Kopf durchleuchtet werde. Sie sei mit Elektrizität geladen gewesen, so daß sie die Hände nicht auseinanderbringen konnte usw. Gegen Mitte des Monats November trat eine gewisse Beruhigung ein, sie schrieb eine Reihe von Briefen, in denen sie allerlei erotisch gefärbte Charakteristiken der Ärzte mitteilte. In einem dieser Briefe heißt es: „Denke nur, mit dem Vollmond kommt meine Nachtwandlerei wieder, das heißt auch am Tage öfters. Wenn ich nur die schrecklichen Geisterstimmen nicht hören muß, ich glaube immer, sie kommen aus einem Grammophon und kann sie mir nicht erklären“. Frau D. beschäftigte sich dann ziemlich viel mit den anderen Kranken, glaubte ihnen durch fortwährendes Zureden zu nützen, zeigte dabei gar kein Verständnis für ihre eigene Situation und ihre Stellung gegenüber den Ärzten. In nächster Zeit traten mancherlei theatralische Züge in den Vordergrund. Bald fand man sie erregt, kreischend, lachend, schreiend auf der Abteilung, bald zeigte sie sich kokett, verschämt, erwartete z. B. malerisch hingegossen im Wasserbad scheinbar schlafend die Visite, um dann beim Eintritt der Ärzte laut schreiend aufzufahren und sich verschämt zusammenzukauern. Zu anderen Zeiten machte sie eigentümlich stumme, beschwörende Gesten, anscheinend um andere Kranke zu beeinflussen. Alles, was sie tat, hatte etwas enorm Theatralisches und auf Effekt Berechnetes. Bald war sie außerordentlich vorlaut und rücksichtslos, bald trat die sexuelle Komponente sehr stark hervor, wobei sie recht taktlose Bemerkungen fallen ließ. Die Erregungszustände zu Anfang 1911 hatten etwas Wichtigtueriesches, Theatralisches, sie fährt sich wild durch die Haare, reißt im Vorübergehen andere Kranke aus dem Bett, stößt und schlägt um sich, sie wirft zeitweise das Essen weg, markiert im Bade Zustände tiefster Erschöpfung, tobt und schreit in den schrillsten Tönen, ist oft kaum mehr zu fixieren, zwischendurch macht sie wieder außerordentlich treffende, freche Bemerkungen. Auch ihre Angaben über Sinnestäuschungen haben vielfach etwas Spielerisches, so wenn sie sich auf die Schenkel patscht und dem Arzt zuruft, sie habe zuviel Elektrizität im Leib, er fürchte sich wohl davor. Bei einem Besuch des Mannes im Februar 1911 war sie zunächst korrekt und unauffällig, erkundigte sich nach allem Möglichen, dann verfiel sie wieder in ihr affektiert erregtes Wesen. Der Mann meint, die Krankheitserscheinungen stellten eigentlich nur eine quantitative Verstärkung ihres Benehmens in gesunden Tagen dar. Im März 1911 kam es zeitweise wieder zu ganz wilden Erregungszuständen mit exaltiert zorniger Färbung. Dabei beherrscht sie aber immer sehr die Situation, faßt alles glänzend auf, flicht Beschwerden über einzelne Pflichtwidrigkeiten der Wärterinnen an passender Stelle ein. Zeitweise sind ihre Reden ausgesprochen ideenflüchtig, wobei sie prompt momentane

äußere Eindrücke verwertet. Im April 1911 ist vermerkt, daß sich ihre sexuelle Erregtheit in einer neuen Form äußert. Sie verfolgt dauernd bestimmte Kranke, sucht sich zu ihnen in die Wanne zu legen und sie an dem Geschlechtsteil zu berühren. Auch hinter den Wärterinnen ist sie in der gleichen Absicht her. Wärterinnen mit schönen Haaren zerrt sie herum, reißt ihnen die Haarnadeln weg. Manchmal streichelt sie scheinbar hilflose schwächliche Kranke und versucht ihnen dabei die Kehle zuzudrücken. Am 27. 4. 1911 wurde sie in die Anstalt Homburg überführt. Dort war sie zunächst in hochgradiger motorischer Unruhe und bald so rücksichtslos gewalttätig, daß sie isoliert werden mußte. Sie schmierte mit Kot, war zeitweise nur wenig fixierbar, bei den Visiten brach sie in Schreien und Schimpfen aus, lief nackt in ihrer Zelle umher. Im Juli 1911 ist notiert, daß sie sich unordentlich verhielt, sich häufig entkleidete und in unanständigen Stellungen die Visite empfangen, immer versuche, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, wegen ihrer Neigung zu heimtückischen Gewalttätigkeiten sei sie gefürchtet. Im November dauerten die ruhigen Zeiten etwas länger an, sie beschäftigte sich mit Handarbeiten, spielte Klavier. Noch immer kümmerte sie sich um die anderen Kranken, fühlt ihnen den Puls. Als ihren zukünftigen Gatten bezeichnet sie Czerny und nennt sich selbst die Somnambule. Es treten nun auch Personenverkennungen auf. Im Februar 1912 schreibt sie an den Grafen Wedel, eine Tochter Roosefelts sei in der Anstalt, eine Freifrau von Kreinsheim und eine Prinzessin Luise. In den ruhigen Zeiten wird sie als apathisch und gleichgültig bezeichnet. In der Erregung neigt sie zum Zerreißen von Kleidern und Bettzeug. Im Juli 1913 ist notiert, daß eine eingehende Unterredung mit der Kranken wegen der hochgradigen Schwerhörigkeit nicht möglich sei. Sobald man sich mehr mit ihr beschäftige, gerate sie in stärkste affektierte Erregung, beginne zu schimpfen und neige zu Gewalttätigkeiten.

Bei einer Nachuntersuchung in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster im Jahre 1920 war es trotz der erheblichen Schwerhörigkeit wohl möglich, mit ihr in eine gewisse Beziehung zu kommen. Sie gab sehr bereitwillig über ihre Sinnestäuschungen und Wahnideen Auskunft, verfertigte auch mehrere ausführliche Schriftstücke, in denen sie ihre halluzinatorischen Erlebnisse in aller Ausführlichkeit wiedergab, und entwarf auf Wunsch des Ref. auch Zeichnungen von ihren optischen Halluzinationen, die sie teils im Traum, teils im wachenden Zustand angeblich fast täglich erlebte.

Interessant ist, daß sie ihr ganzes vergangenes Leben im Sinn eines märchenhaften Doppeldaseins sieht, wobei ihr ihre Existenz als Somnambule jetzt das eigentlich Wichtige ist, während die Frau Forstmeister D. nur noch eine belanglose Rolle spielt. Sie erzählt u. a.: ihr Vater sei der Altreichskanzler Bismarck, ihre Mutter eine Prinzessin Löwenstein. Sie selbst sei auf dem Löwensteinschen Gut aufgewachsen, ein Lakai habe sie in einem Körbchen im Spessart gefunden. Sie habe als Kind eine Leidenschaft für Seerosen gehabt, die sie von ihrer Mutter geerbt habe. Man habe sie als Kind immer extra angezogen, ganz anders als die anderen Kinder. Mit  $4\frac{1}{2}$  Monaten habe sie noch keine Seele gehabt, doch sei sie schon so entwickelt gewesen, daß sie aus ihrem Körbchen den Kopf herausstrecken konnte. Dabei habe sie einem Tintenfisch den Kopf abgebissen, in welchem die Seele eines toten Pelikans gewesen sei, und seitdem habe sie nun eine Pelikanseele. Diese sitze in ihrem Kopf, sie kenne kein Mitleid und keine Tränen. Ein Sanitätsrat sei gerufen worden; der habe verordnet, daß aus jedem Staat eine Prostituierte geholt werde, um sie zu säugen. So habe sie bald von der einen, bald von der anderen der 5 Prostituierten getrunken. Diese Ammen hätten zugleich auch den Bankier Bethmann gestellt und den Fürsten Kotschakoff. In dieser Weise geht das weiter. Auch auf Prof. H. kommt sie bei einer Gelegenheit zu sprechen, in ihm habe sie 4 Herren auf einmal gesehen: H., den Jérôme Lustig, Bismarck und Nissl. Auf die Einzelheiten des Wahnsystems einzugehen, würde zu weit führen. Erwähnenswert sind einmal noch ausführliche Berichte über zahlreiche optische Halluzinationen, die einen sehr flüchtigen wolkenartigen Charakter haben, offenbar den Einschlafbildchen sehr nahe kommen, ferner über Stimmen, die sie ununterbrochen von oben hört und die ihr auch einen großen Teil jener Tatsachen über ihr Doppelleben als Somnambule mitgeteilt haben. Von ihnen will sie auch zur Selbstbefriedigung veranlaßt worden sein, die Stimmen hätten ihr gesagt, wenn sie das nicht kennen lerne, könne sie nicht Psyche sein. „Wie Sie Irrenärzte sind, so bin ich Psyche“. Deshalb könne sie die Kranken beeinflussen und heilen. Wenn sie sich mit oben unterhalte, dann sei sie somnambul. Mit ihrer Pelikanseele gehöre sie ganz zu den Tieren, sie habe ein lebendiges Kücken geboren und könne in der unerforschten Sprache mit den Vögeln sprechen. Schließlich macht sie noch Angaben über ihre sinnlosen Handlungen, die sie angeblich nicht etwa auf Befehl der Halluzinationen vollbringt, sondern: „es kommt so in mich, da muß ich plötzlich Putzlumpen vergraben oder heißes Wasser laufen lassen, es sind Gedanken, die von selbst in mich kommen“. Nachträglich werde dann darüber von seiten der Stimmen disputiert.

Was im objektiven Verhalten der Kranken damals noch auffiel, war ihre Lebhaftigkeit und Zugänglichkeit, ihr eigentümliche kokettes Wesen, ihre deutlichen Bemühungen, sich mit dem Arzt in Beziehung zu setzen, ihm von ihren Erlebnissen Kenntnis zu geben, was bei der hochgradigen Schwerhörigkeit nicht ganz leicht war. Frau D. interessierte sich

noch für alle Ärzte, die sie in der Heidelberger Klinik kennen gelernt hatte, fragte nach jedem einzelnen, verflocht ihr Schicksal zum Teil in ihre Wahnideen, ohne daß sie aber das Interesse für ihr tatsächliches Ergehen verloren hätte.

Nachdem Ref. die Anstalt verlassen hatte, schickte sie ihm noch einen Fragebogen, worin sie sich nach den verschiedenen Herren erkundigte, ob sie verheiratet seien, wo sie niedergelassen seien u. dgl. mehr.

Nach der Krankengeschichte hat sich der Zustand bis heute (April 1931) in keiner Weise verändert. Frau D. hat 1928 einen Typhus durchgemacht und war lange Zeit Bacillenträgerin. Dabei betätigte sie sich lebhaft auf der Krankenabteilung, führte brauchbare Neuerungen zur Verminderung der Ansteckungsgefahr ein und nahm sich der anderen Patienten besorgt an. Das Personal behandelt sie herrisch, hält sich für die einzig brauchbare Kraft. Dabei bestehen die Halluzinationen und die wahnhafte Einstellung unverändert: sie prophezeit das Ende der Welt, sei sie die Mutter des Gedankens, von Gott berufen usw. „Ein Persönlichkeitszerfall besteht nur in geringem Grade“.

4. Die dauernden *Einschiebsel aus der zirkulären Symptomatik* in den Verlauf einer Schizophrenie, wie sie sich in einzelnen Fällen immer wieder finden, führen in der Tat zu eigenartigen Krankheitsbildern und geben Anlaß zu der ernsthaften Erörterung der Kombinationsfrage. Damit meinen wir nicht den Psychosenbeginn mit einem atypischen depressiven Zustand, der als Folge der Impulsverarmung deutbar wäre, auch nicht das Gegenteil einer anfänglichen heiter-fahigen Erregung, wie ja auch der Wechsel von Erregungsüberschuß und -mangel der Schizophrenie ja durchaus nicht fremd ist. Sondern wir finden in den typischen Fällen den Ablauf einer zirkulären Psychose im Vordergrund des Krankheitsbildes, während der schizophrene Prozeß „unter der Oberfläche“ fortschreitet. Das folgende Beispiel LANGES zeigt diese Form der „Mischpsychose“:

Der jetzt 48jährige Kranke J. R., geb. 1874, ist doppelseitig belastet; doch haben wir keine näheren Unterlagen. Auch sein Bruder bot ein unklares Krankheitsbild dar. Er wird als klug, folgsam, lenksam, heiter, gesellig, aber doch als reizbar, heftig, sonderlich, zerstreut, als Kauz geschildert.

Mit 22 Jahren macht er einen ersten Verwirrtheitszustand durch, der mit reichlichen katatonen Zeichen einhergeht. Es folgen dann mit 31, 32, 33, 34 Jahren neue Erregungen, die immer unter starkem, *katatonem Beiwerk* aber mit manischem Anstrich verlaufen. Zu einer ganz sicheren Diagnose konnte man sich nicht entschließen. Von 1910, d. h. vom 36. Jahre ab, ist der Kranke dauernd anstaltsbedürftig. Hatte er schon vorher in den Zwischenzeiten zwischen seinen Erregungen leichte melancholische Phasen oder doch Verstimmungen durchgemacht, so wechselt er seit 1910 regelmäßig zwischen ausgesprochen manischen und depressiven Zeiten. Beide sind durch eigenartige Mischzustände miteinander verbunden, in denen der Kranke paranoid erscheint, halluziniert. Die Krankengeschichte der Anstalt ist ausgezeichnet in der Einzelschilderung; mündliche Berichte bestätigen den Eindruck, daß es sich immer wieder um Phasen handelt, die in allem äußeren Beiwerk zirkulären auf ein Haar gleichen; ja selbst die eigenartigen Bildungen der Mischzustände passen ja ganz dazu. Die eigene eingehende Untersuchung: „Er begrüßt übertrieben höflich, katzbuckelt, ist sehr förmlich, schwülstig, hochtrabend, im ganzen etwas maniriert, zeigt ein stereotypes Lächeln, kneift ein Auge immer halb zu. Er ist ungemein freundlich, zugänglich, berichtet klar, anschaulich und ohne jede Zerfahrenheit, sobald sich das Gespräch um periphere Dinge dreht. Er hält bei Dingen zurück, die ihn näher angehen. Seine Psychosen führt er auf eine Erkrankung des Rückenmarks, „des Ausflusses des Gehirns“, zurück. Sich in Einzelheiten verlierend, doch immer zum Thema zurückkommend und im Tempo seiner Erzählung nicht beeinflussbar, unfähig Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden, berichtet er von seinen früheren Psychosen, an die er eine genaue Erinnerung hat. Seine Angabe, er habe Nagelspäne in der Lunge, erklärt er wie folgt: Eines Tages habe er sich mit einem Nagel die Zähne ausgebohrt und dabei Späne abgebissen; bei einer plötzlichen Ablenkung habe er die Späne verschluckt, die nun in der Lunge seien. Wenn man nun bei ihm Fieber messe, bekomme er Schmerzen, weil das Thermometer ein Magnet sei. Ähnliche Erklärungen gibt er für andere verschrobene Äußerungen, während er wieder andere für Scherz erklärt. Über seine Einflüsterungen, die er hat, macht er keine näheren Angaben. Sicher sei er in der letzten akuten Psychose am Penis gepackt und gezogen worden. Jetzt wie immer stehe er unter suggestiven Einflüssen, von denen er entgegen seiner sonstigen Klarheit recht verworren spricht. Unter dem Einfluß der Suggestionen kneift er das Auge immer zu. In langer verworrener Rede verbreitet er sich über die Wirkungen des „Oberbewußtseins“ auf das „Unterbewußtsein“. Er hat eigenartige

Schlaffheitszustände, die auch auf den suggestiven Einflüssen beruhen. Unterhält man sich oberflächlich mit dem Kranken, so fällt außer seiner Maniertheit nichts auf. Er liebt Witzchen, hat ein natürliches Verhältnis zu anderen Kranken, die er bemuttert, steht nett zu den Pflegern, liebt Händelschaften, dichtet und ist über die äußere Lage wohl unterrichtet.

LANGE hebt hervor, daß in diesem Fall „die ersten Psychosen ein viel auffallenderes Gewand tragen als die späteren, die wie manische und depressive wirken und mit zunehmenden Lebensalter das Bild beherrschen. Sieht man aber näher zu, so findet man, . . . daß der Kranke schon recht weitgehend verändert erscheint“. Der folgende Fall eigener Beobachtung zeigt eine etwas andere Durchmischung der Symptome; er ist wie manche andere schwerer diagnostizierbare Fälle dieser Gruppe von den verschiedenen beurteilenden Autoritäten durchaus verschieden diagnostisch aufgefaßt worden.

Dr. *Max Gelbast*, 12/337, geb. 1884.

Über die Familie liegen Nachforschungen der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (erbwissenschaftliche Abteilung) vor. Mutter und Schwester des Patienten litten an manisch-depressivem Irresein. Der letzte Anfall der Erkrankung der Mutter (im 45. Lebensjahr) war kataton gefärbt und wurde auch als Katatonie diagnostiziert. Ein Bruder der Mutter war ein Schizophrener, seine Tochter leidet ebenfalls an Schizophrenie. Die Tochter der manisch-depressiven Schwester leidet gleichfalls an manisch-depressiven Zuständen. Deren Bruder ist ein hochbegabter, innerlich stets unbefriedigter Student, starrköpfig, kompromißfeindlich, fanatisch. Ein Bruder des Kranken ist ein schwerer Psychopath von sensitiv schizoidem Typus mit paranoider Einstellung zur Umgebung. Ein anderer Bruder, ein begabter Maler, der an depressiven Verstimmungen leidet, wird als Zyklotyper bezeichnet. Ein im Felde gefallener dritter Bruder war ein lebenswürdiger Hypomaniakus, künstlerisch ganz außerordentlich begabt. Von väterlicher Seite wird keinerlei Belastung erwähnt.

G. hat sich normal entwickelt, war ein ausgezeichneter Schüler, besonders für Sprachen war er begabt und vervollkommnete sich darin durch Reisen ins Ausland. Schon in der Kindheit bestanden Stimmungsschwankungen und eine zeitweise auffallende Reizbarkeit. Körperlich war er stets gesund, überall mußte er der Anführer und der Erste sein. Nach dem Abitur war er vorübergehend auf einer Marineschule, wo ihm der Gamaschendienst nicht behagte. Er war stets ein eifriger Sportsmann, leitete Skikurse und beschäftigte sich mit Erfindungen und Patenten. Stets war er heiter, tätig, ließ sich nichts gefallen, er betonte stets seine Kraftnatur.

Die ersten Krankheitssymptome scheinen sich im Jahre 1911 gezeigt zu haben, zu einer Zeit, wo G. mit ungeheurem Eifer an einer Erfindung arbeitete. Er zog sich dabei angeblich eine Kohlenoxydvergiftung zu, wurde ohnmächtig. Danach war er  $\frac{1}{4}$  Stunde verwirrt, erklärte, Arbeiter und Ingenieure lachten ihn aus, man mache ihm Schwierigkeiten. Nach zwei Stunden hatte er ausgeschlafen, war frisch und unauffällig. Als im Februar 1912 ein Fabrikbrand ausbrach, war G. außerordentlich erregt und schlief sehr schlecht. Von da an tauchten immer wieder von Zeit zu Zeit Äußerungen bei ihm auf, in denen er seine kleinen, an sich nützlichen Erfindungen außerordentlich überbewertete, andererseits Mißtrauen gegen andere Menschen äußerte. Während er unermüdlich Tag und Nacht an seinen Patenten arbeitete, äußerte er, er werde hypnotisiert, ein Herr aus der Fabrik nehme ihm die Gedanken weg, verwerte sie als eigene. Als eine Maschine nicht richtig funktionierte, war er völlig verzweifelt und erklärte, er wolle Gift nehmen. Kurz vor der Aufnahme in die Klinik bekam er, vielleicht wieder im Anschluß an eine leichte Kohlenoxydvergiftung (?) eine Art Herzkrampf. Er aß schlecht, schlief nicht mehr, ein Arzt wurde zugezogen, von dem er wieder behauptete, er werde von ihm hypnotisiert. Andererseits sagte er, er sei der größte Techniker, behauptete, einer seiner Gegner stünde die ganze Nacht bei ihm an der Tür. Er war außerordentlich erregt und wurde am 29. 9. 1912 in die Heidelberger Klinik aufgenommen. Anfangs war er verhältnismäßig ruhig, sprach aber doch wiederum von Hypnose, das Christusbild über seinem Bett habe ihn hypnotisiert. Die Stimmung war etwas labil, er wurde in der Unterhaltung sehr lebhaft, ohne daß ihm der Faden entglitt und rühmte sich recht unbefangenen seiner Tüchtigkeit. Dabei bestand bis zu einem gewissen Grad ein Gefühl für seine psychische Alteration. Allmählich trat die zweifellos vorhandene Erregung mehr und mehr hervor, er war sehr lebhaft, anregbar, sprach in sehr lockerem Zusammenhang über alles Mögliche, spannte seine Muskulatur an, schnitt allerlei Gesichter. Wenige Tage später fand man ihn häufig mit gesenktem Blick in abgerissenen Sätzen mit leiser Stimme vor sich hin sprechend in seinem Zimmer. Der Zustand machte zeitweise den Eindruck eines leichten Stupors. Nachts kroch er einmal zum Wärter ins Bett und in der folgenden Zeit schien er zeitweise unter dem Einfluß von

Sinnestäuschungen zu stehen. Er sprach sehr viel von Hypnose, schnitt eigentümliche Grimassen, zwischendurch erklärte er wieder, er sei wirr im Kopf gewesen, er habe alles Mögliche erlebt, das er nicht fassen kann, er habe Dantes Hölle und die Welt der Trolen durchwandert. Zeitweise machte er einen ausgesprochen zerfahrenen Eindruck. Auf die Frage nach Stimmen machte er einmal eine zustimmende Bewegung nach der Heizungsöffnung, ohne weitere Auskunft zu geben. Daneben kamen Äußerungen, er sei Spiritus rector in der Klinik, die Speisen werden vergiftet, Theaterstücke werden ihm vorgespielt, er habe in der Klinik Trancezustände gehabt, erzählt von optischen Halluzinationen, äußert daneben ständig Mißtrauen gegen die Ärzte. Am 6. 10. scheint er ängstlich, er werde die Nacht nicht mehr überleben, die Braut solle ihm helfen gegen die Teufel. Ganz allmählich wurde dann sein Benehmen freier und ruhiger. Er gibt gelegentlich an, er sei in den ersten Tagen seines Klinikaufenthaltes geistesgestört gewesen und habe an Verfolgungswahn gelitten. Es stellt sich aber bei einer genaueren Exploration heraus, daß er trotz dieser Äußerungen keinerlei objektive Stellungnahme zu dem Erlebten hat und keineswegs einsichtig ist. Eigentümlich wahnhaftige Umdeutungen der Personen, der Umgebung tauchen bis zuletzt immer wieder auf. Bis zuletzt besteht auch ein ausgesprochenes Antriebsübermaß und eine große Lebhaftigkeit. Gegen ärztlichen Rat wurde er am 22. 12. aus der Klinik entlassen und heiratete am folgenden Tag die Braut, mit der er schon längere Zei verlobt war.

Bis zum Kriegsausbruch war er trotz mancherlei Schwierigkeiten mit dem Vater im väterlichen Geschäft tätig. In den Monaten nach der Entlassung kam er auf die früheren Wahnideen zurück und versuchte, sie zu erklären und zu beschönigen. Beim Kriegsausbruch trat er als Leutnant beim Marinekorps ein. 1915 erlitt er einen Gelenkschuß am Kniegelenk. Er zeichnete sich durch Tapferkeit aus, und nachdem die väterliche Fabrik sich auf Gaschutzmittel umgestellt hatte, wurde er im August 1916 nach Hause beurlaubt. Ziemlich bald kam es dann zu neuen erheblichen Schwierigkeiten, die das Kriegsministerium veranlaßten einzugreifen. G. beschuldigte einen Beamten, der in die Fabrik abkommandiert war, aufs schwerste, er machte zahlreiche Eingaben ans Kriegsministerium und wurde schließlich auf dessen Veranlassung in das Lazarett Neckargmünd eingewiesen (2. 1. 1917). Dort steigerte sich seine Erregung sehr bald, so daß er Mobiliar zerschlug. Als eine gewisse Beruhigung eingetreten war und er sich geordnet benahm, verließ er am 24. 4. 1917 eigenmächtig das Nervenlazarett und fuhr nach Wilhelmshaven, wo er aber in das dortige Festungslazarett eingewiesen werden mußte. Dort zeigte er wiederum große Lebhaftigkeit und Weitschweifigkeit in seinen Reden und Schriftstücken. Er war unzufrieden mit den Ärzten, überaus selbstbewußt, dabei steif, geziert, theatralisch in seinem Wesen. Er zeigte keine Spur von Krankheitseinsicht und kam dann in die Kieler psychiatrische Klinik, wo er verhältnismäßig unauffällig war.

Inzwischen war er während des Aufenthaltes in Neckargemünd in der Heidelberger Klinik noch einmal nachuntersucht worden. Dabei zeigte sich, daß er zwar seine Erkrankung vom Jahre 1912 als Verfolgungswahn bezeichnete und die damaligen Wahnideen und Sinnestäuschungen als solche anerkannte, er führte aber diese Erkrankung auf Vergiftung durch Fabrikversuche zurück. Das Gutachten kam zu dem Schluß, daß G. wegen überstandener Geisteskrankheit dienstunfähig sei. Er kehrte dann in seine Fabrik zurück, wo es aber sehr bald zu so heftigen Streitigkeiten kam, daß seine Entlassung ausgesprochen wurde. Auch damals kam es wiederum zu mehrfachen ärztlichen Begutachtungen, u. a. durch Dr. FRIEDMANN-Mannheim, der die Heidelberger Diagnose Dementia praecox anzweifelte, andererseits aber eingestand, daß Reste der früheren Krankheitsperiode bei G. zurückgeblieben seien.

Nach dem Ausscheiden aus der Fabrik beschäftigte sich G. mit verschiedenen Erfindungen, Kunstkork, Elfenbeinersatz, Verwertung von Abfallmitteln. Sein ganzes Verhalten war bestimmt durch zahlreiche sich immer wiederholende Schwankungen seiner Stimmungslage. In ruhigen Tagen war nach Angabe der Frau die Ehe glücklich, wenn er erregt war, war er brutal, gewalttätig, sexuell anspruchsvoll, schonungslos. Zeiten größter Anstrengung wechselten mit solchen der Erschlaffung, Apathie, in denen er gänzlich unzugänglich war, keine Nahrung zu sich nahm, das Bett nicht verließ. Die freien Intervalle wurden immer kürzer. Erregbarkeit, Reizbarkeit, Mißtrauen steigerten sich, andererseits war er wieder vertrauensselig bis zum Extrem. Er wirtschaftete sehr schlecht mit dem Geld. 1919 sprach er in einer öffentlichen politischen Versammlung sehr ausfallend über die Heidelberger Gutachter, kündigte Vorträge in wissenschaftlichen Gesellschaften an, in denen er auf das angekündigte Thema überhaupt nicht einging und nur die Zuhörer amüsanter unterhielt. Versuche seiner Freunde, ihn wieder in der Industrie unterzubringen, schlugen durch sein brüskes und abweisendes Wesen fehl. Er wurde schließlich immer ausfälliger gegen seine Frau, war eingebildet auf seine Ideen, immer unsinniger in seinen Handlungen, behauptete, er könne Regen machen, Fliegen hypnotisieren; geschäftliche Sitzungen waren undurchführbar, weil er sich zu auffällig benahm. Er redete davon, er könne aus der Sonne Gold machen, sprach Drohungen aus und wurde schließlich am 28. 10. 1925 in die Heil- und Pflegeanstalt



Klingenstein eingewiesen, wo er sich seitdem, abgesehen von einer halbjährigen Unterbrechung im Jahre 1926, dauernd befindet.

Das Zustandsbild hat wesentliche Änderungen seit der damaligen Aufnahme nicht erfahren. Es ist äußerlich gekennzeichnet durch ein ständiges Schwanken zwischen Zeiten ausgesprochener Erregung vielfach mit hypomanischer Färbung und verhältnismäßig kurzen depressiv gefärbten Zwischenphasen, in welchen sich der Kranke ruhig verhält, seine Querulationen und Größenideen vollkommen fallen läßt, matt und abgespant, bedrückt oder gereizt im Bett liegt oder in sich gekehrt und zurückgezogen, teilnahmslos dahin lebt. In den lebhaften Zeiten lobt er die Anstalt über die Maßen, schreibt derb-humoristische Briefe, queruliert, äußert zahlreiche Beschwerden über die Zustände auf der Abteilung, ist bald hochgradig gespannt, ausfällig, mißtrauisch, bald übermäßig heiter, voller Einfälle und von einer sprudelnden Lebhaftigkeit. Immer noch beschäftigt er sich in ausgesprochen verschobener Weise mit allen möglichen Erfindungen, er will ein Krebsheilserum entdeckt haben, fängt die Mücken und Schaken in seinem Zimmer, sperrt sie in kleine Schachteln ein, um an ihnen seine Versuche zu machen. Daneben beschäftigt er sich aber auch mit der Lektüre moderner chemischer und physikalischer Bücher, ist ausgezeichnet über die neueste fachliche Literatur orientiert, hat über alles sein Urteil bereit, er entwickelt die kühnsten Pläne, will die Anstalt vom Staat unabhängig machen, indem er dort eine Volkshochschule gründen will, er will Filmaufführungen inszenieren, macht alle möglichen Reformvorschläge, mit Hilfe deren man die Kranken heilen soll. Zeitweise läuft er in äußerster vernachlässigter Kleidung umher, ergeht sich in sexuellen Zeichnungen und Andeutungen, dann sammelt er in seinem Zimmer wieder allen möglichen Unrat auf, gebrauchte Streichhölzer, von denen jedes seine Bedeutung habe. Als er an einer Furunkulose erkrankte, erklärte er, die Furunkel seien nichts anderes als Schwefelwasserstoffphlegmone, er könne nichts essen als Zucker und Wasser, sonst müsse er an einer Eiweißschwefelwasserstoffvergiftung sterben.

Gleichzeitig betreibt er immer wieder mit neuem Eifer die Aufhebung seiner Entmündigung. Dem jedesmaligen Vormund macht er die allergrößten Schwierigkeiten, in zahlreichen Eingaben durch alle Instanzen sucht er seine Entlassung durchzusetzen. Vielleicht am charakteristischsten für diesen Zustand der Erregung ist sein Verhalten in der Zeit, nachdem er 1926 aus der Anstalt entwichen war. Seine Frau mußte vor ihm bei einem befreundeten Ingenieur Schutz suchen; nachdem sie nach Hause zurückgekehrt war, beschuldigte er sie unerlaubter Beziehungen. Einen bekannten Ingenieur feierte er bei einem Fest als genialen Erfinder, brachte ihn kurz darauf wegen Betrugs und Unterschlagung zur Anzeige und beleidigte ihn öffentlich. Er engagierte Werkstudenten, mit deren Hilfe er aus Streichhölzern und Papier ein Riesenraumluftschiff konstruieren wollte. Mit der Energie einer elektrischen Taschenlampe, erklärte er, ein Einfamilienhaus erwärmen zu können und durch die fabrikmäßige Zertrümmerung der Atome wollte er ungeheure Energien gewinnen, aus menschlichen Exkrementen wollte er wertvolle Produkte, Gold und Silber herstellen. Gelegentlich jenes Festes veranstaltete er in seinem Garten ein Experiment, bei dem durch sein ganz unsinniges Verhalten ein Brand entstand.

In der Krankengeschichte der Anstalt wird immer wieder betont, wie weitgehend G. trotz aller unsinnigen Ideen noch geistig intakt ist. Trotz aller Kritiklosigkeit in bezug auf seinen Zustand und seine Pläne kann man mit ihm über alle möglichen indifferenten Dinge in geordneter Weise sprechen, er ist ausgezeichnet über alle Vorgänge orientiert, hat ein vorzügliches Gedächtnis, eine brillante Auffassungsgabe, erledigt für die Ärzte allerlei Arbeiten und erweist sich als intellektuell in jeder Hinsicht ungeschädigt. Er selbst sagt von sich, seine Gedanken hetzten ihn wie ein Rudel Wölfe. In allerletzter Zeit treten erotische Pläne in den Vordergrund, er will eine Wärterin heiraten u. dgl. mehr.

In zahlreichen Zivilprozessen wurde G. von den verschiedensten Fachleuten auf seine Geschäftsfähigkeit beim Abschluß bestimmter Verträge begutachtet. Während die Anstalt Klingenstein ihn ursprünglich als manisch-depressiv erklärte und die Schizophrenie ablehnte, schloß sie sich später der von WILMANNs geäußerten Ansicht, daß die Schizophrenie das Hauptleiden sei, an. Es wird vor allen Dingen dabei auch hervorgehoben, daß er bei der Nachricht von dem Tode seiner Frau ganz unberührt blieb, und der Eindruck einer Affektleere bei seinem Verhalten in den letzten Jahren auch sonst immer wieder hervortrat. HOCHÉ, der G. in der Anstalt untersuchte, hält die 3 Perioden ausgesprochener geistiger Störung 1912, 1917 und 1925 für episodische Reaktionen auf Lebensschwierigkeiten, wie sie einem gewissen Typus von Psychopathen eigentümlich sind. Auf Grund konstitutioneller Charakteranomalien haben sich nach seiner Meinung jetzt Wahnideen im Sinne der Beeinträchtigung und Verfolgung entwickelt. In den Zwischenzeiten sei G. zwar nicht geistig voll gesund, aber auch nicht geisteskrank gewesen. KLEIST hat im Juli 1929 G. beobachtet und begutachtet. Er bezeichnet seinen Zustand als chronische wahnbildende Erkrankung bei Lebhaftigkeit, gut erhaltenen Formen, affektiver Ansprechbarkeit und fehlenden Verblödungssymptomen. Die Frage, ob es sich um eine echte Paranoia oder um eine milde Form der paranoiden Demenz handelt, läßt er offen. WILMANNs weist darauf hin,

daß sich in dem Falle 2 Erbkreise miteinander vermischen, es handle sich um eine unter Remissionen verlaufende Schizophrenie, die durch die gleichzeitige Belastung mit manisch-depressivem Irresein ihre besonderen Verlaufseigentümlichkeiten erhalte, wodurch auch der ursprünglichen Persönlichkeit der Stempel einer besonderen Aktivität aufgedrückt werde. KRETSCHMER endlich, der seine Ansicht auf die früheren Gutachten und das Aktenmaterial stützt, betont mit Nachdruck, daß eine endogene Mischpsychose aus zirkulären und schizophrenen Elementen vorliege, er hält es aber für verfehlt, hier eine Einheitsdiagnose anzustreben, da die schizophrenen Symptombilder, die stärkere Zumischung aus dem zirkulären Formenkreis zeigen, nicht die glatte Verlaufsprognose der Schizophrenie im Sinne des Persönlichkeitsverfalles teilen. Zirkuläre Erbmischungen wirkten mildernd auf die Prognose schizophren gefärbter Geistesstörungen. Er schließt sich dementsprechend der Beurteilung der Geschäftsfähigkeit dem Gutachten von HOCHÉ an, der in den freien Intervallen die Geschäftsunfähigkeit verneint.

Fälle, wie der vorstehende, scheinen geeignet, die Auffassung von SPECHT und seinen Schülern von der Bedeutung des „manischen Elementes“ bei der „Paranoia“ (EWALD) zu bestätigen. Es ist in der Tat symptomatologisch beachtlich, daß die älteren Schizophreniefälle mit lebhafter produktiver Wahnbildung auch oft eine hyperthymische Stimmungslage aufweisen. Aber weder handelt es sich dabei jedesmal um nachweisbare „Mischpsychosen“, noch ist es angängig, die Wahnerlebnisse und ihre Fixierung selbst aus der Stimmungsanomalie abzuleiten; nur ihre reichhaltigere Ausgestaltung und erleichterte Kundgabe läßt sich darauf zurückführen. Das gilt auch für den Fall KOLLEs, dessen Krankengeschichtenschema wir hier wiedergeben. Er findet sich in einem Festartikel für SPECHT. Wir fügen seine Erbtafel mit den zugehörigen Erläuterungen an, um zu zeigen, in welcher Weise eine Durchforschung der Heredität heute erforderlich ist, wenn man die erbbedingte Herkunft atypischer Einschießel beweisen will.

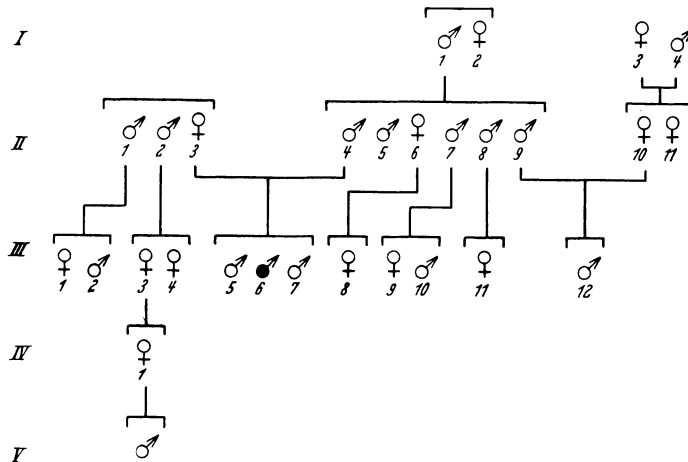


Abb. 21. Familientafel Fall *Eglen* (KOLLE).

„Eglen I, 1: Geb. 1766, gest. 1844. Soll „ganz wunderlich“ gewesen sein, pflüge z. B. immer seinen Acker bei Mondschein, Trinker.

I, 2: „Geisteskrank“, in Anstalt.

I, 3: Durch Selbstmord gest.

I, 4: „Gemütskrank“.

II, 1: Geb. 1835, gest. 1911 Altersschwäche, Landwirt, verh. „Einsilbiger, verschlossener Haustyrann.“

II, 2: Geb. 1822, gest. 1899, Schlagfluß, Kaufmann, verh., gesund.

II, 3: Geb. 1832, gest. 1918.

II, 4: Geb. 1821, gest. 1887, Hirnschlag, Landwirt, tüchtig im Beruf, aber „wunderlich“, d. h. reizbar, streitsüchtig, schlug gern Krach, stänkerte viel.

- II, 5: Geb. 1833, gest. ? War „Rückenmäcker und irrsinnig“.
- II, 6: Geb. 1828, gest. ? Litt zeitweise an „Hypochondrie“.
- II, 7: Geb. 1825, gest. 1907, Herzschlag, Landwirt, verh., führte „unmoralischen Lebenswandel“, Trinker.
- II, 8: Geb. 1838, gest. ? Wanderte nach Amerika aus, soll gesund gewesen sein.
- II, 9: Geb. 1825, gest. 1905, Altersschwäche, gesund.
- II, 10: In jungen Jahren „Nervenfieber“.
- II, 11: „Geisteskrank“.
- III, 1: Geb. 1870, gest. 1920, Suicid, „nahm sich in geistiger Umnachtung das Leben“.
- III, 2: Geb. 1875, gest. 1917, Suicid, „nahm sich in geistiger Umnachtung das Leben, d. h. bekam während eines Fronturlaubes einen Schwermutsanfall, in dem er sich erhängte.

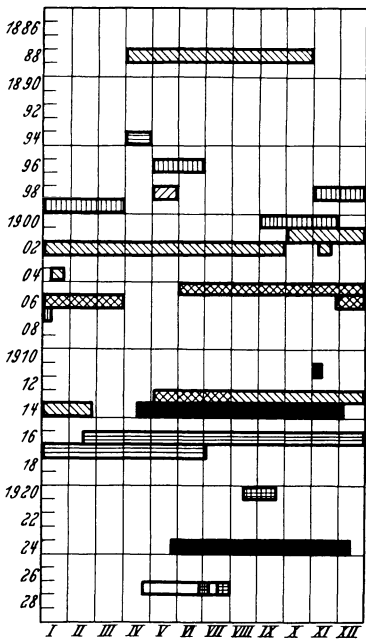


Abb. 22. Lebenslauf Fall Eglan (KOLLE).

an „halluzinatorischer Verrücktheit“ erkrankt. Viel depressive Züge, dann jahrelang dauernde katatonische Phase; an einer interkurrenten Erkrankung mit anschließender Pneumonie nach 4jähriger Internierung gest.

Eigene Diagnose: Schizophrenie.

III, 11: „Gehirnerweichung“.

III, 12: Geb. 1860, gest. 1805. Leicht debil, aber auch sonst von jeher eigenartig. 1881 ziemlich akut erkrankt: deprimiert, Vergiftungsideen, Trugwahrnehmungen des Geschmacks usw. In der Anstalt auch Gehörshalluzinationen, unsauber mit seinen Exkrementen usw. Nach 1jähriger Internierung gebessert entlassen. Später nicht wieder in der Anstalt.

Eigene Diagnose: Schizophrener Schub.

IV 1: Geb. 1882, wegen ihrer Psychose geschieden. Schizophrenie (langjährige Anstaltsbeobachtung).

V, 1: Geb. 1906, eindeutige Schizophrenie, seit 1926 interniert.

Diagnostisch unterlag der Kranke allen Wandlungen, die unser Fach in diesem Jahrzehnt durchgemacht hat. Bald wurde er zur Melancholie, bald zur chronischen Paranoia, zum Querulantenwahn oder sogar — und zwar noch kürzlich! — zur engeren Kerngruppe

Von seinem Arzt wird er als vorwiegend syntone Persönlichkeit geschildert, bei welcher der „Konflikt seiner Weltanschauung mit den Scheußlichkeiten des Fronterlebens mit Wahrscheinlichkeit als auslösendes Moment angesprochen werden kann.“

III, 3: Geb. 1850, lebt noch, verh. 1913 einwandfreie klinisch beobachtete *Melancholie* durchgemacht. 1926 nochmals wegen Depression 9 Monate in Anstalt, diesmal durch senile Züge verwischt. Aber auch wieder geheilt entlassen.

III, 4: Geb. 1858, gest. 1915, Erschöpfung, led. Debil, leicht erregbar, 1914 erkrankt: zunächst vorwiegend depressiv mit vereinzelt paranoiden Zügen. Später das Bild einer agitiert-ängstlichen Depression (so lautet auch die klinische Diagnose). Nach etwa 1/2jähriger Krankheitsdauer aber deutlich *schizophrene* Symptome. Nach 1jähriger Internierung wegen Nahrungsverweigerung, eiternden Kratz- und Scheuerwunden gest.

III, 5: Geb. 1878, lebt, früher Deckoffizier, verh. Trinker.

III, 6: Probandin.

III, 7: Geb. 1863, gest. 1927, Herzschlag, Landwirt, verh., enorm geiziger, sonderlicher Mensch.

III, 8: Geb. 1859, gest. 1910, Schlagfluß, war schwermütig.

III, 9: Geb. 1862, lebt, led. Bis 1899 ganz gesund und unauffällig. November 1899 in die Anstalt: depressiver Beginn, in der Anstalt entwickelt sich bald schweres katatonisches Bild (Kotschmieren, stereotypes Gejammer, excessive Masturbation ohne jedes Schamgefühl u. v.), das nach 2jähriger Krankheitsdauer wieder verschwindet. Es besteht später „Krankheitseinsicht“, aber „auffallend geringes Interesse für ihren damals gleichzeitig in der Anstalt befindlichen Bruder“. Diagnose der Anstalt: „Melancholie mit Angstaffekt“.

Eigene Diagnose: Schizophrenie, Defektheilung.

III, 10: Geb. 1866, gest. Pneumonie. 1901 akut erkrankt. Viel depressive Züge, dann jahrelang dauernde katatonische Phase; an einer interkurrenten Erkrankung mit anschließender Pneumonie nach 4jähriger Internierung gest.

Eigene Diagnose: Schizophrenie.

III, 11: „Gehirnerweichung“.

III, 12: Geb. 1860, gest. 1805. Leicht debil, aber auch sonst von jeher eigenartig. 1881 ziemlich akut erkrankt: deprimiert, Vergiftungsideen, Trugwahrnehmungen des Geschmacks usw. In der Anstalt auch Gehörshalluzinationen, unsauber mit seinen Exkrementen usw. Nach 1jähriger Internierung gebessert entlassen. Später nicht wieder in der Anstalt.

Eigene Diagnose: Schizophrener Schub.

IV 1: Geb. 1882, wegen ihrer Psychose geschieden. Schizophrenie (langjährige Anstaltsbeobachtung).

V, 1: Geb. 1906, eindeutige Schizophrenie, seit 1926 interniert.

Diagnostisch unterlag der Kranke allen Wandlungen, die unser Fach in diesem Jahrzehnt durchgemacht hat. Bald wurde er zur Melancholie, bald zur chronischen Paranoia, zum Querulantenwahn oder sogar — und zwar noch kürzlich! — zur engeren Kerngruppe

des m. m. I. gerechnet. Nach meiner Überzeugung handelt es sich auch hier um einen Schizophrenen, der nach einem der ersten Schübe in einem Defektzustand erstarrt ist, bei welchem aber biotonische Schwankungen das spätere phasische Auftreten untereinander recht differenter Krankheitsanfälle zu erklären vermögen. Wirft man nämlich einen Blick auf die Genealogie dieses Falles, so könnte man ihn mit Fug und Recht als echte Mischpsychose im Sinne der Tübinger Lehre in Anspruch nehmen.“

Trotz solcher Vorkommnisse ist keiner der neueren Autoren recht geneigt, anzunehmen, daß ein Kranker *zugleich* an manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie leide. Zwar wird die theoretische Möglichkeit zugegeben (LANGE). Aber allgemein bevorzugt sind doch „dynamische“ Erklärungsversuche, die gewisse erbbiologische Hypothesen mit der Aufbaubetrachtung BIRNBAUMS verknüpfen: die eine Anlage werde von der anderen zur pathoplastischen Wirksamkeit erhoben, auf dem Höhepunkt der Störung trete die „biologisch“ tiefer fundierte schizophrene Anlage hervor und was dergleichen Vorstellungen von der gegenseitigen Beeinflussung der Gene mehr sind (vgl. dazu den Abschnitt BERINGERS über Erblichkeit). Im Grunde weiß man von diesen Vorgängen nichts oder doch nur das eine, daß Schizophrenie und manisch-depressives Irresein kein allelomorphes Anlagepaar sind, wie der von HOFFMANN vorübergehend verwandte Terminus „Dominanzwechsel“ unterstellte. Wichtig ist, die völlig andersartige Stellung der schizophrenen Erkrankung in der psychiatrischen Pathologie gegenüber der zirkulären nicht aus dem Auge zu verlieren. Daß ein Teil der schizophrenen Symptomatik, besonders die katatonen Symptome bei den verschiedensten psychischen Störungen in Erscheinung tritt, daß die Gemütschwankungen außerhalb des manisch-depressiven Irreseins beobachtet werden, darf uns ebensowenig zu einer uferlosen Ausdehnung des Mischgebietes verführen, wie die konstitutionellen Zuordnungen nach dem Schema schizoid-cycloid.

In der folgenden Krankengeschichte einer in Schüben verlaufenden Spätschizophrenie mischen sich zahlreiche zirkuläre Einschlüge in das Bild der paranoiden Erkrankung, aber auch hysterische Beimischungen sind unverkennbar; beides aus der prämorbidem Eigenart der Persönlichkeit ableitbar. Überdies zeigt D. einen typischen pyknischen Körperbau (s. Abb. 23 u. 24).



Abb. 23. *Georg Dinzel*. Schizophrenie mit zirkulären Einschlügen.

*Georg Dinzel*, (22/129), geb. 1870.

Aus der Familie ist zu erwähnen, daß der Vater dem Trunke ergeben war und die einzige Schwester des Patienten, eine sehr aufgeregte Frau ist, boshaft, streitsüchtig und rechtshaberisch. Er selbst war ein begabter Junge, hat sich völlig normal entwickelt. Als Kleinkind

Gichter, sonst nichts Psychopathisches. Er war gern unter vielen Kindern, in der Schule immer der erste, lernte gerne. Er sollte studieren, die Mutter ließ ihm hinter dem Rücken des Vaters Privatstunden geben. Fröhlicher, munterer Junge, aber nie Neigung zu Raufereien, immer etwas feinfühlig. Der Vater verlangte von ihm, daß er in die Landwirtschaft ging. Er besuchte eine Ackerbauschule, war nach der Militärzeit auf dem Gute eines Onkels und wurde schließlich Straßenmeister. Nach Angabe der Frau war er immer sehr umgänglich, betätigte sich politisch; doch hatte er Tage, an denen er verstimmt war,



Abb. 24.  
Georg Dintel (s. Abb. 23).

zart angefaßt werden mußte und wenig sprach. Es ging ihm überhaupt alles sehr zu Herzen. Im übrigen war er nachgiebig, etwas betont aufrichtig und religiös. Die erste Erkrankung brach während des Krieges aus unmittelbar nachdem er zu einer Straßenbaukompagnie ins Feld einberufen war. Nach dieser Einberufung soll er 5 Nächte nicht geschlafen haben, brachte seine häuslichen Verhältnisse in Ordnung, ehe er einrückte. Auf der Fahrt in das Frontbereich hat er etwas getrunken, viel geraucht, plötzlich sprang er, angeblich im Traum, auf und rief, es sei von Gott befohlen, daß der Friede käme und das Blutvergießen aufhöre. Er wurde in Mars-la-Tour dem Arzte vorgeführt, man verbrachte ihn in ein Nervenlazarett in Metz. Er gab dort zu, er habe sich berufen gefühlt, dem Kaiser einen Rat zu erteilen, doch sei das nur so ein Einfall gewesen. Es stellte sich aber heraus, daß er sich hatte photographieren lassen und 200 Photographien bestellt hatte. Nach wenigen Tagen wurde er in die Heil- und Pflegeanstalt Merzig überführt (14. 3. bis 4. 11. 1915). Er erzählte dort, daß in dem Metzger Lazarett davon die Rede gewesen sei, man werde ihn nachts binden und fortschaffen. Ein Offizier habe ihn absonderlich behandelt und noch vieles andere sei ihm aufgefallen. Die dortige Diagnose lautete: „Alkoholische Störung? Progressive Paralyse?“ Im übrigen verhielt sich D. dann ruhig und geordnet, war nur etwas still und gedrückt, erholte sich aber bald und war dann wieder als Straßenbaumeister hinter der Front bis zum Kriegsende tätig. Bei einer späteren Besprechung der damaligen Vorkommnisse gab dann D. an, er habe gesehen, daß das die einzige Rettung aus der Irrenanstalt sei: er habe gelogen und gesagt: „ich glaube, ich habe damals getrunken gehabt“.

Eine 2. Psychose trat 1919 auf, die ihn für 4 Tage in die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch führte.

D. wurde in die Anstalt am 25. 7. 1919 in der Zwangsjacke eingeliefert mit einer großen Verletzung am Schenkel. Plötzlich war er nachts erregt und verwirrt geworden und hatte mit dem Arzt gerungen. Nach der Aufnahme war er in ständiger motorischer Unruhe, nicht fixierbar, klatschte in die Hände, deklamierte, betete, lachte, gezierte Redeform, Klangassoziationen, Reime. Diese Erregung dauerte etwa eine Woche. Er war meist

völlig unansprechbar, hat sich mit der Matratze und dem Kissen in der Zelle einen Bettschemel aufgebaut, betete mit hochehobenen Händen, verbigerierte, war unrein, zeitweise ausgesprochen ideenflüchtig und ablenkbar. Am 3. 8. schien er beim Besuch seiner Familie ganz geordnet und erklärte ohne weiteres, er sei oben draus gewesen und erwies sich als orientiert. Die Erregung begann aber sehr bald wieder von neuem. Er lief nackt umher und zeigte ganz später ähnlich wie in unserer Klinik eine Neigung zum rhythmischen Betonen bestimmter Worte, sprach davon, er werde hypnotisiert, er müsse an die Decke starren, dort gebe ihm Gott durch ein Zeichen seinen Willen kund. Ein endgültiger Umschlag trat erst am 15. 8. ein. D. entschuldigte sich, erging sich in eigentümlichen Redewendungen, worin er seine Unschuld versicherte und um Verzeihung bat. Er war dann außerordentlich empfindlich, fühlte sich leicht zurückgesetzt und äußerte zwischendurch auch wieder, man habe ihn spazieren gehen lassen, damit er die Straßen der Anstalt begutachte und sich auf seinen zukünftigen Beruf vorbereite. Am 6. 9. ist notiert, daß er offenbar akustisch halluziniert, außerdem brachte er viele Beziehungsideen vor, er habe Feinde, die gegen ihn arbeiten, das Ministerium sei gegen ihn beeinflusst. In den folgenden Tagen war er wieder lebhafter, klagte über Freiheitsberaubung, verlangte den Geistlichen, lief nachts

von Bett zu Bett, forderte einen verblödeten Kranken auf, ihm als Zeuge zu dienen, berührte die Kranken mit der Hand, er wolle sie gesund machen und erzählte den Angehörigen beim Besuch, er werde hypnotisiert und magnetisiert. Ähnliche Angaben kehren in der Folgezeit häufig wieder. Am 1. Oktober erklärte er dem Arzt, er sehe ein, daß seine Nerven noch nicht ganz in Ordnung seien, er sei schwer krank gewesen, er wolle jetzt Vertrauen haben. Er wurde dann auf die ruhige Abteilung verlegt, benahm sich natürlich und konnte am 18. 10. 1919 nach Hause entlassen werden.

D. erkrankte zum dritten Male im Februar 1922. Wiederum traten spontan Größenideen hervor. Er sei zum Nachfolger des deutschen Kaisers ausersehen, zum Präsidenten Deutschlands, er habe das große Los in Worms gewonnen. Dabei bestand gehobene Stimmung, Beschäftigungsdrang und bei der Aufnahme in die Klinik ein ausgesprochenes Bild starker motorischer Erregung. Er sang religiöse Lieder, brachte rhythmische Reimereien vor, machte im Dauerbad stoßende und wiegende Bewegungen mit seinem Körper, zwischenhinein kniete er plötzlich nieder, bekreuzte sich, zeigte einen strahlenden Gesichtsausdruck, machte pathetische segnende Bewegungen. Auf die Fragen des Arztes antwortete er, indem er die Antworten in seinen Gesang verflocht. Er war vollkommen orientiert, berichtete ohne weiteres, daß er in einem ähnlichen Zustand schon einmal in Wiesloch war. Tagelang spazierte er kraftvoll und selbstbewußt auf der Abteilung umher, dabei äußerte er immer wieder Mißtrauen und geriet ab und zu in heftiges Schimpfen. Dabei war er zeitweise völlig unansprechbar. Bei der körperlichen Untersuchung macht er die Glieder steif, knieft die Augen zu und ist völlig unbeflußbar. 14 Tage nach der Aufnahme trat eine vorübergehende Beruhigung ein. „Daß ich soviel geschwätzt habe, das war ein Wahn. Das vom lieben Gott, das darf man nicht so auffassen. Der liebe Gott spricht durch seine Propheten. Wenn ich so etwas gesagt habe, tut es mir sehr leid“. Doch ist seine Stellungnahme nicht eindeutig, wie er sich auch bei einer eingehenden Besprechung der Psychose in der Kriegszeit nicht als eigentlich einsichtig erweist, und es für durchaus möglich hält, daß Gott ihm den Auftrag gegeben habe, den Kaiser vom Krieg abzuhalten. Einige Tage ist D. dann schlaff, depressiv, zum Weinen geneigt, in seinen Bewegungen unsicher und ängstlich, er macht sich übertriebene Selbstvorwürfe, meint, er habe die Ärzte beleidigt und hat sein selbstbewußtes und sicheres Wesen vollkommen abgelegt. Am 31. 3. aber schlägt dieser depressive Zustand plötzlich in eine neue Erregung um. Unter lautem Jammern greift er sich auf die Brust, schlägt mit Armen und Beinen um sich, hopst auf und nieder, knüllt das Bettzeug zusammen, zerrt am Hemd. Nach einigen beruhigenden Worten steigert er sich erst recht in die Erregung hinein, er verlangt ins Arztezimmer, erklärt, er könne nicht gehen, als ein Pfleger zur Hilfe gerufen wird; „nein helfen Sie mir nicht, ich habe es nicht verdient“: immer lauter, immer erregter. Das ganze hat einen ausgesprochen theatralischen, auf den Zuschauer berechneten Charakter. Auch nachdem er sich einigermaßen beruhigt hat, ist sein Wesen noch eigentümlich theatralisch, zeremoniell. Sobald er irgend etwas gesagt hat, äußert er Zweifel, ob es auch richtig gewesen sei. Die Selbstbeschuldigungen häufen sich, alle möglichen Träume und Einfälle werden verwertet. Er fragt, ob er hypnotisiert sei oder verhext, er sei unwürdig zu essen, er wolle alle Leute um Verzeihung bitten u. dgl. mehr. Anfang Mai trat noch einmal plötzlich ein Erregungszustand auf. Wiederum überwiegend depressive Inhalte, großes Aussprachebedürfnis, süßliches sentimentales Wesen, eigentümlich unzugänglich trotz seines Anschmiegsbedürfnisses, rührselig, klebrig. Dabei zeigte er in bezug auf seine wahnhaften Erlebnisse keine Spur von Einsicht und war zu keiner klaren Stellungnahme zu bewegen. Auch bei der Entlassung am 15. 5. 1922 antwortet er, nach der Beurteilung des Erlebten gefragt, ausweichend, es sei wohl ein krankhafter Zustand gewesen, aber er wolle nichts mehr davon wissen.

Einen Monat später stellte D. sich wieder vor. Er war komponiert, ruhig, sehr höflich und bat darum, man möge über die Erlebnisse nicht mehr sprechen. Immerhin gab er noch an, daß er hier immer gemeint habe, seine Frau sei vergewaltigt worden, was er aus Gesprächen der anderen Kranken entnommen habe.

Eine 4. Psychose brach mehr als 2 Jahre später aus. Nach Angabe seiner Tochter hat D. nach der Entlassung im Jahre 1922 noch Eifersuchtsideen seiner Frau gegenüber geäußert. Dann war er 2 Jahre ganz unauffällig, er ging seiner Arbeit nach wie früher, war nach Angabe der Kollegen in keiner Weise auffällig, nach denjenigen der Frau auch gar nicht verändert, liebenswürdig und freundlich wie früher, er nahm seinen Verkehr wieder auf und erst eine Woche vor der neuen Psychose wurde er zappelig und unruhig, schlief schlecht, sprach von religiösen Dingen, murmelte Unverständliches vor sich hin, sprach davon, daß er in den Reichstag käme. Bei der 2. Aufnahme in die Heidelberger Klinik (8. 11. 1924) befand sich D. in einer tobsüchtigen Erregung. Er habe Gott gesehen in einem hellen Lichtstreifen, Gott habe ihn auserwählt, der Mensch müsse glauben. Am 12. 11. 1924 gab er in ganz geordneter Weise Auskunft. Er betrachte die Tage in der Klinik als Erholung, er wolle kund tun, daß es Menschen gäbe, die an Gott glaubten, der Herr könne ihm befehlen, daß er hierhin und dahin müsse, anfangs habe er immer Sorgen gehabt, heute verstehe er die Sprache Gottes, Gott habe ihm im Traum alles gesagt, er sei ihm in Form

einer gelben Wolke in der Ecke des Zimmers erschienen, die Ränder hätten wie Silber gegläntzt u. dgl. meh. In übrigen verfällt D. bei dieser Unterhaltung nach wenigen Sätzen in einen eigentümlich singenden Tonfall, in dem er gleichmäßig dahinspricht wie in einem Sprachgesang, mit langer Dehnung der Endsilben. Ab und zu verläßt er diese manirierte Sprechweise, dann kommt man ihm auch affektiv näher, aber sehr bald nimmt er sie wieder auf. In der folgenden Zeit äußert sich D. sehr ausführlich über seine Gespräche mit Gott, von denen er nicht genug berichten kann. Er ist äußerst lebhaft, lebendig, strahlend, freundlich, vollkommen komponiert und versichert, er sei glücklich. Bei einem der vielen Gespräche erklärt er einmal auf die Frage, ob er sich berufen fühle, er sei ein Mensch wie alle anderen auch, er sei nichts besonderes. Dabei ist er aber offensichtlich verlegen, wird leicht unsicher, erregt, ist zweifellos nicht ganz ehrlich. Schließlich endet das Gespräch damit, daß D. seine Gesundheit betont und seine Entlassung wünscht. Dabei redet er sich in eine starke, nicht adäquate Erregung hinein mit ausgesprochenem Rededrang. Als sein Wunsch abgelehnt wird, bricht er plötzlich ab und geht mit der Schwester auf die Abteilung. Auffallend ist in dieser ganzen Zeit der vorzügliche Kontakt, der vorübergehend mit dem Patienten zu gewinnen ist. Ganz plötzlich aber gerät der Kranke in eine unverständliche Erregung, wird steif, gedrehtelt in seinen Bewegungen und man kommt nicht mehr an ihn heran. Das leicht hypomanisch gefärbte Bild dauert an bis Anfang Januar. Gewisse depressive Zeichen treten hervor, doch kommt es nicht zu so schweren depressiven Erscheinungen wie beim letzten Aufenthalt, so daß D. am 3. 1. 1925 versuchsweise entlassen werden kann. Bei der abschließenden Befragung stellt sich heraus, daß er in keiner Weise korrigiert oder einsichtig ist. Die Zeit in der Klinik war eine Prüfung von Gott, Gott habe mit ihm gesprochen und ihn gestärkt, damit er den Menschen wohl tue und in Liebe für sie arbeite. Auch an der Realität der Halluzinationen hält er fest, „Herr Doktor, was ich doch gesehen habe mit meinen eigenen Augen, habe ich doch gesehen, ich phantasiere doch nicht, ich bin doch ein vernünftiger Mensch“. Es war wahrscheinlich, daß der Kranke auch noch damals halluzinierte. Plötzlich brachte er wiederum die Äußerung vor, er sei wohl in den Reichstag gewählt worden. Ebenso unverständlich war die Versicherung, daß er seiner Frau bestimmt treu geblieben sei. Seine Lebhaftigkeit, Höflichkeit und sein zuvorkommendes Wesen wirkten trotz allem kühl und starr.

Nach der Entlassung aus der Klinik ist D. bis zum Jahre 1927 seiner Arbeit nachgegangen, war unauffällig und gesund. Dann erlitt er einen apoplektischen Insult, der zur Lähmung der linken Seite und einer Sprachstörung führte. Psychotische Symptome sollen zunächst nicht hervorgetreten sein. Er bekam zeitweise „Herzanfälle“, wurde blau im Gesicht, erholte sich dann wieder. Anfang Juni 1930 trat plötzlich wieder eine Psychose hervor. Er wurde erregt, schlief nicht, redete dauernd vor sich hin, die Sprache schien gegenüber der vorhergehenden Zeit wieder verschlechtert. Er erklärte, er müsse ein großes Buch über sein Leben schreiben, dieses in alle Sprachen übersetzen und viel Geld verdienen. Er sang dauernd Kirchenlieder und sagte, er sei überglücklich. Bei der Verbringung in die Klinik am 10. 6. 1930 zeigte er eine erhebliche sprachmotorische Erregung, doch waren seine Äußerungen fast vollkommen unverständlich infolge einer starken artikulatorischen Sprachstörung. Nächtliche Unruhe, gehobene Stimmung und eine hochgradige Herzinsuffizienz, Hemiparese links. Nach Eintritt der Beruhigung in die medizinische Klinik verlegt.

5. Die Anregungen, welche auf diesem vielumstrittenen Gebiet von der Tübinger Schule ausgegangen sind, haben sich schließlich auch auf jene seit langem beachteten Fälle „sukzessiver Kombination“ (STRANSKY) erstreckt, bei welchen *im Laufe des Lebens die Symptome der einen Erkrankung von denjenigen der anderen abgelöst werden*. Schon die ältere Psychiatrie kannte einzelne Fälle, bei welchen zirkuläre Erkrankungen gegen das Ende hin „mehr in den Verfolgungswahn der Verrücktheit schillern“ (SCHÜLE). HOFFMANN hat dieses Vorkommnis mit dem Manifestationstermin der Gene in Beziehung gebracht und spricht jetzt von *Erscheinungswechsel* der beiden Krankheitsanlagen im Verlaufe eines Lebens. Das von ihm als erstes beigebrachte Beispiel hielt einer kritischen Analyse von LANGE nicht stand: schon die erste Psychose der Kranken zeigte für eine zirkuläre recht auffallende Züge, die weiterhin immer deutlicher hervortraten. Und auch „im Zustand schwerster Verblödung“ blieben noch die Schwankungen bestehen, die anfangs äußerlich am meisten in die Augen fielen. Von einem klaren Erscheinungswechsel kann man also dabei nicht sprechen, obschon die beiderseitige Belastung wahrscheinlich vorliegt.

Eine wesentlich reinere Sukzession zeigt der folgende Fall, bei dem allerdings

die Angaben über die Heredität nicht ausreichen, um eine Anlagemischung anzunehmen:

*Helene Trunk* (03/37), geb. 1878.

Über die Erblichkeit ist nur bekannt, daß die Mutter des Vaters an „Verblödungspsychose“ litt. Fräulein T. war ein schwächliches Kind, besuchte die Töcherschule, war immer sehr still und brav, für Sprachen begabt. Sie studierte bis zum 17. Jahr Klavier und Gesang mit großem Fleiß und Ausdauer. Sie hatte vielseitige Interessen und ein gutes Gedächtnis und erlernte mit 20 Jahren auf Anregung der Mutter die Krankenpflege. Etwa 2 Jahre vor der ersten Aufnahme, d. h. also vom 23. Lebensjahr ab, litt sie an „Anämie“, war ermüdbar, appetitlos und klagte über Leere im Kopf, Abstumpfung im Denken, hatte Bedürfnis nach Ortsveränderung. Sie neigte zu beständigem Kritisieren und war erregbar bei unangenehmen Dingen. Bei der ersten Aufnahme in die Klinik (28. 2. 1903) war sie empört, daß man sie unter falschen Angaben dorthin verbracht hatte. Sie bestritt nicht die Notwendigkeit einer Behandlung, wohl aber protestierte sie gegen die Aufnahme in eine geschlossene Anstalt. Nachdem ihr alle möglichen Freiheiten gewährt waren, entschloß sie sich zu bleiben und verhielt sich nun in durchaus natürlicher und unauffälliger Weise der Lage entsprechend. Von ihren Beschwerden gab sie eine anschauliche Schilderung. Sie empfinde ungemein lästig das Schwankende in ihrem Charakter, Wochen hindurch sei ihr Auftreten bestimmt und energisch, sie habe für vieles Interesse, schreibe zahllose Briefe, sei unternehmungslustig. Plötzlich überkomme es sie so, als ob sie versteint sei, sie könne nicht mehr den einfachsten Gesprächen folgen, habe für nichts Interesse, sei wie verdummt und blödsinnig. Von ihrer Reizbarkeit erwähnt sie spontan nichts, gab aber auf Fragen zu, in den letzten Wochen sehr empfindlich gewesen zu sein. Die Schuld daran sucht sie bei den Eltern, die einem ganz anderen Jahrhundert angehörten als sie, veraltete Anschauungen hätten u. dgl. mehr. Aus dem schriftlichen Krankheitsbericht, der im Sommer 1902 beginnt: „Zunächst waren meine Stimmungen in stetem Wechsel und etwa von der Dauer von 14 Tagen bis 3 Wochen. Meine heiteren, sog. guten Tage zeigten sich im Interesse für alles, im zielbewußten Handeln, individuellen Anschauungen, bestimmtem Urteil . . . und einer bestimmten Spannkraft. In diesen Zeiten suchte ich soviel als möglich Gesellschaft auf, unternahm vieles, weil mir alles Vergnügen machte. Wenn ich gerade auf der Reise war, erledigte ich in dieser Stimmung alle meine Briefschulden. . . . Der Übergang von einer Stimmung zur anderen war nicht so plötzlich, sondern jeden Tag ein wenig mehr vorgeschritten. Beim anderen Zustand hatte ich ein Gefühl von Interesselosigkeit, Dummheit, Unbestimmtheit über Dinge, über die ich meine eigene Ansicht haben sollte. Ich strengte mich dann besonders an, um meinen Mangel zu verbergen und im gegebenen Falle besann ich mich darauf, wie ich in meinen guten Tagen gehandelt hätte . . . in letzter Zeit kam noch zu den genannten Symptomen eine vollständige Gleichgültigkeit und ein Versagen meiner Aufnahmefähigkeit; Theater, Konzerte machten keinen Eindruck mehr auf meine Nerven . . . bei der Unterhaltung habe ich den Faden verloren, d. h. ich konnte einen Gedanken nicht mehr an den anderen reihen . . . für Scherz und Pointen in der Unterhaltung blieb ich unempfindlich“.

Im übrigen betont sie ihre Sensitivität, und daß es ihr in letzter Zeit bei Reden und Bemerkungen, die ihr nicht gefielen, zuweilen übel wurde. Während des kurzen Aufenthaltes in der Klinik (bis 7. 3. 1903) lebte sie sich auffallend schnell ein, war schwankender Stimmung, freundete sich schnell an. Mitten im Gespräch mit dem Arzt verstummte sie, klagte darüber, sie sei wie vor den Kopf gestoßen, könne die Worte nicht finden.

Fräulein T. wurde in HECKERS Sanatorium nach Wiesbaden überführt, wo sie nach dreimonatigem Aufenthalt ruhiger und mit gebesserten somatischen Funktionen (nach dem Bericht des Vaters) entlassen wurde. Der psychische Zustand besserte sich zunächst nicht entsprechend, zwar war sie intellektuell ungeschädigt, aber asthenisch, reizbar und willenlos, Erschöpfbarkeit und Unlust zu irgendeiner Tätigkeit dauerten an. Dieser Zustand trat besonders prämenstruell auf. Am 24. 8. 1903 berichtet der Vater, sie könne sich weder zum Lesen, noch zum Briefschreiben, noch zur Gesellschaft aufraffen, stundenlang sitze sie vor einer Handarbeit, sei aus dem geringfügigsten Anlaß reizbar. Die Klagen über Leere im Kopf, dumpfes Druckgefühl dauerten an.

Die zweite Aufnahme in die Klinik (15. 5. 1912) erfolgte, nachdem die Patientin inzwischen wiederholt in nervenärztlicher Behandlung gewesen war; zunächst bei HECKER, nach dessen Tode lebte sie in Pensionen, späterhin war sie wiederholt bei KOHNSTAMM in Königstein. Zwischendurch immer wieder zu Hause, wo sie durch ihr tyrannisches und zornmütiges Wesen die Mutter beherrschte, besonders nachdem der Vater 1909 gestorben war. Im Februar 1912 kam es aus einem harmlosen Anlaß zu einer Streitszene mit der Mutter, in der sie die Mutter schlug und an den Haaren zerrte. Auch sonst war sie gewalttätig bei ihren Zornausbrüchen, zerschlug Geschirr und Fensterscheiben und schrie. Zwischen diesen Erregungszuständen lag sie mitunter lange Zeit tatenlos auf dem Sopha, zog sich nicht an, beschäftigte sich nicht. Gleichzeitig traten wahnhaftige Heiratsgedanken hervor. Während



des Aufenthaltes in einem Baden-Badener Sanatorium spann sie den Gedanken aus, der dritte kaiserliche Prinz wolle sie heiraten. Sie hörte Stimmen, durch die sich die Fürstlichkeiten ihr anbieten ließen, sie sprach davon, es sei ein Grammophon in der Nachbarschaft, das ihre Worte auffasse und weiter trage, ein elektrischer Draht überbringe ihre Gespräche an die Höfe. Dementsprechend führte sie Szenen auf, indem sie auf dem Klavier Akkorde anschlug, an die Tür ging, die Abgesandten der Höfe empfing und mit ihnen sprach. Auch morgens im Bett beschäftigte sie sich mit Rede und Gegenrede, sie schrie laut: du kannst mich jetzt in Ruhe lassen, ich heirate dich jetzt nicht mehr, ich habe jetzt andere wie dich, wirst du früher gekommen. Sie ließ sich ein Kleid zum Empfang der Fürstlichkeiten anfertigen. Dieser Heiratswahn erstreckte sich dann auch auf eine Mannheimer Persönlichkeit. Sie machte große Einkäufe für ihre Verlobung, traf Vorbereitungen in der Wohnung. Als der Erwartete nicht kam, gab sie ihn wieder auf. Sie verzog dann mit der Mutter nach Heidelberg, wo sie wieder andere Heiratskandidaten erwartete. Sie behauptete einmal, im Gebäck sei Gift gewesen, glaubte sich von der badischen Großherzogin verfolgt usw. Nach der Wiederaufnahme in die Klinik gab sie zwar zu, etwas nervös zu sein, aber wiederum protestierte sie gegen die Internierung; sie sei vollkommen gesund, ihre Mutter dagegen nicht normal. Sie verlangte sofort freien Ausgang wie früher, schrieb fortwährend Briefe und Telegramme an ihre Angehörigen, war ungemein sicher und energisch in ihrem Auftreten. Gegen eine Besprechung ihrer Wahnideen war sie zunächst mißtrauisch und ablehnend, sprach von Heiratsmöglichkeiten, von einer indirekten Verbindung mit den Höfen, deutete aber auch zugleich an, daß vielleicht die Großherzogin ihre Internierung veranlaßt habe. Nach wenigen Tagen trat ihr unsoziales Verhalten hervor. Sie schrie zum Fenster hinaus, versuchte die Pflegerinnen zu bestechen, schlug eine Scheibe ein, weil man aus dem Klosett Stinkluft in ihr Zimmer lasse, war bei den Besuchen durch die Mutter außerordentlich erregt und zudringlich. Auskunft über Sinnestäuschungen und Wahnideen war nicht zu erhalten, nur ganz gelegentlich im Affekt äußerte sie, sie würde von dem oder jenem Herzog befreit werden. Im übrigen war die Stellungnahme zu den krankhaften Symptomen vor der Internierung völlig uneinsichtig. Nach der Überführung in die Privatanstalt am 31. 5. 1912 kam es auch dort zu rasonnierenden Erregungen, sie versuchte über den Zaun zu steigen und zu entfliehen, schimpfte nachts auf den Gängen herum, lärnte um so mehr, je mehr man sie zur Ruhe ermahnte. Ihre Heiratsideen dissimulierte sie zunächst auch dort, es gehe niemanden an, was sie für sich denke. Auffallend waren ihre plötzlichen Stimmungsumschwünge; durch ein Scherzwort und eine Schmeichelei war sie aus heftigstem Schimpfen heraus freundlich zu stimmen. Gegen die wenig erfreuliche Umgebung, in der sie untergebracht werden mußte, war sie ganz indolent. Bis zuletzt dauerte dort die schimpfende Erregung an, bei der Überführung in die Landesanstalt schimpfte sie auf der Reise ununterbrochen in unflätigsten Ausdrücken über ihre Mutter.

Wir fügen hier die zusammenhängende Übersicht über eine früher von WILMANNs und mir mitgeteilte Krankengeschichte bei, bei der sich nach jahrelangen, *periodisch auftretenden Depersonalisationszuständen*, wie man jetzt sicher sagen kann, ein schizophrener Endzustand entwickelt hat, wodurch unsere früheren Publikationen eine wichtige katamnestiche Ergänzung erhalten:

*Gerda Leniev* (00/151), geb. 1873.

Einziges, verwöhntes Kind eines reichen Hauses, lebhaft, poetisch veranlagt, lesehungrig, spielte gern; von früh auf Pavorzustände, die bis zum Backfischalter bestanden; stark entwickelte Phantasie, neigte zum Wachträumen. Erste melancholische Anwandlungen im 16. Lebensjahr während der Konfirmationsstunde, religiöse Skrupel, einige Wochen schlaflos. Dieser Zustand wiederholte sich im gleichen Jahr zweimal, dauerte das zweitemal nur einige Tage, das drittmal trat eine leichte Verwirrtheit mit Angst und Gehörstäuschungen auf. 2 Jahre später im Anschluß an Influenza Schlaflosigkeit und Melancholie. Wiederum 2 Jahre später heftigere Depression mit Schlaflosigkeit. Im folgenden Jahre (1894) also im 21. Jahr 6. Erkrankung. Wurde im Hause eines Psychiaters behandelt. Ausgesprochene Symptome der Depersonalisation Aus den damaligen Briefen: „Jetzt komme ich mir gar nicht wie sonst vor, mir scheint so, als wäre mein Geist entflohen, nur die Hülle übrig geblieben . . . Wenn man sich so gelähmt und verstandlos fühlt wie ich, kann man unmöglich mit einem Ruck wieder gesund sein. . . . Was spreche ich von meinem Willen, dieser existiert gar nicht mehr. Bei Gott, ich fühle es, ich werde täglich blödsinniger, sprechen kann ich gar nicht mehr, wie mir zu Mute ist, nur zuweilen schreiben“. Nach einigen Monaten Umschlag, guter Laune. 3 Jahre später neuerdings deprimiert, schlaflos. 9. 3. 1898 Ausbruch einer schweren Psychose, Verwirrtheit mit Schreien und Umsichschlagen, glaubte sich hypnotisiert, ängstlich, erregt, zerriß Wäsche, näßte ins Bett, tagsüber leicht benommen, nachts wilde Tobsucht, Ausklang in indifferente gemüthliche Stimmung. Aber auch in dieser Fassung sprach sie davon, daß sie in der Hölle sei, elektrisiert werde, gräßliche Strafen stünden ihr bevor u. dgl. Mit zunehmender Besserung traten hysterische Züge

zutage, starkes Liebesbedürfnis, beunruhigende Träume. Danach 2½ Jahre gesund, auffallend unternehmungslustig, heiter, humorvoll, Neigung zum Geldausgeben.

Oktober 1900 wiederum ganz plötzlich Schlaflosigkeit und Verwirrtheit. Hochgradige Gewalttätigkeit gegen ihre Umgebung, impulsive Handlungen, Unruhe, Negativismus, verworrene Wahnideen. „Viele von den Wärterinnen haben Telephone, gar keine Mägen, sind Wachs, bekommen auf künstliche Weise Verstand; wäre ich gedrahtet, so könnte ich den Abort und auch das Bad stützen“ (aus einem Brief aus der Zeit der abklingenden Psychose). Die Wahnideen dauerten auch noch in der Ruhe. Die Weltachse ist neben dem Bett, wenn sie ißt, muß die ganze Welt hungern, sie habe das Gefühl als ewiger Weltwickel benutzt zu werden. In dieser Psychose zum erstenmal auch Äußerungen über Körpermißempfindungen, sei ohne Gehirn, ohne Eingeweide u. dgl. mehr. Von September 1902 ab freier, Interesse für Literatur und Kunst erwacht, sie lernte Sprachen, die Persönlichkeit tritt wieder hervor. Dann sehr bald wieder neue ähnliche Erregung, Wechsel zwischen Depression und zornmütiger Gereiztheit. Erst im März 1903 bleibende Besserung, natürlich, zugänglich, liebenswürdig, lebhaft, interessiert, bemüht, das in der Krankheit Versäumte nachzuholen. Zuletzt hypomanischer Zug, strahlender Stimmung, Drang nach Betätigung und unternehmungslustig, völlig einsichtige Stellungnahme, Selbstschilderung.

Seitdem eine ganze Anzahl in Verlauf und Symptomatologie sehr ähnliche Psychosen. 1906—09 in einer baltischen Anstalt wieder erkrankt, 1912 und 1913 noch in der Anstalt, bei Ausbruch der russischen Revolution 1917/18 zu Hause. Weiterhin noch eine ganze Reihe von Schüben, die zeitlich nicht sicher bekannt sind. In den Zwischenzeiten nach Meinung ihrer Angehörigen vollkommen unverändert, doch für den objektiven Beobachter eigenartig still, uninteressiert, oberflächlich in ihren Interessen, langweilig im äußeren Verkehr, dabei von einer gewissen freundschaftlichen Wärme zu alten Bekannten, interessiert an dem Schicksal der Familie ihrer Ärzte usw. Nach jeder Psychose eigentümlicher, Gefühle und Interessen zuletzt mehr systematisch als spontan und innerlich, dabei intellektuell völlig ungeschädigt, von großer Aufnahmefähigkeit und Regsamkeit. Ende August 1920 Ausbruch einer neuen Psychose, die nunmehr ohne Unterbrechung bis zum Tode am 23. 11. 1929 andauert. Sie fühlte die Erkrankung kommen und flüchtete zum Arzt. Beginn mit verwirrten Handlungen, ratloser Erregung. In der Klinik zerfahren, ständige Wiederholung der letzten wahnhaften Inhalte aus den früheren Psychosen, unsauber, verwahrlost, indolent, Stereotypien, Negativismus, Witzeleien. Trotzdem immer wieder auf Spaziergängen, bei Besuchen, bei eingehenden ärztliche Explorationen aus dem anscheinend völlig verstumpften Zustand herauszureißen, erweist sich intellektuell als durchaus wohlherhalten, sehr gut orientiert über ihre Umgebung und über den Personenkreis, der sie interessiert. Ständig die gleichen Wahnideen der Eingeweidelosigkeit, der inneren Leere. Bei manchen Äußerungen Mischung von überlegenen Wendungen, die der Situation durchaus entsprechen, mit verworrenen Wahnideen. Neigt immer dazu, ihre Kleider zu zerreißen, beschwert sich einsichtslos gegen die Internierung, spricht von Verschwörungen gegen ihre Gesundheit und davon, daß man sie absichtlich mit Arzneimitteln betäube und verdimme. März 1929 wurde ein Corpuscarcinom bei ihr festgestellt und eine Radikaloperation vorgenommen, dabei carcinomatös entartete Myome festgestellt. Bei der Nachbehandlung benahm sie sich verhältnismäßig vernünftig, als sie sich aber gesund fühlte, begann sie sofort wieder zu schimpfen und sich zu beschweren. November 1929 ileusartige Erscheinungen, Darmcarcinom, Tod nach der Laparatomie. Unmittelbar vor dem Tode völlig geordnet, affektiv aufgeschlossen, völlig die ursprüngliche Persönlichkeit (s. S. 578).

Diese Kranke ist von Vaters wie von Mutters Seite mit zirkulären Psychosen belastet, in der Verwandtschaft der Mutter und des Vaters (bei diesem in entfernter Seitenlinie) finden sich Psychopathen, die nicht in den zyklotyphen Formenkreis passen. Der Vater selbst weist Züge der „charakterstarken schizoiden Herrennaturen“ auf; das veranlaßte HOFFMANN zur Annahme einer „Kombination von zirkulären und schizophrenen Konstitutionselementen“, während er die anderen von mir erwogenen Deutungen (atypische Psychose infolge gehäufte gleichartiger Belastung, Aufspaltung einer Einheitspsychose, deren ursprüngliche Form bei gehäufte Belastung wieder hervortritt<sup>1</sup>) als veraltet ablehnt.

Auch gegen die beiden Fälle *Trunk* und *Leniew* läßt sich der Einwand erheben, daß sie dem Begriff des Erscheinungswechsels in voller Exaktheit nicht entsprechen: atypische Züge weisen schon die zyklotyphen Schwankungen der

<sup>1</sup> Die Diagnose Schizophrenie war seinerzeit noch nicht sichergestellt.

Patientin T. auf und der remittierende Charakter verliert sich im Krankheitsverlauf der Kranken L. nicht sofort, sondern erst ganz allmählich, nachdem die schizophrene Symptomatik schon das Feld beherrscht.

Eine viel deutlichere Änderung der Krankheitsform an einem bestimmten Zeitpunkt weisen diejenigen Fälle auf, bei denen *umgekehrt* zuerst eine Psychose mit schizophrener Symptomatik auftritt, die dann von manisch-depressiven Erscheinungen abgelöst wird, Fälle, die also verlaufsdiagnostisch nicht zur Schizophrenie gehören. Wir geben ein Beispiel einer solchen „Mischpsychose“, das durch eine ausreichende Katamnese über 40 Jahre sichergestellt ist, wobei aber die Erblichkeit trotz sorgfältiger Nachforschungen keine eindeutige Rückführung erlaubt.

Oskar Schwarz<sup>1</sup>, geb. 1872 (91/103).

Vater übertrieben korrekter, pedantischer Pflichtmensch, galt in dem Schwarzwaldort, wo er Bürgermeister war, als eine schrullige Figur, sehr rechthaberisch. Dessen jüngster Bruder starb mit 30 Jahren an einer Psychose völlig ungeklärter Art; er war nicht in einer Anstalt untergebracht. — Die Mutter war eine ungemein praktische, anpassungsfähige, hausfräuliche Natur von ausgesprochener Herzensreligiosität, rasch heftig, aber auch schnell wieder gut, zeitweise munter und ausgelassen. Aus ihrer Familie stammt die musikalische Begabung. — Von den Geschwisterkindern der Mutter ist ein Mutters-Schwester-Sohn, der ein intelligenter und hübscher Mann war, verbummelt, er hatte einen zweifelhaften Ruf. Dessen Schwester war mit einer auf Schizophrenie sehr verdächtigen akuten Psychose einige Monate im Jahre 1883 in der Anstalt Illenau untergebracht. Sie ist nach belegten Mitteilungen seitdem völlig gesund, seelisch gleichmäßig und unauffällig.

S. selbst war ein sehr begabter Schüler, spielte schon mit 5 Jahren ohne Anleitung Violine, zeigte ein ungewöhnliches musikalisches Talent. Er machte das Gymnasium durch, trieb nebenher sehr viel Musik, vernachlässigte zeitweise seine Schularbeiten, bereitete sich dann aber aufs Abitur vor, das er glatt bestand. In Obersekunda und Unterprima hatte er vorübergehend „Magenbeschwerden“. Nach dem Abgang vom Gymnasium ging S. nach Weimar und studierte dort Musik. Während er anfangs dort sehr befriedigt war, stellten sich etwa nach einem halben Jahr ein gewisses Unbehagen, Magenbeschwerden und Unzufriedenheit ein. Er glaubte, die Kollegen intrigierten gegen ihn, war unentschlossen, ob er seine Studien fortsetzen sollte und begab sich nach München, wo er zum erstenmal Symptome eines Beziehungswahnes zeigte. Nach einem kleinen Wortwechsel in einer Wirtschaft wurde er ängstlich, glaubte wegen Majestätsbeleidigung verfolgt zu werden und begann zu halluzinieren. Er verließ München fluchtartig, hörte auf der Fahrt im Nebencoupé über sich sprechen. Schließlich floh er in sein Elternhaus, wo er sich alsbald wieder beruhigte, aber von den Vorkommissen nicht sprach. Nach kurzer Zeit nahm er seine Studien in Würzburg auf. Dort begann er sofort wieder zu halluzinieren. Er sah auf der Straße Weimaraner, hörte hinter sich herrufen; während des Klavierspiels hörte er die Kritik seines Spieles, höhnisches Lachen; während des Kollegs kamen Zurufe aus dem Rascheln der Bäume. Er trug sich mit Selbstmordgedanken. Diese Symptome traten dann für einige Monate zurück. Im Oktober 1891 begann er dann wieder in Würzburg zu studieren. Er fühlte sich besonders wohl, unternehmungslustig und heiter. Alsbald stellte sich aber wieder die Angst ein, er hörte „Einflüsterungen höherer Geister“, hatte Gesichtstäuschungen, er predigte als Messias auf der Straße gegen die Prostitution und geriet schließlich in einen ekstatischen Zustand.

Aus einer später verfaßten *Selbstschilderung* über die damaligen Erlebnisse: „... diese Anschauung führte mich darauf, in einem kleinen Dachshund Dr. K.'s Seele zu vermuten, ein Pferd mit dem Namen „Merk“ zu begrüßen, einen Hund als „Geist des großen Heine“ anzurufen, und zwar die beiden letzten auf offener Straße laut beim Heimgehen. Wohl auf dem gleichen Heimweg sah ich zufällig eine Demi-monde-Dame einem Herrn zublinzeln. Dieser Vorfall am hellen Tage schien mir das non plus ultra von Sittenlosigkeit zu sein; er schien mir zu beweisen, daß die heutigen sittlichen Zustände dringend einer Reform bedürftigen, wenn nicht durch sie ein großes Gericht heraufbeschworen werden sollte; während dieser Überlegungen klang aus der Ferne in regelmäßigen Zwischenräumen ein dumpfes Donnern, welches meine Befürchtungen nur vergrößerte und in mir die Vorstellung wachrief, das Gericht sei schon angebrochen, es stürzten draußen im Weltenraum Welten zusammen...“ Er berichtet dann weiterhin, wie er sich für eine Musikschülerin begeisterte, ihr zu Ehren ein Lied komponieren wollte und schließlich den Heineschen Text „Ein Fichtenbaum steht einsam auf Norden's eisiger Höh“, als Unterlage der Komposition wählte.

<sup>1</sup> Der Fall ist als manisch-depressiver Mischzustand mit Wahnbildungen in KRAEPELINS Einführung in die psychiatrische Klinik, 1. Aufl., Leipzig 1901, S. 78, kurz veröffentlicht.

„... Bevor ich jedoch mit der Komposition begann, nahm ich den Goetheschen Faust und fing an, laut den ersten Monolog vorzulesen. Dabei kritisierte ich fast Vers für Vers schmählich herunter, fand alles unlogisch. Bei der Erscheinung des Erdgeistes erwartete ich eine ähnlich Erscheinung . . . Es war mir plötzlich, als bedeuteten die einzelnen Noten Weltkörper, als müßte ich mit jedem Kopf, den ich schreibe, eine der Welten, die am Nachmittage zusammengestürzt waren, wieder in ihre Bahn einfügen. . .“ Die ganze Nacht über komponierte er an diesem Lied, versuchte schließlich in die Wohnung des Mädchens einzudringen und wurde im Anschluß daran in die Würzburger Klinik verbracht und von dort nach wenigen Tagen nach Heidelberg überführt.

Hier war er bei der Aufnahme am 30. 10. 91 ruhig, besonnen, nicht ganz orientiert, verkannte den Arzt, er sei in einer „philosophischen Aula“, die die Akademie des Plato vorstellen solle. Die Stimmung war gehoben, heiter, er zeigte einen strahlenden Gesichtsausdruck und sprach sehr viel. Dabei waren seine Reden eigentümlich zerfahren, leer und pathetisch. Er berichtete, man wollte ihn in Würzburg hypnotisieren und vivisezieren, man habe eine Gerichtssitzung über ihn abgehalten und dergleichen mehr. Nachts war er sehr unruhig und schlaflos, sprach ununterbrochen. Seine Redeweise war „in eigentümlicher, schwer zu beschreibender Weise zerfahren.“ Er sprach von Einflüsterungen und Stimmen, Höllenmaschinen und Geisterköpfen. Auch hier halluzinierte er aus der Wand; durch den Pfiff der Lokomotive und durch Zeichen zum Fenster herein habe er erfahren, daß sein Vater tot sei. Zeitweise war seine Redeweise ausgesprochen ideenflüchtig. Der bombastische Ton bei gänzlich belanglosen Äußerungen wird hervorgehoben. Optische und akustische Halluzinationen dauerten an. Er sieht eine goldene Figur an der Wand, kann nicht lesen, weil ihm fortwährend von oben hereingesprochen wird, farbige Signale werden ihm gegeben, wenn er Kompositionsversuche macht. Mitte Dezember wird betont, daß er nach wie vor viel halluziniert, die Sache aber humoristisch auffaßt. „Der Fußboden knackt die ganze Nacht und erzählt Geschichten, jede Diele weiß eine andere.“ Er hört vom Fenster herein eine klagende Frauenstimme, glaubt zuerst seine Mutter weinen zu hören, dann erkennt er, daß sie es nicht ist und verfolgt nun stundenlang mit Interesse Höhe und Tiefe des wechselnden Tones. Wenn er Briefe schreibt, so werden vor der Türe draußen alle Worte mitgesprochen; alle wissen seine Gedanken. Mitte Januar wird er etwas ruhiger, sieht auch bis zu einem gewissen Grade das Krankhafte der Täuschungen ein, die aber noch fortdauern. Im Gespräch ist er noch ziemlich zerfahren und leicht ermüdend. Das Körpergewicht steigt. Die Sinnestäuschungen nehmen ab. Am 22. Februar gibt er einen zusammenhängenden, ausführlichen Bericht über seinen Lebenslauf und den Beginn seiner Psychose. Der strahlende Gesichtsausdruck ist geschwunden. Er sieht nur ab und zu „Farbenkomplexe“ und hört einzelne Töne. Die Besserung hält an. Ende März schreibt er seine ausführliche, vollkommen einsichtige Selbstschilderung nieder und wird am 10. 4. 1891 entlassen. Mit KRAEPELIN blieb S. weiterhin in Kontakt. Nach über 8 Jahren (1901) bezeichnet er S. als vollkommen gesund.

S. hatte die musikalische Laufbahn aufgegeben, studierte Jura und ist zu einem der höchsten Posten in der Verwaltung aufgestiegen. Neben seiner beruflichen Tätigkeit hat er immer noch sehr viel Musik getrieben, bei Gelegenheit selber kleine Orchestervorführungen geleitet, und noch heute betont er, daß er eigentlich seinen Beruf verfehlt habe und hätte Musiker werden müssen. Aus einer genauen Besprechung seines Lebenslaufes geht hervor, daß sich seit der ersten Psychose *durch sein ganzes weiteres Leben hindurch deutliche Schwankungen nach der hypomanischen und nach der depressiven Seite* fortgesetzt haben. 1903 war er in einer ausgesprochenen Hypomanie in Sanatoriumsbehandlung. In den Zeiten gehobener Stimmung hat er sich auch immer wieder mit dem Plan getragen, seine musikalischen Studien von neuem aufzunehmen. Gleichfalls in einer gehobenen Phase hat er sich beim Kriegsausbruch als Freiwilliger zum Heeresdienst gemeldet, obwohl er das 40. Lebensjahr überschritten hatte. Er wurde rasch zum Offizier befördert und kam ins Feld, wurde dort aber vorwiegend beim Stab beschäftigt. Während seines Felddienstes trat auch wieder eine leichte Depression ein. Er war äußerst entschlußunfähig, übertrieben sensibel in der militärischen Umgebung und wurde schließlich von seiner Behörde reklamiert. Später hat er dann gleichfalls in hypomanischem Überschwang eine Ehe eingegangen, die bald sehr unglücklich wurde und geschieden werden mußte.

Psychotische Erscheinungen, wie sie in der ersten Erkrankung beobachtet wurden, sind nie mehr zutage getreten. Seiner Umgebung fällt S. durch eine überkorrekte Höflichkeit, durch eine gewisse pedantische Sorgfalt und Genauigkeit in seinem Pflichtenkreis auf. Trotzdem ist er bis in die letzte Zeit allen Anforderungen seiner schwierigen und exponierten Stellung vollkommen gewachsen gewesen. Seine Beziehungen zu der Klinik ließ er durch die Beschäftigung mit kriminalpsychologischen Fragen nie ganz abreißen. Körperlich ist S. ein typischer Pykniker.

Schließlich sind hier noch die selteneren Fälle zu erwähnen (FORELS Fall L. S., Fälle *Kreuznacher* und *März WILMANN*s und *MAYER-GROSS*), bei welchen nach

mehreren typisch manisch-depressiven Phasen eine schizophrenieähnliche Psychose zum Ausbruch kommt, nach deren Abklingen dauernde *Genesung* eintritt. Auch hier nimmt HOFFMANN auf Grund schizoider Züge der ursprünglichen Persönlichkeit eine Konstitutionsmischung an.

*Zusammenfassend* läßt sich heute über das Problem der schizophren-zirkulären Mischpsychosen folgendes sagen: Es gibt fraglos einzelne Fälle, bei welchen es, sei es auf Grund der Heredität, sei es aus einer gemischten Symptomatik, naheliegt, eine Kombination des manisch-depressiven mit dem schizophrenen Irresein anzunehmen. Die Ableitung aller atypischen Psychosen, oder gar aller atypischen Einzelzüge in der Symptomatik aus dieser Mischung ist unmöglich. Die Heranziehung der zugeordneten normalen Konstitutionsmerkmale ist in manchen Fällen befriedigend, aber der Beweis, daß es sich dann um Konstitutionsmischungen handelt, ist nicht geführt.

### β) Mischungen mit dem epileptischen Formenkreis.

Der Gedanke, daß bei einer Schizophrenie Kombinationen oder Einmischungen epileptischer Art vorliegen könnten, taucht schon rein empirisch viel seltener als die zirkulären Überschneidungen auf. Einzelne epileptische Anfälle sind besonders im Beginn der Schizophrenie seit langem bekannt. Ob es sich dabei jedesmal um epileptiforme Anfälle im engeren Sinne handelt, ist nach den Arbeiten von ROSENAL und KRAFF zweifelhaft (vgl. den Abschnitt über körperliche Symptome der Schizophrenie, STEINER). Absence-ähnliche Zustände wurden als eine Form des Gedankenentzugs neuerdings von BÜRGER aus unserer Klinik beschrieben; aber man denkt dabei ebensowenig an eine Kombination mit Epilepsie, wie bei dem Auftreten katatoniformer oder paranoider Zustände im epileptischen Ausnahmezustand eine Einmischung schizophrener Art angenommen wird. Das Problem der Mischung ist auch insofern hier ein anderes, als die Epilepsie in sehr vielen Fällen keine Anlagekrankheit ist, sondern exogenen Ursprungs, sodaß die Kombination einer theoretischen Unterbauung erbbiologischer Art nicht bedürfte. Es wäre zu erwarten, daß diese Mischung eigentlich einfach nach dem Gesetz der Wahrscheinlichkeit des Zusammentreffens vorkommen müßte; d. h. eindrucksmäßig längst nicht so selten, wie sie tatsächlich beschrieben ist.

Die theoretische Forderung, die Fälle genuin-epileptischer Einmischung von denen symptomatisch-epileptischer zu trennen, ist praktisch naturgemäß recht schwer durchzuführen. Denn auch bei manchen Fällen symptomatischer Epilepsie spielen Anlagemomente eine Rolle, und die erbmäßige Bedingtheit einer Epilepsie ist nur durch eine systematische Familiendurchforschung sicherzustellen, die in größerem Umfange heute noch nicht vorliegt. Im folgenden sollen in Kürze — die klinische Bedeutung des Mischgebietes ist nicht groß — die einzelnen Möglichkeiten nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung erörtert werden.

1. Echte Kombinationen (genetische und symptomatische Vereinigung) schizophrener Erkrankungen mit *genuin*-epileptischen sind, wenn man den strengen Maßstab KRAFFS anwendet, bis heute nicht beschrieben.

KRAFF mustert kritisch die 20 ausführlicher dargestellten Fälle der Literatur (BUCHHOLTZ, MORAWITZ, GIESE, VORKASTNER) und findet entweder symptomatisch-epileptische Symptome zusammen mit schizophrenieähnlichen bei Tumoren, Trauma und anderen organischen Hirnkrankheiten; oder er hält die epileptische Natur der Anfälle für unbewiesen; oder die Schizophreniediagnose erweist sich als nicht stichhaltig infolge ungenügend langer Beobachtung oder Nichtbeachtung der Schizophrenieähnlichkeit epileptischer Ausnahmezustände.

Gerade in dem letzten Punkte ist KRAFF, dessen Beweisführung sonst manches für sich hat, außerordentlich weitherzig und hier erheben sich auch gewisse Bedenken gegen seine Folgerungen. Denn er erkennt nicht nur in Übereinstimmung mit der allgemeinen Erfahrung katatone und paranoid-halluzinatorische Zustandsbilder in den Dämmerzuständen der Epilepsie an, sondern er erweitert das Gebiet der epileptischen Verstimmungen und kommt zu dem Ergebnis: „Es gibt keine Form der Schizophrenie, sei es die schlicht demente, hebephrene, katatone oder paranoide, und kein Symptom, seien es katatone Zeichen, affektive Paradoxien, Denk- und Willensstörungen, spezifische Halluzinationen oder Wahnideen bei scheinbar klarem Bewußtsein, es gibt nichts unter alledem was nicht zeitweise auch im epileptischen Ausnahmezustand auftreten könnte“. KRAFF belegt diese Auffassung mit vier ausführlicher mitgeteilten Fällen, bei welchen in der Symptomatik der akuten Psychose schizophrene Erscheinungen auftreten, daneben bestehen sichere epileptische Anfälle. Als Ausgang wird jedesmal eine vorwiegend epileptische Persönlichkeitsveränderung nachgewiesen und deshalb die Schizophrenie abgelehnt. Gerade aber auf die meist sehr knappe Schilderung des Endzustandes kommt es an; spricht, so wird man sich fragen, mit solcher Bestimmtheit der Nachweis epileptischer Charakterzüge, deren Vorhandensein nach jahrelang bestehenden häufigen Anfällen zu erwarten ist, gegen das gleichzeitige Vorliegen der oft viel schwerer greifbaren schizophrenen Dauerveränderung, ein Einwand, den sich KRAFF selbst gelegentlich macht? Sind die beidartigen Dauerveränderungen, besonders auf affektivem Gebiet, so sicher zu trennen? Vermögen akute Zustände der Epilepsie die Schizophrenie so weitgehend zu imitieren, warum sollten dann die gesetzten Abwandlungen der Persönlichkeit so verschieden sein?

Wir geben als Beispiel einen seiner Fälle wieder, bei dem KRAFF selbst eine Kombination für ernstlich erwägenswert, aber im Hinblick auf den Endzustand für nicht wahrscheinlich hält.

Fall 4: *Fritz, C.*, israelitischer Konfession, geboren 31. 3. 1903, Kaufmann.

Die Großmutter mütterlicherseits soll sonderbar und verschroben gewesen sein. Der Vater ist langsam, umständlich und übergewissenhaft. Sonst ist über erbliche Belastung nichts bekannt. Auf der Schule hat Patient nach den Angaben des Vaters etwas schwer gelernt, machte das aber durch teilweise übertriebenen Fleiß und große Gewissenhaftigkeit wieder wett. Er war immer für sich, etwas verschlossen und verträumt, machte sich viel religiöse Skrupel, war dabei mißtrauisch und gelegentlich boshaft. 1919 kam er in die kaufmännische Lehre. Um diese Zeit wurde er renitent, ließ sich nichts mehr sagen, verlor den Arbeitseifer, verteidigte sich Vorhaltungen gegenüber in unreifer Weise mit radikalen politischen Schlagworten. Daneben legte er sich sonderbare *Manieren* zu: eine Zeitlang versuchte er nach jeder Mahlzeit Stuhl zu erzwingen, dann wieder hielt er den Stuhl tagelang zurück. Im Beruf war er nicht zu halten, so daß ihn der Vater schließlich nach Hause nahm. Dabei wurde er reizbar und bedrohte mehrfach das Hauspersonal. Dem Willen des Vaters, es solle jemand in seinem Zimmer schlafen, wußte er so energisch zu widerstehen, daß der Vater von seinem Vorhaben Abstand nahm. (Es ist bis heute nicht gelungen, eine Nachtwache in seinem Zimmer unterzubringen.) Seit Anfang 1922 schien er *Stimmen* zu hören. Er sprach laut vor sich hin, nachts lachte er oft stundenlang. Deshalb wurde er am 16. 7. 1922 zum ersten Male in die Klinik aufgenommen.

Pat. ist bei der Aufnahme äußerlich ruhig. Im übrigen gibt er oft vollkommen falsche und unzutreffende Antworten. Meist redet er an den Fragen vorbei. Häufig kommt die Antwort: „Das kann ich mir auch nicht denken“. In der Nacht wird er unruhig, spricht viel, kommt ins Dauerbad. Am 18. 7. 1922 wird ein *typischer epileptiformer* Anfall mit initialem Schrei, Bewußtlosigkeit, tonisch-klonischen Krämpfen, Stuhl- und Urininkontinenz und Zungenbiß von 3 Minuten Dauer beobachtet. Schon nach wenigen Tagen tritt Beruhigung ein. Pat. verhält sich ruhig, beschäftigt sich angeblich mit Lesen, ist aber immer auf derselben Seite. Jedoch spricht er auch in der Folgezeit oft leise vor sich hin. Auf Befragen gibt er mit leiser, eintöniger Stimme an, noch ab und zu Stimmen zu hören. Mitte August wird er zunehmend freier. Unterhält sich mit anderen Kranken. Sein Benehmen ist nicht mehr auffällig.

Ende August wird er entlassen. Er verhielt sich zu Hause ruhig, war aber zu nichts zu gebrauchen und wurde bei Widerspruch leicht gereizt. Schon am 24. 9. 1922 führte ihn ein

Erregungszustand von neuem in die Klinik. Pat. gibt nur wenig Auskunft, horcht mit ängstlichem, leerem Gesichtsausdruck auf Stimmen, wird schließlich unruhig: „er brauche doch kein Bündnis zu schließen“, fährt zusammen, starrt nach vorn, lächelt, spricht leise summend vor sich hin. Ausgesprochene Befehlsautomatie. Nach wenigen Tagen beruhigt er sich auch diesmal. Am 24. 10. 1922 wird wieder ein *epileptiformer Anfall* mit Bewußtseinsverlust, Krämpfen, Stuhl- und Urinabgang, sowie vollständiger Amnesie beobachtet. Im Anschluß an den Anfall ist Pat. leicht benommen. Im weiteren Verlauf ist er reinlich, zugänglich, halluziniert aber öfters. Ende Dezember wird er nach Hause entlassen.

Nach der Entlassung saß er wieder zu Hause herum. Seine Manier, Stuhl und Urin anzuhalten, behielt er bei. Einmal erging eine polizeiliche Anzeige gegen ihn wegen eines geringfügigen Sexualvergehens Schulmädchen gegenüber. Oft hatte er Erregungszustände. Am 6. 6. 1924 war er plötzlich sehr laut, schlug mit dem Stuhl auf, stampfte, schlug Türen zu, weinte und schrie: auf dem Stuhl sitze sein Liebchen. Hörte Stimmen, hielt sich die Ohren zu. Darauf zum dritten Male Einschaffung in die Klinik. Diesmal bietet er ein ausgemacht katatonisches Bild mit Manieren, Grimassen, Echopraxie. Hört Stimmen. Auf Fragen gibt er wie früher häufig verkehrte Antworten, lacht unbeteiligt läppisch dazu. Dabei fällt auf, daß nicht nur seine Bewegungen etwas Träges und Langsames haben, sondern auch seine sonstigen Äußerungen eigentümlich ruckartig langsam sind. Er beruhigt sich zwar auch diesmal rasch, doch bleibt er maniert in Haltung und Benehmen. Am 23. 9. 1924 wird wieder ein typischer, wenige Minuten dauernder *epileptiformer Anfall* mit Aufschrei, Bewußtlosigkeit, tonisch-klonischen Krämpfen, blaßblauer Gesichtsfarbe, Urinabgang und Zungenbiß beobachtet. Im weiteren Verlauf geordnet, manchmal aber auch erregt, läuft umher, redet in gehobener Stimmung beziehungslos daher usw. Am 1. 9. 1925 wird er aus der Anstalt entlassen.

Zu Hause ging es anfangs ganz gut. Nach einem Zusammenstoß mit dem Dienstmädchen jedoch mußte ihn der Vater am 18. 3. 1926 wieder in die Anstalt bringen. Dort war er durchaus ruhig, doch steckte er voller Wünsche und Ansprüche und war durch sein aufdringliches, geschwätziges Benehmen sehr lästig. Am 10. 9. 1926 wurde er nach Hause beurlaubt, konnte aber nur einen Tag zu Hause gehalten werden. Anfangs war er ganz ruhig. Nachts um 3 Uhr aber erwachte der Vater infolge des lauten Singens des Patienten. Allmählich wurde er erregter, hörte Stimmen, lief in der Wohnung umher, schlug eine Fensterscheibe ein und wurde darauf zum vierten Male der Klinik zugeführt. Die katatoniforme Erregung, in der er eingeliefert wird, dauert wieder etwa eine Woche, dann tritt Beruhigung ein.

Nach der Entlassung war er wieder zu Hause. Im ganzen war er gut zu haben, doch „mußte er tageweise plötzlich seinen Willen haben“. Bei einem Besuch zu Hause verlangte er in die Klinik. Der Vater gab diesem Verlangen nach, so daß Pat. am 10. 4. 1927 zum fünften Male aufgenommen wurde. Diesmal bietet er ein *ganz anderes* Zustandsbild. Pat. ist an sich zugänglich, doch faßt er die meisten Fragen gar nicht auf. Er ist *intellektuell deutlich abgebaut* und wirkt kindlich leer, infolge des stets eingehaltenen feierlichen Ernstes altklug. Deutlich *selbstbewußt* und *wichtigtuertisch*. Um seine Gesundheit ist er in engstirnig-egoistischer Weise besorgt. Immer wieder fragt er in monotoner Stimme, was man da machen könne; gegen das häufige Wasserlassen, gegen die Kurzsichtigkeit usw. Auch weiterhin ist er stets gleich *weitschweifig* und *gespreizt*. Erkundigt sich in monotoner Weise mehrmals täglich, was der Arzt zu seinem Befinden meint. Wiederholt sich dabei ständig. Ist *eingengt* in seinem Gesichtskreis und *verlangsamt*.

Im Juli 1927 wurde er nochmals 14 Tage lang beobachtet. Das Verhalten des Patienten entsprach während dieser Zeit genau dem soeben geschilderten.

EWALD nimmt in zwei 1928 veröffentlichten Fällen eine Kombination von Epilepsie mit Schizophrenie als das wahrscheinliche an. In seinem 2. Fall stammt die Kranke von einer schizophrenen Mutter und hat eine schizophrene Schwester, während in KRAPFS Fällen und, wie er nachweist, in den anderen Fällen des Schrifttums die Belastungsverhältnisse nicht eindeutig sind. Auch gegen EWALDS Kasuistik lassen sich vom Standpunkt KRAPFS gewisse Einwendungen machen: im ersten Fall handelt es sich um eine Imbezille mit „Zahnkrämpfen“, im zweiten starb der Vater an Paralyse: also liegt womöglich beide Male keine genuine Epilepsie vor.

Einen interessanten Fall, der vielleicht noch am ehesten als „echte Kombination“ gelten kann, hat RODENBERG aus der KRETSCHMERSCHEN Klinik mitgeteilt: In der väterlichen Familie Epilepsien und epileptische Charaktere, in der mütterlichen zahlreiche schizoide Persönlichkeiten. Eine Schwester schizoide Psychopathin, ein Bruder Epileptiker. Im Krankheitsverlauf der

Kranken selbst ist in das typische Bild einer genuinen Epilepsie mit Anfällen und Charakterveränderung eine zwei Monate dauernde katatonische Psychose eingesprengt, von der RODENBERG nachweist, daß sie als Dämmerzustand nicht zu deuten ist. Doch wird erst die weitere Verfolgung des Falles über die Zuordnung endgültig entscheiden.

2. Der Annahme einer *anlagemäßig bedingten schizophrenen Färbung atypischer epileptischer Ausnahmestände* wird man nur ungern Raum geben, da, wie im nächsten Abschnitt ausgeführt werden wird, im Zustand veränderten Bewußtseins sehr viele schizophrene Symptome auftreten können, ohne daß ihnen ein pathognostischer Wert zukommt. Trotzdem wird man in Fällen mit einem ungewöhnlichen schizophrenieähnlichen Einschlag nach dem Grunde der atypischen Gestaltung fragen und an durch den Krankheitsprozeß mobilisierte Erbanlagen (LANGE) denken. Daß der Beweis für solche konstitutionellen Einmischungen schizophrener Art erst recht schwer zu führen ist, bedarf keiner weiteren Ausführung (Vielgestaltigkeit des Körperbaues und schillernde Eigenart des Temperamentes der „Schizoiden“, Schwierigkeit des Nachweises schizophrener Belastung). Trotzdem ist in einzelnen Fällen auch diese Annahme gemacht worden: KAHN hat in seiner Familie *Hartmann* mit aller Vorsicht einen solchen Deutungsversuch gemacht: katatoniforme Dämmerzustände bei sicherer Epilepsie, Bruder schizophren, Vater schizoid. Zwei ähnliche Fälle hat HOFFMANN mitgeteilt.

3. Theoretisch uninteressanter, aber klinisch wichtiger als diese Vorkommnisse sind die Kombinationen schizophrener Erkrankungen mit einwandfrei *symptomatischer* Epilepsie. Sieht man von den älteren Fällen NÄECKES, bei welchen zum Teil eine Kombination mit Arteriosklerose vorliegen dürfte, und von zwei Kranken REKTENWALDS, deren einer ebenfalls infolge Arteriosklerose, der andere infolge eines Tumors epileptische Anfälle aufweist, ab, so handelt es sich vorwiegend um traumatische Epileptiker. Hier kommt es offenbar nicht selten zu dem Auftreten einer sukzessiven Kombination im exakten Sinn. Unter den sehr sorgfältig untersuchten und durchgearbeiteten Fällen GIESES findet sich eine Beobachtung dieser Art (in zwei weiteren Fällen besteht gleichfalls Sukzession, für die Entstehung der Epilepsie kommt Alkoholismus ätiologisch in Betracht). Wir geben die Zusammenfassung der Krankengeschichte nach GIESE wieder:

„Pat. erlitt im Jahre 1894 (15 Jahre alt) einen schweren Schädelbruch. 10 Tage lang bewußtlos; in den ersten 2 Tagen nach dem Trauma epileptische Anfälle, die dann etwa 9 Monate lang weg blieben, um Ende 1894 wieder aufzutreten. Außer typischen Krampfanfällen auch petit mal, Absencen; kein ausgesprochener JACKSONScher Typus.

Frühzeitiges Eintreten geistiger Schwäche mit der Wiederkehr der Anfälle. Allmähliche Ausbildung eines Defektzustandes von epileptischem Charakter.

Etwa Anfang 1916 Änderung in dem Krankheitsbilde. Aufhören der Krampfanfälle, Auftreten eines typischen katatonen Erregungszustandes. Nach Abklingen der schweren Erregung resultiert ein schizophrener Endzustand ohne jede Andeutung der früheren epileptischen Symptome“.

Es handelt sich also um einen Fall sukzessiver Kombination von traumatischer Epilepsie mit Schizophrenie.

In unserem eigenen gemeinsam mit FEUCHTWANGER bearbeiteten Material von 22 Schizophrenen bei Hirnverletzten (aus der Münchener Hirnverletzten-Abteilung und der Heidelberger Klinik) finden sich 3 Kranke, die ein solches Nacheinander von traumatischer Epilepsie und Schizophrenie aufweisen. Als Beispiel sei die folgende Krankengeschichte mitgeteilt:

*Rich. Helfer* geb. 14. 7. 1896, Schriftsetzer.

Aus der Familie ist bekannt, daß der Vater ein sehr erregter Mensch ist, die Mutter affekt-labil. Die Geschwister sind in der Nachbarschaft als eigentümliche Leute bekannt. Ein Bruder der Mutter soll geisteskrank gewesen und im Irrenhaus gestorben sein.



Von H. selbst wird berichtet, daß er in der Kindheit die englische Krankheit gehabt habe. Er gibt selbst an, daß er ein frischer, heiterer und geselliger Mensch gewesen sei, ohne psychopathische Züge. Er habe sich mit dem Vater und dem älteren Bruder gut vertragen. Seine Stellung zur Mutter und seinen Schwestern sei keine gute gewesen. Das käme daher, daß die Mutter so leicht erregbar gewesen sei und wegen geringwertiger Vorkommnisse gezankt habe. In der Schule habe er gut gelernt. Sei späterhin nie ernstlich krank gewesen. Er habe nur wenig Bier getrunken. Die Geschlechtsreife sei zur normalen Zeit eingetreten. Die Onanie habe er um die Zeit der Pubertät nicht stärker betrieben als dies andere Knaben in dem Alter zu tun pflegen. Nach der Schule ist er Schriftsetzer geworden, hat als solcher einige Jahre gelernt.

1914 ist H. (18jährig) als Kriegsfreiwilliger eingerückt. *Mai 1915 wurde er an der rechten Kopfseite* dadurch verwundet, daß ein Schützengraben zusammenbrach, der von einer Granate getroffen worden sei. H. war einige Zeit bewußtlos, kein Erbrechen. Bald nach der Verletzung traten heftige Kopfschmerzen und Fieber auf, das Röntgenbild zeigte einen großen Defekt in der rechten Scheitel-Hinterhauptgegend. Die Operation ergab einen kreisrunden Einbruch des Schädels, es wurden etwa 5—6 Knochensplitter gehoben, die Dura, die intakt war, zeigte festhaftende blutige Auflagerungen. Es wurde eine Längsincision bis zum Gehirn gemacht, dieses an der Oberfläche als nicht verändert vorgefunden. Die folgende Heilung war normal. Bei der Entlassung aus dem Lazarett (nach 3 Monaten) klagte H. über Kopfschmerzen bei Witterungswechsel, beim Bücken und schnellen Drehungen. Machte sonst „den Eindruck eines gesunden Menschen“.

März 1916 wurde H. wegen Verschlimmerung seiner Beschwerden wieder im Lazarett aufgenommen, nachdem er vorher versucht hatte, als Schriftsetzer wieder zu arbeiten. Er hatte damals *krampfartige Zuckungen und Schwindelanfälle*. Die damaligen Aufzeichnungen berichten von einem im Lazarett beobachteten *Krampfanzfall*, bei dem H. mit starrem Blick und aufeinandergepreßten Zähnen im Bett gelegen habe und Schaum vor dem Mund gehabt habe; nachträglich Kopfschmerzen und Schwindel. Er wurde darauf in die psychiatrische Abteilung verlegt. Er klagte dort außer Kopfschmerzen und dumpfen Druck über Reizbarkeit, Verstimmungen, Mutlosigkeit und Schwindel. Er selbst berichtet, daß er nachts oft Anfälle gehabt haben müsse, denn es sei ihm öfters vorgekommen, daß er, als er morgens aufwachte, zu seinem Erschrecken bemerkt habe, daß er das Fenster und die Waschkübel mit Urin verunreinigt hätte. Mehrere Male fand er die Waschkommode an eine andere Stelle gerückt und er erinnert sich kaum, daß er da nachts herum gearbeitet habe. Im Lazarett selbst sind nachts Anfälle beobachtet worden mit Zähneknirschen und Umsichschlagen. Im Krankenblatt werden auch einmal vorübergehend erhebliche *Sehstörungen* angegeben und Klagen darüber, daß er einen „zusammenhängenden Brief nicht mehr schreiben könne“ (optisch-agnostische Störungen?). Bei einer klinisch-psychologischen Untersuchung fiel auf, daß er optische Inhalte ganz gut erfaßte, nachzeichnete und konstruierte; aus dem Gedächtnis ging es jedoch sehr schlecht. So fiel ihm schwer, aus dem Gedächtnis ein großes deutsches „A“ und ein kleines deutsches „e“ zu schreiben. Auch die optischen Erinnerungsbilder waren gestört. Der damalige Befund spricht vom Verlust der optischen Produktion. Diese Dinge scheinen sich aber rasch restituiert zu haben. Als H. Ende März 1916 auf die Münchener Kopfschußabteilung verlegt wurde, kamen auch dort Anfälle zur Beobachtung, bei denen er nach einem anfänglichen Schrei 5 Minuten bewußtlos war, ins Bett näßte, und nachher auf der linken Seite der Zunge eine blutunterlaufene Stelle zeigte. Nach den Anfällen wurde über ein dumpfes Gefühl im Kopf, Erschwerung des Denkens und gemüthliche Depression geklagt.

H. blieb 8 Monate auf der Münchener Hirnverletztenstation. Er hat damals auch die Invalidenschule besucht, sich in Stenographie und Buchführung ausgebildet, in den Nachmittagsstunden sich als Schriftsetzer betätigt. Es wird bemerkt, daß er in der Invalidenschule „sehr fleißig und aufmerksam“ gewesen sei. Der klinisch-psychologische Befund besagt, daß H. im Herbst 1916 noch Störungen „neurotischer“ Natur gezeigt habe, die sich aber im Laufe der Behandlung gebessert hätten, und daß seine Leistung recht gut gewesen sei. Auch die Anfälle, die als *zweifelloso epileptisch* aufgefaßt wurden, hatten sich in dieser Zeit gebessert.

Nach der Entlassung aus dem Lazarett (Juni 1917) betätigte er sich wieder im Setzerberuf.  $\frac{1}{4}$  Jahr später berichtet er bei einer Nachuntersuchung, daß er 3 schwere Anfälle gehabt habe und noch mehrere Tage nachher leichte Schwindelanfälle. Er erzählt weiterhin von einer Art *Dämmerzustand*, in dem er Gegenstände von der Wand genommen habe, diese zerschlagen und zum Fenster hinausgeworfen, und nachher nichts mehr gewußt habe. Bei einem Anfall sei er aus dem Bett gefallen und habe sich am Auge verletzt. Ein andermal sei er im Geschäft plötzlich unwohl geworden, habe Kopfschmerzen und Schweißausbruch gehabt, habe wieder alles von den Wänden genommen und zu Boden geworfen, ohne sich daran zu erinnern. Bei heißem Wetter werde er sehr übermüdet, so daß er nicht mehr einschlafen könne. Oft habe er schlechte Stimmung, Selbstmordgedanken

und Zwangsvorstellungen, wolle immer allein sein. Dieser Zustand habe sich aber nach einiger Zeit wieder gebessert.

Bald nach der Entlassung aus der Münchener Kopfschußabteilung veränderte H. seine Berufstellung und wurde Kellner. Er gibt dazu an, daß er die Schriftsetzerei wegen der Kopfschmerzen und den Anfällen nicht mehr habe machen können. Den Kellnerberuf habe er ergriffen, weil es ihn gelockt habe mit gewissen Gesellschaftskreisen in Beziehung zu sein, da er immer daran gearbeitet habe, sich weiter zu bilden. Nachdem er einen Ausbildungskurs mitgemacht hatte, nahm er für kurze Zeit in einem Münchener Kaffee eine Stellung als Kellner, verließ dann diese Stellung und ging nach Berlin. Dort wurde er, wie er angibt, in kleinen Lokalen als Kellner beschäftigt. Hatte dort Differenzen mit dem Chef, ließ sich, wie er angibt, Kleinigkeiten zuschulden kommen, war dann vorübergehend ohne Berufstätigkeit, lebte von seinen Ersparnissen. Er will damals mehrere Wochen mit einer Tänzerin in einem Hotel zusammen gewohnt haben. Später bekam er wieder eine Stellung in einem Berliner Hotel und wurde zu seiner eigenen Verwunderung, wie er angibt, zum Chef d'Etage gemacht. Er blieb da bis 1923, nahm dann eine Stellung in Heringsdorf an. 1924 kam er nach München zurück und ist seit 1925 in Behandlung in der HECKSCHERSCHEN Nervenanstalt.

In der ersten Zeit seiner Betätigung als Kellner (etwa 1919—1921) traten die epileptischen Zustände immer mehr zurück. Im Umanerkennungsgutachten 1922 (also 6 Jahre nach der Verwundung) ist vermerkt, daß H. sich im ganzen wohl fühle, und außer Kopfschmerzen keine Beschwerden mehr habe. Er hatte tagsüber keine Anfälle mehr, doch glaubt er nachts noch gelegentlich einen Anfall zu haben, weil er am Kopfkissen nasse Flecken wahrgenommen habe. Das Gutachten sagt weiterhin, daß H. psychisch ziemlich auf der Höhe sei, daß er selten Fehler mache und auch selten etwas vergesse. Weiter wird vermerkt, daß er englischen und französischen Unterricht genommen habe und diese Sprachen auch leidlich sprechen könne. Der Gutachter (ein Berliner Nervenarzt) äußert, daß es „bei der Schwere der Verletzung ein seltener und anerkennenswerter Fall“ sei.

Mit dem Abflauen der epileptischen Erscheinungen traten aber bei H. offenbar *psychopathische Zustände* in den Vordergrund. H. selbst gibt an, daß er erstmal im Jahre 1921 eine *Veränderung in seinem Gemütszustande* bemerkt habe. Er habe „furchtbare Angstzustände“ bekommen, sei oft lange Zeit unruhig gewesen, habe nachts nicht mehr schlafen können, habe sich aber trotzdem nichts anmerken lassen und immer fleißig gearbeitet. Sein Gemütszustand habe geschwankt, er sei vorübergehend besser geworden, doch seien die Angstzustände immer wieder gekommen. Das sei anders gewesen als früher, als er noch die Anfälle gehabt habe. Er sei immer unsicher gewesen, habe den Eindruck gehabt, daß Kollegen, die älter und besser ausgebildet gewesen seien, ihn um seine höhere Stellung beneideten. Er habe auch öfter Konflikte gehabt mit dem 2. Direktor und der 1. Köchin und habe sehr unter der Wirkung dieser Konflikte gelitten. Er habe oft geglaubt, daß er es nicht mehr machen könne wegen seiner Kopfbeschwerden und Angstzustände, habe sich aber doch immer wieder aufgerafft. Habe verschiedene sexuelle Verhältnisse gehabt, doch sei es in dieser Beziehung nicht anders als früher gewesen. Er habe sich in dieser Zeit viel mit „geistigen Dingen“ beschäftigt. Habe Schopenhauer gelesen, auch Literatur über Psychanalyse, Hypnotismus, habe immer getrachtet, sich geistig zu vervollkommen. Wegen seiner Nervosität, gibt er an, habe er später gute und anstrengende Stellungen nicht mehr annehmen können.

Der Zustand ist offenbar immer schlimmer geworden. Es stellte sich Schlaflosigkeit ein. H. wurde unruhiger, trieb sich planlos herum, wurde schließlich Anfang 1925 (also zehn Jahre nach der Verletzung) von seinen Eltern zur stationären Behandlung eingewiesen. Dort wurde er wegen manifester psychopathischer Beschwerden mit Hypnose und Schlafsuggestio behandelt. Der Zustand besserte sich, und H. konnte nach 3 Wochen wieder entlassen werden. Nach einigen Monaten mußte er jedoch wieder aufgenommen werden. Er gab damals an, daß es mit ihm immer schlimmer geworden ist. Er habe damals nicht gut geschlafen, sei immer wie im Traum herumgelaufen. Zuweilen sei er eine größere Strecke gegangen und habe sich in einer ganz anderen Gegend befunden, ohne zu wissen, wie er dahingekommen sei. Dann habe er wieder längere Zeit zu Hause in einer Ecke gesessen und habe vor sich hingestarrt. Die ambulante Behandlung durch einen Münchener Nervenarzt mit „Magnetismus“ habe ihm nicht geholfen. Weiterhin gibt er an, daß er in letzter Zeit „eigentümliche Beobachtungen“ an sich gemacht habe. *Er habe den Eindruck gehabt, als wenn der Inhalt seines Kopfes bald nach der einen Seite, bald nach der anderen herausgezogen würde. Auch sei es ihm einmal gewesen, als wenn er ganz groß und die anderen Leute ganz klein gewesen wären.*

Während der Beobachtungszeit war er sehr egozentrisch, beschäftigte sich immer in Gedanken mit seinem Zustand, brachte merkwürdige *Mißempfindungen* vor: der Kopf sei rechts ganz leer, da sei gar nichts drinn. Kommt einmal spontan zum Arzt, um eine „äußerst wichtige Angelegenheit zu besprechen: er könne jetzt die Augen plötzlich nach der anderen Seite richten (die Augenbewegungen waren objektiv immer frei). Er ließ sich gern auf

allerhand pseudo-wissenschaftliche Erörterungen ein, brachte eine Menge unverdautes Zeug über „Psychologie, seelische Selbstbehandlung usw.“ vor. Oft lag er den ganzen Tag im Bett, rauchte ununterbrochen Zigaretten.

In der Zwischenzeit waren erhebliche Schwankungen in seinem Verhalten mit vorübergehender Besserung der subjektiven Beschwerden vorhanden, doch wurde es regelmäßig nach kurzer Zeit wieder schlechter mit ihm und zwar war zweifelsfrei eine langsame, aber deutlich *zunehmende Veränderung in seinem Wesen* zu bemerken. Etwa 8 Tage nach der Aufnahme ist vermerkt, daß er immer bedrückter werde, in den Ecken herumstehe, auf den Gängen längere Zeit mit scheuem Blick herumgehe. Dabei war er auf Zuspruch sehr zugänglich, suchte den Arzt selber auf, war vorübergehend immer aufzumuntern. Häufig erzählte er in dieser Zeit, was er für ein heiterer Mensch gewesen sei, alle Leute hatten ihn gern gehabt. Wenn er auf seine Augenbewegungen zu sprechen kam, äußerte er, „daß ihn der Arzt in den Blick genommen hätte“. Wenn er in den Saal zu seinen Kameraden gegangen sei, habe er ein Gefühl gehabt, als „wie wenn er in den Boden gedrückt würde“. Er wurde nach vorübergehender Besserung stiller, der Blick wurde starrer, das ganze Wesen wurde gehemmt. Er sprach von merkwürdigen Mißempfindungen: das Gesicht gehe hinten hinaus, er könne alles hinter sich sehen, er könne den Kopf bewegen wie er wolle, die Augen werden dabei größer, wie Kinderreifen. Sein Körper schrumpfte dabei zusammen.

Mitte September 1925 ging eine weitere Verschlechterung seines Zustandes vor sich. Nachdem er am Tage vorher dem Arzt gegenüber zugänglich war, war er ganz plötzlich ablehnend, fragte den Arzt, was er denn aus ihm gemacht habe, ob er ihn denn „zum Tier, zum Kind, zum Gemütsmenschen“ machen wolle. „Sie haben gestern auf meine Knie hinuntergeschaut, damit haben Sie es mit mir gemacht“. Bei weiterem Befragen stellte sich heraus, daß der Arzt am Tage vorher in spielerischer Weise mit dem Reflexhammer auf seine eigenen Knie geschlagen hatte. Pat. hatte das bemerkt und erzählte jetzt, daß er, gleich als er das Zimmer des Arztes verließ, plötzlich eine Veränderung an sich bemerkt habe. Er sei auf einmal ganz groß geworden, der Kopf sei ihm angeschwollen. Es sei eine Traurigkeit über ihn gekommen und er habe das Gefühl gehabt, daß er sich umbringen müsse. Er sei der festen Überzeugung, daß das von den Knien des Arztes ausgegangen sei. Er war mit keinen Argumenten von diesem Gedanken abzubringen: „Herr Doktor, Sie können doch alles aus mir machen, Sie können meinen Blutkreislauf versetzen. Ich habe es deutlich gespürt, wie das Blut von der rechten Hirnhälfte in die linke übergeflossen ist, und in der umgekehrten Richtung gegen die Stirn weitergegangen ist. Dadurch haben Sie meine Konstitution verändert. Ich bitte Sie, tun Sie das nicht mehr, machen Sie mich um Gottes willen nicht zum Tier!“

Von da an war eine sachliche Besprechung mit dem Kranken nicht mehr möglich. Pat. fühlte sich vom Arzt dauernd beeinflußt und verfolgt, war in dessen Gegenwart immer in Bewegung. Als der Arzt sich einmal selbst an die Schläfe faßte, glaubte H., daß das eine Bedeutung für seine Blutzirkulation habe. Er war sehr mißtrauisch, manchmal ausfallend. Die *Wahnvorstellungen* nahmen immer mehr zu, H. glaubte sich von mehreren Personen beeinträchtigt, nicht nur vom Arzt, sondern auch von Mitpatienten. Er schaute dem Arzt starr ins Gesicht und zwar so, daß sein eigenes rechtes Auge vor das rechte Auge des Arztes kam und rückte bei jeder Kopfbewegung, die der Arzt machte, nach. Auf die Frage, was er da mache, sagte er: „Sie wissen ja doch alles, Herr Doktor. Sie wissen genau, was Sie aus mir machen“. Auch die Kniegeschichte läßt ihm keine Ruhe. Er war auch später noch der Überzeugung, daß das der Anfang seiner Erkrankung gewesen sei.

Gehörs- und Gesichtstäuschungen werden von ihm strikte abgelehnt. Dagegen gab er an, daß von ihm selbst Strahlen ausgingen gegen die Wand und gegen den Himmel hinauszögen und eine bestimmte Wirkung ausübten. Der Denkablauf ist dadurch gestört, daß H. mitten in der Rede aufhört und sich darüber beklagt, daß ihm die Gedanken ausgegangen seien. Gewisse Redewendungen wie „Blutzirkulation“, „Gemütsmensch“ und andere Ausdrücke, die ihm offenbar aus der Lektüre von populär-medizinischen und okkultistischen Schriften geblieben sind, kehren dabei in stereotyper Weise immer wieder.

In der Folgezeit wurde er immer ängstlicher und aufgeregter, seine Körperhalluzinationen verstärkten sich, seine Klagen wurden immer verworrener und absonderlicher. „Ich kann es nicht mehr aushalten, ich habe das Herz ganz da unten (deutet auf den Unterbauch). Mein Kopf ist nicht mehr an seiner Stelle, er ist ganz nach unten gesunken. Ich bin heute auf dem Bauch im Bett gelegen, da habe ich plötzlich weinen müssen und habe meinen Kopf verdreht gehabt. Ich habe deutlich gespürt wie mir die Tränen den Rücken hinuntergelaufen sind. Mein Blick ist gegen den After gerichtet, ich habe in meinen eigenen After hineinschauen müssen. Ich spüre die Rückenpulsation die ganze Zeit. Ich bin ein Greis von 80 Jahren. Da langen Sie an meinen Hinterkopf her, da ist es wie bei einem alten Mann, da ist nichts. In mir ist doch wirklich gar nichts mehr. Ja, was ist denn das alles, schauen Sie doch her wie ich ausschaue! Da muß ich jetzt die Zehen beugen und da hinauf-

schaufen und alle Leute schauen mir da hin (deutet auf den Bauch). Ich rede nicht mehr selber, meine Sprache geht nicht. Alles ist so endlos an meinem Körper. Können Sie das verantworten was Sie aus mir gemacht haben, Herr Doktor?“ Er wurde dann in einem heftigen Erregungszustand in die psychiatrische Klinik verbracht. Dort blieb der Zustand in der nächsten Zeit ziemlich der gleiche. Er saß zeitweise hockend im Bett mit ratlosem Gesicht. Er habe kein Gefühl mehr. Es stinke an ihm wie faules Fleisch. In seinem Kopf sei es ganz leer, er könne nicht mehr lesen, nicht mehr schreiben, nichts mehr fabrizieren. Seine Geschlechtsteile seien nach oben verschoben, er spüre das deutlich, wenn er hinlauge, wenn er den After bewege, rühre sich das linke Auge. Als er im Auto transportiert wurde, sei das ihm vorgekommen, als wie wenn sein Kopf riesengroß wäre, und dann sei ein komisches Gefühl von Hören und Empfinden in ihm gewesen. Es war ihm so, als wie wenn das Auto Sprünge von 100 Metern machte (Skopolaminrausch!) Einmal gab er auch an, daß er optische Täuschungen gehabt habe. Am Fenster habe er elegant angezogene Leute gesehen, die da Kaffee getrunken hatten. Alles war in silberig glänzendem Lichte. Die Uhr sei im Zimmer umeinandergeflogen, immer in dem Lichte. Auch Gegenstände, die gar nicht im Zimmer waren, habe er in diesem Lichte gesehen, z. B. einen Aschenbecher, den er von draußen her kenne. Er habe die Empfindung gehabt, wie wenn alles aus dem linken Auge herauskäme. Später sprach er von „Visionen“. Die Bäume seien ganz silbern gewesen und in den Bäumen habe er viele Lichter gesehen. Es sei ein komischer Lichtreflex gewesen, ganz feuerrot, so ähnlich wie Sterne. Aber er konnte die Sterne nicht sehen. Weiter äußerte er, er kabe gar keinen Kontakt mit den Menschen, er könnte gar nicht mehr zu ihnen hin, er sei ganz isoliert, doch könne er nicht so leben. In einem solchen Zustand versuchte er sich die Pulsadern aufzubeißen.

Etwa 4 Wochen nach der Einlieferung in die psychiatrische Klinik wurde er unbeweglich und unzugänglich, lag mit starrem Gesicht da, sprach spontan nichts. Gab auf Befragen nur abgerissene Antworten. Das klang wieder für einige Zeit ab und wich mehr einem ratlos hilfsbedürftigen Verhalten, indem er wieder Äußerungen über veränderte Gefühle und wahnhaftige Ideen in inkohärenter, verschrobener Weise vorbrachte. Zeitweise erweckte er mit seinem hohlen, traumhaften Blick den Eindruck einer Bewußtseinstäubung, zeitweise zeigt er sich erregt. Auffallend war der fast plötzlich einsetzende Wechsel von Erregungszuständen mit weicher schmiegsamer Zugänglichkeit. Alsbald versank er wieder in einen stark gesperrten Zustand und wurde in eine Heil- und Pflegeanstalt verbracht.

Nur in zwei Fällen des Kopfverletztenmaterials fanden wir eine simultane Kombination, die entsprechend der verschiedenartigen Erscheinungsform der epileptischen und schizophrenen Störungen sehr verschieden anmuteten. Im ersten Fall (Scheitelerletzung, mehrfach nachoperiert) mit erheblicher traumatischer Demenz und Charakterveränderung, fiel das weiche, freundliche und zutrauliche Wesen des Patienten auf, der immer arztbedürftig ist, viel über Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen u. dgl. klagte, während gleichzeitig gemachte Gedanken, Antriebsstörungen und Halluzinationen das Fortbestehen des schizophrenen Prozesses bewiesen. Der zweite Kranke (Verletzung der rechten Zentralgegend) litt 5 Jahre nach der Verletzung noch an deutlich rindenepileptischen Erscheinungen, von welchen er, eingesponnen in eine halluzinatorisch-paranoide Psychose, kaum Notiz nahm.

Die Mannigfaltigkeit der möglichen Symptomverschränkungen ist natürlich viel größer als die beiden kurzen Beispiele erkennen lassen. Trotz ihrer Seltenheit sind sie für die psychopathologische Analyse der Symptome interessant und bedeutsam, was nicht minder von den in letzter Zeit sichergestellten Erkrankungen Schizophrener an progressiver Paralyse gilt (GLAUS). Eine genauere symptomatologische Analyse steht auch hier noch aus.

### 3. „Degenerationspsychosen“.

Obschon die beiden Autoren, welche den Begriff der Degenerationspsychosen im Anschluß an die alte französische Psychiatrie (MAGNAN) (und eine Wiederaufnahme BONHÖFFERS in anderem Zusammenhang) neuerdings verwenden und vertreten, mit seiner Hilfe eine Psychosengruppe außerhalb der Schizophrenie zu erfassen bemüht sind, richtet sich doch seine Spitze vorwiegend gegen den Kreis der schizophrenen Erkrankungen. Zwar gruppieren sowohl KLEIST wie

SCHRÖDER die Degenerationspsychosen um das manisch-depressive Irresein (SCHRÖDER wählt die atypischen Fälle des manisch-depressiven Irreseins als Ausgangspunkt); die für seine Phasen charakteristische Rückkehr zur Norm ist das wichtigste Kennzeichen für beide Forscher; wohin sie aber jeder auf seine besondere Weise zielen, ist, die diagnostische Spezifität der meisten schizophrenen Symptome zu erschüttern<sup>1</sup>, indem sie aufzeigen, daß die von KRAEPELIN und BLEULER vertretene Forderung des ungünstigen Krankheitsausgangs beim Auftreten dieser Symptome nicht zu halten sei.

Während KLEIST dabei ganz nach dem Vorbild WERNICKES und zum Teil im unmittelbaren Anschluß an dessen Beobachtungen eine ganze Serie von Syndromen aufgestellt und im Laufe der Jahre immer wieder vermehrt und umgeordnet hat, die er unter theoretischen Gesichtspunkten, die hier nicht interessieren, als Gruppe zusammenfaßt — Exacerbationen psychopathischer Anlagen stehen hier neben Halluzinosen, akuten Verwirrtheitszuständen und kataton-schizophrenen Schüben — alles verknüpft durch das negative Merkmal der fehlenden „destruktiven Tendenz“ — erkennt SCHRÖDER die KRAEPELINSCHEN Hauptgruppen an. Er macht das manisch-depressive zu einer Untergruppe des degenerativen Irreseins, zu welchem er außerdem die psychogen-hysterischen Psychosen (für welche BONHÖFFER die Bezeichnung Degenerationspsychosen wieder aufnahm) und die „Degenerationspsychosen im engeren Sinne“ als weitere Untergruppen rechnet. Mit den letzteren hofft er im Sinne KRAEPELINS eine Reihe von Fällen aus der Dementia praecox auszusondern, stellt es aber in das Belieben des Betrachters, sie auch als eine besondere Schizophreniegruppe anzusehen und weiter zu verfolgen. In einer Reihe von Arbeiten bemüht er sich dann aber doch, die Grenzen gegen die Schizophrenie abzustecken, und schlägt 1926, um von dem vieldeutigen Begriff der Degeneration loszukommen, die Bezeichnung „metabolische Erkrankungen“ vor, gegen welche wegen der medizinischen Verwendung dieses Wortstammes für Stoffwechselfvorgänge (im Englischen) gleichfalls gewichtige Bedenken bestehen. KLEIST hält neuerdings einen Sammelnamen für die atypischen Erkrankungen für überflüssig, sobald die Einzelformen genügend beschrieben und bekannt sind.

Betrachtet man im einzelnen die von SCHRÖDER z. B. in der Arbeit von 1922 mitgeteilten Fälle, so handelt es sich bei den beiden ersten um zirkuläre Kranke mit einzelnen atypischen katatoniformen Krankheitsphasen. LANGE ist solchen Erscheinungen an einem großen Material nachgegangen und hat die Bedingungen ihres Auftretens aufgezeigt. Der dritte Kranke zeigte eine akute schizophrene Halluzinose, ist nach dem Abklingen der Psychose allerdings durchaus sozial geworden, halluziniert aber nach eigener Mitteilung noch 7 Jahre nach der Entlassung anfallsweise. Fall 4 soll nach einem Erregungszustand mit Beziehungswahn und Ichstörungen von mehrmonatlicher Dauer 5 Jahre völlig gesund geblieben sein. Doch auch hier liegt nur eine schriftliche Katamnese vor. Die 5. Kranke bietet ein symptomatisch uneinheitliches Bild in den in großen zeitlichen Abständen auftretenden psychotischen Perioden; hysterische Züge überwiegen, vielleicht machen diese bei der von Haus aus psychopathischen Persönlichkeit zirkuläre Phasen unkenntlich. Ähnlich dürfte der dort folgende Fall aufzufassen sein, zweifellos ein Zykliker, bei dem die erste Phase reaktiv hysterisch gefärbt wurde, die zweite durch eine gleichzeitige Infektionskrankheit ein exogen bedingtes, katatonisches Gepräge erhielt. Bei den übrigen 4 Fällen handelt es sich um akinetische Zustandsbilder, Stuporen, die in Heilung übergehen, und, wie zum Teil auf Grund von Nachuntersuchungen festgestellt wurde, 7—11 Jahre gesund geblieben sind.

Fraglos ist SCHRÖDER darin beizupflichten, daß diagnostische Zuordnungsschwierigkeiten im Bereiche der Motilitätspsychosen und hier wieder besonders bei gehemmter Motilität, was ja gleichbedeutend ist mit Symptomarmut überhaupt, bestehen.

<sup>1</sup> KLEIST „kann ... überhaupt nicht zugeben, daß das Auftreten der Schizophrenie im Auftreten bestimmter gesetzmäßiger Syndrome liege ... Wesentlich für die schizophrene Krankheitsgruppe sind vielmehr eigenartige geistige Verfallserscheinungen ...“ (1928).

Aber auch die positiven katatonen Erscheinungen haben, wie WILMANNs schon 1907 zeigte, wenn sie in Zuständen veränderten Bewußtseins vorkommen, nur wenig pathognostische Wertigkeit. Zu der sonstigen Symptomatik der SCHRÖDERSchen Beispiele Stellung zu nehmen erübrigt sich. Sie aus der Schizophrenie auszuschneiden (so weit es sich nicht wie bei Fall 1, 2, 5, 6 um atypische Manisch-depressive handelt) gab allein der *Verlauf* Anlaß. Ist aber mit einer schriftlichen Katamnese wie in den Fällen 3 und 4 das Fehlen einer schizophrenen Persönlichkeitsänderung bewiesen, welche doch sogar bei einer einmaligen persönlichen Nachuntersuchung schwer zu fassen ist, oft erst auf Grund einer stationären Beobachtung ans Licht tritt? Bei der Nachuntersuchung remittierter Schizophrenien, z. B. im Invalidenrentenverfahren, macht man ja immer wieder die Erfahrung, daß erst das Benehmen außerhalb der Untersuchungssituation oder die Schilderung intelligenter Angehöriger die geringfügigen affektiven Anomalien u. dgl. aufdeckt. Schließlich gibt es — das wird im Abschnitt über den Verlauf noch nachzuweisen sein — fraglos Vollremissionen von vieljähriger, ja jahrzehntelanger Dauer bei der Schizophrenie. LANGE fand unter 100 Fällen, wie oben erwähnt (S. 485) nur 23 ohne ausgesprochenere Remissionen. So ist es nicht verwunderlich, daß SCHRÖDER (1922), als er 90 Fälle von Dementia praecox nachprüfte, deren klinische Aufnahme 8—10 Jahre zurücklag, in mehr als einem Drittel der Fälle die gestellte Diagnose Dementia praecox nicht aufrecht erhalten konnte. „Nicht wenige erwiesen sich nachträglich als zum manisch-depressiven Irresein gehörig. . . Daß unter den Fehldiagnosen auch symptomatische Psychosen vertreten sind, ist gewiß dadurch bedingt, daß wir seitdem uns gewöhnt haben, die „grob“ katatonen Symptomenkomplexe weniger einseitig wie früher als beweisend für Dementia praecox anzusehen, und wir ihre relative Häufigkeit gerade beim degenerativen Irresein besser kennen gelernt haben“. Auch wenn wir uns auf den Standpunkt SCHRÖDERS stellen, daß es fruchtbar und fördernd sein könne, eine besondere Gruppe für die atypischen Gestaltungen einzuräumen, so wird es außerordentlich schwer gemacht, irgend etwas Kennzeichnendes über sie auszusagen, über das Verlaufsmerkmal hinaus, dessen eingeschränkte Bedeutung in den weiteren Erörterungen noch deutlicher hervortreten wird. Das Merkmal des „Degenerativen“ in der ursprünglichen Persönlichkeit ist bei der präpsychotischen Eigenart vieler Schizophrener trügerisch und wird auch von SCHRÖDER nicht konsequent aufrecht erhalten. Er spricht einmal davon, daß die Degenerationspsychosen ein besonders „einfaches Gepräge“ der Symptomatik aufweisen (z. B. Halluzinosen, Motilitätspsychosen), andererseits rechnet er zu ihnen komplizierte Bilder, in welchen sich psychopathische Eigenarten mit manischen, depressiven, schizophrenen Symptomen vermischen, die schwer charakterisierbar sind, oder bei welchen verschiedene Bilder periodisch abwechseln.

Kurzum der Vorwurf des „Topfes“, in dem das Verschiedenartigste vorläufig vereinigt wird, ist hier, wie auch bei KLEISTS autochthonen Degenerationspsychosen viel berechtigter als bei KRAEPELINS Dementia praecox, wo er zu Unrecht so vielfach erhoben wurde. KLEIST unterbaut allerdings die Bezeichnung „Degeneration“ und die Mannigfaltigkeit der Formen mit der theoretischen Annahme von Hirnanlageanomalien, welche als gedachte primitive Genotypen die Neigung haben, sich zu komplexen Phänotypen zu vereinigen oder sich gegenseitig in der Erbfolge vertreten können. Überdies können alle „autochthonen Anlagepsychosen“ als „Syndrome“ „auch bei anderen Erkrankungen — Paralyse, Schizophrenie, Arteriosklerose, Infektionspsychosen u. a. vorkommen“, als Ausdruck von „Funktionsstörungen bestimmter Hirnapparate“. Einen Überblick über die „Nebenpsychosen (Randpsychosen)“ in ihrer Beziehung

zu dem „Altbesitz der typischen Formenkreise“ gibt die folgende Tabelle KLEISTS aus der neuesten Publikation zu dem Thema (1928).

### Autochthone Anlagepsychosen (KLEIST).

<i>Typische Psychosen.</i>	<i>Atypische Psychosen.</i>
<i>Zirkuläres Irresein</i> (Gemütskrankheiten). Manie — Melancholie.	<i>Zyklische Psychosen.</i> Verwirrtheitspsychosen: Erregte Verwirrtheit — Stupor. Motilitätspsychosen: Hyperkinetische — akinetische Form. Ichpsychosen: Expansive Konfabulose — Hypochondrie.
<i>Paranoia.</i> Expansive Paranoia — Persekutorische Paranoia.	<i>Paranoide Psychosen.</i> Akute (expans.) Eingebungspsychose — Akute (persek.) Halluzinose. Beziehungs- und Entfremdungspsychosen.
<i>Epilepsie.</i>	<i>Epileptische Psychosen.</i> Episodische Dämmerzustände (darunter die Ausnahmezustände mit Déjà-vu bzw. mit Ratlosigkeit). Episodische Schlafzustände. Episodische Verstimmungen (Dipsomanie u. a.).

Ein psychopathologischer Ordnungsversuch, unabhängig von den Begriffen Hauptpsychose und Nebenpsychose „nach dem jeweils betroffenen seelischen Ort und nach der Verwandtschaft, in der dieselben zueinander stehen“, stellt sich so dar:

1. Gemütskrankheiten: Verwirrtheitspsychosen: Motilitätspsychosen:	Manie — Melancholie. Verwirrte Erregung — Stupor. Hyperkinet.-Mot. Psychose. — Akinet.-Mot. Psychose.
2. Ichpsychosen: Gemeinschaftspsychosen:	Expansive Konfabulose — Hypochondrie. Expansive Eingebungspsychose — Persek. Halluzinose.
3. Beziehungs- und Bekanntheitspsychosen:	Expansive Paranoia — Persek. Paranoia. Beziehungspsychose — Entfremdungspsychose. Ausnahmezustände mit Déjà-vu — Ausnahmezustände mit Ratlosigkeit.
4. Bewußtseinspsychosen:	Epilepsie mit Krampfdämmerzuständen. Episodische Dämmerzustände. Episodische Schlafzustände.
5. Willenspsychosen:	Episodische triebhafte Verstimmungen. Zwangpsychosen.

In eine Diskussion dieser Systematik einzutreten ist hier nicht der Ort; doch scheint mir zum Verständnis des KLEISTSchen Standpunktes ein Hinweis auf seine psychopathologischen Gesichtspunkte bei der Sonderung der einzelnen Formen notwendig. Man wird schwer begreifen, warum die Schizophrenie, die er doch als hereditäre degenerative Systemerkrankung, also gleichfalls als Anlagepsychose, auffaßt, und der er bestimmte „geistige Verfallserscheinungen“ (1. „psychomotorische Invalidität mit Untätigkeit und Stereotypien“, 2. „Gefühlsverödung“, 3. „Begriffs- und Sprachzerfall“) zuweist, in dieser Übersicht der Syndrome keinen Platz findet. Warum soll es nicht auch bei ihr „Randpsychosen“ geben?

Wenden wir uns den einzelnen klinischen Mitteilungen zu: Eine der zahlreichen Erscheinungsformen der Degenerationspsychosen KLEISTS behandelte BOSTROEM kasuistisch: die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (WERNICKE) (jetzt von KLEIST „akute expansive Eingebungspsychose“ genannt). Nur sein Hauptfall entspricht völlig dem Urbild WERNICKES:

In zwei durch eine 9jährige Remission getrennten Phasen Auftreten blühender, systematisch ausgestalteter Größenideen im Sinne einer Erlöseraufgabe auf Grund „autochthoner Ideen“ („Einwirkungen von Gedanken auf seinen Geist; Gott beeinflusst ihn nicht durch Worte, sondern durch Gedanken . . . vermittelt der Gedankensprache . . .“) ekstatischer Affekt; keine Ideenflucht, keine Hyperkinese, aber manchmal Rede- und Schreibdrang. Keine Zerfahrenheit, keine akustischen Halluzinationen. Plötzliches Aufgeben der Wahnideen, die Gedanken schwinden so wie sie aufgetaucht waren, es besteht Krankheitseinsicht, doch steht der Pat. „den krankhaften Äußerungen etwas unsicher gegenüber“. Die wohlerhaltene Persönlichkeit, gewisse depressive Schwankungen in der Vorgeschichte, die gute langdauernde Remission veranlassen B. die Zuordnung zu der expansiven oder phantastischen Paraphrenie KRAEPELINS abzulehnen. Obschon Äußerungen vorkommen, „die stark an paralogische Fehlbeziehungen, mitunter an Wortneubildungen erinnern“ (z. B. Bezeichnung eines Geruchseindrucks als „Stahlgeruch mit Sackkleinen“) und obwohl die kurze Katamnese ergibt, daß bereits wenige Monate nach der Entlassung wieder „leichte Größenideen“ bestanden.

Gleichfalls ohne befriedigende Katamnesen sind die beiden von KLEIST selbst mitgeteilten Fälle, die hierher gehören und auch als schizophrene Späterkrankungen imponieren. Der zweite sei im Wortlaut wiedergegeben:

Ein anderer, damals 50jähriger Kranker, hatte plötzlich die Offenbarung, die Welt gehe unter, er aber sei von Gott in Gnaden aufgenommen, jedoch bestimmt, durch sein Opfer die anderen in letzter Stunde zu retten. So sprang er in unvermitteltem Entschluß aus dem Fenster, um mit seinem Tode seine Wirtin, deren Seelenheil ihn besonders besorgt machte, zu erschüttern und zum Glauben zu bringen. Er brach sich zum Glück nur einen Unterschenkel, stand in der Klinik noch eine Woche unter dem Gefühl der Begnadigung und der unmittelbaren Berührung mit Gott, dann trat sehr rasch volle Wiederherstellung ein. Er konnte berufsfähig entlassen werden, erkrankte aber drei Jahre später erneut in gleicher Weise. Es kam wie eine Eingebung über ihn, er fühlte schreckhaft am ganzen Körper eine Vibrierung und empfand das Bedürfnis, Gottes Wort zu verkünden. So sprach er dauernd seinen Angehörigen von Gott und der Heiligen Schrift, wurde aber diesmal, noch ehe ein Unglück geschah, in die Klinik gebracht. Er hatte auch Visionen, sah einige Male „Nachtbilder“, in denen sich seine gegensätzlichen Gedanken von Verdammnis und Erlösung spiegelten. Er erblickte ein Schreckbild, einen Toten, bekam dabei Herzklopfen und wurde ängstlich; es erschien aber auch ein freundliches Bild, das er nicht näher beschreiben konnte. Auch diesmal klang die Erregung nach etwa einer Woche ab, war aber bemerkenswerter Weise von einem sich viele Wochen hinziehenden Zustande hypochondrischer Herabstimmung gefolgt. Er fühlte sich matt und elend, hatte Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, geschlechtliche Mißempfindungen und Wahngedanken; es seien ihm Filzläuse ins Rückenmark gekommen und ins Gehirn gestiegen. Dabei war auch sein Selbstgefühl im Gegensatz zu der anfänglichen ekstatischen Erhöhung jetzt sehr gedrückt, er fühlte sich arbeitsunfähig und verdimmt, ging jeder Beschäftigung aus dem Wege und klagte häufig über Angstgefühle.

So wenig ein solcher Fall für unsere Auffassung irgend etwas atypisches aufweist, so wenig werden die von KLEIST beigebrachten Beispiele von periodischen Halluzinosen und Beziehungspsychosen von einer systematischen Sonderstellung überzeugen, wenn man die Häufigkeit des schubweisen Verlaufs der Schizophrenie kennt. Unter LANGES nach ihrem infausten Ausgang gesicherten Fällen hatte ein Fünftel mehr als 3, einzelne Kranke erlebten 10 und mehr Remissionen. Das Beispiel KLEISTS zur „akuten und periodischen Beziehungspsychose“ sei hier angeführt und damit unsere Darlegungen über periodische Erkrankungen im vorigen Abschnitt ergänzt. Hier war die Tatsache der Berufsfähigkeit bei einem Gebildeten wohl ausschlaggebend für die Ablehnung einer Schizophrenie, obschon die Veränderung der affektiven Persönlichkeit nach der akuten Phase ausdrücklich erwähnt ist.

Der Kranke Ra., der schon vor 3 Jahren im Alter von 45 Jahren in die Klinik kam, ist ein hochbegabter Mann und Leiter eines wissenschaftlichen Instituts. Er hat seit seinem 37. Lebensjahr viermal ähnliche Zustände von mehrmonatlicher Dauer durchgemacht. Die Krankheitserscheinungen waren nach eigenen Schilderungen und ärztlichen Auskünften stets annähernd dieselben.

Diesmal suchte er Zuflucht in der Klinik, weil er von Behörden verfolgt werde. In einem Gasthof fühlte er sich von Gegenübersitzenden beobachtet. Es sei eine Anzeige bei der Polizei gegen seine Frau und ihn wegen Abtreibung gemacht worden. Polizisten waren tatsächlich, aber wegen einer anderen, harmlosen Sache in der Wohnung gewesen.



Die Krankheit hatte nach Angaben seiner Frau mit *Zwangsvorstellungen* begonnen. Seine Frau pflegte nach dem Koitus Spülungen zur Verhütung der Empfängnis zu machen. Beim Eintritt der letzten Menstruation seiner Frau schloß R., daß eine Empfängnis schon stattgefunden hätte, aber durch die Spülungen beseitigt worden sei. Zur anfänglichen Zwangsvorstellung traten dann Eigenbeziehungen und Verfolgungsgedanken hinzu. Nach Aufnahme in die Klinik verließ Pat. dieselbe gleich wieder, weil das Zimmer unheimlich sei; die Wände hätten Ohren.

Er wird von seiner Frau wiedergebracht, ist mißtrauisch, ablehnend, ängstlich. Auch in einem anderen Zimmer fühlt er sich unbehaglich, es sei ein Zimmer mit Schweinerei, es werde geklopft und gehorcht, es sei ein Dritter im Zimmer. Er spricht bedeutungsvoll von magnetischen Strömen, durch die er beeinflußt werde. Er werde hypnotisiert, vermutlich zur Heilung. Die Leute draußen raunen und räuspern sich im Takt, dabei macht er selbst taktmäßige Bewegungen mit den Armen. Er werde durch alles mögliche beeindruckt, alles werde in ihm verschoben. Dabei ist er aber immer besonnen und formal geordnet, nicht desorientiert. Er vermutet aber in anderen Patienten Polizeibeamte, die ihn beobachten sollen. Der Staatsanwalt komme in allerlei Verkleidungen. Ich selbst sei von der Behörde beauftragt, ihn auszuspionieren. Ob ich mich denn so vollkommen der Polizei unterordnen müsse?

In den nächsten Tagen traten die paranoischen Erscheinungen gegenüber einer sich mehr und mehr ausbreitenden *allgemeinen Eigenbeziehung* zurück. Es werde draußen seinetwegen rumort, Schränke werden hin und her geboxt, Öfen werden, um ihn zu stören, ständig eingheizt. Er sieht ein leeres Wasserglas auf seinem Nachttisch stehen und hat den Eindruck, als ob es mit Absicht leer hingestellt worden sei. Seine Taschenuhr stand eines Morgens still: das war auch absichtlich, sie war „hypnotisch stillgelegt“. Ein andermal tickt seine Uhr so aufdringlich: „es wird in ungünstigem Sinne für mich getickt“. Was er an sich sieht, „alles ist bewerkstelligt“, nichts erscheint ihm als notwendiges und natürliches Ergebnis physikalischer Vorgänge. Alles bedeutet etwas für ihn. An der Türe stehen die Zahlen 1906 und 1920, die Jahreszahlen von Renovierungsarbeiten. Ihn bedeutet das Jahr 1920 das Jahr seiner Eheschließung und 1906: „das war der Abschluß der glücklichsten Zeit meines Lebens“; er war 1907 zum erstenmal nervös erkrankt. Immer wiederholt er, zum Teil mit Verwunderung, daß alles sich auf ihn zu beziehen scheine. Er schwankt mehrfach zwischen natürlicher Erklärung und der eigenbezüglichen Auffassung: „ich habe so den Eindruck gehabt“; „ich verstehe das Ganze nicht“. Auf dem Höhepunkt der Erkrankung wird der Geisteszustand vorübergehend unbesinnlich, traumhaft; Illusionen treten auf. Auf einem Bild an der Wand sieht er einen abgehauenen Frauenkopf. Er hört Stimmen, einen Staatsanwalt, einen Hypnotiseur, die geben bald ihm, bald dem Staatsanwalt recht. Dann wieder fragt er plötzlich, ob das Kellerfest beginne, hört Fässer rollen, erkennt einen älteren Pfleger als Kellermeister. Zweifelt schließlich an sich selbst: „bin ich ein König?“ Stärkste Ratlosigkeit. Liegt still, fast stuporös da.

Nach ungefähr 4 Wochen treten die Störungen allmählich zurück, er bekommt Krankheitseinsicht, schildert anschaulich: es war als ob alles in große Nähe gerückt wäre, „*stärker auf mich bezogen*“. Er mußte in diesem Zustand stärker auf Dinge achten, die ihm sonst ganz gleichgültig waren. Er sei gewissermaßen feinhöriger und helllichtiger gewesen. In den letzten Tagen des Klinikaufenthaltes hat er den veränderten, ichbezüglichen Eindruck der Dinge noch hie und da. Die Einbildungen von Polizei und Staatsanwalt werden lächelnd abgelehnt.

R. hat bald darauf seinen Beruf wieder aufgenommen und übt ihn noch heute aus, doch ist er immer etwas menschenscheu, mißtrauisch und schwierig im Verkehr. 1926 kam es wieder zu einer leichteren eigenbeziehenden Verstimmung, in der er schlaflos war und einen Arzt in der Heimat seiner Frau beschuldigte, daß derselbe ihm auf irgendeine geheimnisvolle Weise den Schlaf raube. Doch klang auch diese Phase wieder ab.

Ganz ähnliches gilt von dem Fall des Dr. E., dessen Begutachtung KLEIST veröffentlicht hat.

Er macht mit 20 Jahren zwei mehrwöchige katatone Erregungszustände durch, die KLEIST nicht selbst gesehen hat, die aber nach der Krankengeschichte überaus typisch waren und dementsprechend beurteilt wurden. KLEIST glaubt aber, es werde nicht genügend „gewürdigt, daß die Psychose des jungen E. überhaupt mit sehr lebhaften *Veränderungen der Stimmung* einherging, besonders im I. Krankheitsanfall. Die Krankengeschichte läßt jedoch auf das Deutlichste schwere Depression, Angst, Verzweiflung und Selbstvorwürfe erkennen. Der Kranke fürchtet ewige Verdammnis, nicht nur für sich, sondern für seine ganze Familie, er fühlte sich vom Teufel bedroht, glaubte sich dem Sterben nahe, warf sich vor, die Hoffnungen seiner Eltern nicht erfüllt zu haben und die ihm überkommenen Gaben mißachtet und verschleudert zu haben; denn so und nicht anders ist der biblische Ausdruck zu verstehen, er habe, „das kostbare Gefäß fortgeworfen“. Nun sei er deshalb von der Krankheit geschlagen, die er wiederum biblisch als „Aussatz“ bezeichnete. Aus

dieser Angst und Zerknirschung erheben sich dann Sehnsucht nach Erlösung und das Vertrauen auf die Hilfe des Herrn und finden in den Rufen: „Jetzt bin ich erlöst — der Herr streitet für mich — auf zum Kampf“ ihren Ausdruck. Wenn er gerettet wird, will er sich ganz dem Dienst des Höchsten weihen, wird er „den Herrn tragen dürfen, wie Christophorus es tat“. Derartige verständliche und miteinander harmonisierende Gemütsbewegungen sind mit der Annahme eines seelischen Zerfalls- und Defektprozesses, wie ihn die Katatonie darstellt, nicht vereinbar, wogegen sie wohlbekannte Erscheinungen bei den schweren Formen manisch-depressiver Geistesstörung und bei den ihnen verwandten Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen sind. Auch bei den oft durch religiöse Ekstasen ausgezeichneten epileptischen und episodischen Dämmerzuständen kommen sie vor. Manische Symptome zeigten sich bei E. darin, daß er in den späteren Stadien seiner Erkrankung öfter lächelte und ironische, witzige und schnoddrige Bemerkungen machte. Nach eigener Angabe befand er sich beim 2. Anfall auch in einer Kampf Stimmung. . . .“

Diese Probe einer KLEISTSchen Epikrise zeigt anschaulich die Gefahr nachträglicher, einführender Ausdeutung und beleuchtet das weitere Vorgehen KLEISTS in diesem Fall. Der damalige Mediziner hat sein Staatsexamen gemacht, Assistenten- und Militärarzt dienste geleistet, sich niedergelassen und geheiratet. Erst in der Ehe tritt eine erstaunliche Gemütskälte, Brutalität und Roheit in Erscheinung, die Anlaß zur Anfechtung der Ehe gaben. Von den Auftritten erzählt er dem Gutachter wie von „gelungenen Späßen“. Sein Verhalten bei der Untersuchung wird folgendermaßen beschrieben:

Das *seelische Gesamtbild* war ein der körperlichen Erscheinung entsprechendes, etwas schwerfälliges und unfreies Wesen. So saß er plump mit krummem Rücken da, stützte den Ellbogen auf, murmelte etwas vor sich hin, schaute kaum auf, behielt beim Sprechen öfter die Hand vor dem Munde, ließ sich die Antworten mühsam herausziehen. Bei der ersten Unterredung war er geradezu starr und unzugänglich, sichtlich voller Mißtrauen. Öfter sah er mich mit einem lauernden Blick an, sprach zögernd ein paar Worte und verstummte wieder. Um so eigenartiger wirkte es dann, wenn er unvermittelt eine seiner humoristischen und bissigen Bemerkungen von sich gab. Obwohl er die Untersuchung durch mich gewünscht hatte, fürchtete er doch, daß irgendwelche Bemerkungen ihm zum Schaden ausgelegt würden. In den späteren Untersuchungen taute er mehr auf, gewann mehr Vertrauen, gab sich auch äußerlich freier und überraschte öfter sogar durch reichliche und abschweifende Erzählungen, in denen er immer wieder Sarkasmen und Witzeleien einflocht.

Auch die Schriftstücke des Pat. in den Akten „sind reich an humorvollen und ironischen Wendungen. So nennt er die von Dr. X. gestellte Diagnose Katatonie dessen „Schwarz-aufweißbesitz“. Er zieht seine eigene psychopathische Unruhe ins Lächerliche; er „mensendieckte“, als er sich in seiner Unruhe auf den Kopf stellte. Er kennzeichnet die neuzeitliche Entwicklung der Psychiatrie als eine „Abkehr von dem Großunternehmen und Rückkehr zum Kleinbetrieb“, ein ganz amüsanter Vergleich der früheren, allzu umfangreichen und uneinheitlichen Krankheitsbegriffe mit den gerade von mir bevorzugten eindeutigen und klar umrissenen Krankheitsformen. Noch lustiger ist die Standrede, die er seiner Frau hält. Die von ihr vermißten, altruistischen Gefühle wären schon gekommen, wenn die Frau beachtet hätte, daß die Liebe durch den Magen gehe. „Unter diesem wärmenden Sonnenstrahl schmilzt die Gefühlskälte wie Schnee und Eis. Herr Reizbarkeit macht bereitwilligst der Frau Gemütlichkeit Platz. Mister Egoismus erklärt von allein seinen Bankrott, die gesamten schäbigen „Reste“ (Resterscheinungen) verschwinden von selbst“.

Dazu bemerkt der Gutachter: „Hier spricht ein unverkennbarer Hypomanikus, dessen muntere und schnurrige Einfälle im äußeren Gehaben jedoch oft durch Hemmung, Verdrossenheit und Mißtrauen zurückgehalten werden. Solche Leute wirken nach außen oft träge und schwerfällig, ja sie haben wirklich etwas Einsiedlerisches, sind Spitzweg-Figuren, treiben Liebhabereien, studieren die Sterne oder entäußern in einer Sammelwut für Briefmarken, Schmetterlinge oder Zigarrenspitzen ihre ganze Leidenschaft und Beweglichkeit. Das sind schrullige Leute, mit denen nicht leicht umzugehen ist, *aber schlecht geheilte Katatoniker sind sie nicht*. Es sind Psychopathen, die zu den manisch-depressiven Gemütsstörungen und den bei diesen Erkrankungen nicht selten vorkommenden Vermischungen gegensätzlicher Gefühle und Verhaltensweisen enge Beziehungen haben“.

Daß diese ironischen Witzeleien zusammen mit der brutalen Reizbarkeit als affektive Restsymptome einer Schizophrenie sehr wohl aufgefaßt werden können, ist von KLEIST nicht in Betracht gezogen. Die Reizbarkeit wird mit epileptoiden Erbfaktoren in Zusammenhang gebracht, da eine Tante mütterlicherseits an Spätepilepsie (!) erkrankt war und kataton-schizophrene Erbfaktoren in der Familie nicht nachzuweisen sind.

Man wundert sich nicht, daß unter solchen Umständen die „atypischen Psychosen“ in der Klinik KLEISTs so häufig diagnostiziert werden und fast ein Fünftel seines Materials darstellen. Dabei schrumpft naturgemäß die schizophren-paraphrene Gruppe zusammen, wie das aus den mitgeteilten Zahlen hervorgeht. Daß man allerdings auf solche Weise, wie KLEIST wiederholt hervorhebt, den Gefühlsbedürfnissen der Kranken und ihrer Angehörigen entgegenkommt, kann nicht bestritten werden.

Die von KLEIST in seinen früheren Darstellungen geprägten Termini der autochthonen, symptomatischen und reaktiven Labilität für die konstitutionellen Bereitschaften zu endogenen, exogenen und psychogenen Erkrankungen, seine Unterscheidung von homonomen und heteronomen Syndromen erweist sich als außerordentlich brauchbar bei der Untersuchung einer psychosenreichen Thüringer Familie, welche KOLLE 1924 mitgeteilt hat. KOLLE knüpfte an den von OTTO BINSWANGER aus dem Material der Jenaer Klinik gewonnenen Begriff der „polymorphen Degenerationspsychosen“ an und fand in einer Sippschaft von 141 Mitgliedern eine ganze Reihe atypischer Krankheitsbilder, die ohne weiteres nicht einem der bekannten Formenkreise zuzuordnen waren. Er erklärt die mannigfaltigen Zustandsbilder aus einem Zusammenspiel von „symptomatischer“ und „autochthoner Labilität“, bei einzelnen kommen auch reaktive Momente zum mindesten für die Auslösung der Erkrankungen in Frage. Im Umkreis dieser Psychosen fanden sich zahlreiche verschiedenartige Psychopathen, die mit den Psychosen als Ausdruck der sich bald trennenden, bald kuppelnden degenerativen Konstitutionsanteile aufgefaßt werden. Die häufige Kombination manisch-depressiver Anlage mit somatisch-exogenen Psychosen ist recht auffällig und ungewöhnlich, wenn man auch gegen die Bereitwilligkeit KOLLES der „Überanstrengung“ und „Erschöpfung“ ätiologische Bedeutung zuzuschreiben, gewisse Zweifel äußern muß. Ein einziges schizophrenieverdächtiges Zustandsbild findet sich unter den 14 Psychotischen, es handelt sich — das entspricht auch der Auffassung des Verfassers — um bewußtseinsgetrübte katatoniforme Erregungszustände bei einer stimmungslabilen Psychopathin.

OTTO BINSWANGER selbst hat 1928 seine schon vor dem Kriege gesammelten umfangreichen Materialien zur Darstellung der Degenerationspsychosen mitgeteilt. Er knüpft unmittelbar an MAGNAN an, gibt eine Übersicht über die „Indices“ psychophysischer Entartung, eine Typenordnung der Psychopathien und psychopathischen Einzelsymptome, die hier nicht interessiert. Für die Degenerationspsychosen ist ihm der Nachweis degenerativer Merkmale in der Vorgeschichte und die Verlaufsrichtung ausschlaggebend. Er schildert 1. episodische Zustände, und zwar a) wahnhafte Einfälle und b) episodische Dämmerzustände; 2. „unfertige, fragmentarische, akut einsetzende, subakut verlaufende Krankheitsbilder“; darunter a) akut einsetzende Zustände primärer Inkohärenz mit Erregung. b) unfertige paranoide Erkrankungen; c) katatoniformes Krankheitsbild; 3. die polymorphen Degenerationspsychosen; 4. die dégénérés superieures einschließlich des moralischen Schwachsinn; die Triebmenschen einschließlich der Süchtigen; die Phantasten und Abenteurer, die degenerativen Tic-Erkrankungen. Der Degenerationsbegriff ist hier, wie man sieht, viel ernster im klassischen Sinne gemeint als bei SCHRÖDER und KLEIST; doch auch für BINSWANGER war die Überwindung der beiden KRAEPELINSchen „Einheitsgruppen“ der Anstoß zur Ergänzung des klassifikatorischen Systems durch seine Anwendung.

Im Zusammenhang der Schizophrenie interessieren nur die ersten beiden Abschnitte, in welchen 18 Fälle wiedergegeben sind. Im 3. Abschnitt handelt es sich überwiegend um atypische zirkuläre Erkrankungen mit psychopathischen Einschlägen verschiedenster Art. BINSWANGER schildert aber auch Schizo-

phrenien mit über lange Zeit immer wieder hervortretenden „degenerativen“ Merkmalen. Da er viele Fälle über weite Zeitstrecken überblickt, täuscht er sich nicht über die Prognose. *Degenerative Veranlagung schließt für ihn die Entwicklung eines schizophrenen Prozesses nicht aus.* Zwei dieser Fälle seien hier wiedergegeben. Der erste zeigt „episodische wahnhaft Einfälle“ als Beginn einer Schizophrenie:

Fall 7 BINSWANGERS:

Bei einem 21jährigen, gut gebachten — Examen als Säuglingspflegerin mit sehr gut bestanden — Mädchen zeigte sich nach anstrengender Tätigkeit und mannigfachen seltschen Kümernissen ein plötzliches Auftauchen des Vorstellungskomplexes: man spiele mit ihr Komödie. Nach 2 Stunden war sie wieder ganz klar — Desorientierung bestand nicht —, sie wunderte sich, was sie „für dummes Zeug“ gedacht und gesagt habe. In einer zweiten Attacke äußerte sie: „Man solle ihr Gift geben, sie sei eine Dirne, ihre Angehörigen wollten sie ins Zuchthaus bringen“. Am nächsten Tage korrigierte sie alles. Einige Tage später schnitt sie sich nach einem Spaziergang mit dem Bruder die Beugesehenen des linken Unterarmes durch. Als Motiv gab sie tags darauf an: „Als wir bei dem Spaziergang oben auf den Berg kamen, ist mir plötzlich der Gedanke mit unbezwingbarer Gewalt gekommen, ich sei eine Hexe, der Bruder habe mich auf den Berg geführt, um mich in die Tiefe herabzu stoßen. Dieser Gedanke hat mehrere Stunden angehalten, mit furchtbarer Angst; aus dem Gefühl heraus, ich dürfe als Hexe um meiner Angehörigen willen nicht leben, habe ich den Selbstmordversuch gemacht“. In den nächsten Wochen wechselnde Stimmungsanomalien, halluzinatorische Dämmerzustände (prämenstruell, mit dem Einsetzen der Menses schwindend), stuporöse Hemmungen in regelloser Folge, immer von völlig klaren, geordneten Intervallen unterbrochen. Aber auch in der Zwischenzeit affektiv sehr labil — nach Angaben der Mutter soll sie von jeher von jähen Stimmungswechseln beherrscht worden sein, „zeitweilig war sie überempfindlich, ganz wie die Mutter meines Mannes“. In der Folgezeit ausgeprägte Depressionen mit dazwischentretenden Heiterkeitsausbrüchen, besonders zur Zeit der Menses. Bei der Entlassung aus der Klinik — nach zweimonatlichem Aufenthalt — gab sie noch retrospektiv an: „Als ich das Nahen eines neuen verdrehten Zustandes merkte, ging ich in das Schlafzimmer meines Bruders und schnitt mich ... Ich tat es nicht gerne, ich widerstrebte, aber ich mußte. Ich halte den Selbstmord für unmoralisch, für verwerflich und feige. Weiß selbst nicht, warum ich es getan habe“. Ein Jahr später neues Auftauchen von Suicidgedanken, in andauernd depressiver Stimmung. Erneute Aufnahme. Körperlicher Verfall und geistiger Rückgang, starke Fieberbewegungen (tuberkulöse Prozesse in beiden Lungen). Schlußbild vor dem Exitus letalis: Stuporös-negativistisches Verhalten. Diagnostisch zusammenfassend: Degenerativ konstitutionelle Veranlagung; hysterisch-sensitiv Persönlichkeit; prodromale wahnhaft Einfälle. Schizophrenes Schlußbild.

Im zweiten Fall handelt es sich wohl um eine „Mischpsychose“ (s. S. 495) infolge doppelartiger Belastung:

Fall 36 BINSWANGERS:

Bei der Aufnahme 21 Jahre. Tante des Vaters chronisch geistig krank, Schwester des Vaters „nervös“, Vater ist ein eigenartiger, verschlossener, ungeselliger Charakter, aber tüchtiger Geschäftsmann. Eine Schwester bleichsüchtig „nervös“, mit 18 Jahren Chorea. Eine andere Schwester deutlich zirkulär, machte in den Depressionen einen Selbstmordversuch. Vorgeschichte: Patientin soll sich normal entwickelt haben, mittlere Begabung. Seit dem 18. Jahre gemischt manisch-depressive, kurzdauernde „Anfälle“. Mit 19 Jahren Schlaflosigkeit, Angstzustände mit unsinnigen Einfällen: eine Leiche liege unter ihrem Bett, ein schwarzer Hund sei im Zimmer. Menses zessierten 4 Monate lang. Auftauchen von Vergiftungsideen; sie müsse verhungern. Schwere Angstanfälle. Aufenthalt in verschiedenen Sanatorien, relative Besserung; es bestand aber eine prämenstruelle Reizbarkeit fort. Kurz vor der Aufnahme plötzlicher Ausbruch heftigster affektiver Erregung; lautes Schreien, aggressive Handlungen gegen ihre Angehörigen. Bei der Aufnahme: Fast völlig regungslos, alle Glieder schlaff, müder Gesichtsausdruck, leise Sprache, wortkarg. Nachmittags jäher Umschlag; sie lacht, schreit, ist inkohärent erregt, äußert sinnlose Wortreihen mit sentimental theatralischem Tonfall. Abends mustistisch, in den nächsten Tagen katonische Erscheinungen, unreinlich. Nach 3 Wochen völlige Erholung, orientiert, erinnert sich an die Vorgänge der letzten Wochen: „Mir war nicht gut, es kamen mir plötzlich Gedanken, es finde eine Schlacht statt“. In den nächsten Wochen trat einmal nachts ein einstündiger Schreianfall, angeblich infolge von Kopfschmerzen ein. Symmetrische Druckpunkte; bei Druck auf die linke Mamilla Zurückwerfen des Kopfes, Schluchzen, tiefe stoßweise Inspirationen, klagt über Schmerzen im ganzen Körper, vorwiegend links lokalisiert. Viele Phoneme, daran anschließend ein hysterischer konvulsivischer Anfall: Augen weit offen, parallel gestellt, Schlagbewegungen der Extremitäten, dann tonische Starre des ganzen Körpers.

Dauer 5 Minuten. In den nächsten Tagen beständige Klagen über Kopfschmerzen; Schimpfparoxysmen, einmal ist Echolalie verzeichnet. Nach 2 Monaten völlige Beruhigung und Klärung, labile Stimmung, volles Krankheitsbewußtsein, klagt über vereinzelte „Stimmen“. Nach achtmonatlichem klinischen Aufenthalt Entlassung.

Patientin war im Zeitraum von 19 Jahren 10mal kürzere oder längere Zeit in der Klinik. Immer ganz gemischte Zustandsbilder: manisch-depressive Stimmungsanomalien, massenhafte Phoneme und Visionen, katatoniforme Zustandsbilder, hysterische Anfälle. In der Zwischenzeit immer relativ normal mit guter Krankheitseinsicht, klagt über vereinzelte Stimmen bei klarem Bewußtsein. Allmähliche Entwicklung von Basedowsymptomen, Vergrößerung der Schilddrüse mit schwirrenden Geräuschen, starke Pulsationen der Halsgefäße, leichter Exophthalmus, positiver Stellwag und Graefe, feinschlägiger statischer Tremor. Kein Intelligenzdefekt erkennbar. Sie wird schließlich dauernd in Anstalten gehalten. Nach späteren Berichten allmählicher Rückgang der intellektuellen Leistungen, Zerfall der Persönlichkeit, „sie wird albern, blöde, meist stuporös, negativistisch, katatonisch, Stereotypien. Die ursprüngliche Diagnose einer polymorphen degenerativen Psychose mußte ergänzt werden durch die Beifügung: Schizophrenes Schlußbild.

Im 1. klinischen Teil bringt BINSWANGER interessante Beobachtungen von wahnhaften Einfällen bei Psychopathen (abortive Paranoia FRIEDMANN) und reaktive Dämmerzustände psychogener Natur mit zum Teil eigenartigen Inhalten.

Bei den Zuständen primärer Inkohärenz mit Erregung (2a) handelt es sich überwiegend um „hyperkinetische Motilitätspsychosen“, der verschiedensten Ätiologie, zum Teil bei getrübttem Bewußtsein. Bei den Schizophrenieverdächtigen sind teils ausreichende Katamnesen nicht mitgeteilt, teils die vorhandenen nicht eindeutig. BINSWANGER denkt wohl auch hier an eine Mischung von Erbfaktoren: „Den manischen Erkrankungen kann man die motorische Erregung, dem schizophrenen. . . Formenkreis die Zertrümmerung des assoziativen Geschehens zuweisen. Findet sich diese regelwidrige Vereinigung zweier heterogener Kardinalsymptome. . . so ist man versucht, von einer in Fragmenten stecken gebliebenen unvollendeten Krankheitsform zu sprechen, die in ihrer Gestaltung, ihrer Entwicklung und ihrem Verlauf den degenerativen Ursprung dokumentiert“. Die Fälle abortiver Paranoia bei sensitiven, hypochondrischen Psychopathen, in menstruellen Verstimmungen, welche im Abschnitt 2b mitgeteilt sind, haben bis auf einen, der sich schizophren entwickelt und auch der Schizophrenie zugerechnet wird, den Charakter psychopathischer Reaktionen. Das katatoniforme Bild (2c) endlich entstand bei einem hysterischen Psychopathen im Zustand getrübtens Bewußtseins.

Es ergibt sich also, daß die Bemühungen, mit Hilfe des Begriffs der Degenerationspsychosen atypische Gestaltungen der Schizophrenie von ihr loszulösen, einer kritischen Betrachtung nicht standhalten. So begreiflich der Widerstand der Forscher gegen den großen Umfang und die symptomatische Vielgestaltigkeit unserer Erkrankung ist, so wenig führt der hier beschrittene Weg zu einer Überwindung dieser Schwierigkeit.

#### 4. Schizophrenien mit Bewußtseinsstörung: Dämmerzustände, Amentia, oneiroide Erlebnisform.

Die typischen schizophrenen Symptombilder spielen sich auf dem Hintergrund eines klaren und ungetrübtens Bewußtseins ab. Eine ganze Reihe der schizophrenen Symptome, insbesondere die katatonen, sind, wie KURT SCHNEIDER zeigte, nur charakteristisch für die Schizophrenie, wenn sie bei ungestörtem Bewußtsein auftreten. Gegenüber den psychogen- und exogen-reaktiven und den epileptischen Störungen werden ungestörte Orientierung, Klarheit der Auffassung und der mnestischen Funktionen in den schizophrenen Zuständen stets die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale sein. Daran ändert auch die analogische Heranziehung der Einschlafserlebnisse zur Aufklärung der schizophrenen Symptomatik durch CARL SCHNEIDER (neuerdings auch KRONFELD)

nichts. Der Schizophrene kann vergleichsweise nur als „wacher Schlafender“ angesehen werden. Andererseits werden wir uns nicht wundern, daß durch psychogene und exogene Einflüsse, wie das in früheren Abschnitten gezeigt wurde, Zustände getrübtens Bewußtseins, besonders im Beginn der Erkrankungsschübe, vorkommen. Darüber hinaus ist bemerkenswert, daß die akuten Zustände mit Wahrnehmungsanomalien und Halluzinationen, die nicht selten einen „toxischen“ Eindruck machen, wohl vielfach mit ganz leichten Trübungen des Bewußtseins einhergehen, fast stets allerdings ohne Erinnerungseinbuße; hierher gehörige Beispiele wurden im Abschnitt über Sinnestäuschungen mitgeteilt. Hieran schließen die „ekstatischen Dämmerzustände“ und wahnhaften Träumereien, welche nach BLEULER völlig analog den hysterischen Wachträumereien aufzufassen sind. In der Tat findet man besonders bei älteren Kranken den Abschluß in Wahnwelten von ausgesprochen katathymem Charakter. Aber es fragt sich doch, ob die Wunscherfüllung in solchen Fällen mehr bewirkt als die Inhaltssetzung, mit anderen Worten, ob der Abschluß von der realen Umgebung nicht auf ganz andere Funktionsanomalien zurückgeht, wie wir sie bei psychogenen Dämmerzuständen wirksam sehen. Charakteristisch für die Schizophrenen ist ja, daß auch hier die Umdämmerung fehlt, „die doppelte Registrierung der äußeren Vorkommnisse (im Sinne des Traumes und zugleich in dem der Wirklichkeit) ist auch in hochgradigen Fällen die Regel“ (BLEULER). Nur wenn man auch dann noch von „Dämmerzuständen“ spricht, wird es verständlich, wenn BLEULER weiterhin ausführt, daß manche Patienten ihr ganzes Leben lang nicht mehr aus dem Dämmerzustand herauszukommen scheinen. Er erwähnt dabei allerdings auch „katatonieartige Zustände“, die stumpf dahin vegetieren, in einer anderen Welt leben, kaum zu den einfachsten Verrichtungen zu bewegen sind. Sie fallen wohl eher unter die gleichfalls in diesem Zusammenhang von BLEULER beschriebenen Zustände von *Benommenheit*, Stuporen, die mitunter parapraktisch erscheinen und Störungen der Sprache, der Schrift aufweisen sollen. Sie können, „wenn auch meist etwas abgeschwächt, jahrzehntelang anhalten“. Wie schwer es in solchen Fällen ist, über die subjektive Verfassung des Patienten etwas auszusagen, betont BLEULER selbst. Dementsprechend sind die Ergebnisse der psychologischen Leistungsprüfungen kaum eindeutig zu beurteilen, und ob in der Tat eine Bewußtseinsstörung vorliegt, muß fraglich bleiben. Immerhin kommt wahrscheinlich der Bewußtseinszustand in manchen hyperkinetischen und akinetischen Syndromen mitunter einer Umdämmerung nahe, dafür spricht auch die manchmal vorhandene Amnesie. Man muß sich natürlich aber darüber klar sein, daß in dem „leeren Stupor“, wie er bei der Darstellung der psychomotorischen Symptome beschrieben wurde, der Umstand, daß nichts in dem Kranken vorgeht, und daß er sein motorisches Verhalten nicht motivieren kann, noch nicht beweist, daß er umdämmt oder benommen war. Solange wir eine ausreichende psychophysiologische Analyse der Beziehungen der subcorticalen motorischen Phänomene zum Bewußtseinszustand nicht besitzen, sind die lokalisatorischen Theorien, die hier anknüpfen, hypothetisch. Das gilt schließlich auch von den Zuständen hochgradiger Verwirrtheit infolge beherrschender schwerer Denkstörung, bei welchen man sich, besonders wenn sie mit motorischer Erregung einhergehen, oft die Frage stellt, ob sie sich bei klarem Bewußtsein abspielen. Doch ist es auf jeden Fall irreführend, wenn man aus Ratlosigkeit, Angst, „Fehlbeziehungen“, Ausfällen beim Erklären von Unterschieden und Sprichwörtern auf eine Umdämmerung schließt, wie das KLEIST jüngst wieder bei der Darstellung seiner „episodischen Dämmerzustände“ getan hat.

Unter dieser Bezeichnung hat KLEIST neun Fälle mitgeteilt, welche bis auf einen nicht episodische, sondern *phasisch sich wiederholende* Psychosen aufweisen. Zum großen Teil sind sie wohl als in Schüben verlaufende Schizophrenien

anzusprechen; jedenfalls reichen die Katamnesen und die Schilderungen der Intervalle bei KLEIST meistens nicht aus, um eine Entwicklung im Sinne der schizophrenen Veränderung auszuschließen. (Einzelne imponieren als atypische Zirkuläre und phasisch exacerbierende schwere Psychopathien.) KLEIST hat unter anderer Bezeichnung damit den Versuch erneuert, der seit MEYNERT schon oft wiederholt wurde, Fälle periodischer „Verwirrtheit“, „Amentia“, als besondere Krankheit auszusondern. Seine Kasuistik unterscheidet sich von früheren Arbeiten ähnlicher Tendenz (DORNBLUETH, E. MEYER, STRANSKY, HANS SCHMID) nur dadurch, daß Fälle einwandfrei exogener Ätiologie (infektiös-toxisch, erschöpfend) fortgelassen sind, welche in jenen Arbeiten mit Verwirrheitszuständen bei den endogenen Psychosen auf einer Linie betrachtet werden. Der Wert jener älteren, symptomatologisch orientierten Arbeiten hat gerade infolge der Vernachlässigung des ätiologischen Gesichtspunktes starke Einbuße erlitten, und es wird sich zeigen müssen, ob die hirnlokalisatorischen und -physiologischen Theorien (Hirnstammsyndrom), mit Hilfe deren KLEIST die verschiedenen Formen der Erkrankung zusammenschweißt, sich als tragfähiger erweist. Die inzwischen von EWALD beigesteuerte Kasuistik „episodischer Dämmerzustände“ bestätigt die wesentliche Verschiedenartigkeit der symptomatologisch ähnlichen Bilder: seinen ersten Fall rechnet er zur Epilepsie, den zweiten hält er für eine atypische zirkuläre Erkrankung und im letzten wurde eine organische Erkrankung, wahrscheinlich encephalitischer Art, nachträglich sichergestellt. So kommt auch er zur Ablehnung der episodischen Dämmerzustände als einer geschlossenen Krankheitsgruppe.

„Traumhafte Verworrenheit mit illusionärer oder halluzinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung und motorischer Unruhe“ — schließt man sich dieser Definition der *Amentia* von KRAEPELIN an, so wird man Zustandsbilder auf welche diese Beschreibung zutrifft, in den akuten, „toxisch“ anmutenden Schüben der Schizophrenie ab und zu finden. Wenn man jedoch mit BONHÖFFER „eine ausgesprochene Denkstörung im Sinne der Inkohärenz“ neben einem gewissen Grade von Benommenheit als wesentlich für das amentielle Bild ansieht, wobei sich dieser Charakter der Inkohärenz auch auf die Sinnes-täuschungen und die kursorisch auftauchenden Wahndeiden erstreckt, „alles meist mit einem deutlichen Einschlage von Ratlosigkeit . . . Reste psychischer Krankheitsgefühle sind sehr häufig“ — so schmilzt die Zahl der schizophrenen Zustände, die hierher gehören, ganz erheblich zusammen. Es kommt schließlich, wenn man von der oft schwer faßbaren Bewußtseinsstörung absieht, auf die Kennzeichnung der „Inkohärenz“ an, und die Frage lautet, ob sie, wie STRANSKY schon nachzuweisen glaubte, von der schizophrenen Denkstörung abgegrenzt werden kann. Das ist wie GRÜNTHAL, HARTMANN und SCHILDER und der Verfasser zeigen konnten, psychopathologisch durchaus möglich. Wenn diese Unterscheidung, auf die genauer hier nicht einzugehen ist, auch im klinischen Einzelfall vielleicht manchmal Schwierigkeiten macht, so ist doch durch die Bearbeitung der schizophrenen Denkanomalien (BERZE, KLEIST, SCHILDER, CARL SCHNEIDER u. a.) die Amentiafrage im Rahmen der Schizophrenie fast gegenstandslos geworden (s. S. 590).

Wo Bewußtseinsstörungen bei schizophrenen Erkrankungen beobachtet werden, handelt es sich wohl meist wie in den Fällen MEDOWS um exogene Beimischungen, die die Grundkrankheit zunächst verdecken, sie vielleicht „provozieren“ (BIENBAUM): in 4 von seinen 7 Fällen kommen solche Auslösungen in Betracht, bei einem 5. bestanden meningitische Reizerscheinungen, die man (trotz des negativen Sektionsbefundes) nicht als Symptome der Dementia praecox ansehen kann. Die seltenen katatonen Benommenheitszustände von organischem Charakter (Hirnschwellung?) sind bereits erwähnt.

Fassen wir im Anschluß an eine an anderer Stelle (f) gegebene Darstellung noch einmal diejenigen Symptombilder bei der Schizophrenie übersichtlich zusammen, die zur Stellung der Bewußtseinsfrage Anlaß geben können:

1. Zustände von *Ekstase* in akuten Schizophrenien mit Gefühlseinbruch, affektive Bewußtseinstrübungen, in welchen der alles aufsaugende Gefühlsüberschwang zu gegenstandslosen Gefühlsräuschen mit Ichauflösung führen kann. Konzentrationsstörung, Schwerbesinnlichkeit, Urteilsstörung und auch mnestiche Ausfälle leiten sich aus der affektiven Überflutung des seelischen Querschnittes her.

2. „Die von BLEULER als dominierend in den Vordergrund gestellte Bereitschaft zu einer reaktiven Abwendung von der Realität, dem wunscherfüllten Wahnerleben zu, kann unter Umständen zum Einsetzen einer Bewußtseinsstörung nach dem psychogen-hysterischen Mechanismus führen. Innere Unsicherheit als Ausfluß jugendlichen Alters oder als Folge der Erschütterung durch schleichende Vorboten des Krankheitsprozesses, anlagemäßige Neigung zu Hysterismen können eine Einengung des Bewußtseins auf die machtvoll einsetzenden, krankhaften Vorgänge erzeugen. Es entsteht dann ein objektiv viel schwerer erscheinendes Krankheitsbild, als der tatsächlichen Wirksamkeit des Prozesses entspricht, woraus sich die bekannte günstige Prognose solcher Zustände ergibt. Hier ist man berechtigt von einer *Reaktion* der Persönlichkeit auf die Psychose zu sprechen. Treten außer der Bewußtseinsstörung nicht andere psychogene oder hysteriforme Symptome hervor, so dürfte der Beweis, daß es sich um eine reaktive Änderung des Bewußtseins handelt, oft nicht leicht zu führen sein. Die nachträgliche Befragung und die Berücksichtigung der Vorboten und der Gesamteinstellung zu Beginn der Psychose wird oft am ehesten zu einem klaren Ergebnis führen. Auf jeden Fall sollte man zu der Annahme einer solchen Kombination, des Auftretens eines dem Hauptprozeß fremden Krankheitsgeschehens, nicht zuerst, sondern zuletzt greifen, wenn alle anderen Erklärungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen. Es ist begreiflich, daß sie dem am nächsten liegt, der wie die Züricher Schule theoretisch die Schizophrenie in die Nähe der „Neurosen“, der Hysterie usw. rückt, wie die organische Bewußtseinstrübung von den Forschern verallgemeinert wird, die wie MEDOW vorwiegend an den Hirnprozeß denken.

3. „Vermeiden sollte man vor allem, eine Bewußtseinsstörung dann anzunehmen, wenn die Ablenkung durch lebhaft halluzinatorische Erlebnisse eine gewisse Ratlosigkeit und vorübergehend den objektiven Eindruck der Verwirrtheit erzeugt. Gerade bei der Schizophrenie wissen wir, daß sich solche Halluzinosen, vor allem mit Überwiegen der akustischen und haptischen Sinnestäuschungen bei völliger Bewußtseinsklarheit abspielen können, so sehr auch die Psyche von den irrealen Vorgängen beansprucht ist. Oft spielen sich solche Halluzinosen bei „doppelter Buchführung“ ab, mitunter fehlt aber auch die dabei vorhandene scharfe Trennungslinie der Wirklichkeitsbereiche.

4. „Auch die schizophrene Denkstörung, die oft schon im Beginn akuter Schübe sehr augenfällig hervortritt, kann eine Bewußtseinsbeeinträchtigung vortäuschen. Sie erzeugt eine Verwirrtheit, bei der man sich vergeblich bemüht, eine anschauliche Vorstellung von dem Zustand des Bewußtseins zu erhalten. Da wir aber wissen, daß es sich hier um eine isolierte Störung des Denkablaufs handelt und sich oft aus beiläufigen Zwischenbemerkungen der Kranken die Klarheit des Bewußtseinszustandes sicherstellen läßt, scheint es uns nicht möglich, solche Zustände ohne weiteres mit der „Inkohärenz“ bewußtseinsgestörter, symptomatischer Psychosen zu identifizieren. Die Anomalie des Denkablaufs in bewußtseinsgestörten Zuständen folgt einer einheitlichen, leichter erkennbaren und leichter aufzeigbaren Gesetzmäßigkeit als die schizo-



phrene Denkstörung. Der ungleich geschlossener seelische Gesamtzustand bewirkt überall die gleiche Funktionsstörung, während in der Schizophrenie komplexbedingte inhaltliche Auswahl den Nachweis funktioneller Störungen vielfach durchkreuzt.

5. „Es bleibt noch das der Schizophrenie allein eigentümliche Symptom der *doppelten Orientierung* (= doppelte Registrierung = doppelte Buchführung [BLEULER]). Das Symptom der doppelten Orientierung besteht nach JASPERS entweder darin, „daß für den Kranken dieselben Vorgänge, Wahrnehmungsinhalte, eigenen Handlungen usw. einen doppelten Sinn haben, oder, bei völligem Entrücktsein aus der gegenwärtigen Situation und real wahrgenommenen Welt, in der Fähigkeit, falls etwas Reales eindringlich an den Kranken herantritt, zu sofortigem richtigem Erfassen der Situation ohne Aufgabe der psychotisch erlebten Welt“. Es handelt sich demnach um einen Zustand besonderer Bewußtseinsklarheit, in dem die realen Zusammenhänge völlig gewahrt bleiben, obwohl sich in und neben ihnen ein Vorgang abspielt, der unter Umständen für den Erlebenden größeren Wirklichkeitswert besitzt als die Realität. Es liegt also weder eine Einengung, noch eine Zerstückelung des gegenständlichen Erlebens vor. Die Verlegung des Wirklichkeitsakzents führt hier nicht zu einer „Veränderung“ der Zuwendungsart“.

6. Diese Aufstellungen wurden seinerzeit zum Zwecke der Kennzeichnung der „*oneiroiden Erlebnisform*“ vorgenommen, die, oberflächlich charakterisiert, eine Mischung der unter 1—3 aufgezählten Zustände darstellt. Wir fanden sie in Psychosen, die dem manisch-depressiven Formenkreis nahestehen, bei welchen vielleicht schizophrene Konstitutionsmischungen vorliegen, wie HOFFMANN meint, teilten aber auch 3 Fälle mit, deren einer schizophrenieverdächtig, die beiden anderen sicher schizophren sind. Einwandfreier Nachweis zirkulärer Heredität war in keinem dieser Fälle zu erbringen, auch die Anzeichen zyklischer Konstitution der Kranken sind ganz dürftig, so daß die Deutung als Mischpsychose für diese Zustandsbilder im Rahmen der Schizophrenie fortfällt.

Auf Grund der Analyse der Selbstschilderungen habe ich Übereinstimmung des oneiroiden Syndroms bei den zirkulären und schizophrenen Kranken angenommen, während CARL SCHNEIDER nicht den Eindruck gewinnen konnte, daß der Zustand bei den beiden diagnostisch verschiedenen Gruppen übereinstimmte. „Die Stellung zur Umwelt zum Beispiel ist in beiden ganz verschieden.“ HOFFMANN dagegen hält die oneiroide Erlebnisform gegenüber der Schizophrenie für nicht scharf abgegrenzt.

Der oneiroide Zustand selbst ist eingebettet in eine Bewußtseinsstörung eigenartiger Struktur; der Kranke erlebt eine Fülle sich jagender Szenen von romantisch-fantastischem Charakter: Katastrophen, Feste, Sintflut, Lebendig-begrabensein, Erstarren zu Eis, Gefängnis, Schiffbruch, Krieg, Weltuntergang, Auferstehung, Vergewaltigung, Himmel und Hölle, Begegnung mit Fürsten, Verbrechern usw. Diese teils halluzinatorischen, teils in die reale Umgebung hinein illusionierten Vorkommnisse werden mit stärkster innerer Beteiligung, unter ernstester affektiver Anteilnahme, mit dem Bewußtsein der Verantwortung durchgemacht, oft mit einer religiös-metaphysischen Begeisterung und Hingabe. Dabei befindet sich der Kranke in ständiger Spannung, vielfach hervorgerufen durch die Bedeutungsunsicherheit des Erlebten und durch das infolge der fragmentarischen Unabgeschlossenheit der Szenen immer wiederkehrende „Erlebnis des nichterreichten Wendepunktes“. Wir zitieren zur Illustration ein Bruchstück aus der Selbstschilderung eines von KLINKE 1890 veröffentlichten Falles, der, wie unsere Katamnese ergab, klinisch einen schizophrenen Verlauf nahm:

„Ich fuhr weite Strecken hindurch auf der Eisenbahn, woselbst ich unaufhörlich sang. Mit meinen Bekannten aus früherer und gegenwärtiger Zeit verbanden mich bestimmte

Lieder, von denen oft die anderen den Anfang und ich das Ende auswendig wußten oder umgekehrt. Ich langte nun in dem Hofe einer sehr aristokratischen, mir bekannten Familie an, mit denen ich tiefe religiöse Gespräche führte. Dort erblickte ich auch zum erstenmal den verstorbenen Kaiser Friedrich, welcher mir während meiner Krankheit in kürzeren oder längeren Pausen immer wieder erschienen ist. Er bildete sozusagen das Hauptelement meines ganzen Seins; er war mein Beschützer, mein Verteidiger, wenn man mich verleumdete oder angriff, mein Ratgeber in schwierigen Verhältnissen, mein freundlicher Tröster, mein alles. Als ich das erstmal mit dem Kaiser in interessanter Unterhaltung begriffen, gewahr wurde, daß mein Gehirn die Fülle von Gedanken, welche sich mir aufdrängten, nicht mehr bewältigen konnte, flehte ich um Ruhe, die mir auch huldreich gewährt wurde. Nach längerer Zeit, als Kaiser Friedrich wieder verschwunden war, glaubte ich, mein Ende sei gekommen, da sich der Kehlkopf zusammenschnürte, so daß die Sprache mir abgeschnitten wurde, und ich außerdem zu ersticken drohte. Wasser gab es nirgends, denn es waren seit der ereignisvollen Nacht vorher alle Brunnen versiegt, ja selbst das Meer war eingetrocknet. Außerdem herrschte im Lande Hungersnot. Ich hörte, wie man bemüht war, Champagner als Getränk zu erlangen, aber alles vergebens. Da hörte ich die Stimmen meiner zwei bereits verstorbenen Brüder, und der jüngere, der mir zurief: „ich will dein Benjamin sein“, versprach mir, wenn ich alles mutig aushalten wolle, mir durchzuhelfen. Den anderen Bruder nannte ich Joseph; auch hielt ich dann später einen verstorbenen Onkel für den Joseph in Ägyptenland, der uns die Kornspeicher erschließen werde.

Alle Beziehungen vom Alten zum Neuen Testament verfolgte ich die ersten Wochen hindurch, streng im apostolischen Sinne, bis zur Wiederaufrichtung des neuen Jerusalem im tausendjährigen Reiche. Jeder Tag brachte seine neuen Eindrücke und gewaltigen Erscheinungen. Ich vertiefte mich dabei mit solchem Interesse in die jüdische Religion, daß ich bereits mit den Israeliten in althebräischer Sprache zu reden begann. Moses war der Priester, mit dem ich fast die ganze Zeit hindurch, auch noch während der ersten Monate meines Hierseins, fort und fort verkehrte. Bald suchte ich Hilfe bei ihm, bald ließ ich mir die jüdischen Gesetze von ihm erklären. In wunderbaren Bildern erschien mir eine Reihe von Stiflhütten und der heilige Berg, auf welchem im Neuen Testament Petrus und Jakobus verklärt wurden. Auch einen Teil der Zeit des Propheten Elias durchlebte ich. Das eine Mal ließ während des beängstigenden Wassermangels und der überall herrschenden Dürre und Trockenheit Gott das Meer erbrausen, daß seine Wellen die Mauern des Hauses umspülten. Ein anderes Mal fiel ein wohlthätiger Regen. Dabei erbebte die Erde, die Berge bewegten sich, die Bäume schwankten gewaltig hin und her, und auf tanzenden Hügeln und Leichensteinen kamen Verwandte und Freunde, sich gegenseitig mit den Händen stützend, einher, Kaiser, mit weißen Gewändern bekleidet, blitzende Helme auf den Häuptern tragend, durchzogen die Luft . . .“

Das *objektive Verhalten* dieser Kranken in den traumähnlichen Zuständen entspricht teils einem Stupor, teils befinden sie sich in schwerster psychomotorischer Erregung. Für Momente sind sie herauszureißen, erweisen sich dann meist als desorientiert, schwerbesinnlich und kaum fixierbar. Trotzdem ist die Erinnerung an das Erlebte, abgesehen von kurzen Lücken allerschwerster Verwirrtheit, ganz ausgezeichnet erhalten. Als Vorboten der Psychose fanden sich fast stets Störungen der Schlaf-Wach-Regulation (Abgespanntheit, Geiztheit, Unbeherrschbarkeit des Gedankenablaufs, Schlaflosigkeit), in einzelnen Fällen setzte die Psychose im Schlaf ein. In den Träumen traten nach Abklingen der Psychose noch ihre Inhalte auf.

Zahlreiche Erscheinungen der schizophrenen Symptomatik: psychomotorische, Ich- und Aktivitätsstörungen, Halluzinationen und Wahnbewußtheiten treten in der oneiroiden Erlebnisform auf, doch erhalten sie durch die Einbettung in den eigenartigen Erlebnishintergrund des getrübteten Bewußtseins ein so besonderes Gepräge, daß sich die oneiroiden Zustände auch bei denjenigen Kranken, wo sie in den Verlauf einer typisch schizophrenen Psychose eingeschoben sind, von dieser deutlich abheben.

Die Zustandsbilder traten in den meisten Fällen wiederholt auf, die Rezidive hatten meist einen symptomatologisch einförmigeren, in bezug auf die Gefühlsbeteiligung blässeren Charakter, dem Ernst der anfänglichen Beteiligung entsprach ein spielerisches Verhalten in den späteren Phasen. Als konstitutionelle Grundlage ließ sich eine von Kind auf bestehende lebhaftere Vorstellungsbegabung und eine Neigung zu spielerischer Phantasiebeschäftigung bei der

Mehrzahl der Kranken nachweisen; auch sonst fielen in manchen Fällen *hysterische Persönlichkeitszüge* auf. —

Abschließend seien an dieser Stelle noch einige Bemerkungen zu der Frage des *mnestischen Verhaltens* nach der akuten schizophrenen Psychose beigefügt. Ebensovienig wie wohlerhaltene Erinnerung beweist, daß sich das Erleben bei völlig ungestörtem Bewußtsein abspielte, so wenig beweist eine Erinnerungslücke unmittelbar nach dem Abklingen der akuten Psychose, daß ein bewußtseinsgestörter Zustand vorlag. Es gelingt nach reichhaltigen schizophrenen Psychosen oft bei einer Befragung wenige Tage später der Nachweis, daß in der Tat alles Wesentliche reproduziert werden kann, während wiederum zu einem späteren Zeitpunkt, wo Verdrängungsmechanismen wirksam werden, Amnesie angegeben wird. Es kommt hier, wie auch bei der Erforschung der Einzelphänomene überhaupt, darauf an, im rechten Zeitpunkt zu explorieren. Dann ergibt sich, daß es prinzipiell zutrifft, daß mnestische Störungen in der Symptomatik der Schizophrenie große Seltenheiten sind.

## D. Verlauf und Ausgang.

### 1. Allgemeines.

Für die große Mehrzahl der Forscher ist die Diagnose der Schizophrenie erst mit der Feststellung eines „destruierenden“ Verlaufs sichergestellt. Auch für unseren Standpunkt, die wir mit BLEULER und CARL SCHNEIDER eine charakteristische Symptomatik der Schizophrenie anerkennen, wird in allen strittigen Fällen der Verlauf den Ausschlag geben. Nur halten wir es für richtig, auch dieses diagnostische Kriterium mit der Reserve anzuwenden, die sich aus der außerordentlich großen Verschiedenartigkeit der Verläufe und der Remissionen ergibt. BLEULER hält sie für so zahlreich, daß er ihre Schilderung für unmöglich erklärt, und er führt aus, daß *im einzelnen* die Krankheit zeitlich und qualitativ so *regellos* verlaufe, daß alle Erörterungen über ungewöhnlichen Verlauf gegenstandslos seien. Dahingegen betont er in Übereinstimmung mit KRAEPELIN die ungünstige *Verlaufsrichtung*.

Gerade diese ungünstige Gesamtprognose, deren Bedeutung KRAEPELIN allerdings mehr und mehr abgeschwächt hat, war für viele Forscher der Anlaß, seine Aufstellungen anzuzweifeln; denn sie glaubten bei klinisch mit seinen Beschreibungen übereinstimmenden Fällen günstigere Verläufe zu finden. So revidierte SCHRÖDER die Diagnosen von 90 Dementia-*praecox*-Fällen, die er nach 8—10 Jahren nachprüfte und glaubt die gestellte Diagnose nicht aufrecht erhalten zu können (s. S. 519). KLEISTS Aussonderungen zahlreicher Einzel-erkrankungen haben im wesentlichen den Verlaufseinswand zum Motiv, wie das oben schon gezeigt wurde.

Da aber die Erfahrung an einzelnen Fällen immer wieder zeigt, daß es lange Remissionen bei der Schizophrenie gibt über Zeiträume, die weit das überschreiten, was ein einzelner Forscher an persönlicher Erfahrung zu sammeln vermag, so bleibt nur übrig, Fälle zu verfolgen, deren akute Psychose von Beobachtern der vorigen Generation beschrieben wurde. KRAEPELIN teilt einen Fall mit 29jähriger guter Remission mit. Wir selbst verfügen über einen Kranken, der ungefähr 45 Jahre frei von schwereren Krankheitszeichen war, dann mit 77 Jahren an einer Psychose erkrankte, in der sich arteriosklerotisch-senile mit schizophrenen Zügen mischten.

W. stammt angeblich aus gesunder Familie. Er besuchte die Volksschule und war unauffällig, nach einer Angabe bis zum 16., nach einer anderen bis zum 19. Lebensjahr. Um diese Zeit herum war er wiederholt psychisch krank, zeigte Trübsinn, Lebensüberdruß und Neigung zum Selbstmord. Als 17jähriger Schlosserlehrling wurde er angeblich verwirrt,

klagte über Kopfweh, hatte dann einen Erregungszustand mit Tobsucht und Bedrohung seiner Umgebung. Er wurde damals im Gefängnis gehalten, „weil er der Brandstiftung verdächtig erschien“. Der Hausarzt führte die Erkrankung auf eine angebliche Basalmeningitis zurück, über die aber Näheres nicht angegeben wird. 1879 erkrankte er aufs neue und wurde am 20. 7. dieses Jahres in die Heil- und Pflgeanstalt Klingemünster aufgenommen. Die damalige ausführliche Krankengeschichte schildert zunächst depressive Zustände, in denen der Kranke stundenlang weinte und regungslos auf einem Fleck saß. Im Sommer wurde er dann lebhafter, war schlaflos, riß Blumen aus, ging an die Betten der anderen. In der Anstalt zeigte sich allmählich eine ausgesprochene Zerstörungswut, nach deren Ablauf er keinerlei Auskunft über seine Handlungen geben konnte. Zeitweise war er unrein. Es wurde die Diagnose, sekundäre Seelenstörung, gestellt, von der eine Heilung wohl nicht zu erwarten sei. Bis 22. 3. 1880 verblieb W. in der Anstalt. Immer wieder traten Erregungszustände von mehrtägiger Dauer auf, in denen er die Kleider zerriß, außerordentlich gereizt war. Von Januar 1880 ab war er ruhig und geordnet, arbeitete zuletzt in der Schlosserwerkstatt der Anstalt. Bei der Entlassung war er klar und einsichtig in die überstandene Krankheit. Er hatte erheblich an Körpergewicht zugenommen und wurde, wenn auch mit geringer (durch die Krankheit geschwächter?) Intelligenz als genesen entlassen. Bald darauf heiratete er und gründete sein Schlossergeschäft. Er war tüchtig in seinem Fach, hatte immer reichlich zu tun, und die Werkstatt ging gut bis zum Tage seiner Aufnahme in die Klinik im 67. Lebensjahr. Seine 3 Söhne haben bei ihm als Schlosser gelernt.

Sie schildern den Vater als jähzornig und außerordentlich streng zu den Kindern. Wenn er erregt war und zuschlug, wurde er so heftig, daß einige Male Lehrlinge deshalb die Stelle bei ihm verließen. Wenn er betrunken war, konnte er stundenlang tobend schimpfen und Gegenstände zerschlagen. Im übrigen war er gern unter Menschen, spielte in der Wirtschaft Karten, lebte in keiner Weise zurückgezogen. Zu seiner Frau war er im allgemeinen sehr gut. Oft hatte er an allem etwas zu nörgeln. 1910 sei er einmal einige Wochen sehr erregt gewesen und habe Tag und Nacht geschimpft. Dabei arbeitete er und blieb zu Hause, doch machte er keinerlei Äußerungen wahnhafter Art. Einige Wochen vor der Aufnahme in die Klinik erschien er verändert. Er lief nachts im Hause herum, fuhr zu seinen verheirateten Kindern, machte allerlei Pläne, war dabei sehr gereizt, er ärgerte sich darüber, wenn ein Hund bellte, schlachtete die Hühner, weil sie gackerten, bedrohte eine Frau, die über die Straße ging, mit einem Stock, meinte, die Leute schauten ihn an und redeten über ihn als einen Verrückten. Alles was er hörte, bezog er auf sich, fremde Leute wollte er nicht mehr im Hause sehen. Er trank reichlich Wein und Bier und arbeitete seit 3 Wochen nicht mehr. Vor einigen Tagen erschien er am Dorfeingang mit einem offenen Messer ohne zu sagen, was er eigentlich wollte. Er ging mit der Familie nicht mehr zu Tisch, aß allein, stieß ab und zu eine Drohung aus. Etwa ein halbes Jahr vorher soll er schon einmal außerordentlich wortkarg gewesen sein und sich ganz für sich gehalten haben. Jedoch habe er damals gegessen und gearbeitet.

Eine Exploration über die frühere Erkrankung war mit W. nicht möglich. Er gab zwar im allgemeinen geordnet Auskunft, wich aber sofort aus, sobald auf seinen Aufenthalt in Klingemünster die Rede kam. Lediglich, daß er damals Stimmen hörte, gab er zögernd zu. Auch sonst war über sein früheres Leben nicht viel zu erfahren. In eigensinniger, starrköpfiger Weise lehnte er die Unterhaltung darüber ab. Er klagte darüber, daß er in letzter Zeit nichts habe essen können und darüber, daß sein Gedächtnis schlechter geworden sei. Auch über die letzten Vorfälle war keine klare Auskunft von ihm zu erhalten. Überhaupt zeigte sich, daß seine Auffassung ungemein schwerfällig und verlangsamt war. Die üblichen Redensarten brachte er prompt im Biedermannston vor. Drang man aber näher in ihn, so kam er in ein verschwommenes, allgemeines Gerede, wenn nun, wie, man will doch hier hin und dorthin, oder dies und das ist zu machen, oder der oder jener, kehren immer wieder. Offenbar faßt er alle Fragen, wenn auch etwas verzögert auf, aber jede Antwort geht in ein verschwommenes Gerede über, wobei er die Punkte, auf die es gerade ankommt, vermeidet. Einzelne paranoide Ideen kommen zum Vorschein. Im übrigen drängte er auf Entlassung und zeigte besonders dabei eine eigentümlich verschrobene Mimik, merkwürdige Grimassen, oft eine leere Pathetik, die zum besprochenen Gegenstand in keiner adäquaten Beziehung stand.

Körperlich fand sich eine hochgradige Rigidität aller peripheren Arterien und auch am Herzen Zeichen der Arteriosklerose. 2 Tage lang verweigerte er die Nahrung mit der gleichförmig vorgebrachten Begründung, er wolle entlassen werden. Am 19. 7. 1926 brachten ihn die Angehörigen in die Anstalt Klingemünster.

Von solchen Beobachtungen ist es nur ein kleiner Schritt zu dem von CARL SCHNEIDER theoretisch geforderten Fall, bei dem es überhaupt nur zu einem einzigen Erkrankungs-schub im Leben kommt. Man braucht nur anzunehmen, W. wäre mit 75 Jahren verstorben, so läge dieser Sachverhalt vor.

Kämpft unter solchen Umständen die strenge Verlaufsdiagnostik mit oft kaum überwindbaren Schwierigkeiten, auf welche auch FLECK jüngst hingewiesen hat, so wird ihre Aufgabe doch dadurch erleichtert, daß es nur ganz selten und wohl auch nur auf kurze Zeit zu *völliger* Restitution nach einem schizophrenen Schub kommt. Hier ist es allerdings nötig, sehr sorgfältig und kritisch vorzugehen. „Im einzelnen Fall ist die Konstatierung der Heilung abhängig vom psychologischen Geschick und vor allem *von der Zeit, die der Psychiater zur Verfügung hat, um den entlassungsfähigen Kranken zu beobachten und zu untersuchen*. Gesundheit kann man nicht direkt diagnostizieren; man supponiert sie, wenn man trotz genauem Suchen keine Krankheitszeichen findet. Wer keine Zeit hat, seine Patienten genau zu untersuchen, findet viele geheilte, die ein anderer als gebessert ansehen würde“.

Diese Mahnung BLEULERS ist immer wieder unbeachtet geblieben, genau so wie sein Hinweis an der gleichen Stelle, daß eine Wiedergewinnung des Zustandes vor dem akuten Schub zwar nicht selten sei, daß aber das nicht Heilung bedeuten könne, wenn die schleichend verlaufende Schizophrenie schon *zuvor* den Patienten weitgehend verändert hatte.

Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß die Reste der durchgemachten Krankheit *praktisch* bedeutungslos sein können; sie werden häufig mit Narben verglichen, ein Bild, das aber in den zahlreichen Fällen nicht zutrifft, wo nicht eine circumscribte Schwäche (z. B. der Aktivität oder der Affektansprechbarkeit) vorliegt, sondern eine schwer definierbare Veränderung des seelischen Gesamthabitus. Diese wirkt sich gewiß zu allermeist im sozialen Verhalten des früheren Kranken aus, kann aber weite Bezirke seines Auftretens und Wirkens unberührt lassen.

So lernte ich gelegentlich einer Konsultation in der medizinischen Klinik den etwa 50jährigen Ordinarius einer deutschen Hochschule kennen, der als beliebter Lehrer und angesehener Gelehrter und Künstler seit Jahrzehnten tätig war. Er wollte sich vom Internisten wegen seines Darmleidens untersuchen lassen, das er auf die Einwirkungen von elektrischen Strahlen zurückführt, die er beim ruhigen Sitzen auf seinem Kopf zu verspüren glaubte. Mit dieser wahnhaften Krankheitstheorie war er erst ganz allmählich herausgerückt. Er gab schließlich auch an, als Student monatelang in einer psychiatrischen Klinik behandelt worden zu sein und eine vorsichtige Befragung der Ehefrau förderte eine Reihe von Beweisen äußerster Gefühlskälte im Verkehr mit den allernächsten Angehörigen zutage, die man bei dem liebenswürdigen, modulationsfähigen und durchaus unauffälligen Gebaren des Kranken auch nicht entfernt vermutet hatte.

Wir werden auf die einzelnen Formen der Anpassung an diese Störungsreste noch eingehen. Es ist aber ohne weiteres klar, daß sie bei der Verfolgung größerer, statistisch verwendbarer Patientenzahlen nicht erfaßt werden können. Da sie aber nach der übereinstimmenden Meinung aller kritischen Untersucher, mögen sie nun die Schizophrenie enger oder so weit wie BLEULER fassen, so gut wie immer nachzuweisen sind, wäre es sinnvoll, außer bei den Remissionen nach den ersten ganz kurzen Schüben nicht von *Heilung* zu sprechen. Andererseits haben sich Begriffe wie „soziale Heilung“ (E. MEYER) und Heilung mit Defekt (HEINRICH NEUMANN) neuerdings im Zusammenhang mit der Paralysebehandlung in der Psychiatrie eingebürgert und man wird sie aus menschlichen und praktischen Gründen auch bei der Schizophrenie gerne verwenden. Man muß sich aber darüber klar sein, wie BLEULER in anderem Zusammenhang hervorhebt: „die soziale Untüchtigkeit, die in verschiedenen Umgebungen ganz verschieden definiert werden müßte, ist kein Kriterium für die biologische Grenze einer Krankheit“.

Trotzdem schien uns ein *zahlenmäßiger Überblick über die Prognose der Schizophrenie* wichtig. Wir gingen von 328 sicheren Schizophrenen aus, die in den Jahren 1912 und 1913 in der Heidelberger Klinik zur Aufnahme

kamen, wovon im Jahre 1929, also nach 16—17 Jahren, 34 nicht ermittelt werden konnten.

Von den verbleibenden 294 Fällen waren

Praktisch gesund, zuhause, sozial eingepaßt . . . . .	89
Zuhause, arbeitend, mangelhaft eingepaßt . . . . .	14
Zuhause nicht arbeitend, manifest krank . . . . .	10
In Anstalten . . . . .	56
Gestorben . . . . .	125
und zwar in Anstalten . . . . .	96
im Krankenhaus . . . . .	3
zuhause . . . . .	19
im Kriege . . . . .	2
durch Selbstmord . . . . .	5

Die Zahlen unterscheiden sich erheblich von den Ergebnissen ähnlicher Untersuchungen von STEARNS und OTTO-MARTIENSEN. Wir stellen in der folgenden Tabelle die Prozentzahlen zusammen:

	STEARNS 315 Fälle	OTTO-MARTIENSEN 292 Fälle	Heidelberg 294 Fälle
Zu Hause gesund bzw. gebessert . . . . .	5,0%	33,7%	35,0%
Zu Hause krank . . . . .	4,5%	7,4%	3,4%
In Anstalt . . . . .	64,1%	21,1%	19,0%
Gestorben . . . . .	23,8%	31,4%	42,5%

Die große Zahl der Todesfälle bei unserem Material dürfte sich aus der ungewöhnlich hohen Sterbeziffer in den Kriegs- und Nachkriegsjahren, als die Kranken innerhalb der Anstalten durch die Hungerblockade dezimiert wurden, erklären. Fast die Hälfte der tötlichen Ausgänge fällt in die 6 Jahre von 1914 bis einschließlich 1919. Rechnet man die 96 in der Anstalt verstorbenen Kranken als Dauerinsassen (was gewiß nur bedingt richtig ist), so erhält man einen Anteil der Anstaltskranken von fast 52%, was dem Vorkommen in normalen Zeiten näher kommen dürfte, als unsere auffallend niedrige Zahl der lebenden Internierten. Andererseits wirkt sich in diesem Ergebnis möglicherweise die im Zusammenhang mit Beschäftigungstherapie und Außenfürsorge vermehrte Tendenz aus, die Schizophrenen aus der Anstalt hinaus in die Familie zurückzubringen, welcher in Baden durch den großen Mangel an Anstaltsplätzen Nachdruck verliehen wird.

Selbstverständlich gibt ein solcher Querschnitt durch ein Material von ganz verschiedenem Altersaufbau ein nur annäherungsweise richtiges Bild, zumal Früherkrankungen und Späterkrankungen, remittierende und gleichmäßig fortschreitende Fälle nicht gesondert sind. Aber immerhin gibt die Zahl von rund einem Drittel, nach einer Zeit von 16 Jahren, noch praktisch Geheilten, nichtpflegebedürftigen Kranken, welche mit OTTO-MARTIENSENS Berechnung aus der Jenaer Klinik und einer ähnlichen Untersuchung von E. MEYER-Königsberg annähernd übereinstimmt, einen brauchbaren Anhaltspunkt für die praktische Prognosefrage. Schon KAHLBAUM fand in  $\frac{1}{3}$  der Fälle von Katatonie Genesung.

Nur wenn man sich vom Krankheitsbeginn so weit entfernt, wie wir es getan haben, kann man hoffen, die Prognose einigermaßen unabhängig von den *Remissionen* zu erfassen. Für die Beurteilung der näheren Zukunft der frisch Erkrankten ist vor allem die Zahl und Dauer der Remissionen praktisch wichtig. CARL SCHNEIDER fand unter 944 Kranken 604 mit chronisch-stationärem, schleichendem oder stürmisch progredientem Verlauf, 331 remittierende und exacerbierende Formen, darunter 59 Fälle mit mehrmaligen sehr guten

Remissionen von längerer Dauer. Er macht selbst gewisse Einwände gegen die relativ kleine Zahl der remittierenden Fälle, die zum Teil durch die Besonderheit des Arnsdorfer Materials bedingt sind.

Die Zahl der Remissionen in einem Material LANGES betrug auf einen Patienten:

Remissionen	1	2	3	4	5	6	7	8	10	> 10
Zahl der Pat.	34	14	11	4	3	3	1	2	1	1

Interessanter sind die Zahlen über die Dauer der Remissionen, von CARL SCHNEIDER errechnet an einem Material von alten Fällen mit mehr als 10jähriger Dauer nach der letzten Remission, fast nur über 60 Jahre alten Personen, bei denen mit wesentlichen Änderungen nicht mehr zu rechnen ist:

Dauer	1 J.	2 J.	3—5 J.	6—10 J.	11—15 J.	16—25 J.	über 25 J.
1. Remission	6	2	7	15	7	5	2
2. „	11	1	7	7	4	—	—
3. „	2	2	2	1	—	—	—
4. „	—	1	1	1	—	1	—
5. „	2	—	—	—	1	—	—

Eine ähnliche Übersicht teilt LANGE mit. Beide Autoren betonen, daß hier eine negative Auslese vorliegt, da nur die ungünstigen Ausgänge erfaßt sind.

Gegen alle diese Zahlen läßt sich, abgesehen von der relativ groben Erfassung der Exacerbationen mit Hilfe der Internierungen, nämlich auch der Einwand erheben, welchen BLEULER gegenüber RÜDINS Bearbeitung der Vererbung der Schizophrenie geltend machte: wäre die Zahl der ganz mild verlaufenden und vollends der unausgebildeten Formen der Schizophrenie, welche nie in ärztlicher Behandlung, geschweige denn in Anstalten kommen, erfaßbar, so würde sich das Bild in vieler Hinsicht ändern. BLEULER hält sie für sehr zahlreich; auch wenn man sich seinen sehr weiten Schizophreniebegriff nicht zu eigen macht, und gegen das Schizoid Einwände erhebt, wird man zugeben müssen, daß nach Analogie anderer Erbkrankheiten (z. B. Chorea Huntington) abortive, unausgebildete oder gar latente Schizophrenien in familiärer Nachbarschaft der schwereren Fälle zu erwarten sind.

## 2. Persönlichkeit und Verlauf.

„Blickt man auf die Vielzahl möglicher Persönlichkeiten, welche an Schizophrenie erkranken, blickt man auf die Vielzahl möglicher Verläufe, so besteht kein Zweifel, daß uns der Einfluß der Anlagen auf die Verlaufsgestaltung vorläufig noch verhüllt ist“. Dem Versuch hier irgendwelche Gesetzmäßigkeiten aufzuweisen, steht, wie CARL SCHNEIDER an der gleichen Stelle ausführt, nicht nur das Fehlen einer sicheren Kenntnis der bedeutsamen Charakteranlagen im Wege; man wird auch nur schwer dem Einwand entgehen können, daß bestimmte Persönlichkeitszüge, die sich als prognostisch bedeutsam erweisen, bereits Ausdruck der schleichenden Erkrankung sind, welche beim Einsetzen des manifesten Krankheitsausbruchs schon viel weiter vorgeschritten war, als in denjenigen Fällen, wo sie fehlen. Unter diesem Vorbehalt ist als ein wichtiges Ergebnis auf diesem Problemgebiet der Nachweis von MAUZ anzusehen, daß die innerhalb von 2—3 Jahren nach Erkrankungsbeginn endgültig zerfallenden Schizophrenen sich nach Körperbau, vielleicht auch charakterologisch von den übrigen Schizophrenen abheben. Unter 1050 Schizophrenen fand er nur

180 solche Fälle „deletärer Prozeßschizophrenien“ (15%); sie erkrankten sämtlich im Alter von 16—25 Jahren, die meisten zwischen dem 19. und 21. Lebensjahr. MAUZ sieht in ihnen den Kern der ursprünglichen Dementia praecox KRAEPELINS. Er fand unter ihnen weder Pykniker noch pyknische Mischformen, 81,3% der Kranken waren leptosom und athletisch, der Rest dysplastisch. Dagegen fanden sich unter dem Gesamtmaterial der Schizophrenen 12,8% Pykniker, 66% Leptosom-athletische und 11,3% Dysplastiker. Die Kennzeichnung der prämorbidem Persönlichkeit ist weit weniger einheitlich: MAUZ macht hier je nach der Symptomatologie des Erkrankungsbeginns drei Untergruppen: hebephrene, katatone und schizokare Zerfallsform, die letztere gekennzeichnet durch die nach seiner Ansicht primäre Prozeßsymptomatik des elementaren Ichzerfalls und des Erlebnisses des subjektiven Verändertseins. Die katatonen Fälle sind präpsychotisch charakterisiert durch die Eigenschaften: „reizbar, launenhaft, absonderlich, eigen, eng, starr, einförmig, einseitig“, die Hebephrenen durch Überwiegen des Triebhaft-Impulsiven über das Rationale, die Schizokaren gehören der „hyperästetisch-autistischen Kerngruppe des Schizoids“ nach KRETSCHMER an.

Wir stellen diesem Befund die Körperbauzahlen bei *schubweisem Verlauf* nach MAUZ gegenüber. Sie haben im Altersaufbau zwei Häufigkeitstypen, der eine um das 20., ein zweiter zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr, und es fragt sich, ob nicht schon dadurch die folgende Körperbauverteilung zum Teil bedingt ist. Unter ihnen fand nämlich MAUZ 21,4% Pykniker, 61,6% Leptosome und Athleten und 10,3% Dysplastische. Die ursprüngliche Persönlichkeit entzog sich offenbar einer eindeutigen Charakterisierung, MAUZ faßt seine Eindrücke folgendermaßen zusammen: „es bedeutet eine *Minderung* und *Abschwächung* der Verblödungsgefahr:

1. Die gut fundierte und ausgeprägte Außenweltzuwendung mit einem warmen, offenen, nach außen gerichteten und praktisch vermittelnden Temperamentshintergrund und einer aktiven, aber natürlichen und anpassungsfähigen Überlegenheit über die Außenwelt, kurz die starke Ausprägung bestimmter zyklischer Persönlichkeitsfaktoren.

2. Die Vielheit, Verschiedenheit und Biegsamkeit von Strebungen und Möglichkeiten.

Dagegen eine weitere *Erhöhung* der Verblödungsgefahr:

1. Die bereits prämorbid erschwerte und gestörte Zuwendung zur Außenwelt und zu den Dingen mit einem nach innen gerichteten, eigenlebigen, verschlossenen und innerlich reizbaren Temperament und einer vorwiegend asthenisch-sensitiven Lebenseinstellung bei häufig leicht sthenischem Gegenpol.

2. Die Einseitigkeit, Starrheit und Einförmigkeit der Strebungen und Möglichkeiten“.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen HOFFMANN an einem viel kleineren Material, ebenso STUURMANN. Leider fehlt in der Arbeit von MAUZ eine Gegenüberstellung der gleichfalls durchforschten *paranoiden und paraphrenen Gruppe* nach präpsychotischer Persönlichkeit und Körperbau, welcher den Befund bei den deletär Verblödeten erst ins rechte Licht rücken würde.

Eindrucksmäßig sind *atypische Verläufe* bei Kranken *höherer Stände* häufiger als bei der Durchschnittsbevölkerung.

Über den Einfluß der *intellektuellen Anlage* auf den Verlauf wissen wir nichts Sicheres. Pflöpfschizophrenien zeigen keine verlaufsmäßigen Besonderheiten. ORTMANN fand bei 853 Schizophrenen das niedrigste Erkrankungsalter bei den Minderbegabten, dann folgen die überdurchschnittlich Begabten, am spätesten erkrankten die Mittelmäßigen. Bei 30 an Schizophrenie erkrankten Muster-schülern fand LEPEL keine Besonderheiten des Verlaufs.



## 3. Alter und Verlauf.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst die Altersverteilung des Erkrankungsbeginns nach den Statistiken von KRAEPELIN, WOLFSOHN (Burghölzi), BUMKE (Leipzig), OTTO-MARTIENSEN (Jena), CARL SCHNEIDER (Arnsdorf) und KOLLE (Kiel). Die Zahlen sind Prozentzahlen:

Lebensjahre		-10	-15	-20	-25	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60
KRAEPELIN	1054 Fälle	3,5	2,7	27,7	25,5	22,8	13,0	5,0	3,3	1,2	1,1	0,2
WOLFSOHN	618 „		4	18	22	20	12	11	5	4	3	1
BUMKE	140 „			43,5		18,8	15,4	6,3				
MARTIENSEN	500 „		3,9	30,5	28,6	21,4	10	2	0,2			
SCHNEIDER	889 „	20,4		22,2	21,6	11,6	12,5	6,9	5,3	3,2		
KOLLE	182 „	17,0		20,9	14,7	18,2	10,4	7,7	4,9	5,5		

Bedenkt man die zahlreichen diagnostischen Streitfragen, so zeigt diese Tabelle eine recht gute Übereinstimmung der verschiedenen Beobachter, insbesondere in bezug auf die überwiegende Erkrankungshäufigkeit in der Lebenszeit vom 15.—35. Jahre. Die Differenzen im Bereich der Spätfälle dürften zum Teil von der Aussonderung involutiver und präseniler Erkrankungen herrühren, die im Burghölzli bekanntlich zur Schizophrenie gerechnet werden, zum Teil wird es entscheidend sein, wie weit die Nachforschungen nach früheren Schüben im Jugendalter von Erfolg begleitet waren. Es ist nach den Erfahrungen bei der Encephalitis ECONOMOS nicht auszuschließen, daß auch der erste Schub einer Schizophrenie so wenig Erscheinungen machen kann, daß er als ernsthafte Erkrankung nicht gewertet wird.

Daß in bezug auf die *Verteilung der Krankheitsformen* auf die Lebensalter eine gewisse Gesetzmäßigkeit herrscht, ist seit langem bemerkt worden und wurde von uns bei der Darstellung des Paranoids bereits erwähnt. Nach KRAEPELIN erkranken von den Hebephrenen 72%, von den katatonen 68%, von den paranoiden 40% vor dem 25. Lebensjahr. KOLLE hat in einer kurvenmäßigen Gegenüberstellung gezeigt, daß die paranoiden und paraphrenen Formen den überwiegenden Anteil der Erkrankungen nach dem 45. Lebensjahr stellen. KOLLE nimmt als Beginn die erste Klinikaufnahme an, ein Vorgehen, dessen Fehlerquellen auf der Hand liegen. Von je 50 symptomatologisch möglichst typischen Fällen der *Heidelberger Klinik*, bei denen der Krankheitsbeginn *anamnesisch* einigermaßen sicher festzustellen war, errechneten wir als *durchschnittliches Erkrankungsalter* bei den Hebephrenen 21,5, bei den Katatonen 25,7, bei den Paranoiden 35.

Aber es läßt sich, wie weiter unten zu zeigen sein wird, diesen praktisch brauchbaren Gruppen irgendein bestimmter Verlauf exakt durchaus nicht zuordnen. Man muß sich in der Hauptsache mit der Wiedergabe von *Eindrücken* begnügen, die ja auch in der Klinik der körperlichen Erkrankungen überall dort ihre Berechtigung haben, wo Regeln oder Gesetze infolge der Unklarheit der ätiologischen Zusammenhänge noch nicht aufzustellen sind. Über solche Eindrücke gelangt auch MAUZ nur selten in seiner Darstellung hinaus.

Je früher die Erkrankung während oder nach der Pubertät einsetzt, je weniger stürmisch sie sich äußert, um so geringer ist im allgemeinen die Aussicht auf eine Remission; es sei denn, daß sich der schleichende Anfang mit einer akuten stürmischen Psychose, etwa katatoner Art, entlädt. Dann tritt nicht selten eine Remission ein, die auch die Wirkung des schleichenden Vorstadiums zum Teil verschwinden lassen kann. Das Sich-Zurechtfinden, die Einpassungsfähigkeit

nach einem akuten Schub, ist nicht nur von dem präpsychotischen Charakter, seinen „zyklothymen“ Einschlügen, sondern fraglos auch vom *Alter* abhängig, insofern eine reife und gefestigte Persönlichkeit, die gleichen Restsymptome vorausgesetzt, sich schneller und leichter wieder zurechtfindet und sozial einpaßt, als ein junger Mensch, der sich zu bewähren noch keine Gelegenheit hatte.

MAUZ fand bei den 180 Fällen, welche 2—3 Jahre nach Ausbruch der Krankheit einen schweren und endgültigen Zerfall aufwiesen, eine „fast ausschließliche Begrenzung des Erkrankungsalters auf das 16.—25. Lebensjahr“.

Ein abweichendes Ergebnis zeigen die erheblich kleineren Zahlen TUCZEKS, der 104 katatone Stuporen der Heidelberger Klinik aus den Jahren 1890—1900 katamnestic verfolgt. Er fand als Stellungsmittel des Erkrankungsalters

für die 16 nach 1. Schub praktisch Hergestellten . .	21 Jahre
„ „ 26 Fälle mit remittierendem Verlauf . . . .	19 „
„ „ 55 in einem Zuge Verblödeten . . . . .	25 „

Der Unterschied rührt wohl daher, daß die „Schizokaren“ MAUZs überwiegend der Hebephrenie zugehören.

Nach MAUZ sind die ersten 3—4 Jahre nach dem Ausbruch der Erkrankung von ausschlaggebender Bedeutung für die Frage, ob ein schwerer Defekt einsetzt. 98% seiner deletären Fälle waren nach dieser Zeit verblödet. Ferner ist der schwere Zerfall nach seiner Erfahrung mit dem 3. *Schub* gegeben. „Bleibt er auch nach dem 3. Schub noch aus, so ist mit einer schweren Verblödung kaum mehr zu rechnen“. Hinter den letzten Satz dürfte nach unserer Erfahrung ein Fragezeichen zu setzen sein, wobei es aber natürlich darauf ankommt, zunächst die „schwere Verblödung“ zu definieren, was sich im weiteren Fortgang unserer Darstellung noch ergeben wird.

Die Erkrankungen des *mittleren Lebensalters*, vielfach erlebnisreiche Psychosen mit psychomotorischen Symptomen, haben eindrucksmäßig die besseren und länger dauernden Remissionen aufzuweisen. Bei ihnen kommt es aber auch nach dem Abklingen der akuten Symptome häufiger zu den fixierten Wahnbildungen, die je nach ihrem Inhalt oder nach der Art, wie das Wahngebilde in die Gesamtpersönlichkeit eingeordnet wird, soziale Einpassung ermöglichen können, es sei denn, daß ein weitgehender Zerfall der Persönlichkeit vorliegt. Dasselbe gilt von den Schüben, die nach einer guten Remission von einer Früherkrankung in diesem Alter auftreten.

Die *klimakterischen* und *postklimakterischen Ersterkrankungen* mit ihrer vorwiegend wahnhaften Gestaltung weisen oft den besterhaltenen Persönlichkeitshintergrund auf; wo die Wahngedanken zurücktreten oder beiseite geschoben werden, ist eine weitgehende praktische Wiederherstellung zu erwarten. Aber trotz der Reife und Eingepaßtheit der präpsychotischen Persönlichkeit gewinnt meist die wahnhafte Haltung ein solches Übergewicht, es besteht, vielleicht infolge der Starre der seelischen Haltung des Alters, oft eine solche Unnachgiebigkeit und Einseitigkeit, daß trotz der geringen Aktivität dieser Patienten die Internierung dauernd notwendig bleibt.

Viel mehr als solche allgemeine Eindrücke läßt sich über den Einfluß des Alters auf den Schizophrenieverlauf gegenwärtig nicht aussagen. Vielleicht ist es in diesem Zusammenhang noch erwähnenswert, wie auffallend *jugendlich* die *körperliche Erscheinung* vieler chronischer Schizophrener anmutet, was schwerlich mit der hygienischen Regelmäßigkeit des Anstaltslebens in Zusammenhang steht, da diese Jugendlichkeit auch bei Schizophrenen in dem häuslichen Milieu zu beobachten ist. Man wird an endokrine Ursachen denken. Jedenfalls

unterschätzt man fast regelmäßig das Alter der in jüngeren Jahren erkrankten Schizophrenen, besonders auch der Frauen von leptosomen Typus.

Während über die Erscheinungsform der kindlichen Schizophrenie an früherer Stelle gehandelt wurde, ist hier noch der *Einfluß des Alterns auf die Gestaltung* chronischer schizophrener Prozesse zu besprechen. Während BLEULER in seiner Monographie die Meinung äußert, daß die verschiedenen Formen der Altersatrophie des Gehirns die Schizophrenie sehr oft komplizieren, hat er später (1915) einmal ausgesprochen, daß die senile Demenz auffallend selten zu einer Schizophrenie hinzutrete. Eindrucksmäßig scheint es mir, daß Senium und Arteriosklerose des Gehirns unter Schizophrenen nicht seltener sind, als unter der Durchschnittsbevölkerung, allerdings mit der Einschränkung, daß arteriosklerotische Hirnerkrankungen des frühen Rückbildungsalters unter den Anstaltskranken offenbar nicht häufig vorkommen, sei es infolge der reibungslosen, sanitär einwandfreien Lebensführung in der Anstalt, sei es im Zusammenhang mit der Seltenheit der „arthritischen“ Konstitution unter den Schizophrenen. Doch gibt es ausgesprochen cerebral-arteriosklerotische Bilder bei alten Schizophrenen. JASER und FLECK haben solche Fälle beschrieben, wir verweisen auf den in anderem Zusammenhang geschilderten Fall *Dinzel* (S. 501) und den im Abschnitt I (S. 532) wiedergegebenen *Wessler*. Desgleichen ist der *senile Abbau* bei alten Schizophrenen zwar nicht häufig (wie diese Äußerung BLEULERS zustandekam, wird sich alsbald ergeben), aber auch keine Rarität. Er kann soweit gehen, wie JASER in zwei Fällen gezeigt hat, daß die schizophrenen Krankheitserscheinungen gänzlich in der senilen Verblödung untergehen, die Wahnideen verschwinden, nur die Erinnerungen aus der Zeit vor der Krankheit sind noch erhalten; aus dem „autistisch ablehnenden Einspänner“, der „zänkischen, boshaften, erregten Person“ wird ein heiteres, kindisch-schwachsinniges Greisenwesen. Von dem einen Fall betont JASER, daß er schlechthin in nichts mehr an den schizophrenen Krankheitsvorgang erinnere.

Diese affektive Persönlichkeitsveränderung mit Annäherung an das normale Verhalten ist theoretisch außerordentlich interessant. Sie findet sich nun eigenartigerweise auch bei alten Schizophrenen, ohne daß greifbare Züge der senilen Hirnrückbildung vorhanden sind. Zwar ist das auch von uns an hochbetagten Anstaltsfällen wiederholt beobachtete Vorkommnis, daß ein großer Teil der Wahnhalte keine Rolle mehr spielt, vergessen wird, die Aktivität bei der Verteidigung der wahnhaften Gedankengänge nachläßt, wohl nur als Zeichen greisenhafter Schwäche deutbar. Daneben aber beobachtet man — und dies ist die weit aus größere Zahl der Fälle — bei jahrzehntelang gleichartig fortschreitend Erkrankten eine affektive Wandlung in dem Sinne, daß an Stelle des verschlossenen, autistischen, ablehnenden, mißtrauischen, erregt gespannten Verhaltens ein heiteres, zugängliches, freundliches Wesen tritt. Allerdings keineswegs nur, wie JASER an einigen Fällen über 70 zeigte, im hohen Greisenalter, sondern häufig schon in einer präsenilen Phase und noch früher. Die Kranken werden nicht nur ruhiger, sondern manche auch aufgeschlossener in bezug auf ihre wahnhaften Inhalte. Diese selbst treten mitunter in die Peripherie des seelischen Lebens, das ganze Verhalten wird wirklichkeitsnäher, sie scheinen besser eingepaßt, haben „sich mit den Krankheitserscheinungen eingerichtet“ (JASER) und zeigen, was FLECK wiederholt betont, wieder Sinn für Humor. Auch MAGENAU berichtet von solchen Wandlungen, die unter Umständen mit einer Änderung der Wahnhalte einhergeht in der Richtung, daß lustbetonte Größewahnideen die Oberhand gewinnen und damit eine ruhige Selbstsicherheit und Zufriedenheit Platz greift.

FLECK fand diese Wandlung des Krankheitsbildes mehr oder weniger deutlich bei 17 Schizophrenen jenseits des 65. Lebensjahres und führt sie auf das *Alter*

zurück. Er vergleicht die Anpassung an die Wirklichkeit, die Beruhigung, die mildere, freundlichere, aufgeschlossener Darstellung der Wahnhalte, die Formung und Zentrierung des Wahns, sein „Zusammensintern“, die abnehmende „Energie“ in der wahnhaften Stellungsnahme, schließlich die Umstellung der affektiven Haltung mit entsprechenden Vorgängen beim Altern des Gesunden: dem Realitätssinn des Greises, seiner milden, ausgeglichenen heiteren Art, der Geschlossenheit seiner Weltbetrachtung, seiner geringen Reaktionsfähigkeit usw. Es ist zu vermuten, daß BLEULER diese Wandlung im Auge hatte, als er die Häufigkeit seniler Veränderungen bei der Schizophrenie hervorhob. Später scheinen ihm Zweifel an dem Zusammenhang mit den Altersveränderungen des Gehirns aufgetaucht zu sein.

In der Tat kann man an der von FLECK angenommenen generellen Rückführung der Wandlung auf das Altern um so mehr zweifeln, als auch bei manchen seiner Fälle der Zeitpunkt der Handlungsveränderung nicht sicher feststeht, jedenfalls keineswegs erst unmittelbar vor die Untersuchung durch den Autor, also in das Greisenalter fällt. Ich selbst habe bei lange erkrankten chronischen Schizophrenen diese Wandlung auch in viel jüngeren Jahren, zu einer Zeit, wo eine Beziehung auf das Altern keinen Sinn hat, gesehen und als „zweiten Knick“ beschrieben (ebenso MAX MÜLLER). In den Abschnitten über Symptome und Verlauf und die Endzustände wird darauf zurückzukommen sein. Es handelt sich um eine Änderung des Zustandsbildes, für das in der Mehrzahl der Fälle eine vergleichend physiologische Erklärung nach der Art FLECKs nicht befriedigt. Der zweite Knick tritt auch im Alter keineswegs immer ein: unter den 14 Kranken JASERS, welche das 70. Lebensjahr überschritten hatten, waren *fünf*, bei welchen das Greisenalter die Krankheitsgestaltung völlig unbeeinflusst ließ: darunter 3 völlig unzugängliche, katatonmanirierte Bilder und 2 Fälle schwerer, immer noch fortschreitender Sprachverwirrtheit.

#### 4. Symptome und Verlauf.

Die an früherer Stelle kritisierte Einteilung der Erscheinungsbilder in KRAEPELINS 8. Auflage blieb bis heute der letzte große Versuch, Symptome und Verlauf der Schizophrenie gemeinsam zur Ordnung ihrer klinischen Vielfältigkeit heranzuziehen. Zwei Jahre zuvor hatte BLEULER in dieser Frage vollkommen resigniert, auch BERZE findet bei vortrefflichen Einzelbeobachtungen keine generelle Lösung. Erst in allerjüngster Zeit regt sich wieder die Forderung nach einer Gesetzmäßigkeit, welche sowohl die Erscheinung als auch Verlauf einschließt, aber auch CARL SCHNEIDER, der das Problem sieht, hat vergebens versucht, eine Gliederung seines Materials nach den führenden Grundsymptomen, die er aufzeigte, durchzuführen, die zugleich klinischen Verlaufsformen entspräche. Auch er traf auf eine schier unübersehbare Mannigfaltigkeit der Spielarten, die er auf „persönliche Einflüsse der Anlage“ zurückführt. Diese aber seien bisher in ihrer Tragweite nicht bestimmbar. Deshalb scheint auch ihm die Dreiteilung, an die auch wir uns wieder gehalten haben, trotz aller Mängel, zu vorläufiger Kennzeichnung nicht entbehrlich.

Von ihr geht auch der folgende Versuch aus, an einem größeren eigenen Material einen Überblick über einige wichtige Verlaufsformen der Symptombilder zu gewinnen. Es handelt sich um *140 Kranke der Heidelberger Klinik* (72 Männer, 68 Frauen), welche wiederholt bei uns aufgenommen wurden und deren Krankheitsverlauf mindestens 10 Jahre seit dem Ausbruch der ersten Psychose zu verfolgen war; die meisten Fälle sind viel länger zu übersehen. Die Fälle stellen insofern eine Auswahl dar, als schnell zerfallende ständige Anstaltsinsassen unter ihnen naturgemäß nur wenige enthalten sind, und

Einzelschübe mit sehr langen Remissionen fast völlig fehlen. Es sind die *erscheinungsreichen Fälle*, die vielleicht absolut gar nicht das Gros der Schizophrenie ausmachen; aber für diese Auswahl geben die aufgestellten Verlaufs-schemata doch einen lehrreichen Überblick.

Erwartungsgemäß machen unter diesen nach dem äußerlichen Gesichtspunkt der wiederholten Aufnahme ausgesuchten Material die schubweise rezidivierenden *Katatonien* die größte und einheitlichste Gruppe aus. Fast ein Drittel der Fälle (43) gehören ihr an, darunter 24 Frauen und 19 Männer. Es fällt bei diesen katatonen Rezidiven auf, wie verhältnismäßig rein, worauf auch BLEULER hinweist, der Erscheinungstypus der Erkrankung beibehalten wird (wobei natürlich bei einer schematischen Darstellung nur die hervorstechenden Symptome berücksichtigt werden konnten). Es tritt ferner die ausgesprochene Neigung dieser „Motilitätspsychosen“ zu guten sozialen Remissionen auch nach einer größeren Anzahl von Schüben recht deutlich hervor. Als ein typisches Beispiel sei die folgende Kurve mitgeteilt. Erst nach dem 5. Schub trat in diesem Fall der Defekt deutlich hervor und erst in den 50er Jahren machten sich paranoide Züge in dem Krankheitsbild bemerkbar.

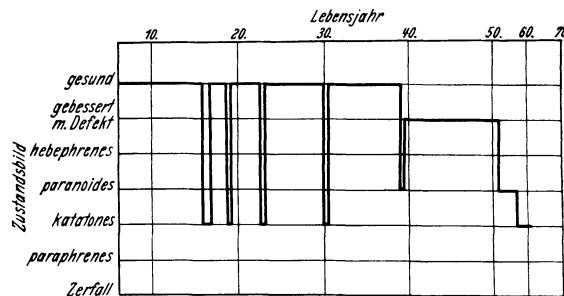


Abb. 25.

Sehr häufig aber ist schon nach dem 1. oder 2. Schub der Defekt deutlich und die weiteren Schübe führen dann zum schweren Zerfall, wie in den zwei folgenden Fällen, in welchen aber die katatonen Erregungen erheblich länger andauern.

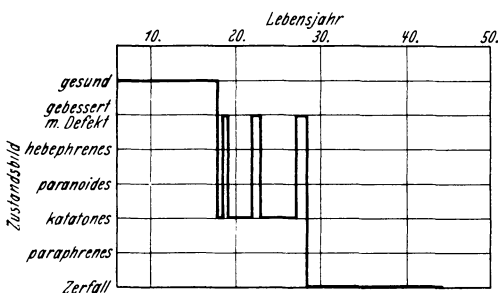


Abb. 26.

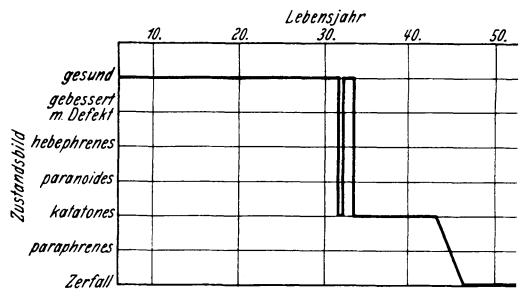


Abb. 27.

Um zu veranschaulichen, wie mannigfaltig im Bereiche der katatonen Verläufe lange und kurze Schübe mit verschiedenen langdauernden Remissionen in verschiedenen Lebensaltern sich verteilen, stellen wir die folgende Auswahl von 9 typischen Beispielen zusammen.

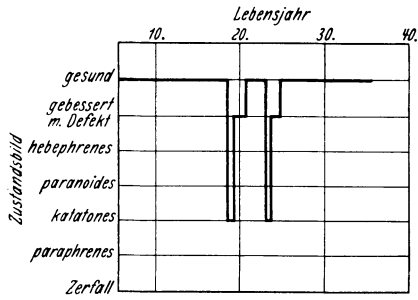


Abb. 28.

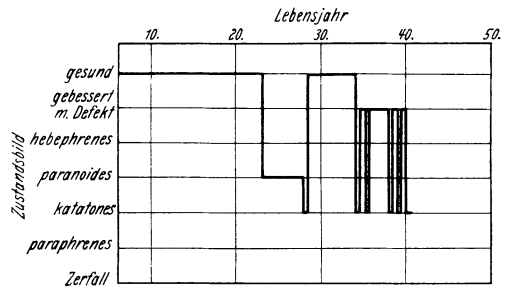


Abb. 29.

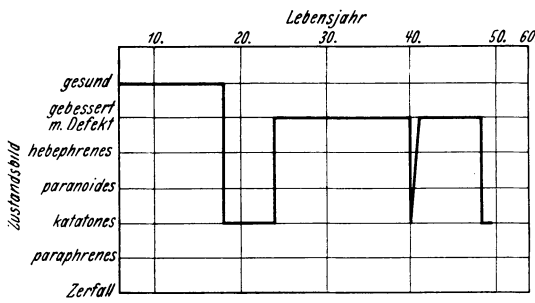


Abb. 30.

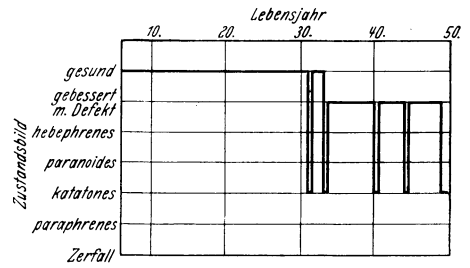


Abb. 31.

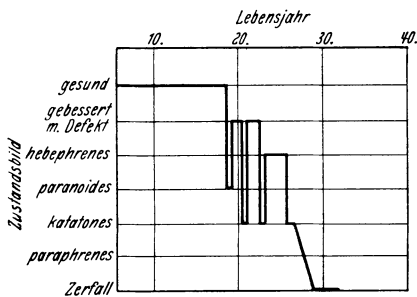


Abb. 32.

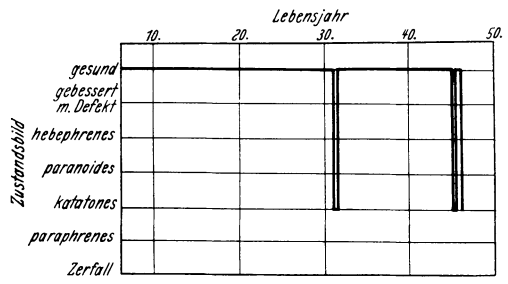


Abb. 33.

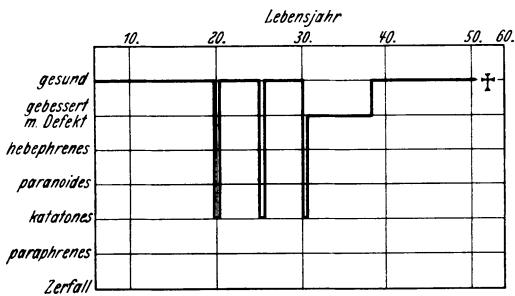


Abb. 34.

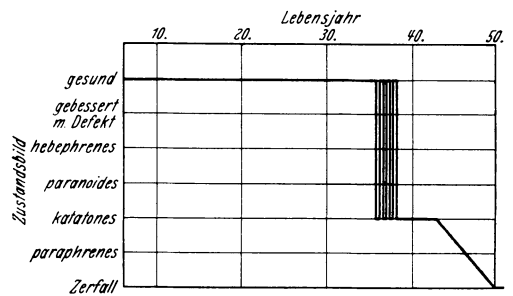


Abb. 35.

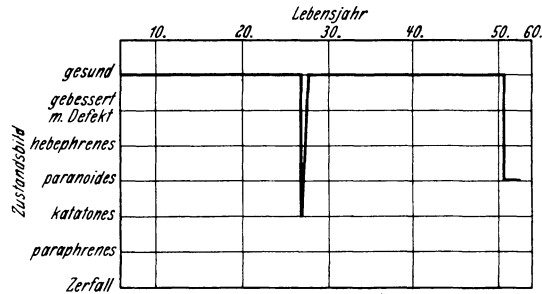


Abb. 36.

Von dem *Erkrankungsalter* scheint, wie die Übersichten zeigen, die Frage, ob schwerer Defekt oder Remission, unabhängig zu sein. In 12 Fällen führte schon der 1. katatone Schub zu schwerem Zerfall oder über Jahrzehnte dauernden schweren katatonen Dauerzuständen. Von ihnen waren 4 vor dem 23. Lebensjahr erkrankt, was ungefähr dem Anteil der Früherkrankungen an der Gesamtzahl unserer Katatonien überhaupt entspricht.

In 12 Fällen fanden wir den *Verlauf hebephren-katatones Bild* und zwar entweder unmittelbar aneinander anschließend nach diesem Typus („Treppenverlauf“)

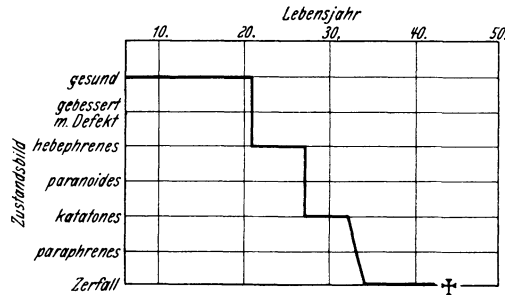


Abb. 37.

oder in durch Remissionen getrennten Schüben:

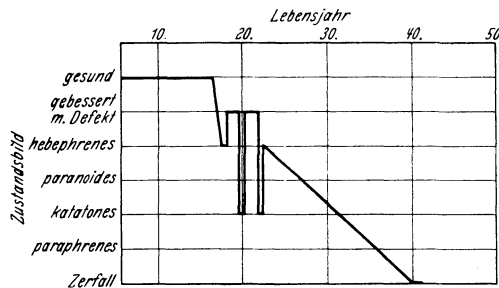


Abb. 38.

Bei 7 dieser 12 Fälle traten ziemlich schnell, meist innerhalb von 10 Jahren, schwere Defekte auf, was mit der allgemein bekannten ungünstigen Prognose der hebephren beginnenden Fälle überhaupt übereinstimmt. Neben diesem

Treppenverlauf fanden wir in weiteren 7 Fällen hebephrene Dauerzustände und Schübe nach anfänglichen katatonen Bildern:

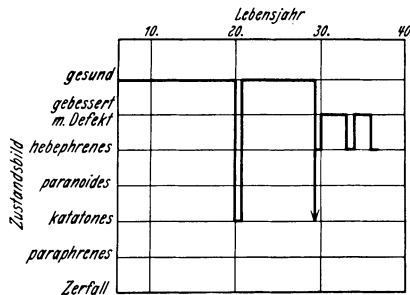


Abb. 39.

Keiner dieser Fälle hatte bereits im schweren Defekt geendet.

Zehnmal ging ein längerdauerndes *paranoides* Syndrom späteren *katatonen* Schüben oder Dauerzuständen voraus, wohingegen nur in 3 Fällen sich *nach* *katatonem* Schub im Beginn sich *paranoide* Bilder fanden; typische Verläufe der ersten Art sind durch die Abb. 40—44 illustriert, die anderen illustriert die Abb. 45. Im Fall der Abb. 44 hat man den Eindruck, daß die ungewöhnlich lang dauernde Remission von 28 Jahren für den Wechsel des Syndroms verantwortlich gemacht werden kann, aber im Alter tritt nicht, wie zu erwarten, das *paranoide*, sondern das *katatone* Syndrom hervor. Das ist aber die Ausnahme. Bei den meisten Fällen, die in das Alter hinein zu verfolgen waren, zeigt sich dann eine *paranoide* Tendenz, einerlei wie die Erkrankung vorher in Erscheinung trat.

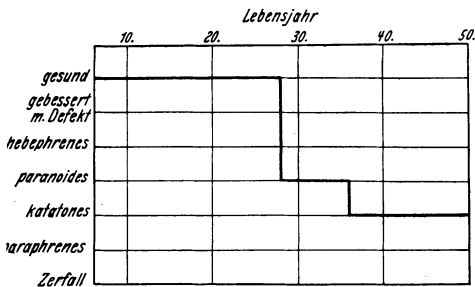


Abb. 40.

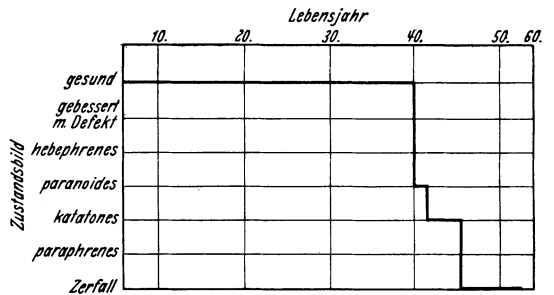


Abb. 41.

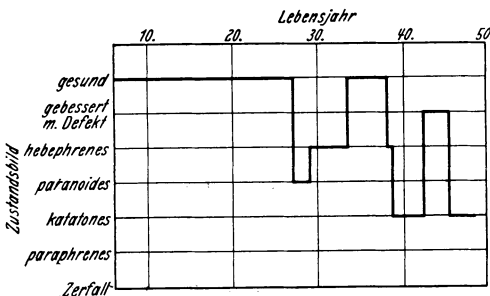


Abb. 42.

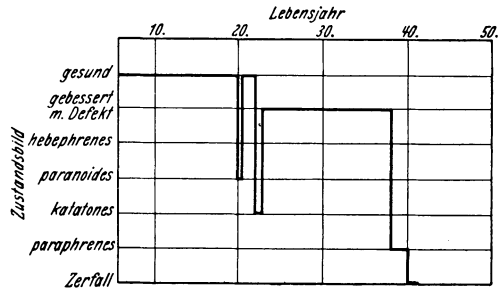


Abb. 43.



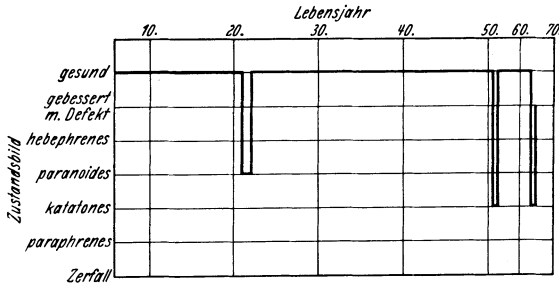


Abb. 44.

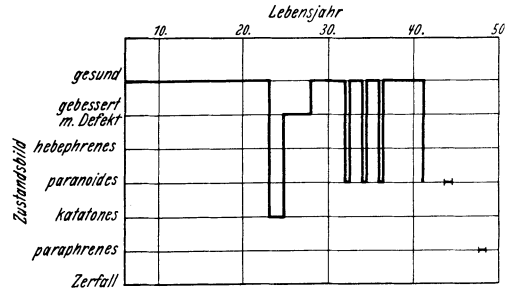


Abb. 45.

Rein *paranoide und paraphrene* Bilder fanden wir in 25 Fällen, davon 12 mit chronischem Verlauf ohne Remission. Die Kurven der remittierenden Paranoiden unterscheiden sich von den schubweisen Katatonien durch die geringere Anzahl der Schübe und die Seltenheit einer praktischen Restitution. Da die Kurven sonst wenig Neues aufweisen, kann auf die Wiedergabe von Beispielen verzichtet werden. Einzelne zeigen im Alter einen Übergang zu paraphrenen Bildern. Nur in 4 Fällen wechseln *hebephrene* und *paranoide* Bilder, daruntes sind zwei Krankheitsverläufe, in welche sich auch noch katatone Zustände einschieben. Wir geben die vier Kurven, welche die Mannigfaltigkeit der Verläufe schön veranschaulichen, hier wieder:

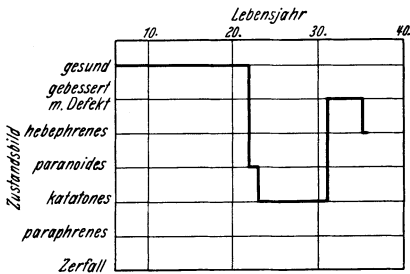


Abb. 46.

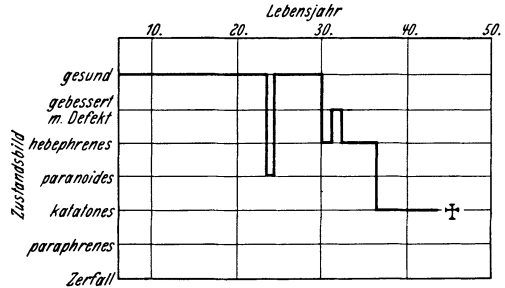


Abb. 47.

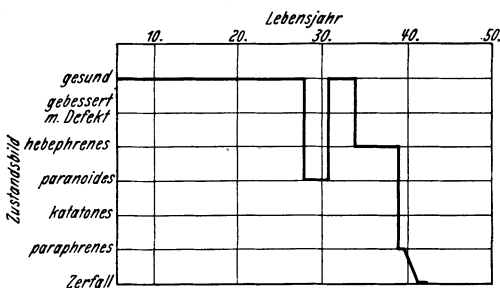


Abb. 48.

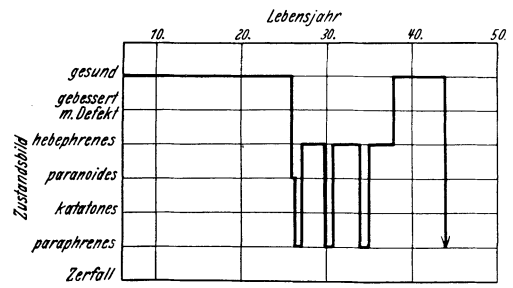


Abb. 49.

Der Rest waren reine Hebephrenien, deren geringe Neigung zur Remission sich bestätigt, und katatone Einzelschübe.

Wenden wir uns nunmehr zu Einzelfragen aus dem Problemgebiet Symptome und Verlauf, so ergaben zunächst die schriftlichen Katamnesen, welche TUCZEK bei den 104 schizophränen *Stuporen* nach 20—30 Jahren erhob, daß 16 Fälle (5 Männer, 11 Frauen) = 15% nach einmaliger Erkrankung sozial eingepaßt

zu Hause lebten, daß 26 Fälle (9 Männer, 17 Frauen) = 23,8% Remissionen aufwiesen, teils vorübergehende, teils konstante, daß 55 Fälle (20 Männer, 35 Frauen) = 51% in gerader Linie ohne Remission zerfielen und daß endlich 7 Fälle (1 Mann, 6 Frauen) = 6,5% in der ersten Psychose starben. Soweit man diese Zahlen mit denjenigen der Gesamtprognose der Schizophrenie vergleichen kann, ergibt sich eine sehr ungünstige Stellung des Stuporsymptoms in bezug auf den Verlauf, wobei allerdings eine Reihe von Momenten das Überwiegen der prognostisch schlechten Verläufe zu erklären und die Bedeutung der Zahlen abzuschwächen geeignet sind: TUCZEK selbst betont den bei schriftlichen Nachforschungen nicht vermeidbaren Fehler, daß über die zu Hause Lebenden die Auskünfte vielfach ausblieben, während die in der Anstalt befindlichen Kranken, d. h. die Ungünstigen, sämtlich erfaßt wurden. Außerdem wählte er nur schwere, langdauernde Stuporen mit Negativismus, Muskelspannungen, impulsiven Gewalttaten, Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, vasomotorischen Erscheinungen usw. aus. Daß gerade diese Symptome prognostisch infaust sind, ist oft betont worden.

Das gilt sicher nicht für die leichteren Formen des katatonen Syndroms, wie sich ja schon aus den Arbeiten über die Motilitätspsychosen ergibt.

Insbesondere kommt vorübergehenden katatonen Einschiebseln in hebephrene oder paranoide Verläufe sicher keine prognostisch ungünstige Wirkung zu. Erst bei längerer Dauer scheinen die psychomotorischen Symptome, und unter ihnen besonders die akinetischen, eine ungünstige Wirkung zu haben, vielleicht vergleichbar der Wirkung der gehäuften epileptischen Anfälle, die nach den neueren Anschauungen auf das Fortschreiten der Demenz von Einfluß sein sollen. Schon den älteren Klinikern war aber bekannt, daß unmittelbar nach dem Abklingen der psychomotorischen Erregung oder nach dem Erwachen aus dem Stupor oft ein defekter Zustand zu bestehen scheint, der erst ganz allmählich, oft erst nach Monaten, verschwindet, so daß man von „nachträglichen Heilungen konsekutiver Demenz“ (SCHÜLE) gesprochen hat. Offenbar handelt es sich hier nur um eine rückbildbare Aktivitätsstörung, wie ja überhaupt von allen denjenigen Forschern, die sich eingehender mit schizophrener Defektzuständen beschäftigt haben (z. B. MAGENAU, FLECK), die Berechtigung der Begriffe: Verblödung oder Demenz auch bei lange erkrankten Schizophrenen in Zweifel gezogen wird (s. S. 567).

Wir erwähnen schließlich noch das eigenartige Vorkommen der „Eintagsremission“ bei Fällen mit psychomotorischen Erscheinungen, das wir wiederholt gesehen haben, und geben dazu als Beispiel die folgende Krankengeschichte aus dem Material von TUCZEK:

*Anna Baer*<sup>1)</sup>. Jüdin, geb. 7. 10. 1880. Mutters Bruder epileptisch; sonst über Heredität nichts bekannt. Die Kranke selbst war von Kindheit an eigentümlich, ein unverständenes Kind, hatte keine Freude am Spielen, war frühreif, las viel, war immer schwermütig und weltchmerzlich, exzentrisch. Die eigentliche Krankheit setzte ganz schleichend im 18. Lebensjahr der Kranken ein und wuchs unmittelbar aus ihrer besonders gearteten Persönlichkeit heraus. Sie wurde verstimmt, fühlte sich von niemand verstanden, vertrug und verstand sich nicht mit den Eltern, wechselte häufig unmotiviert in ihrer Stimmung, fühlte sich von außen beeinflusst, klagte über Zwangsgedanken, hörte schließlich auch Stimmen. Sie wanderte von Sanatorium zu Sanatorium, wurde immer einsilbiger, sprach zuletzt gar nichts mehr, zuckte nur noch mit den Achseln.

Am 21. 3. 1901 in die Heidelberger Klinik verbracht, *befindet sie sich im Stupor, spricht nichts, reagiert nur mit Achselzucken, läßt sich ohne jede Abwehrbewegung tief stechen, ist angedeutet kataleptisch*. Auf Fragen antwortet sie gelegentlich als Einziges: „Ich weiß es nicht“. Ihr Gesichtsausdruck ist blöd, fragend. Meist liegt sie unter der Bettdecke mit zugedrehten Augen und hält sich die Ohren zu. Dieser stuporöse Zustand dauert fast 5 Monate, dann wird die Kranke zugänglich, fängt an, sich an Mitkranke anzuschließen.

<sup>1)</sup> Der Fall ist bei GUNDELT (a) S. 56 ausführlich mitgeteilt.

*Eines Tages* erscheint sie ganz besonnen, bedankt sich beim Arzt für die Heilung und macht recht interessante Angaben über den Stupor: Stimmen habe sie nicht gehört, sie habe nicht sprechen können, aber immer das Gegenteil von allem tun müssen. Dabei fällt ihr starkes Grimassieren auf. Noch am Abend des gleichen Tages, also nach einer eintägigen Remission, bricht bei ihr eine starke sprachmotorische Erregung aus, in der sie gänzlich verändert ist. Sie behauptet, Gott habe ein Wunder an ihr getan. Ist ungeniert, zotig, erotisch, zieht sich nackend aus, schmiert mit Kot, exhibitioniert, steckt ihre Vagina voll Kot, zerreißt ihre Wäsche, witzelt, verbigeriert, halluziniert offenbar sehr stark. Die Erregung dauert fast ununterbrochen  $\frac{1}{2}$  Jahr an. Danach besteht ein dauernder irreparabler Schwächezustand. Die Kranke ist ruhiger als vorher, liegt stumpf, oft geradezu stuporös im Bett, spricht so gut wie nichts; reißt sich büschelweise Haare aus, stolziert wie ein Storch über die Abteilung. Dann wieder ist sie erregt und verbigeriert ununterbrochen. Darauf ist sie wieder wochenlang stuporös, näßt das Bett, ist ganz wunsch- und teilnahmslos auch bei Besuchen. In erregten Zwischenzeiten ist sie gereizt, schnippisch, schamlos erotisch, gelegentlich auch gewalttätig. Sie zeichnet „kataton anmutende“ Pflanzen. In den folgenden Jahren ändert sich ihr Zustand nicht mehr. 1920 lebt sie noch als gänzlich unsozialer, negetavistischer Endzustand in der Pflegeanstalt.

Untersuchungen über die verlaufsgestaltende Wirkung anderer schizophrener Einzelsymptome analog der TUCZEK'schen Arbeit wären, was auch CARL SCHNEIDER betont, außerordentlich erwünscht. Sie liegen bis jetzt nicht vor und so besteht vorläufig der Eindruck, daß zwar gewisse, im Laufe unserer Darstellung bereits besprochene Regeln (akute, chronische Symptome, Automatisierung, Fixierung, situative Verarbeitung, Sich-Einrichten usw.), aber keine eigentliche Gesetzmäßigkeit zwischen Symptom und Verlauf waltet, oder daß sie, wenn sie überhaupt besteht, nicht aus den schizophrenen Symptomen allein, sondern aus der Wechselwirkung zwischen persönlicher Anlage, Umwelt und den Symptomen abzuleiten sei.

Ehe wir über die Bemühungen berichten, welche in der letztgenannten Richtung sich um die Verlaufsfrage bemühen, seien noch einige Momente erwähnt, die den Einfluß des zeitlichen Faktors auf die Symptomgestaltung betreffen:

1. An erster Stelle ist hier die *inhaltliche Verflachung und Entleerung* zu nennen, welche recht häufig, wenn auch keineswegs regelmäßig, bei schubweisen Verläufen zu beobachten ist; das formal gleichartige Verhalten setzt mit dem neuen Schub wieder ein, aber ohne Fülle, ohne die frühere Vielseitigkeit der Bezugnahme und der Anteilnahme. Nicht nur die fehlende *affektive* Anteilnahme bewirkt diese Formalisierung, diese ist mitunter bei der neu einsetzenden Erregung nicht einmal sehr reduziert, oft allerdings stark vergrößert. Sondern die Entleerung, der „Hülsen“charakter der Rezidive beruht offensichtlich auf der Verarmung an neuen Beziehungssetzungen, auf dem Fehlen des „lebendigen Kontaktes mit der Wirklichkeit“ (MINKOWSKI), auf der Aspontaneität und Unproduktivität des Schizophrenen, wenn die Aktivitätsstörung einen erheblicheren Grad erreicht hat.

Wir geben zunächst ein erstes Beispiel der Entleerung, welche in diesem Falle bereits im zweiten Schub deutlich wird, ferner einen zweiten Fall, wo nach 13jähriger Zwischenpause eine sehr viel ärmere 2. Psychose eintritt und auch der Dauerzustand nichts von der ersten Erkrankung mehr aufweist; endlich stellen wir mit diesen Krankengeschichten als eine Art Gegenbeispiel eine dritte zusammen, bei der ein über 10 Jahre dauerndes paranoides Vorstadium von einem reichhaltigen halluzinatorischen Primärerlebnis abgelöst wird, dem man von der vorangegangenen Krankheitsentwicklung fast nichts anmerkt.

*Marie Holl*, geb. 1883 (11/101).

Unauffällig und gesund, bis am 7. 5. 1911 ganz plötzlich eine schwere katatone Erregung ausbrach. 8 Tage vorher war schon ihr aufgeregtes Wesen aufgefallen. Sie war grob gegen die Angehörigen, schlief wenig, angeblich weil ihr Bräutigam sie mit Ausreden wegen der Heirat vertröstet hatte.

Plötzlich in der Nacht sprang sie aus dem Bett, nahm ihr Kind in den Arm, rannte nur notdürftig bekleidet zu den Brüdern, schrie auf der Straße, spielte mit ihrem Kinde Fang-

ball, wurde schließlich auf der Polizeiwache aufgehalten und in Schutzhaft genommen. Als sie aus dem Bett auffuhr, glaubte sie, ein Mensch stände vor ihr und wollte sie würgen. Im Krankenhaus war sie sehr erregt, sah den Teufel. Bei der Aufnahme in die Klinik (9. 5. 1911) zunächst leidlich ruhig, später schwerster Erregungszustand, macht Verbeugungen, immer neue Handbewegungen, gerät mit anderen Kranken ins Handgemeine, schreit immerfort das Wort „Seejungfrau“, spricht von ihren Angehörigen, ihrer Heimat, singt mit kreischender Stimme Kirchen- und Volkslieder, nennt zahlreiche Namen, alles durcheinander ohne merkliche Richtung oder Ziel, aber im einzelnen sprachlich korrekt und inhaltlich verständlich. Plötzlich weint sie ohne Grund, widerstrebt, jedoch hat man nicht den Eindruck, daß sie ängstlich ist. In den folgenden Tagen dauert die theatrale Erregung an. Sehr bald macht sich eine gewisse Stereotypie des Gesichtsausdrucks und eine Monotonie der Stimme geltend. Die Augen werden häufig wie verzückt nach oben gedreht. Ständige Armbewegungen begleiten ihre Dauerreden. Schon am 11. 5. 1911 ist sie ruhig, dabei heiterer Stimmung, und am 17. 5. gibt sie in einer ausführlichen Exploration Auskunft. Dabei ist ihre Grundstimmung weinerlich, schlägt aber häufiger in Lachen um. Sie erzählt zahlreiche Erlebnisse vom Beginn der Psychose. Nachts habe gegenüber im Hause ein Licht gebrannt, das sei ihr aufgefallen, sie sei nicht zu Bett gegangen. Sie bekam Angst wegen des Kindes, das sah so verändert aus, der Teufel war im Zimmer am Bett des Kindes, das Kind hat sich lang gemacht, als wenn es tot wäre. Es war eine Gestalt mit Hörnern und Pferdefuß, dunkel angezogen, die im Torweg verschwunden sei. Als merkwürdige Erlebnisse in der vorhergehenden Zeit berichtete sie, „beim Umzug hatten die Männer so blaue Blusen an, wie wenn ich sie selbst gemacht hätte“. Sie habe immer das Gefühl gehabt, hier passiere etwas. „Ich hatte keine Ruhe und mußte immer arbeiten. Im Hause kam mir vieles verdächtig vor.“ Im Hof, wo der Hund angebunden ist, habe einer gelegen mit schwarzen Schuhen und weißen Strümpfen und dergleichen mehr. — Die Besserung hielt an. Zuletzt arbeitete die Kranke fleißig und konnte am 27. 11. nach Hause entlassen werden.

Die Wiederaufnahme erfolgte am 25. 4. 1914. Diesem Schub war schon einmal eine kurz dauernde Erregung von 8 Tagen im Februar 1914 vorangegangen. Im April vernachlässigte sie ihren Haushalt, wurde zunehmend unruhiger. Am 24. 4. 1914 schloß sie sich 2 Stunden im Abort ein und sang und mußte deshalb wieder in die Klinik verbracht werden. Die schwere katatone Erregung glich in vieler Beziehung der früheren. Sie wurde fast ständig im Dauerbad gehalten, war sehr gewalttätig, war aber bereits am 15. 5. wesentlich beruhigter. Am 24. 5. war sie vollkommen geordnet und konnte am 4. 6. 1914 klare Auskunft über ihre Psychose geben, wobei sich herausstellte, daß diesmal die Erkrankung nur in einem Erregungszustand *ohne alle Erlebnisse und wahnhaften Inhalte* bestanden hatte. Sie erinnerte sich jetzt wie früher an alle einzelnen Stadien der Erkrankung, erklärte aber mit aller Bestimmtheit, daß Erscheinungen, wie sie sie in der ersten Krankheit erlebt hatte, merkwürdige Vorkommnisse diesmal nicht aufgetreten seien. Am 23. 6. 1914 trat eine neue schwere Erregung ein, die gleichfalls nach einigen Wochen wieder abgeklungen war. Ähnliche Erregungen wiederholten sich dann, bis H. am 2. 12. 1914 in die Anstalt verlegt wurde. 1921 befindet sie sich in der Heil- und Pflegeanstalt Konstanz in einem völlig autistischen und mutistischen Zustand. Auch der Umstand, daß der Mann die Ehescheidung eingeleitet hat, vermag sie nicht aufzurütteln.

*Maria Borste*, geb. 1874 (14/55).

Über Kindheit und Jugend ist nichts Bemerkenswertes bekannt. Sie heiratete 1896 und wurde 1900, da die Ehe kinderlos war, Hebamme. Sie galt als sehr tüchtig und war in ihrem Wohnort die begehrteste Frau ihres Berufes. Ungefähr seit 1909 glaubte sie sich verfolgt. Allmählich traten Größenideen hervor, sie werde Königin von Holland, könne die Religion bestimmen. In ihrem Beruf glaubte sie sich von Kolleginnen beeinträchtigt und wurde schließlich am 27. 2. 1914 deshalb in die Klinik eingewiesen. Hier äußerte sie sich in geordneter Weise, ein ganz weit ausgebreitetes, kompliziertes Wahnsystem. Sie glaubte sich seit 1905 hypnotisiert. Ein Arzt, mit dem sie einmal zusammenarbeitete, spielte dabei eine große Rolle. Sie hört dessen Stimme und hat sich genau zurecht gelegt, warum er diese hypnotische Beeinflussung veranlaßt. Sehr ausführlich berichtet sie eine Fülle von einzelnen Wahnerelebnissen, mit denen sie ihr Wahnsystem bestätigt. Im übrigen verhielt sie sich vollkommen geordnet, beschäftigte sich mit Näharbeit und blieb trotz ausgiebiger Besprechung der Angelegenheit mit den Ärzten völlig uneinsichtig. Am 8. 5. 1914 wurde sie nach Hause entlassen.

Interessant ist, daß ein Friseur ihres Ortes im Jahre 1906 wegen Beleidigung verurteilt wurde, weil er damals schon von der Patientin gesagt hatte, sie sei verrückt.

Die 2. Aufnahme erfolgte am 12. 11. 1927. In der Zwischenzeit war sie zuhause. Sie sprach hie und da einmal davon, daß sie seinerzeit hypnotisiert worden sei. Ab und zu lag sie mit vermehrten Kopf- und Bauchschmerzen und Angstzuständen im Bett. Im übrigen beschäftigte sie sich mit Hausarbeit. In einem solchen Angstzustand kam sie ins

Mannheimer Krankenhaus, war dort auffällig verstimmt, schloß sich in den Abort ein, versuchte sich zu erhängen. Sie selbst behauptete, als sie in die Klinik gekommen war, sie habe im Krankenhaus Bemerkungen gehört, die sich auf sie bezogen, die anderen Kranken hätten ihr gedroht, sie habe vermutet, vom Arzt hypnotisiert zu sein. In der Zwischenzeit (seit 1912) sei sie durch Hypnose nicht mehr belästigt worden. Sie machte diesmal einen ausgesprochen depressiven Eindruck. Sie erzählte von periodisch auftretenden Zuständen von Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Denkhemmung. Auch jetzt habe sie diese Schmerzen, dazu allerlei trübe Gedanken, sie komme sich verstoßen vor, sie habe sich veründigt und vielerlei Unrecht getan. Die Versündigungsideen spannen sie sehr aus. Angeblich haben ihr die Kinder auf der Straße Spitzbub nachgerufen. Der depressive Zustand hielt an und sie wurde am 23. 11. 1927 in die Anstalt Wiesloch verlegt, wo sie aber nur ein paar Wochen untergebracht war.

Es sei ihr, so gab sie bei der 3. Aufnahme am 27. 10. 1930 an, bis 1929 gut gegangen. Da habe sie nachts große Angst bekommen und den Trieb gehabt, fortzulaufen. Sie sprang im Hemd auf die Straße, bis ein Landgendarm sie festhielt und zurückbrachte. Das war aufs neue ein Anlaß, sie nach Wiesloch zu verbringen, wo sie beschimpfende Stimmen gehört habe. Nach 6 Wochen wurde sie entlassen. Die nächtliche Angst trat nun öfter auf. Sie müsse dann schreien und sich zusammennehmen, daß sie nicht weglaufe. Sie habe oft Tage, an denen sie nicht richtig denken könne. Die Gedanken blieben weg. Sie tue dann Verkehrtes oder könne stundenlang nichts tun, bleibe auf einem Fleck wie festgenagelt, könne sich nicht recht bewegen. Im übrigen fühle sie sich besser als früher. Sie sei nicht mehr leutescheu, mache selbst ihre Besorgungen, habe unter Neid und Verfolgungen nicht mehr zu leiden. Auf der Straße werde sie nicht mehr belästigt und Stimmen höre sie schon lange nicht mehr. Sie macht einen behäbigen, ausgeglichenen Eindruck, ist geschwätzig und zu kleinen Scherzen aufgelegt. Dabei besteht keinerlei Krankheitseinsicht für die früheren Erlebnisse. Sie ist aber zufrieden, daß sie jetzt in Ruhe gelassen wird. Körperlich ist sie außerordentlich dick geworden, wiegt über 2 Zentner. Klagt über Parästhesien in den Fingerspitzen. Seit 7 Jahren ist Menopause eingetreten. Grobe Gesichtszüge, aber keine akromegalischen Zeichen.

*Maria Kautz*, geb. 1880 (21/313).

Großvater und Vater Gastwirte und Trinker. Ein Bruder und ein Vaters-Schwester-Sohn erhängen sich. Die häuslichen Verhältnisse der Eltern waren sehr schlecht. Die Ehe wurde wegen Untreue des Mannes geschieden, die Kinder blieben bei der Mutter. Allerlei Streitereien, unter denen die Kinder zu leiden hatten. In der Schule unauffällig. Danach kurze Zeit im Pensionat, dann einen Kurs in einer Haushaltungsschule, schließlich 6 Jahre im Haushalt der Schwester tätig. Februar 1909 Heirat mit einem Postassistenten. Schon im ersten Jahr der Ehe hatte der Mann unter den Eifersuchtsäußerungen der Frau zu leiden. Sie machte ihm Szenen auf der Straße, weil er eine Frau angesehen habe, beschuldigte ihn der Untreue mit den kleinsten Kindern bis zu den ältesten Frauen. Ständig glaubte sie sich von Hausbewohnern bestohlen, ließ doppelte Schlösser an die Kellertüren anbringen. Auch sonst glaubte sie sich schikaniert. Viermal mußte der Mann wegen der ständigen Streitereien die Wohnung wechseln, und jedesmal glaubte sie, man verursache absichtlich Lärm und suche sie in jeder Weise zu beeinträchtigen. Dadurch war die Ehe sehr getrübt. Sie war für das Zureden des Mannes gänzlich einsichtslos und wurde bei solchen Gelegenheiten auch aggressiv gegen den Mann. Diese ständigen Streitereien zogen sich über 10 Jahre hin, und nachdem im Februar 1921 der Vater der Patientin gestorben war, kam es zu neuen Streitereien in der Erbschaftsangelegenheit. Sie war wieder außerordentlich mißtrauisch, glaubte sich beeinträchtigt, ihre Geschwister hätten sie benachteiligt u. dgl. m. Anfang Oktober 1921 sprach sie von dieser Angelegenheit überhaupt nicht mehr. Dafür traten religiöse Angelegenheiten in den Vordergrund, die sie gleichfalls schon viele Jahre betrieben hatte. Sie ging viel in Versammlungen von Adventisten und Bibelforschern, veranlaßte den Mann mit ihr aus der Kirche auszutreten, um eine Frau, die in der Nachbarschaft wohnte, zu ärgern, deren Sohn Geistlicher wurde. Zuletzt tauchte die Idee auf, die christliche Religion sei Humbug und Schwindel, die einzig wahre sei die jüdische. Sie wollte den Mann durchaus veranlassen mit ihr zum Judentum überzutreten und war auch in dieser Beziehung ganz unbeeinflussbar. Im Verlauf dieser Gespräche begann sie unmotiviert zu weinen und in der Nacht vom 18./19. 10. 21 war sie schlaflos, las in der Bibel. Als der Mann ihr zuredete, drohte sie ihn zu erstechen. Morgens zwischen 5 und 6 Uhr stand sie auf und sagte zum Mann, jetzt habe sie alles gebunden, den Italiener, den Franzos, den Ruß, „jetzt mußt du mir noch den Österreicher Brief geben, der muß auch gebunden werden, das sind Blutsverleugner“. Sie hatte ein Bild vom Vesuv mit einem Schnürbündel unwickelt, um die französische Grammatik einen Strick gebunden, ebenso um einen Krönungsbecher des Zaren. Sie drohte dem Mann, er müsse sterben, wenn er etwas berühre. Am Morgen ließ sie die Kinder nicht in die Schule gehen, mittags käme ein großes Beben. Sie verbrannte Kleider und Wäschestücke im Ofen, alles sei unrein. Die ganze Familie mußte frische Wäsche anziehen, sie deckte alles weiß, legte weiße Tücher

auf den Boden und stellte 12 Stühle ins Wohnzimmer. Darauf verlangte der Mann die Verbringung in die Klinik, die am 19. 10. 1921 erfolgte.

Hier war sie in einer ekstatischen Erregung. Sie kämpfte für Israel, alle möglichen Stimmen redeten auf sie ein. Nach wenigen Tagen beruhigte sie sich. Bei einer ausführlichen Besprechung am 26. 10. schilderte sie ein typisches Primärerlebnis aus der Nacht vor der Aufnahme. „Es war mir gerade so, wie wenn ich Wehen bekäme, so fürchterlich gebebt habe ich. An dem Tag war es so dunkel, da habe ich gemeint, die Welt geht unter. Auf einmal ist es ganz ruhig gewesen, die Blätter haben nach unten gehangen und dann haben sie sich wieder bewegt, als wenn ein Erdbeben wäre. Die ganze Nacht habe sie nicht geschlafen und auf einmal ist mir der Gedanke gekommen, was noch nicht gebunden ist, muß noch gebunden werden. Das habe sie in der Bibel gelesen, das alles stehe in der Bibel drin, die Feinde sollten das sein. Sie habe die Familie veranlaßt, sich frisch anzuziehen, „wenn der Bräutigam kommt, wenn Gott kommt, dann muß alles rein sein.“ In der Klinik habe sie überall elektrische Apparate vermutet, alles habe geschwankt, einen elektrischen Strom habe sie gespürt, im Bad habe sie geglaubt, das Wasser sei magnetisch u. dgl. m. Bei der Schilderung gerät sie wieder in eine enthusiastische Begeisterung. Außerdem machte sie aber ständig einen leicht geladenen, erregten Eindruck. Bei späterer Gelegenheit berichtet sie, 8 Tage vorher habe sie bei einem Sängerfest schon einen Strom in den Augen gefühlt. „Es war, wie wenn ich die Menschen durch und durch ansehen könnte, sie sind mir anders vorgekommen, wie wenn sie nicht mehr so frisch aussehen würden, so dunkel und so tot.“ Das ganze führt sie auf eine „Blutstörung“ zurück, hält es aber für völlig unberechtigt, daß man sie hierher gebracht habe. Auch für ihr mißtrauisches und wahnhaftes Verhalten vor der eigentlichen Psychose ist sie vollkommen uneinsichtig. Am 19. 11. 1921 wurde sie in unverändertem Zustand nach Hause entlassen.

2. Häufiger als ein solcher Erscheinungswandel ist die *formale Gleichförmigkeit der Erkrankungs-schübe*, die bei den katatonen Verläufen bereits erwähnt wurde, und im Hinblick auf die symptomatische Reichhaltigkeit der Schizophrenie auffallen muß. Verteilen sich diese oft photographisch gleichartigen Schübe wie im folgenden Fall über 18 Jahre, so erhält man ein eindrucksvolles Bild der merkwürdigen Entwicklungsunfähigkeit des schizophrenen Krankheitsvorgangs, welche seine sinnfremde, „organische“ Natur eindrucksvoll belegt:

*Karl Haltinger*, geb. 1883 (07/205).

Unauffällig bis 1907. Damals kam bei einer Erkrankung des Vaters der Pfarrer viel ins Haus und hielt die Familie zum Beten an. H. wurde schlaflos, las in der Bibel, führte immerzu Bibelworte im Mund, aß nicht mehr. Plötzlich erregt, ging auf die Mutter los, er sei etwas Besonderes, wolle nicht Amtmann werden, das sei ihm zu wenig, er sei zu Höherem berufen. In der Klinik zeigte er zunächst ein mürrisches, trotziges Verhalten, war ablehnend, manchmal fast stuporös. Wenn er sich überhaupt äußerte, sprach er nur von religiösen Dingen. Es gehe zum Weltuntergang, die Kirchen und Klöster werden aufgehoben, dann komme der Osterfriede usw. An dem stillen, ablehnenden Verhalten änderte sich nichts, bis H. am 18. 11. 1907 in die Anstalt überführt wurde. Auch dort äußerte er sich ähnlich über seine religiöse Aufgabe, zeigte eine manirierte Frömmigkeit. Man brachte ihn bald zum Arbeiten, und er wurde teilweise einsichtig am 21. 4. 1908 entlassen. Zu Hause war er unauffällig, ging auch zu Geselligkeiten, beschäftigte sich aber viel mit religiösen Dingen. Er war leicht jähzornig, versuchte die anderen zu seinen religiösen Ideen zu bekehren. Darüber gab es manchmal Streit, in der Kirche war er störend, da er predigen wollte. Am 14. 9. 1914 wieder in die Anstalt aufgenommen. Er zeigte diesmal eine leichte motorische Erregung und brachte wieder seine religiösen Ideen vor. Sehr bald begann er wieder zu arbeiten und konnte am 14. 12. 1914 entlassen werden. Zu Hause half er wieder gewissenhaft und fleißig bei der Landwirtschaft mit, mußte aber sehr vorsichtig behandelt werden. Er lebte still für sich, ging aber auch gelegentlich ins Wirtshaus und gehörte Vereinen an. Er betete viel und erklärte, er bemühe sich frommer und besser zu werden. Am 15. 1. 21 neue Erregung. Er kam nachts zum Bruder: Ihr könnt mir es glauben, eben war Jesus bei mir. Er beschäftigte sich nun noch mehr mit religiöser Lektüre, aß wenig, da er ein Mann Gottes sei und keiner Speise mehr bedürfe, er predigte im Wirtshaus, stand stundenlang starr auf dem Kirchhof, ging morgens um 5 Uhr in die Kirche und läutete. Nach der neuen Verbringung in die Klinik am 21. 4. 1921 bot er durchaus das frühere Bild, war nur etwas aussprachebedürftiger. Er nennt sich den Jüngling, den eingeborenen Sohn Gottes, es gibt im Himmel einen Gott, den Heiland, der führt den Kleinen, womit er sich meint, auf den rechten Weg. „Gebt dem jungen Mann ein kleines Zimmerchen, spricht der Herr, das steht ihm zu, er gehört nicht auf die allgemeine Abteilung. Ich bin gesund, aber ich bin begnadet. Es ist eine Gnade, die nicht jedem zukommt, sondern nur dem, der danach

trachtet. Ich habe einmal im Traum 3 Bäumchen gesehen, das eine war angewachsen, das zweite verdorrt, das dritte schön in die Länge gewachsen und hatte eine schöne Krone. Da habe ich gedacht, „Jesus näher zu dir“. Diesmal berichtet er auch von den lebhaften Halluzinationen in den früheren Psychosen. „Es war so eine Veränderung, ich war teils glücklich, teils erschrocken.“ Während er stolz auf seine Mission auf die anderen Kranken einzureuen suchte, arbeitete er ruhig auf der Abteilung beim Geschirrspülen. Aus der Anstalt wurde er dann September 1921 entlassen und verhielt sich auch zuhause wieder fleißig und unauffällig, war sehr peinlich in seiner Arbeit, in seinem Anzug und beschäftigte sich mit religiöser Lektüre. Im Juli 1925 verweigerte er wieder 8 Tage die Nahrung, sprach nur noch über religiöse Dinge, glaubte, er sei in ständigem Kontakt mit dem heiligen Geist und sprang des Nachts aus einem Fenster des 2. Stocks hinaus. Bei der daraufhin erfolgten Aufnahme war er zuerst kurze Zeit erregt, brachte dann seine früheren Wahnideen wieder vor, berichtete, daß das starke religiöse Gefühl wieder über ihn gekommen sei. Er habe stundenlang in die Sonne sehen können, ohne geblendet zu sein, die Sterne kämen ihm wie Striche vor u. dgl. m. Er beruhigte sich schnell. Als man ihn kurz vor der Entlassung noch einmal über seine Ideen befragte, fiel besonders die pathetische und mit Bibelsprüchen durchsetzte Sprechweise auf, unter maniert verdrehten Bewegungen der Hände redete er in geschraubtem Tone. Seine Floskeln und Redewendungen waren die gleichen, die er schon 1907 in der Klinik geäußert hatte. Er redete sich in eine starke Erregung hinein, die aber ganz plötzlich auch wieder vorbei war. Am 4. 8. 25 nach Hause entlassen.

3. Gleichfalls als Ausfluß dieser Unmöglichkeit der Schizophrenen, sich als lebendige Persönlichkeit zu entfalten und entwickeln, dürfen wir wohl das *Festwurzelnd von Verhaltensweisen und Inhalten* ansehen, das beim Überblick über lange Verläufe zu konstatieren ist. Es werden nicht nur einzelne Stereotypen, bestimmte Verschrobenheiten über Jahrzehnte nicht aufgegeben, wahnhaft-einstellungen fixiert. Es gibt darüber hinaus einerseits rein formale *Eigenarten*, die man im Hinblick auf ihre Konstanz dann gern auf die ursprüngliche Persönlichkeit bezieht, weil sie eben immer wieder hervortreten. Andererseits sehen wir beim chronischen Schizophrenen einen oft grotesken inhaltlichen Konservatismus, einen Erinnerungskult für bestimmte Lebensabschnitte, Erlebnisse vor oder zu Beginn der Psychose, daß man doch wohl auch die formale Gleichförmigkeit auf die Einengung und Erstarrung durch die Krankheit beziehen muß. Ein Beispiel von solchem Erinnerungskult wurde an anderer Stelle mitgeteilt (s. S. 430). Durch BLEULERS Schilderungen sind ja besonders jene Fälle bekannt geworden, die ganz in der Erwartung einer bestimmten Wunscherfüllung aus ihrem früheren Leben aufgehen. Solche oder ähnliche Fixierungen werden naturgemäß immer zu inhaltlichen Deutungen des Krankheitsvorgangs im Ganzen Anstoß geben. Es ist ja auch gewiß nicht uninteressant, warum gerade dieser Lebensabschnitt, dieses Erlebnis, diese Verhaltensweise fixiert wurde. Den Vorgang aber des unbeirrbar Festhaltens selbst aus der Stellung des betreffenden Inhaltes oder der Verhaltensweise im sinnvollen Lebensganzen des betreffenden Kranken herzuleiten, ist unmöglich.

Der folgende Fall zeigt das Persistieren einer ideenflüchtigen Redeweise während einer 15jährigen Krankheitsdauer:

*Anna Ruf*, geb. 1866 (09/81).

Von jeher leicht erregbar, trägt lange nach, intelligent, phantasievoll. Erste Zeichen geistiger Störung angeblich 1888, Wahnvorstellungen religiöser Art. Näheres nicht bekannt. Erneute Störungen 1905. Damals sehr erregt, warf Bilder zum Fenster hinaus. Dauer etwa 1 Woche. August 1908 dritte Erregung mit Zerstörungsdrang. Aufnahme in die Tübinger Klinik. Zeigt dort ein theatralisch hysterisches Bild, viele pseudologistische Züge, Zustände von Bewußtseinseingengung und -trübung, eigentümlich geistesabwesend, viel erotische Redewendungen, zeitweise hysterische Gangstörung. Zuletzt völlig komponiert, einsichtig für den abgelaufenen Zustand. April 1909 Aufnahme in die Heidelberger Klinik. War schon in der Zwischenzeit durch Eigensinn, Streitsucht und Mißtrauen auffällig. Vor der Aufnahme plötzliche Erregung mit religiösen Ideen, sang viel, warf Gegenstände zum Fenster hinaus. In der Klinik Bild pathetischer Erregung mit Grimassenschneiden und vielen ausgesprochen *manischen Zügen*. Vielfach Mischung von Ausgelassenheit und Gereiztheit, produziert herrliche Beispiele von *Ideenflucht*: Welträtsel, Haeckel, Hecksel, Heu und Haber; — Zelebes, Malaria, Ceylon, blonde Bestie, Borneo, heiliger Boromäus. Dabei

aber sehr viel ausfällig und zum Schimpfen geneigt. Von hier wieder in die Tübinger Klinik überführt (9. 6. 1909). Dort theatralisches Wesen mit ideenflüchtigen Reden. Wort- und Klangwitz, spielerisch, manirierte Euphorien, allerhand Faxen. „Hysterische Phantasien auf manischer Basis.“ 12. 7. 1910 nach Rottenmünster überführt. Dort seitdem dauernd.

In der Anstalt wurde deutlich, einmal daß die Patientin ständig halluziniert, ferner wird häufig die schamlose Erotik ihrer Äußerungen bemerkt. Während der ganzen weiteren Behandlung aber bis zum Jahre 1920 wird immer wieder in der Krankengeschichte bemerkt, daß ihr *ideenflüchtiger Rededrang* unverändert fortbesteht. Zwar wirken ihre Reden offenbar auch verworren und werden manchmal als verschroben maniert bezeichnet. Der letztere Zug tritt offenbar später mehr hervor. In den Briefen zeigen sich geschraubte und gespitzte Redewendungen. 1923 ist sie folgendermaßen beschrieben: Verhältnismäßig gut komponierte Demenz, behält in guten Zeiten die gesellschaftlichen Formen bei, zeigt nur Verschrobenheiten in Haltung, Sprache, am meisten in ihren Briefen, geziert, leicht reizbar, aber höflich. In jener Zeit erkrankte sie an einem Magencarcinom und erst damit trat eine gewisse Beruhigung ein. Noch am 11. 4. 24 ist bemerkt, daß sie in ihrer Erregung in eine *ideenflüchtige* Verworrenheit hineinkomme. Das Nachlassen der affektiven Ansprechbarkeit tritt nach der Beruhigung noch viel deutlicher hervor.

Für die Frage der Einflußnahme der Anlage, insbesondere des präorbiden Charakters, auf Symptome *und* Verlauf sind die Ergebnisse MAGENAU von Bedeutung, über dessen Wahntypen bereits an anderer Stelle (S. 423) berichtet wurde. Die ihm von GAUPP gestellte Aufgabe: „Inwieweit ist die präorbide Persönlichkeit auch bei Prozessen für die formale Gestaltung des Krankheitsbildes von Bedeutung?“ mußte MAGENAU weitgehend einengen: er fand keine Beziehung zwischen Charakter und akutem Prozeß. „Der akute Prozeß scheint eine Eigengesetzlichkeit zu haben, für die uns . . . jeder Schlüssel fehlt. Alles Psychologisieren kann die Skepsis nicht verwischen, daß Vorgänge miteinander in Beziehung gesetzt werden, die vielleicht gar nichts miteinander zu tun haben, und vielleicht gerade so abgelaufen wären, auch *ohne* die behaupteten Zusammenhänge“. Es seien Zusammenhänge nur zu erwarten, wenn frische Erkrankungen oder Schübe *nicht* hineinsprechen; ferner wenn ein „ausgebildeter“ Charakter vor der Erkrankung vorhanden war, und die Krankheit nicht so schwer verlaufen war, daß Persönlichkeit und Charakter fast ganz vernichtet wurden; endlich müsse das chronische Krankheitsbild nicht zu sehr erstarrt sein, es müsse noch „eine gewisse Wandlungsfähigkeit“ aufweisen. „Unter diesen Voraussetzungen finden wir Beziehungen zwischen Charakter und prozeßhaftem Wahn“. MAGENAU ist der Meinung, „daß nach Ablauf der akuten Symptome immer der präorbide Charakter den Grundzug der wahnhaften Erscheinungen bestimmt“. Er fand das Schwinden prozeßhafter Größenideen bei psychasthenischen Charakteren und das Zurücktreten von anfänglichen Beziehungsideen bei vorwiegend expansiven Menschen. „Der Prozeß an sich kann jede Art von Wahn in jeden Charakter einsäen: ob aber etwas aufgeht und sich festsetzt, oder ob es verdorrt, das hängt von der . . . Charakterkonstitution ab“. Die prognostischen Schlüsse, die sich daraus ergeben, erfahren noch mancherlei Einschränkungen, vor allem können neue akute Schübe neue Wendungen herbeiführen.

MAGENAU hat seine Eindrücke mit einer Reihe außerordentlich interessanter Lebensläufe alter Schizophrener belegt, bei vielen seiner Fälle reicht allerdings die Schilderung des ursprünglichen Charakters in den alten Krankengeschichten zur präzisen Erfassung der Persönlichkeit nicht aus. Was bei ihm aber mit besonderer Deutlichkeit zur Darstellung kommt, das ist die eigenartige Wirkung der schizophrenen Wahn-, „synthese“ im Verlauf. Nach Abklingen der akuten Prozeßsymptome bildet sich als schizophrene „Defektsymptom“ (BERZE) ein oft sehr dürftiges, manchmal auch reiches Wahngebäude aus, das sich als *ungeheuer stationär* erweist, das unter Umständen wie ein „Parasit“ alle Affekte und Geisteskräfte absorbiert, in anderen Fällen unbeachtet neben der relativ wohl erhaltenen Persönlichkeit, wie ein abgekapselter Fremdkörper, existiert und nur unter bestimmten situativen Umständen hervortritt.



Zeigen die Ergebnisse MAGENAU'S, daß die verlaufsgestaltende Wirkung der Anlagen auf die Symptome selbst höchstens *inhaltsbestimmender* Art sein können, so zielte mein *eigener* Versuch von vorneherein auf eine Verlaufstypologie, die sich aus der Reaktionsweise einer bestimmt gearteten Persönlichkeit auf das Einsetzen und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses ergeben könnte. Ich ging aus von den Typen der Stellungnahme zum Krankheitsbeginn: schleichende *Überwältigung*, kritisches *Kämpfen*, enthusiastische *Umstellung* und reaktionslose *Preisgabe*. CARL SCHNEIDER ergänzte und erweiterte diese Formen: Er unterscheidet Typen der Selbstbehauptung, der Unterwerfung, der „Umwälzung“, der Sicherung, der Distanzierung. Was in den ersten Abschnitten dieses Beitrages schon unter dem Gesichtspunkte der schizophrenen Symptomatik dargestellt und kasuistisch belegt wurde, wird nunmehr — im Zusammenhang der Verlaufproblematik — gesehen von der seelischen Haltung der von der Erkrankung befallenen Persönlichkeit aus. Auch mir drängte es sich beim Studium langer Psychosenverläufe immer wieder auf, daß das, was sich *um die Psychose herum* abspielt, besonders auch für den *späteren* Verlauf bedeutungsvoll sein müsse. Den „Zusammenprall von Persönlichkeit und Psychose“ als eine Art Prüfstein des Charakters zu benutzen schwebte mir vor, und ich wurde in dieser Bemühung ermuntert durch die erstaunliche Geformtheit und prägnante Geschlossenheit mancher Endzustände. Sie imponieren in der Tat, wie ja ihre bildnerische und literarische Produktion, ihre wahnhaft ausgestaltete Eigenwelt und ihr Ausdrucksgebahren zeigt, als originale, stilvoll einheitliche Karikaturen menschlichen Wesens. Und bei näherem Zusehen werden innerhalb dieser verzerrten Bilder die ursprünglichen Charakterzüge wieder sichtbar. Es kann aber doch auch für den Verlauf und den Ausgang, kurzum für die Dauerwirkung einer psychotischen Attacke nicht gleichgültig sein, ob sie einen Menschen trifft, dessen Dasein sich im Materiellen und Vitalen erschöpft oder einen solchen, der im Bereich des Geistigen Wurzeln gefaßt hatte, ob sie eine selbstsichere, reiche Persönlichkeit befällt, die das Leben zu formen und zu gestalten gewohnt ist, oder eine erschöpfbare, nachgiebige und schwache, die auszuweichen sucht, sich aufgibt und keinerlei Einsatz zu riskieren vermag. Gerade nachdem man gegenwärtig den Einfluß des *Milieus* auf den Verlauf nach den Erfahrungen der sogenannten Arbeitstherapie so hoch veranschlagt, ist es notwendig, auch die Bedeutung dieser charakterologischen Momente nicht zu vernachlässigen, wenn auch die bisherigen Unterscheidungen zu einer exakten Zuordnung noch nicht ausreichen.

In der genannten Arbeit ist mit Absicht die charaktermodifizierende Wirkung der Psychose selbst vernachlässigt. Die schleichende Überwältigung ist in drei typischen Spielarten geschildert: die erste zeigt die reine Form des Absinkens nach schleichendem Beginn bis zum triebhaften Vegetieren, die zweite führt beim späteren Einsetzen akuter Symptome zur enthusiastischen Umstellung, die dritte zur reaktionslosen Preisgabe an eine phantastische Wahnwelt. Umstellung und Preisgabe können auch bei akutem Beginn als Verlaufstypen in Erscheinung treten, außerdem aber, und ganz in erster Linie, ist der Kampf um die Selbstbewahrung, der über lange, lange Jahre geführt werden kann, ein typisches Verhalten bei akutem Psychosenbeginn. Die „Spaltung im Längsschnitt“, das Beiseitelegen der Wahnwelt in die labile Ruhe, neben der eine relativ normale, eingebaute Existenz gelebt wird, und der schon erwähnte „zweite Knick“ komplizieren diese Typen des Verlaufs. Auch für ihr Auftreten sind wohl ursprüngliche individuelle Eigentümlichkeiten nicht bedeutungslos.

## 5. Die Stellungnahme zur Erkrankung.

Eine ausdrückliche Erörterung der Stellungnahme des Schizophrenen zu den psychotischen Erlebnissen innerhalb des klinischen Teiles läßt sich mit praktisch-diagnostischen Gründen rechtfertigen; außerdem wird die Erscheinungsweise der Schizophrenie durch das Moment der Krankheitseinsicht in besonderer Art beeinflusst. Das zeigt sich z. B. darin, daß in der schon wiederholt zitierten verlaufsprognostischen Arbeit von MAUZ als einziges und wichtigstes Kennzeichen der Prozeßhaftigkeit die Stellungnahme zur beginnenden Psychose genannt wird: „das Erlebnis der Krankheit als subjektive Veränderung, als gespürtes Bedrohthein (HINRICHSSEN) des Ichs und seiner Einheitlichkeit“. Auf ähnliche Formulierungen BERZES und KRONFELDS wird weiter unten verwiesen. Obschon wir keineswegs diese theoretische Einschätzung des Bewußtseins der Veränderung als des bedeutendsten Prozeßsymptoms teilen können, ist doch damit ein beachtlicher praktischer Hinweis gegeben. Es ist wohl vor allem die ungestörte Intelligenz, Klarheit und Urteilsfähigkeit, ferner mitunter auch die affektive Unbeteiligtheit der Schizophrenen, welche es erlaubt, aus der Art, wie zu den Krankheitsvorgängen Stellung genommen wird, auch klinische Schlüsse zu ziehen.

So wenig es aber auch angängig ist, etwa aus dem Fehlen des „gespürten Bedrohtheins“ oder dem Mangel eines Insuffizienzerlebnisses zu folgern, daß eine schizophrene Prozeßerkrankung nicht vorliege, so bedeutsam, wie besonders HINRICHSSEN gezeigt hat, das Bildungsniveau, die psychiatrisch-psychologische Erfahrung, ursprüngliche Charakterzüge u. dgl. mehr für die Stellungnahme zur noch im Gang befindlichen oder zur abgelaufenen Psychose sind, so drängen sich doch dem Kliniker eine Reihe von bestimmten Verhaltensweisen des Schizophrenen auf, die mit einer recht großen Regelmäßigkeit bei der Mehrzahl der Fälle wiederkehren.

Auch BLEULER betonte, daß die Kranken *im Beginn* „die Gedankenanomalie, die Abulie und viele andere Symptome“ ganz gut erkennen; sie äußern die Befürchtung geisteskrank zu werden, oder sehen in den Menschen ihrer nächsten Umgebung Geisteskranke, was wohl oft nur eine andere Ausdrucksweise für das Bewußtsein der eigenen Veränderung ist. Andererseits verblüfft oft gerade beim frisch erkrankten Schizophrenen eine schon bei früherer Gelegenheit erwähnte, restlose Identifikation mit den völlig neuartigen und sonderbaren Symptomen, eine Selbstverständlichkeit, mit welcher Ichstörungen, Affektanomalien, absurde Verhaltensweisen hingenommen oder als natürlich und adäquat verteidigt werden. Der Versuch, ein solches Verhalten aus präpsychotischen Tendenzen des Charakters, aus Verdrängungsmechanismen, Selbsttäuschungsbedürfnis verständlich abzuleiten, ist von mir selbst in einer Arbeit soweit als möglich verwirklicht worden; auch die Arbeiten HINRICHSSENS bewegen sich in den gleichen Bahnen. Doch scheint mir heute diese verstehende Auffassung nicht mehr für alle Beobachtungen dieser Art in der Schizophrenie auszureichen; es liegt hier offenbar beim Schizophrenen oft eine Störung vor, die mit der *fehlenden Selbstwahrnehmung des Defektes* bei anderen organischen Erkrankungen in Parallele gesetzt werden muß. Gerade wenn jenes Veränderungsbewußtsein vorhanden ist, Worte wie: Verfolgungswahn, Halluzinationen, Schizophrenie, Krankheit vom Kranken selbst gebraucht werden, und trotzdem, wie das HINRICHSSEN an dem Fall einer psychologisch gebildeten Lehrerin zeigt, im Grunde keine objektive Stellungnahme möglich ist, praktische Konsequenzen nicht, oder nur ausnahmsweise gezogen werden (BLEULER), so versagt das Verstehen. Auch die Annahme BLEULERS, daß ein normal denkender Teil des Ichs zwar den abnormen richtig beurteile, ihn aber nicht beeinflussen könne,

scheint uns keine befriedigende Erklärung. SCHILDER macht für das Phänomen die große „*Ichnähe*“ der schizophrenen Symptome verantwortlich; auch diese Deutung gibt mehr eine Umschreibung als eine Aufklärung. In ähnlicher Richtung bewegen sich Meinungen, welche das Eintreten für die krankhaften Verhaltensweisen und wahnhaften Gedankengänge, das Sich-Identifizieren mit den Erlebnissen während und nach der akuten Psychose als eine Art Sicherung, Selbstberuhigung, Suchen nach einem Halt (HAGEN u. a.) auffassen. Alle diese Momente mögen eine Rolle spielen. Da aber dicht neben diesem Versagen der Objektivität in vielen Fällen eine Art teilweiser Einsicht besteht, oder aus dem Verhalten zu erschließen ist, fällt es schwer, sich mit der verstehend-psychologischen Ableitung zufrieden zu geben.

Auf jeden Fall ist hier noch manches aufklärungsbedürftig, wenn auch die Besonderheit der Stellungnahme des Schizophrenen zu seiner Krankheit sich aus den mitgeteilten Zügen bereits ergibt. Von der Stellungnahme des Gesunden zu erschütternden Erlebnissen ausgehend, konnte ich *sechs Formen der Stellungnahme*, je nach der Art der Nachwirkung der akuten psychotischen Erkrankung differenzieren: einerseits Nachwirkungslosigkeit mit objektiver Stellungnahme, andererseits: *Verzweiflung*, „*neues Leben*“, *Ausscheidung*, *Bekehrung* und *Einschmelzung*. Alle kommen fraglos nach schizophrenen Schüben vor; Nachwirkungslosigkeit und Einschmelzung ganz selten; typisch schizophren sind die Verhaltensweisen der Ausscheidung (Absperrung und Verdrängung, MAX MÜLLER), Umgehung (BERTSCHINGER), Bagatellisierung, Verharmlosung, und der Bekehrung (Erleuchtung, Wiedergeburt — Werteumkehr).

Es ist eine klinisch ungemein charakteristische, aber viel zu wenig gewürdigte Erscheinung, wie refraktär sich der *remittierende Schizophrenie* gegen eine Besprechung der Erlebnisse der akuten Psychose meist noch nach Jahren verhält. Er wehrt sich oft gegen die Erwähnung nicht so sehr der Erkrankung überhaupt — das hätte bei dem Arzt, der davon weiß, ja auch keinen Sinn — sondern vor allem der Einzelheiten, die er weder verarbeitet, noch wirklich vergessen hat. Die Erklärungen, die er sich gemacht hat oder ad hoc bei der Erhebung der Katamnese vorbringt, sind fadenscheinig, Ausreden, Rationalisierungen, gehen um das Wesentliche herum. Die Besprechung ist für ihn im höchsten Maße beunruhigend, peinlich, auch wenn es sich um Vorkommnisse handelt, die weder auf ihn damals, noch auf sein gegenwärtiges Leben irgend einen Schatten zu werfen geeignet sind. Wenn man dieses Verhalten immer wieder beobachtet, so leuchtet die praktische Regel mancher Anstaltspsychiater ein, welche jede Exploration der psychotischen Inhalte überhaupt vermeiden, wenn sie den Kranken durch Beschäftigungstherapie zu einigermaßen sozialem Verhalten gebracht haben. Eine ähnliche komplexhafte Überempfindlichkeit findet sich in der Regel weder nach zirkulären Schüben, noch nach symptomatischen Psychosen, mögen die äußeren Umstände der Erkrankung, ja sogar deren Symptome auch mancherlei Ähnlichkeiten mit den schizophrenen gezeigt haben. MAX MÜLLER möchte vermuten, daß eine echte objektive Stellungnahme nach Ablauf eines scheinbar schizophrenen Schubes die Berechtigung gebe, an der Diagnose zu zweifeln. Keinesfalls beweist jedoch eine objektive Stellungnahme und Einsicht, besonders nach vorwiegend psychomotorischen Schüben, daß eine Schizophrenie nicht vorliegt.

Innerhalb dieser Form der Stellungnahme, die als „*Ausscheidung*“ gekennzeichnet werden kann, gibt es alle möglichen Varianten: mitunter findet man Verdrängung bis zur angeblichen Amnesie, häufiger allerdings nach MAX MÜLLER eine Absperrung an periphere Teilen des Bewußtseinsfeldes; ferner die Angabe des Kranken, er habe überhaupt nicht mehr an die Erkrankung gedacht; andere haben eine Art Auswahl unter den Symptomen getroffen: einen Teil erkennen

sie als Ausfluß einer Krankheit an, andere sind ihnen die natürliche Folge der Behandlung; oder die Gesamtheit der Symptome ist Folge der damals verabreichten Arzneien, trotzdem ist ihnen die Erwähnung einzelner Äußerungen und Verhaltensweisen höchst peinlich; wieder andere behaupten, sie hätten sich verrückt gestellt, „Komödie gespielt“ (schönes Beispiel bei MAX MÜLLER) und dgl. mehr. Das alles findet man bei Menschen, die in ihrem affektiven Verhalten sonst vielfach wenig ansprechbar sind, die sonst alles unberührt läßt, eben infolge des schizophrenen Prozesses. Ja es finden sich solche Komplexreaktionen bei Erwähnung des anfänglichen akuten Schubes auch bei später chronisch erkrankten Endzuständen.

Die zweite Form der Stellungnahme: die *Bekehrung* ist für den remittierten Schizophrenen vielleicht noch charakteristischer. Sie ist eine Art Gegenbild der Ausscheidung insofern, als die Vorkommnisse in der Psychose keineswegs aus der Kontinuität der Existenz des Kranken ausgeschieden, sondern als sie zu einer Art Angelpunkt seines Daseins werden, von welchen aus das Leben vorher, wie das nachher in einem veränderten Lichte erscheint. Vielfach in einer religiösen Ausdrucksweise, aber auch ohne eine solche Einkleidung, schildern diese Patienten, wie die Erfahrungen der Psychose zur Umkehr von dem bisherigen Wege geführt hat. Sie machen Ernst mit der „gespürten“ Veränderung, sehen Vergangenheit und Zukunft im Lichte der besseren Erfahrungen, welche ihnen die Krankheit gebracht hat. Auch die Todesdrohung einer körperlichen Krankheit kann ja bei entsprechender Konstellation ein solches Bekehrungserlebnis beim Gesunden auslösen. Für den schizophrenen Bekehrten ist es charakteristisch, wie die Erlebnisse der akuten Psychose und die Gedankengänge, die als Wahn von dort ihren Ausgang nehmen, inhaltlich bedeutungsvoll und ausschlaggebend das fernere Leben bestimmen. Auch hier ist eine objektive Stellungnahme oft unmöglich, auch hier wird es mitunter als eine Profanierung angesehen, von den Symptomen der abgelaufenen Psychose etwa mit dem Arzt zu sprechen.

Die beiden folgenden Beispiele zeigen die sozial eingliedernde Wirkung einer solchen Stellungnahme. Im zweiten Fall ist der Vorgang selbst nicht psychologisch durchsichtig, das Ergebnis jedoch um so eindrucksvoller:

*Anna Weizer*, geb. 1896 (22/37).

Landwirtstochter, aber von Kindheit auf stolz, verkehrte gern mit feinen Leuten. War zuletzt in Holland in Stellung. Dort Ausbruch einer halluzinatorischen Erregung. Am 4. 2. 1922 Aufnahme in die Heidelberger Klinik. Ängstlich, mißtrauisch, zerfahren, abgelenkt, ständig unter dem Einfluß akustischer Halluzinationen. In der Folgezeit ein recht einförmiges Bild.: Jammernd, Selbstvorwürfe wegen angeblicher schwerer Sünden. Alles ist verloren, es ist nichts mehr zu retten, sie selbst sei verloren. Das sind die einzigen Äußerungen, die von der Kranken zu erhalten sind. Im übrigen schließt sie sich mehr und mehr ab und wird erst Ende Juni 1922 etwas freier. Bald in theatralisch depressiver, bald in heiterer Stimmung gibt sie dann Auskunft über ein sehr reichhaltiges Primärerlebens: Pferdegetrappel, Hundegebell, alle Bäume waren weg, die Sandhaufen waren verändert, sie habe die Schlange am Himmel gesehen, den Teufel, sie habe die Hölle gerochen, es würde nicht Tag u. dgl. m. Die Erregung stellte sich bald wieder ein, und sie wurde in unverändertem Zustand am 3. 7. 22 in die Anstalt Wiesloch verlegt. Am 5. 3. 23 stellte sie sich wieder vor. Sie war nach  $\frac{1}{4}$  Jahr aus Wiesloch entlassen worden und machte einen völlig geordneten Eindruck. — Bei einer Nachuntersuchung im November 1926 berichtete sie, daß sie zu Hause bei der Mutter lebt, sich im Haushalt betätigt. Sie erzählt von „Anfällen“, die ein Jahr nach der Entlassung aufgetreten seien. Sie sei hochgefahren, habe laut und stöhnend geatmet, stark geweint, an Füßen und Händen gezittert. Dauer  $\frac{1}{4}$  Stunde. Meist ohne Anlaß. Diese Anfälle sind angeblich bisher nicht verschwunden. Sie war wegen allgemeiner körperlicher Klagen, Kopfschmerzen, Magenbeschwerden usw. öfters beim Arzt und bei Kurpfuschern. Stimmen hört sie seit einem Jahr nicht mehr. Sie berichtet von Traumerscheinungen und von eigentümlichen Zuständen zwischen Träumen und Wachen, wobei sie das Gefühl habe, sie solle vergewaltigt werden; sie habe dabei Angst und Lustempfindungen zugleich. Bei vollem Wachbewußtsein ist das nie eingetreten. — Die Ereignisse der früheren Psychose hat sie alle in guter Erinnerung. In Wiesloch habe sie anfangs befehlende Stimmen gehört, sie müsse beten, regieren, für die Welt sorgen, arbeiten. Sie

habe sich alles zu Herzen genommen. „Wäre ich doch gleichgültiger gewesen.“ Die Ärzte hätten ihr Schokolade gebracht, sie habe sich nicht bedankt, überhaupt wenig gesprochen. „Es steckt ein großes Stück Eigensinn in der Krankheit.“ „In Wiesloch war ich sehr stolz, habe mir eingebildet, dem lieben Gott zu helfen, habe Befehle ausgeteilt, die Brötchen müssen wieder 3 Pfennig kosten, die Kartoffel müssen billiger werden.“ „Durch meine Krankheit ist meine Seele reifer geworden zu Gott.“ „Ich kann jetzt mit dem Pfarrer und unglücklichen Menschen reden und sie bekehren. Ich habe das herrliche Paradies gesehen mit seinen Eisenbahnen und allem, was es dort gibt.“ „Aus einer Wunde am Bein habe ich das schlechte Blut hinausgedrückt, so bin ich besser und reiner geworden.“

*Josef Rebel*, geb. 1874 (11/263).

R. ist bis zur Aufnahme in die Klinik im Jahre 1911 51mal vorbestraft. Die Strafliste beginnt im 15. Lebensjahr, wo er schon wegen Bettels und Landstreicherei mit Haft bestraft wurde. Sehr bald kam er ins Arbeitshaus. Er war dann späterhin noch wiederholt in verschiedenen Arbeitshäusern untergebracht. Außer den Strafen wegen Bettels und Landstreicherei finden sich in der Strafliste auch zahlreiche Strafen wegen Körperverletzung, Hausfriedensbruch und anderen Affektsdelikten. 1906 wurde er wegen intellektueller Urkundenfälschung mit einer längeren Gefängnisstrafe belegt. Der Beginn der Psychose fällt während eines Aufenthaltes im Arbeitshaus Dieburg. Unmittelbar nach der Entlassung von dort fand sich R. von selbst in der hiesigen Klinik zur Untersuchung ein und wurde aufgenommen (1911). Er gab an, er habe seit 6—7 Wochen starkes Ohrensausen, höre darin seinen Namen rufen und feine Stimmen, so fein, als ob sie von irgendwo aus der Luft herkämen. Im übrigen berichtet er in geordneter Weise über Beeinträchtigungen während des letzten Aufenthaltes im Arbeitshaus. Er behauptet, Veruntreuungen des dortigen Direktors nachgewiesen zu haben, erzählte aber außerdem, daß er eigentümliche Angstgefühle habe unbestimmter Art, Todesahnungen und die oben erwähnten Halluzinationen. Im Laufe des hiesigen Aufenthaltes traten noch Beziehungswahnideen hervor. Im übrigen benahm er sich geordnet, machte einen auffallend indolenten, zufriedenen Eindruck und wurde am 13. 12. 1911 in die Anstalt überführt. Nach der Entlassung von dort ist er im ganzen noch 5mal wegen Bettels bestraft worden. 1913 endet das Strafregister. 1915 richtete er einen Brief an die Klinik, worin er nach seinem Bruder fragt. Er lasse sich nicht zum Narren stempeln, „ich kämpfe für Wahrheit, ich kämpfe für das Recht und sollte ich untergehen“. 1917 schrieb er aus dem Bezirksgefängnis Zabern, er sei vom Kriegsgericht wegen Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung und Beleidigung zu einer Gefängnisstrafe von 11 Jahren verurteilt, und bat um ein ärztliches Zeugnis. Im Mai 1917 war er in der Anstalt Stephansfeld untergebracht. — Juli 1924 besuchte er den Direktor der Klinik in der Wohnung, um sich zu entschuldigen, daß er im Jahre 1914 unter falschen Vorspiegelungen gebettelt habe. Als man ihm erklärte, es sei alles vergessen und verziehen, bedankte er sich überschwänglich und erklärte, jetzt müsse er noch nach Karlsruhe, wo er dieselbe Schuld auf sich geladen habe. Seitdem Christus ihn verklärt habe, wolle er sich von aller Schuld frei machen. Auch in den folgenden Jahren fand er sich noch wiederholt als Hausierer bei den Ärzten der Klinik ein. Er hauiert mit Galanteriewaren, betont seine christliche Frömmigkeit und erklärt, durch seine Krankheit sei er ein anderer Mensch geworden. Er trinke nicht mehr, lebe solide, gehe regelmäßig in die Betstunden. Seiner Kundschaft überbringt er Kalenderblätter mit Bibelsprüchen und lobt seine Zufriedenheit und sein Glück.

## 6. Restsymptome und Remissionen.

Eine systematische Untersuchung der Schizophrenen in der Remission fehlt bis heute. Daß die im vorigen Abschnitt geschilderte Abneigung gegen die Befragung und Untersuchung, die an die akute Erkrankung erinnern muß, eine katamnestiche Nachprüfung der Remittierten besonders erschwert, leuchtet ohne weiteres ein. Und doch sollte es bei den vielfachen Nachbegutachtungen, z. B. im Invalidenrentenverfahren gegenwärtig nicht allzu schwierig sein, ein größeres Material zu erfassen und zu bearbeiten. Auf solche gelegentlichen Erfahrungen und auf aus äußeren Gründen nicht fortgeführte systematische Besuche bei früheren Kranken der Klinik stützt sich die folgende Darstellung. Es bestätigte sich zunächst die Ansicht BLEULERS, daß „wirkliche Stillstände zu jeder Zeit eintreten“ können. Nur mit Einschränkung scheint uns dagegen die von BLEULER an der gleichen Stelle geäußerte Meinung zuzutreffen, daß in der Remission sich die Fälle der drei Gruppen einander ähnlich sehen, „indem nur noch die allgemeinsten Symptome zu konstatieren sind“. Es dürfte sich

vielmehr nach unseren Eindrücken aus dem Erscheinungsbild der akuten Psychose nicht voraussagen lassen, *welche* Restsymptome im Falle der Remission zurückbleiben; vielfach sind es solche, die in dem akuten Schub gar nicht deutlich hervorgetreten sind. Die Remittierten selbst sind untereinander aber außerordentlich verschieden, vielleicht sogar mannigfaltiger als die Bilder der akuten Schizophrenie selbst; sie werden sehr häufig als Psychopathien, Sonderlinge, Eigenbrödlar usw. verkannt; eine generelle Charakterisierung ist ebenso wenig möglich wie beim Schizoid, mit dem in einer erheblichen Anzahl der Fälle weitgehende Übereinstimmungen zu bestehen scheinen. Auch über diese Frage fehlt es aber bis heute an einem sorgfältig durchgearbeiteten Material.

Um wenigstens einige wichtige *Typen* remittierter Schizophrener zu schildern, gehen wir zweckmäßig von den kennzeichnenden Symptomen aus und fragen, ob und in welcher Form sie als Reste in den Remissionen in Erscheinung treten.

Reste der *Denkstörung* finden wir bei gebesserten Schizophrenen einerseits in der Form einer gewissen Verschwommenheit, Ungenauigkeit, Vagheit des Denkens, die sich in einer Abneigung gegen das Konkrete, einer Vorliebe für allgemeine Themen, etwa philosophisch-weltanschaulicher Art äußern kann. Unter den Anhängern aller möglichen Sekten und „Bewegungen“ finden sich um so mehr remittierte Schizophrene, je verworrener die Ziele, je absonderlicher die Methoden der Bewegung sind. In ähnlichen Kreisen treffen wir auf enge, fanatische, in ihrem Gesichtskreis und in der gedanklichen Beweglichkeit nach dem schizophrenen Schub erstarrte Persönlichkeiten, die dann vielfach auch wahnhaftige Züge aufweisen. Andererseits dürfen wir wohl die Neigung zu albernem Witzeleien, die manche Schizophrene in der Remission aufweisen, ebenfalls als Auswirkung eines Restes der Denkstörung im Zusammenwirken mit der affektiven Erkaltung auffassen. Vor allem aber ist der Eindruck der intellektuellen Verödung, welchen viele Schizophrene in der Remission aufweisen, wahrscheinlich ein Ergebnis der Denkstörung, die dann mit dem Aktivitätsverlust zusammen als Restsymptom besteht. Man erhält bei Leistungsprüfungen von Intelligenz und Merkfähigkeit oft verblüffend schlechte Ergebnisse, was der Schilderung der Umgebung entsprechen kann, welche von dem Versagen der im übrigen völlig geordneten Kranken bei der kleinsten Beanspruchungen berichtet; umgekehrt hört man aber auch häufig durchaus befriedigende Urteile über Leistungen im Beruf und anderen gewohnheitsmäßig eingeschliffenen Verrichtungen; auch der unmittelbare Eindruck im Wechselgespräch, das ja durch seine ständige Gespanntheit des sinnvollen Rahmens nur wenig an Spontaneität erfordert, läßt nichts von einer Denkstörung vermuten; erst eine kleine Aufgabe: das Nacherzählenlassen einer kleinen Fabel oder die Erklärung eines Sprichwortes läßt eine beträchtliche Zerfahrenheit hervortreten (vgl. Differentialdiagnose S. 583).

Viel häufiger beherrscht die *Aktivitätsstörung* allein in Form der Impulsverarmung das Bild der Remissionen. Da diese Kranke in einfachen Berufen noch Durchschnittliches leisten können, fallen sie bei kurzen Nachuntersuchungen gar nicht auf. Man hört aber dann bei Befragung der Umgebung, daß sie auffallend ermüdbar sind, sich nach der Arbeit sofort zu Bett begeben, keinerlei Nebeninteressen mehr pflegen, in ihrer Gesamtleistung gegen früher erheblich zurückgegangen sind. Eine Mutter führt zwar noch den Haushalt, aber für die Kleidung und Wäsche von Mann und Kindern zu sorgen, übersteigt schon ihre Kräfte. Alle paar Wochen liegt sie mehrere Tage ohne rechte Begründung im Bett und schaut ins Leere. Bei diesen Patienten treten sehr häufig ganz unbestimmte hypochondrische Klagen hervor, die offensichtlich mit dem von ihnen selbst empfundenen Aktivitätsverlust in Zusammenhang stehen. Sie

beziehen sich bald auf einzelne Organe, das Herz, den Darm, bald wird von Schmerzen im ganzen Körper, von allgemeiner Schwäche, Leere, Kraftlosigkeit gesprochen. Die Wahl der Ausdrucksweise ist fraglos zufällig, die ungenauen Klagen, denen kein Befund entspricht, sind keineswegs stets so verschroben und absurd, daß ihre psychotische Herkunft ohne weiteres zu erkennen wäre. So kommt es zu ergebnislosen psychotherapeutischen und somatotherapeutischen Behandlungsversuchen, oder zu brüskten Abweisungen von Seiten der Ärzte, die Trägheit und Arbeitsscheu annehmen. Der Leidensweg solcher schizophrener „Astheniker“ (ESSER) zieht sich manchmal über Jahre hin und findet oft erst mit dem Einsetzen des Rezidivs sein Ende.

Folge der Aktivitätseinbuße ist weiterhin vielfach der soziale Abstieg des Schizophrenen in der Remission. Ein früherer Techniker wird z. B. bei den städtischen Werken, wo er seit langem beschäftigt ist, nur noch zum Ablesen der Gasuhren verwandt; ein Prokurist versieht nur noch die Arbeit eines Schreibers, und diese mit Mühe und nicht wie ein vollwertiger Arbeiter. Der Teilhaber einer großen Firma kann höchstens noch zu repräsentativen Zwecken bei wichtigeren Vorgängen mitgenommen werden, und was ähnliche Verhaltensweisen mehr sind, die den Rückgang der Spontanität und der Interessen anzeigen (s. WETZEL).

Am bekanntesten sind die Wirkungen der Restsymptome auf *affektivem Gebiet*: hier spricht man von „Charakterveränderung“, als solche kann aber auch schon die Impulsverarmung allein imponieren. Die eigentümliche Kühle und Teilnahmslosigkeit des Schizophrenen haben wir an früherer Stelle eingehend dargestellt. In der Remission ist sie oft nur für die allernächsten Angehörigen spürbar, etwa bei besonderen, erschütternden Vorkommnissen in der Familie. Der Sinn für Takt und für eine nüanzierte Rücksichtnahme scheint verloren, kleine Anlässe führen zu maßlosen, unbeherrschten Affektausbrüchen, die fehlende affektive Resonanz wird als Egoismus verkannt und was dergleichen Mißdeutungen mehr sind, welche die Isolierung des Kranken reaktiv zu verstärken geeignet sind.

Daß die *Sinnestäuschungen* in der Remission als Restsymptome bestehen bleiben, ist kein seltenes Vorkommnis. Sie brauchen keineswegs wahnhaft verwertet und ausgedeutet zu werden, sondern bestehen wie eine schlechte Gewohnheit, ein unvermeidliches Übel, oft wenig beachtet, beiseite geschoben, oder als ein peinliches Geheimnis sorgfältig verborgen gehalten. Sie können tageweise mit einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesamtzustandes exacerbieren, dann wieder zurücktreten:

*Philippine Ossert*, geb. 1881 (12/180) erkrankte mit 31 Jahren an einer akuten halluzinatorisch-katatonen Psychose, die nach 6 Monaten abklang (1. Klinikaufnahme 1912). In der Folgezeit hat sie wahrscheinlich ständig halluziniert, beim Tode des Mannes fiel ihre Teilnahmslosigkeit auf. Nach 5 Jahren hat sie wieder geheiratet und unauffällig Schwangerschaft und Wochenbett durchgemacht. Acht Jahre nach der ersten Psychose erkrankte sie aufs neue an einer angstvollen halluzinatorischen Erregung (2. Klinikaufenthalt 1921), die ohne rechte Grenze in den jetzigen Zustand der Remission überging. Sie war dann nicht mehr fähig einen selbständigen Haushalt zu führen, lebte aber in der Familie. Bei einer klinischen Nachuntersuchung im 45. Lebensjahr (1926) gab sie an, sie höre zuweilen noch Flüstern im Ohr, ohne daß sie sagen könnte, es seien eigentlich Stimmen, so schlimm wie bei den früheren Klinikaufenthalten sei es nicht mehr. Sie sei manchmal scheu, fühle sich aber nicht eigentlich verfolgt. Zur Arbeit könne sie sich sehr häufig nicht zwingen, warum wisse sie selbst nicht. Sie lasse die Arbeit manchmal einfach in der Mitte liegen, die Mutter mache sie dann zu Ende. Am 1. Tag des Klinikaufenthaltes war die Kranke ruhig geordnet, faßte gut auf, sprach geordnet, schien affektiv leicht depressiv, aber ohne tiefere Gemütsregung. Zwei Tage später klagte sie über Druck im Kopf, war langsam, vergeßlich, unkonzentriert, erklärte, sie fühle sich beeinflußt, hypnotisiert, sie wisse nicht von wem, schien ängstlich und ratlos; ein Zustand, der am folgenden Tag schon wieder abgeklungen war.

Eine andere Kranke (25/243), welche mit 29 Jahren im Zustand einer akuten halluzinatorischen Erregung in die Klinik verbracht wurde, gab nach Abklingen der ersten Erregung an, sie habe vor 8 Jahren schon einmal  $\frac{1}{4}$  Jahr an Schlaflosigkeit und Arbeitsunfähigkeit gelitten. Sie habe sich schwach gefühlt, sei innerlich erregt gewesen, habe immer beten müssen, um Ruhe zu bekommen, da sie ständig Stimmen hörte, die ihr Vorwürfe machten usf. *Seit dieser Erkrankung* mit 21 Jahren habe sie *bis jetzt* immer das Gefühl gehabt, „als ob ihr die anderen Menschen beim Denken zugucken könnten“. Sie fürchtete immer etwas Unrechtes denken zu müssen und mußte sich sehr zusammen nehmen, damit die anderen Leute solche Gedanken nicht etwa erführen.

Es ließ sich in diesem Fall nicht völlig sicherstellen, daß das Phänomen des „Gedankenlautwerdens“, wie meist, aus Trugwahrnehmungen erschlossen wurde, doch ist es bei dem überwiegend halluzinatorischen Charakter des Krankheitsbildes wahrscheinlich. Charakteristisch ist, daß die Patientin selbst die Schübe zwar als Krankheiten bezeichnet, aber den halluzinierten Beschuldigungen gegenüber völlig einsichtslos ist.

Auch die *psychomotorischen* Restsymptome können so geringfügig sein, daß nur dem Kenner, oder demjenigen, der mit dem Verhalten vor dem ersten Schub Vergleiche ziehen kann, ihre pathologische Herkunft einleuchtet. Eine gewisse Steifigkeit in Haltung und Bewegungen, besonders aber in der *Haltung* ist manchmal der einzige auffällige Zug. Daneben oft eine Verarmung an mimischen Ausdrucksmöglichkeiten, oder eine zimmerliche gezierte Gestik, die oft nur in bestimmten Situationen, bei ausgelösten Erregungen, unter ungewohnten Umständen hervortritt. Hierher gehört weiterhin wohl die übertriebene Förmlichkeit und Höflichkeit mancher remittierter Schizophrener in Sprechweise und Umgang, aber auch die unglaubliche Form- und Haltungslosigkeit, die Unbeherrschtheit, Ungeschicklichkeit und Hilflosigkeit solcher Menschen in allen nicht eingeschliffenen Situationen.

Was schließlich die *Reste wahnhafter Einstellungen* bei remittierten Schizophrenen anlangt, so ist die typische Scheu vor Menschen, das fortdauernde Mißtrauen und die Verschlossenheit wohl in den allermeisten Fällen Ausfluß solcher Wahnreste. Es handelt sich dabei aber nicht nur um eine rationale Weiterverarbeitung der Erlebnisse der akuten Psychose. Sondern in manchen Fällen erhält der fixierte Wahn ständig neue Nahrung, immer wieder kommt es zu neuen Bedeutungsbewußtheiten, trotz äußerer Beruhigung und Einpassung kommt das Wahnerleben nicht zur Ruhe. Viel häufiger dient allerdings die Remission der gedanklichen Ausgestaltung und Eingliederung des in der akuten Psychose Erlebten. Es wird sorgsam bewahrt, ängstlich vor der Kritik der Realität behütet. Solche Kranke können eine ganz eigenartige Unbeirrbarkeit und Sicherheit *auch in ihrem sonstigen Leben* zur Schau tragen, das von den verschlossenen Wahngedanken aus auf die gesamte übrige Haltung irradiert.

Mit diesen Beschreibungen, die an die wichtigsten Symptome anknüpfen, ist der Formenreichtum remittierter Schizophrener keineswegs erschöpft. Die verschiedensten *psychopathischen Symptome* finden sich, meist in undeutlicher, verwaschener Form als „Restsymptome“, wobei die Entstehung und Herleitung solcher Bilder aus den akuten Schüben meist dunkel bleibt. Neben Zuständen einfacher Neurasthenie, die wir bereits erwähnten, sahen wir überaus mannigfaltige hypochondrische Bilder, Neigung zu hysterosomatischen Reaktionen, die von entsprechenden Erscheinungen auf psychopathischem Boden nur auf Grund der Anamnese zu unterscheiden waren. Symptomarme blande Depressionszustände oder auch eine an die Hypomanie erinnernde Unruhe und Betriebsamkeit kommen vor, beides allerdings oft ohne eindeutiges und adäquates Affektverhalten. Auch von psychopathischen Entwicklungen kaum abzugrenzende querulatorische Bilder und andere circumscriphte wahnhaft



Einstellungen, z. B. in Form des Eifersuchtswahns, schließlich erregte, unstete Psychopathien (BRESOWSKY) scheinen in schizophrenen Remissionen möglich zu sein. Endlich gibt es offenbar auch sexuelle Triebanomalien, wie Homosexualität, Sadismus, Vorliebe für Kinder u. dgl., die sich nach dem schizophrenen Schub entfalten. Bei den meisten dieser scheinbar psychopathischen Zustände deutet wohl irgendeine ungewöhnliche Nebenerscheinung, welche aus dem Gebiet der charakteristischen schizophrenen Symptome stammt, auf das Grundleiden hin. Aber die diagnostische Erkennung ist vielfach nicht leichter als die Erkennung ähnlicher atypischer Gestaltungen im *Beginn* des schizophrenen Prozesses, wie wir sie in den ersten Abschnitten entwickelt haben.

Ob es in der Tat gelingen wird, wie CARL SCHNEIDER und besonders BERZE nachdrücklich verlangen, die Remissionen, bei denen der Prozeß abgelaufen ist (und unter Umständen gewisse Folgewirkungen hinterlassen hat), zu sondern von Dauerformen, bei denen der Prozeß auf einer gleichen, gegebenenfalls sehr milden Höhe bestehen bleibt, ist fraglich. Soviel zu erkennen ist, würden sich die beiden genannten Autoren in vielen Einzelfällen nicht über diese Frage einigen können, da ihre Kriterien des noch bestehenden Prozesses erheblich differenzieren. CARL SCHNEIDER rechnet eine Reihe der KRAEPELINSchen Endzustände (siehe später S. 568) zu den Dauerformen, welche nach BERZE zu den „inaktiv gewordenen Prozessen“ gehören würden. Ob im Gegensatz zu einer „Verschiebung des Persönlichkeitsgefüges“, die über Jahrzehnte unverändert bestehen bleibt, abgekapselte Wahnideen oder Manieren, die nicht minder lang bestehen bleiben können, Symptome eines inaktiven Krankheitszustandes seien, wird sich schwer beweisen lassen.

### 7. Äußere Einwirkungen und Verlauf.

Unsere Unkenntnis der für den Verlauf einer Schizophrenie ausschlaggebenden Faktoren hat seit alten Zeiten die Beobachter veranlaßt, vorübergehenden oder dauernden Zustandsänderungen eine vielleicht nicht verdiente Aufmerksamkeit zu schenken, welche *in Abhängigkeit von äußeren, körperlichen oder seelischen Einflüssen* einzutreten scheinen. Endokrine Umwälzungen, schwere körperliche, meist fieberhafte Erkrankungen, Traumen, ferner Schreck, Milieuwechsel und schließlich eine zufällige oder systematische psychotherapeutische Einflußnahme, die an die zuletzt genannten psychischen Wirkungen anknüpft, können unter bestimmten Umständen den Verlauf einer Schizophrenie modifizieren. Die „Heilungsvorgänge“ unter dem Einfluß von Körpervorgängen, soweit sie in der Literatur belegt sind, hat MENNINGER-LERCHENTHAL jüngst wieder einmal kritisch zusammengestellt und in ihrer Bedeutung gewürdigt. Endokrine Vorgänge sind bei der Schizophrenie als bedeutungsvoll erkannt worden, seitdem überhaupt von der inneren Sekretion die Rede ist. Im einzelnen werden diese Zusammenhänge an anderer Stelle besprochen (s. STEINER und Therapie). Hier sei nur an die sehr verbreiteten menstruellen Erregungen der schizophrenen Frauen erinnert, wohingegen bei manchen langdauernd erregten oder schwer stuporösen Kranken der Wiedereintritt der Menstruation die beginnende Besserung anzeigt. PÖTZL und WAGNER haben bei einer paranoiden Schizophrenen mit menstruellen Erregungen die Ovarien entfernt und ein halbes Ovar unter die Bauchdecke implantiert. Während der darauffolgenden viermonatlichen Amenorrhoe blieben die Erregungszustände aus, um mit dem Wiederauftreten der Menstruation wieder zuzukehren. Über die Rolle der Schwangerschaft und des Wochenbettes für die Auslösung eines schizophrenen Schubs wird im ätiologischen Abschnitt gesprochen, eine bessernde Wirkung der Generationsvorgänge auf chronische Psychosen scheint offenbar nicht vorzukommen. Menopause und Involutionvorgänge in ihrem Einfluß auf den

Psychosenverlauf sind bereits dargestellt, ob die sogenannten Spätheilungen (SNELL, PETREN, KREUSER), wie MENNINGER-LERCHENTHAL meint, mit den Rückbildungserscheinungen in Zusammenhang gebracht werden können, erscheint sehr zweifelhaft.

Etwas klarer liegen die Beobachtungen über den Einfluß der *Infektionskrankheiten* auf den Verlauf chronischer Schizophrenien; hier wurden bei den Typhusepidemien in großen Anstalten manche Beobachtungen gesammelt. Faßt man sie zusammen, so ist der Regelfall das *vorübergehende* Zurücktretten der augenfälligen Symptome während der schweren Körperkrankheit. Alle Mitteilungen, die über diese vorübergehende „Aufhellung“ hinaus von „Heilungen“ sprechen, sind nach der Seite des ursächlichen Zusammenhanges skeptisch zu bewerten. Außer bei Typhus, schweren Eiterungen und anderen Infektionskrankheiten sind nach Strangulationsversuchen, Kopftraumen, Blutverlusten, Narkosen, in einzelnen Fällen ähnliche vorübergehende Besserungen beschrieben. Daneben steht eine viel größere Anzahl von Beobachtungen, „die überwältigende Mehrzahl“ (MENNINGER-LERCHENTHAL), bei welchen die gleichen Faktoren *wirkungslos* blieben, die Krankheit ihren schicksalsmäßigen Verlauf nahm. Von besonderem theoretischem Interesse sind schließlich diejenigen Fälle, bei welchen Verschlimmerungen des psychotischen Zustandes mit denjenigen einer chronischen Körperkrankheit (Polyarthritis, Gicht, Tuberkulose) *alternieren*, doch sind eindeutige, hierher gehörige Beobachtungen aus dem Bereich der Schizophrenie neuerdings nicht veröffentlicht. Die Fälle der älteren Literatur sind diagnostisch nicht klar.

Als Überleitung zu den wesentlich wichtigeren *psychischen Einwirkungen* auf den Verlauf erwähnen wir die Fälle, in denen ein lebensbedrohender *Shock* weitgehende Änderungen des Krankheitsverlaufs herbeiführt: OBERHOLZER sah bei einer 42jährigen steifen unreinen Katatonika nach einer Sondenfütterung einen schweren Aspirationsschok mit Kollapserscheinungen. Danach zeigte die Kranke normales affektives Verhalten, sprach fließend, äußerte nichts mehr von den früheren Wahnideen und gab ihren Negativismus fast vollständig auf. Der Besuch ihres Mannes brachte einen Rückfall in den früheren Zustand. In einem zweiten Fall wurde ein leichter schizophrener Schub, der vorher auf jede Weise erfolglos behandelt worden war, auf mehrere Jahre hinaus kupiert, als der junge Mann bei einer Kahnfahrt in den noch halb vereisten See fiel, sich nur mit äußerster Kraft retten konnte und zusah, wie einer seiner Freunde ertrank. Nach einem ähnlichen Vorfall bei einer Sondenernährung sah MENNINGER-LERCHENTHAL eine achttägige Remission. KLAESI erweckte einen motorisch völlig gesperrten Katatoniker, dadurch daß er ihn in der Badeanstalt hinterrücks ins Wasser warf. Nach einigen zappelnden Bewegungen, begann er zu schwimmen, machte von nun an Ausflüge, besuchte das Theater und gab seinem Wärter französische Stunde. Ähnliches berichtet SCHINAGEL von dem Verhalten einer apathischen Schizophrenen nach einem gefährlichen Unfall zu Pferde und prägte das Wort „Emotionstherapie“ (vgl. ähnliche Maßnahmen bei REIL [GRUHLE]).

Auf der unerwarteten Wirkung, welche eine mehr oder weniger plötzliche Änderung der Umweltsituation auf die schizophrenen Symptome haben kann, stützen sich eine Reihe von Maßnahmen, welche BLEULER und seine Schüler zur Behandlung der Erkrankung vorgeschlagen haben: Versetzungsbesserungen (RIKLIN), Frühentlassungen und Dauerschlafbehandlung. Der „affektive Rapport“ wird dabei als der wesentliche einflußnehmende Faktor angesehen, auch bei der Besserung im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen betrachtet KLAESI ihn als das wesentliche wirksame Moment. Demgegenüber glaubt MENNINGER-LERCHENTHAL an eine unmittelbare somatische Wirkung

der interkurrenten Erkrankungen, indem er auf ähnliche Beobachtungen bei rein körperlichen Nervenkrankheiten hinweist, sowie auf das Vorkommen von Zustandsänderungen, die nicht während der Anschmiegs- und Pflegebedürftigkeit auftraten, sondern erst einige Zeit nach der Fieberperiode einsetzen, wie das ja bei der Malariabehandlung der Paralyse die Regel ist. Aber gerade in diesen Fällen ist bei einer im Verlauf so wechselvollen Erkrankung wie der Schizophrenie die ursächliche Rückführung der Besserung auf die Körperkrankheit oft zweifelhaft.

Mit kritischer Sorgfalt ist zuletzt MAX MÜLLER an der Hand eines sehr interessanten Materials der Frage der Wirkung des „affektiven Rappports“ nachgegangen. Seine psychologische Deutung der Vorkommnisse bewegt sich im wesentlichen in den Bahnen BLEULERS, KLAESIS und REPONDS, die Anwendung gewisser psychoanalytischer Termini verführt ihn nicht zu jenen therapeutischen Selbsttäuschungen, der manche FREUD-Schüler auch in diesem Zusammenhang verfallen. Er gibt sich über Unmöglichkeit der Beeinflussung der spontanen Erregungen keinen Illusionen hin, hält die durch „Drill“ erzielte äußerliche „Domestikation“ eines schwer dissoziierten Schizophrenen nicht für eine dem Prozeß nahe kommende Verlaufsänderung. Andererseits zeigt er, in welcher mannigfaltiger Form im gegebenen Zeitpunkt eine Realitätsanpassung des Kranken erzielt werden kann, dadurch daß irgendwo *gefühlsmäßige Beziehungen* überhaupt angebahnt werden. Zeigen sich bestimmt gerichtete Sympathiegefühle, etwa eine Zuneigung zum Arzt, so ist es möglich, durch diese Bresche einen erheblichen Teil der antisozialen Automatismen zum Verschwinden zu bringen. Diese „sekundäre Ausnutzung“ einer „Übertragung“ scheidet MAX MÜLLER von der unmittelbaren Wirkung der Übertragung, dem „prinzipiell eigenartigen, *spezifischen* Mechanismus, der der schizophrenen Grundstörung als solche entgegentritt“. Als Grundstörung sieht MAX MÜLLER im Anschluß an MINKOWSKI den „Realitätsverlust“ an und behauptet, die affektive Durchbrechung des Autismus sei das eigentlich wirksame Agens. Benutzt man bei der Domestikation, zu der wohl ein großer Teil der erfolgreichen Arbeitstherapie gehört, die Bereitschaft der Schizophrenen zum Einschleifen von *Automatismen*, indem man ihnen einen sozial positiven Inhalt gibt und zugleich der Absperrung krankhafter Gedankengänge und Erlebnisweisen Vorschub leistet, so wird durch die Anknüpfung der noch erhaltenen Sympathiereregungen an eine konkrete Person, die durch die schizophrene Erkrankung unzugänglich gewordene *Affektsphäre* wieder funktionstüchtig. Wie sehr es sich auch bei den Affektanomalien um eine *inhaltlich indifferente* Funktionsstörung handelt, das zeigen die Beobachtungen MÜLLERS, daß die etwa dem Arzt gegenüber erzielte Übertragung alsbald zur Aufnahme natürlicher Beziehungen zu den anderen Personen der nächsten Umgebung führen kann, ja daß sie eine Anerkennung der bisher aufs schärfste abgelehnten *Wirklichkeit überhaupt*, eine völlige Umwandlung der Haltung zum Leben, nach sich zieht. Interessant ist, wie die einmal erzielte erotische Neigung zum Arzt in einem Fall wahllos auf alle nachfolgenden Assistenzärzte übertragen wird, im anderen Fall zwar eine Auswahl stattfindet, aber nur mit mühevollen Deutungen oder unter Verwertung einfallsmäßiger oder wahnhafter Äußerungen der Kranken sich vermuten läßt, wie es zu dieser Wahl kommt. Der Nachweis, daß es sich dabei um die Identifizierung mit einem präpsychotischem „Urbild“ oder um die „Erneuerung einer frühkindlichen Bindung“ handelt, den MÜLLER im Sinne der Regressionstheorie FREUDS, zu führen sucht, ist nicht überzeugend. Auf jeden Fall kann man in solchen von den Kranken selbst vollzogenen Identifikationen, die naturgemäß wie der Vorgang überhaupt an das frühere Leben vor der Erkrankung anknüpfen, nicht irgend etwas für die Schizophrenie Charakteristisches sehen. Darüber ist sich auch

MÜLLER wohl klar, zumal er im Anschluß an BLEULER dazu neigt, die durch die Übertragung beeinflussbaren Symptome zum Teil als „psychogenen Überbau“ anzusehen. Eine klare Grenze gegenüber den unbeeinflussbaren, „organischen“ Symptomen versucht er jedoch nicht anzugeben. Das scheint uns in der Tat unmöglich, wie überhaupt die Abtrennung des Psychogenen in der Schizophrenie nach dem Kriterium der psychischen Beeinflussbarkeit verfehlt ist (s. S. 601).

Die neueren Erfahrungen bei der Encephalitis lethargica und bei Herd-erkrankungen der Rinde (mit aphasischen, agnostischen, apraktischen Symptomen) haben uns die Augen dafür geöffnet, daß organische Symptome keineswegs unabhängig von ihrem sinnmäßigen Inhalt sind, daß ihr Hervortreten, wie ihr Verschwinden weitgehend situationsbedingt ist, und daß unter den situativen Faktoren der Affektsphäre eine erhebliche Bedeutung zukommt. Es bedarf also nicht der Annahme psychogener Überlagerungen zur Aufklärung solcher Beeinflussungen im Bereich der Schizophrenie; auf jeden Fall wäre es ein gefährlicher Zirkelschluß Krankheitserscheinungen als psychogen anzusehen, weil sie sich als situativ beeinflussbar erweisen.

Der nichts präjudizierende Begriff der *Situationsabhängigkeit* dürfte zur zusammenfassenden Bezeichnung der Vorkommnisse, die hier besprochen werden, geeignet sein. Die Beobachtungen von MAX MÜLLER, welche von dem persönlichen Rapport ausgehen, ergeben nämlich weiterhin, daß eine „analoge Durchbrechung des schizophrenen Autismus“ auch unabhängig von einer erkennbaren *personalen* Bindung, durch eine besondere *sachliche* Aufgabe, durch Stolz auf die eigene Leistung, „Liebe zur Sache“ erzielt werden kann. Das eindrucksvollste Beispiel stellt wohl die schizophrene Krankenschwester REPONDS Fräulein S. C. dar, deren Krankengeschichte wir auszugsweise nach der Übersetzung MÜLLERS wiedergeben:

„Ohne daß irgendein Anzeichen eine Besserung vorauszusehen erlaubte, war die Kranke seit beinahe zwei Monaten isoliert, sie polterte, schrie und zeigte sich häufig sehr aggressiv gegenüber dem Personal, das sie mit Beschimpfungen überhäufte. Der affektive Rapport mit uns war immerhin gut. Eines Tages hatten wir nun unvermutet unbedingt eine Krankenschwester für die Nachtwache nötig, und im Sinne eines Experimentes, fragten wir diese aufgeregte Katatonika, ob sie den Posten annehmen wolle. Die Reaktion war überraschend: Von einer Sekunde zur anderen wurde die Kranke ruhig, überhäufte uns mit Dankesbezeugungen und trat am selben Abend, aus der Zelle kommend, ihren Dienst an. Selbstverständlich ließen wir sie immerhin überwachen, diese Überwachung stellte sich aber bald als unnötig heraus. Trotzdem der katatone Schub noch nicht vollständig beendet war, besorgte S. C. ihren Dienst als Nachtwache sehr gut, beschäftigte sich mit den anderen Kranken mit Hingabe, führte in sehr interessanter Weise die Eintragungen im Rapportheft, kurz, leistete alle Dienste einer ausgezeichneten Krankenschwester. Am Morgen aber, sobald sie ihre Diensttracht ausgezogen hatte, wurde sie wieder kataton, verlangte, daß man sie isoliere oder versteckte sich in einem abgelegenen Zimmer, wo sie nach Herzenslust schreien und singen konnte. Sie schlief nur auf Narkotica. Am späteren Nachmittage beruhigte sie sich dann nach und nach und abends erschien sie zur vorgeschriebenen Stunde, zog ihre Dienstkleider an und begab sich ruhig und aufmerksam an die Arbeit. Tagsüber ist sie häufig noch eine aufgeregte und unangenehme Katatonika, während der Nacht aber eine ausgezeichnete Pflegerin, die von den Kranken sehr geschätzt wird“.

In Übereinstimmung mit MÜLLER sind wir der Meinung, daß die generelle Kennzeichnung der Sonderbarkeiten älterer Anstaltskranker als „Artefakte“ (FLECK) nur bedingte Geltung hat. Fraglos hat sich gezeigt, daß der frühere Anstaltsbetrieb das denkbar ungünstigste Milieu für viele Schizophrene darstellt, daß er geeignet ist, bestimmte asoziale Verhaltensweisen zu züchten, daß insbesondere die Isolierung der pathologischen Neigung der Kranken zur seelischen Abschließung entgegenkommt, und dadurch das Krankheitsbild tiefgreifender erscheint, die Stellung des Patienten im Leben unnötig erschwert wird. Da die Bereitschaft zur Einschleifung von Gewohnheiten, zur Fixierung und Automatisierung bei den Schizophrenen besonders stark ist, wurde auch

der Krankheitsverlauf dadurch ungünstig beeinflusst, wie er heute infolge der Frühentlassung und systematischen Sozialisierung günstiger erscheint. Aber auch außerhalb der Anstalten entwickeln die Schizophrenen Bizarrieten und Versprobenheiten, es treten katatone Zustände hervor, und Wahnbildung und Denkstörung entwickeln sich und bestehen unabhängig von dem Milieu.

Ein früherer Pfleger der Heidelberger Klinik erkrankte schizophren und war einige Zeit in einer amerikanischen Anstalt. Jetzt lebt er seit Jahren zuhause, betätigt sich zeitweise geordnet und rührig. In anderen Phasen ist er ablehnend und gereizt, voller verschrobener Verfolgungsideen; dann nimmt er nur flüssige Nahrung, die er sich selbst bereitet und mit Trichter und Schlundsonde (durch die Nase!) selbst zuführt.

Als ein weiteres Beispiel sei der folgende Fall aus dem Heidelberger Stuporenmaterial mitgeteilt; ein jugendlicher Kranker, der früh entlassen wurde, und zur Zeit der Katamnese nach fast 25 Jahren sich noch immer in einem bald fast stuporösen, bald erregten katatonen Zustand befindet:

*Gottlieb Halte*, geb. 1875 (95/32).

Allmähliche Veränderung im Laufe des Jahres 1894. Arbeitete nicht mehr, stand herum, lachte vor sich hin, lief planlos herum.

Am 20. 4. 1895 in die Heidelberger Klinik aufgenommen ist er ablehnend, widerstrebend, zeitweise ganz stuporös, kataleptisch, verweigert die Nahrung, verkriecht sich unter die Bettdecke, nimmt manirierte Stellungen ein, hält den Kopf in gezwungener Haltung.

Am 25. 6. 1895 wird er unverändert nach Hause genommen. Am 28. 1. 1897 wird katamnestic berichtet: „Läuft oft weg, spricht oft tagelang nichts, am anderen Tage singt und tanzt er.“

Am 10. 6. 1919 berichtet die Mutter sehr ausführlich über den Zustand des nunmehr 44jährigen Sohnes. Es sei nach seiner Entlassung aus der Klinik nicht viel besser, aber auch nicht schlimmer geworden. „Er hat Tage, da arbeitet er über seine Kräfte, da springt und ist er so froh und sagt jedem „guten Morgen“. Dann hat er auch wieder Tage, da ist er so schlaff, so schläfrig, daß man nichts mit ihm anfangen kann, sogar beim Essen schläft er. Dann ist es am besten, man läßt ihn im Bett liegen. Versuche zum Fortgehen, wie früher, macht er nimmer. Wenn wir ihn dabei haben im Felde, dann legt er sich langewegs auf den Boden und läßt die liebe Sonne auf sich scheinen, einerlei ob es regnet oder schneit oder der Wind geht. Es ist gleich, er bleibt liegen, bis man ihn aufhetzt zum Heimgehen. Mit *einem* Wort, er ist nicht zuverlässig. Erwähnen will ich noch: Alles was er in der Schule gelernt hat, kann er noch alles; wenn man ihn fragt oder betet mit ihm, dann sagt er alles nach, wenn man es anfängt. Es ist auch schon vorgekommen, daß er mir nach (gegungen) ist. Gewöhnlich hat man morgens seine liebe Not mit ihm, wenn er aufstehen soll. Wenn er so einen kritischen Tag hat, fängt er alles an; da ist es schon manchmal vorgekommen, daß er sein Hemd zusammengerissen hat oder seine Hose, oder er rupft seine Knöpfe weg, wenn es nicht so gut geht, so beißt er sie weg, oder schimpft einen: Pack dich, Sau, Schwein. Und dann kommt es auch vor, daß er allein aufsteht und sich anzieht und sich wäscht, und nicht lang rupft und zupft. Man muß ihn halt nehmen wie er ist“.

Wie wenig aber die hier besprochenen Abhängigkeiten wirklich geklärt sind, das zeigt die von vielen Seiten bestätigte Erfahrung einer *verschlimmern*-den Wirkung der *Nachexploration* bei remittierten Schizophrenen. Das Verdrängen, Absperrern und Dissimulieren der Kranken, wie wir es im Abschnitt über die Stellungnahme geschildert haben, ist eine Art „notwendiger Selbstschutz“ (MÜLLER). Erst jüngst sahen wir in drei Fällen, die wir gelegentlich der Nachprüfung im Invalidenrentenverfahren nach den Ereignissen der früheren Psychose genauer befragten, ein Aufflackern der Psychosen im unmittelbaren Anschluß an das Gespräch.

## 8. Endzustände.

Obwohl alle Autoren, an ihrer Spitze KRAEPELIN und BLEULER, betonen, daß man eines endgültigen Stillstandes des Prozesses nie sicher sein, daß jede Schizophrenie auch nach langjähriger Gleichartigkeit des Zustandes noch Wandlungen erfahren kann, behauptet sich die Bezeichnung Endzustand gerade bei der Schizophrenie mit einer gewissen Hartnäckigkeit, und man wird sich

zu fragen haben, in welchem Sinn und mit welcher Berechtigung er anzuwenden ist.

KRAEPELIN spricht bei seiner Gruppierung der Endzustände von verschiedenen Arten des *Schwachsinn*s und der „*Verblödung*“, und auch BLEULER unterscheidet Grade der „*Verblödung*“, obwohl es seit den klassischen Ausführungen in seiner Monographie kein Problem mehr sein sollte, daß eine Demenz, d. h. eine Störung der formalen Intelligenz, analog den bekannten Formen der organischen Demenz, bei der Schizophrenie *nicht vorliegt*: „Bei keiner Krankheit ist die Störung der Intelligenz mit den Worten Blödsinn und Demenz so unzulänglich bezeichnet, wie bei der Schizophrenie“. „Zunächst ist festzuhalten, daß auch bei einer hochgradigen Schizophrenie *potentia* alle bis jetzt der Prüfung zugänglichen Grundfunktionen erhalten sind.“ „Der Schizophrene ist nicht blödsinnig schlechthin, sondern er ist blödsinnig in bezug auf gewisse Zeiten, gewisse Konstellationen, gewisse Komplexe“. „Es handelt sich dabei immer um Störungen, die von einem Moment auf den anderen wechseln können“. Eine Abstufung nach Graden sei bei dieser „Demenz“ sinnlos, für das Bild seien Affektivität, Spontaneität und Interesse ausschlaggebend, nicht eine Intelligenzstörung (BLEULER).

Nicht ganz so deutlich drückt sich KRAEPELIN aus, doch liegt auch für ihn die Schwäche, „den Hauptangriffspunkten des Leidens entsprechend, namentlich *auf dem Gebiet der gemüthlichen Regungen und des Willens*; in geringerem Grade wird das Urteil und noch weniger das Gedächtnis in Mitleidenschaft gezogen“. Eindeutig für die „Herabsetzung der Verstandeskkräfte bis zur vollkommenen Leistungsunfähigkeit“ tritt dagegen CARL SCHNEIDER ein, allerdings ohne diesen Ausgang aus seiner „Vollzugsänderung“ im einzelnen herzuleiten. Deren Symptome, „auch die im engeren Sinne als Affektmattheit bezeichnete Gemütsveränderung“, sollen, bei der geistigen Schwäche, der einfachen und der stumpfen Verblödung, nicht mehr bestehen: erstere sei gekennzeichnet durch Herabsetzung der höheren kombinatorischen Urteils- und Kritikleistung. Die einfach Verblödeten sind „ohne eigenes Urteil, ohne eigenes Denken, noch zu mechanischen Arbeiten in geringem Umfang fähig; die stumpf Verblödeten zu jeder Betätigung unfähig, mit Ausnahme des mechanischen Zupfens“. Die Diskrepanz dieser Darstellung gegenüber den zuvor zitierten Ansichten BLEULERS über die schizophrene Demenz ist auffallend — allerdings gibt CARL SCHNEIDER nicht an, wie groß der Anteil dieser schweren Schwachsinnszustände an seinem Schizophreniematerial ist, ob es sich nicht vielleicht nur um ganz vereinzelte Fälle handelt.

FLECK, der sich eingehend mit einer kleinen Zahl alter Schizophreniefälle beschäftigt hat, welche alle Formen der Endzustände, die KRAEPELIN beschreibt, aufwies, findet, daß die Ausdrücke „Schwachsinn“ und Verblödung“ doch nur recht schlecht passen. „Beim großen Teil der Fälle kann von einem Schwachsinn im engeren Sinne gar nicht gesprochen werden“. An anderer Stelle bezweifelt er auch das Vorliegen der „affektiven Verblödung“ bei alten Schizophrenen, die er in ihrer Affektivität durchaus nicht abgestumpft fand.

Der von uns vertretenen Auffassung der Demenzfrage am nächsten, im Prinzip mit BLEULERS vorher angeführten Beobachtungen übereinstimmend, steht BERZE, der sich in seiner letzten Arbeit ja besonders um die Defektsymptomatik der Schizophrenie bemüht. Er kennt keinen einheitlichen Grunddefekt (während er für die Prozeßsymptome eine solche Grundstörung, die „hypotone Erlebnisvariante“ annimmt). Die Persönlichkeit ist „erstarrt“, es besteht ein „Aktualisierungsdefekt“, eine Einengung, Versimpelung. Es kommt nicht zu den „Regungen“, die der jeweiligen Situation entsprechen,

der Schizophrenie erscheint uns daher als „affektiv geschwächt“. „Potentiell vorhanden ... sind die Tendenzen, die in den Bewegungen zum Ausdruck kommen sollten, noch immer, wie sich bei Gelegenheit zeigt, aber ihr ... Eingehen in die aktuelle Persönlichkeit ist, oft bis zur Unmöglichkeit, erschwert“. Außerdem erwähnt BERZE die Abspaltung und Verselbständigung bestimmter Ideenkomplexe der potentiellen Persönlichkeit als vielleicht von der Erstarrung unabhängiges Defektsymptom. Eigenartigerweise faßt BERZE, wenn wir ihn recht verstehen, die bei den „postprozessualen Defektzuständen“ bestehenden Störungen, insbesondere die Denkstörungen, als mehr *inhaltliche*, gegenüber der *formalen* Störung des aktiven Prozesses, der schizophrenen „Bewußtseins-hypotonie“ auf.

Nötigen uns die Erfahrungen in der Tat einen so scharfen Trennungsstrich zwischen Prozeß- und Defektsymptomen auf? Schon bei der Darstellung der Restzustände und Remissionen hatten wir zu einer solchen Scheidung keinen Anlaß, obschon die Herleitung einzelner Bilder aus den Symptomen der akuten Erkrankung gewisse Schwierigkeiten macht. Überblickt man die 8 Formen von Endzuständen, die KRAEPELIN zuletzt unterschieden und geschildert hat — auf seine Beschreibung verweist auch BLEULER, im übrigen findet er „eine unendliche Menge von Variationen, die für unsere Kenntnisse untereinander nicht abgrenzbar sind“ —, so ergibt sich von selbst eine Zuordnung zu den Hauptsymptomen, wie wir sie bei der Darstellung des Krankheitsbeginnes herausstellen konnten: 1. Die Fälle von einfachem „Schwachsinn“, sind leicht Denkgestörte mit Aktivitätsverlust, stille Hebephrene. 2. Unter den halluzinatorischen „Verblödeten“ schildert KRAEPELIN solche Endformen, bei denen teils mehr die Trugwahrnehmungen, teils die Ichstörungen im Vordergrund des Bildes stehen. 3. Die Darstellung der paranoiden Endzustände ist auffallend farblos, obschon gerade sie jene Eigenarten am deutlichsten aufweisen, die zu einer gesonderten Behandlung des schizophrenen Defektes Anlaß geben könnten (s. später). 4. Die „faselige Verblödung“ zeigt die Dauerform der schweren Denkstörung: „Die eigentlich kennzeichnende Störung ist ... bei dieser Form die Zerfahrenheit des Gedankenganges“. 5. Die „stumpfe Verblödung“ wird von den affektiven Anomalien beherrscht, die aber auch bei der 6. „läppischen Verblödung“ im Vordergrund stehen, verbunden mit Impulsvermehrung und unter Umständen gewissen Denkanomalien. Schließlich sind die 7. manirierte und 8. negativistische Verblödung Ausgangsformen der katatonpsychomotorischen Krankheitserscheinungen.

Ist es bei einer solchen Gruppierung, welche KRAEPELIN selbst zu den akuten Symptomen in Beziehung setzt, gar nicht einzusehen, wie es zu dem Auftreten eines Intelligenzdefektes kommen sollte, so betont er überdies für die leichteren Formen wiederholt das Vorhandensein einer gewissen, meist allerdings nur partiellen Krankheitseinsicht, sicher auch kein Zeichen eines Defektes. Jedem der sich eingehender und länger mit der geistigen Verfassung alter Anstalts-schizophrenen beschäftigt, drängt sich die Auffassung BLEULERS als die wirklich zutreffende auf; gewiß versagen viele Schizophrene bei intellektuellen Leistungsprüfungen; aber die Art, wie sie versagen, und vor allem das, was sie unter Umständen noch leisten, zeigt die Besonderheit ihrer Defekte, die mit den bekannten Bildern des intellektuellen Abbaues bei anderen organischen Hirnerkrankungen oder gar mit den Formen des angeborenen oder früh-erworbenen Schwachsinnns nicht gleichgestellt werden können. Diese Abgrenzung ließe sich präziser durchführen, wenn eine exakte psychologische Analyse der verschiedenen Demenzformen vorläge; jedenfalls allein aus dem Leistungsdefekt auf eine Verstandesschwäche zu schließen, geht nicht an, nachdem CARL SCHNEIDER selbst die beschränkte Brauchbarkeit reiner Leistungsprüfungen

für die Kennzeichnung eines psychischen Zustandes aufgewiesen hat. Gewiß ist es im Einzelfall bei jenen negativistischen und abgekapselten Patienten, die z. B. an der Kante zwischen Wand und Boden herumliegen, „das Gesicht gegen die Wand gekehrt und oft noch mit einem Tuch oder den Händen bedeckt“, wie sie BLEULER beschrieb, nicht möglich, sich von dem potentiellen Vorhandensein der formal-intellektuellen Fähigkeiten zu überzeugen. Aber die gelegentlichen Äußerungen auch solcher „Ruinen“ und vor allem das Studium der zugänglichen Kranken ergibt, daß die Bezeichnung „sekundäre Demenz“, wenn man sie im Bereich der Schizophrenie gebrauchen will, etwas ganz anderes bedeutet als bei den Endzuständen anderer organischer Erkrankungen. Es liegt nahe, bei der habituellen Anpassungsunfähigkeit des alten Schizophrenen an neue Aufgaben, von „Verblödung“ zu sprechen, aber schon der Umstand, daß er vielfach aktiv Maßnahmen ergreift, um solche Anforderungen abzuwehren, deutet auf die Besonderheit der geistigen Verfassung des Kranken.

Soll der Begriff Endzustand im Rahmen der Schizophrenie etwas Charakteristisches bezeichnen — damit greifen wir auf die eingangs gestellte Frage zurück — so ist er nicht durch einen besonders hohen Grad des „Schwachsinn“ oder der „Verblödung“ zu definieren; sondern wir bezeichnen damit jene Zustandsbilder, bei welchen der Krankheitsprozeß für längere Zeit zur Ruhe gekommen (ob endgültig, bleibt immer fraglich), eine relative Stabilität eingetreten ist, und nun der Kranke *sich mit den Symptomen einrichtet*. Diese Erscheinung der *Anpassung an die veränderte Eigenwelt* bedeutet ja keineswegs in jedem Fall auch eine Umwelteinfügung im biologischen Sinne; im Gegenteil die Abwehr der Realität gehört sehr häufig zu den allerersten „Anpassungserscheinungen“. Eine ganze Reihe schizophrener Merkmale, wie sie besonders in den Schilderungen der Monographie BLEULERS enthalten sind, welche ja auf dem Krankenmaterial einer Pflegeanstalt fußt, sind das Ergebnis solcher „Einrichtungen“ und für die Endzustände kennzeichnend.

Mit diesen Phänomenen wollen wir uns hier in erster Linie beschäftigen; noch einmal eine Darstellung der schwereren Grade aller Hauptsymptome zu geben, scheint nicht erforderlich. Wir beginnen mit dem *Autismus*, den auch BLEULER als sekundär ableitet, der jedoch von manchen Autoren, z. B. MINKOWSKI, in den Mittelpunkt der Symptomatologie gestellt wird. Zu der Erscheinung, wie sie BLEULER erfaßt, gehört nicht nur die Abkehr von der Realität, sondern die Hinwendung zu einem rein affektiv bestimmten Binnenleben, in welchem die Komplexe unbekümmert herrschen. Demgegenüber kennt MINKOWSKI den „*autisme pauvre*“ der leeren Hebephrenen. Daß in der Tat in den passiven, versunkenen, oder auch in den aktiv sich absperrenden, unzugänglichen Endzuständen sich oft nichts von Wahnideen oder phantastischen Träumereien abspielt, daß manche unter ihnen dahin vegetieren, ohne daß auch nur Reste von Wahnerlebnissen oder anderen produktiven Symptome der akuten Psychose in ihnen wirksam sind, daran kann für den unvoreingenommenen Beobachter kein Zweifel sein. Diese Kranken werden weniger beachtet, aber daß sie existieren, ist wichtig. Ihr Autismus ist die Folge des Aktivitätsverlustes bei affektiver Erkaltung, oder aber bei erhöhter affektiver Ansprechbarkeit, die zur Reizabwehr führt: diese äußert sich entweder in der Form des Sichabwendens, Sichverkriechens, Zusammenkauerns unter der Bettdecke, oder sie zeigt sich als eine Neigung zur Zornmütigkeit und Wutausbrüchen. Diese Reizbarkeit vieler älterer Schizophrener erklärt BLEULER aus ihrer Verständnislosigkeit für die Situation und vergleicht sie mit der blinden Wut des gefangenen Tieres, dem Scheuen des Pferdes, dem Verhalten von Kindern und Idioten in unverständlichen Situationen. Zutreffend ist fraglos die Deutung dieses zornmütigen Verhaltens als eines reaktiven. Die Patienten, die jahrelang bei jeder Anrede



losschimpften oder bei jeder Mahlzeit einen Teller an die Wand warfen, sind seit der konsequent durchgeführten Arbeitsbehandlung selten geworden. Wie man diese Reizbarkeit auch immer genetisch ableiten mag, sie gehört phänomenologisch zu jenen „attitudes schizophréniques“, welche dem an seelischen Möglichkeiten so außerordentlich eingengten und verarmten Endzustand unter Umständen als einzige zurückbleiben.

Ehe wir in eine Schilderung des inhaltlich erfüllten Autismus eintreten, sei diese „Aktverarmung“ (MAYER-GROSS), Einengung, Erstarrung, „Versimpelung“ (BERZE) dargestellt.

BERZE geht von der schizophrener Begriffsbildung aus und findet bei den Defektzuständen im Gegensatz zu den flüchtigen „Momentbildungen“ der denkgestörten akuten Schizophrenie übermäßig beständige, starre Bildungen. Die Persönlichkeit entfaltet „immer nur eine bestimmte, gleiche, beschränkte Anzahl von triebartigen Tendenzen“. Es mangelt „die Modulierbarkeit der aktuellen Persönlichkeit“. Diese Erstarrung erstreckt sich aber nicht nur auf das Denken, ja oft nicht einmal vorwiegend auf die Denkinhalte. Diese können unter Umständen ganz indifferent sein, wohingegen gerade auf affektivem Gebiet jene Einengungen wie „bourdonnement morbide, regret morbide“ (CLAUDE, MINKOWSKI) u. dgl. herrschend sind.

So beobachtete ich in Rheinau eine ältere Schizophrene, die sich ständig aufs bitterste über ihre Freiheitsbeschränkung beschwerte, auf Anstalt und Ärzte schlecht zu sprechen war, die aber alles, was sie vorbrachte, in einem süßlich gezierten, leicht erotischen Ton äußerte, einerlei ob sie ihre Beschwerden vorbrachte, über Gleichgültiges sprach, oder von ihrer erotischen Vergangenheit erzählte, ob sie mit den anderen Kranken, der Pflegerin oder dem Arzt redete: alles kam im Tonfall des verliebten jungen Mädchens; dementsprechend richtete sie sich ihre Kleidung her, so ging und hielt sie sich, sie zeichnete kleine Blumenranken um Namen, die sie auf Zettel schrieb. Ging man auf diese Manier ein, so war sie entzückt, sprach man sachlich mit ihr, so verkroch sie sich. Sie konnte anscheinend nur noch dieses Register ziehen, alle anderen affektiven Haltungen waren verloren.

Es handelt sich, wenn man will um eine psychische Stereotypie, die aber das Gesamtverhalten betrifft und auf alles ausstrahlt, was an seelischen Regungen in ihr vorgeht.

Ein Patient beschäftigte sich mit der Abrechnung von Zentraleuropa: jeden Morgen ließ er sich vom Pfleger eine große Papierrolle überreichen, die er abends zuvor zur sorgfältigen Aufbewahrung übergeben hatte, setzte sich an eine Tischecke, breitete seine Papiere aus und setzte auf großen Packpapierbögen voller Ernst seine „Berechnungen“ fort, stereotyp angeordnete Zahlenreihen, ohne System untereinander geschrieben (vgl. Abb. 50). Dabei schien er mit voller Aufmerksamkeit beschäftigt, beklagte sich bitter über die Störungen durch andere Patienten, hielt sorgsam seine Arbeits- und Mußezeit ein. Fragte man ihn näher, so erhielt man über lange Zeit nur die Antwort, er müsse das machen, schließlich bezieht er sich auf einen Auftrag von Gott. Von einem greifbaren klar umschriebenen Wahnsystem ist keine Rede. In Gesten und Haltung macht er durchaus den Eindruck eines gewissenhaften, vielbeschäftigten Angestellten, in den er völlig versteinert ist. Nichts interessiert ihn, es gelingt nicht, ihn etwa in eine natürliche Patient-Arzt-Einstellung hinein zu bringen, alles läuft an ihm ab, nur wenn man von „Zentraleuropa“ spricht (stereotype Überschrift seiner Zahlentabellen) wird er lebhafter, spricht von der schweren Arbeit, den unliebsamen Störungen u. dgl.

Die folgende, in anderem Zusammenhang 1921 mitgeteilte Beobachtung zeigt die Einengung auf eine spielerisch-scherzhafte Haltung:

Der Kaufmann *Jonas Blumenthal* erkrankte im 31. Lebensjahr und ist jetzt seit 18 Jahren in der Anstalt. Die Psychose begann mit einem halluzinatorischen Erregungszustand, in welchem „exaltierte religiöse Wahnvorstellungen“ vorherrschten. Bald war er in gehobener Stimmung, bald ruhiger aber unlenksam. Nach der Aufnahme war er zunächst sehr gesprächig, heiterer Stimmung, sprach von der messianischen Zeit, die gekommen sei, er sei der König der Juden, berichtete von Erfindungen, die er gemacht habe, von Anfeindungen, dem himmlischen Strafgericht usw. Nach einigen Wochen wurde er mehr und mehr verschlossen; nur andeutungsweise sprach er von seinen Ideen, er zog sich von jedem Verkehr zurück, stand jahrelang fast stuporös in einer Ecke und wich dem Arzt aus. In seinem Äußeren wurde er unsauber. Aus diesem Zustand entwickelte sich ohne feststellbare Grenze

das jetzige Verhalten, das in der gleichen Form seit etwa 1912 besteht. B. wird gegenwärtig als Typhusbacillenträger im Bett auf der Krankenstation gehalten. Bei zahlreichen Besuchen fanden wir ihn stets in der gleichen freundlich-zufriedenen Stimmung, die sich zusammen mit einem Zuge von scherzhafter Verschmitztheit deutlich auf seinem Gesicht ausdrückte, ohne daß die Miene dadurch etwas Starres bekommen hätte. Seine Bewegungen beim Sprechen und die Gleichförmigkeit seiner Stimme wirkten allerdings etwas steif, zumal er häufig das Gebahren eines alten Militärs nachzuahmen schien und plötzlich sich stramm hinsetzte, militärisch grüßte und „Hab die Ehre“ schnarrte. Diese Manieren schienen aber in seine heitere Grundstimmung gleichsam eingepaßt, sie wirkten wie eine Art Spaß zwischen seinen anderen Produktionen.

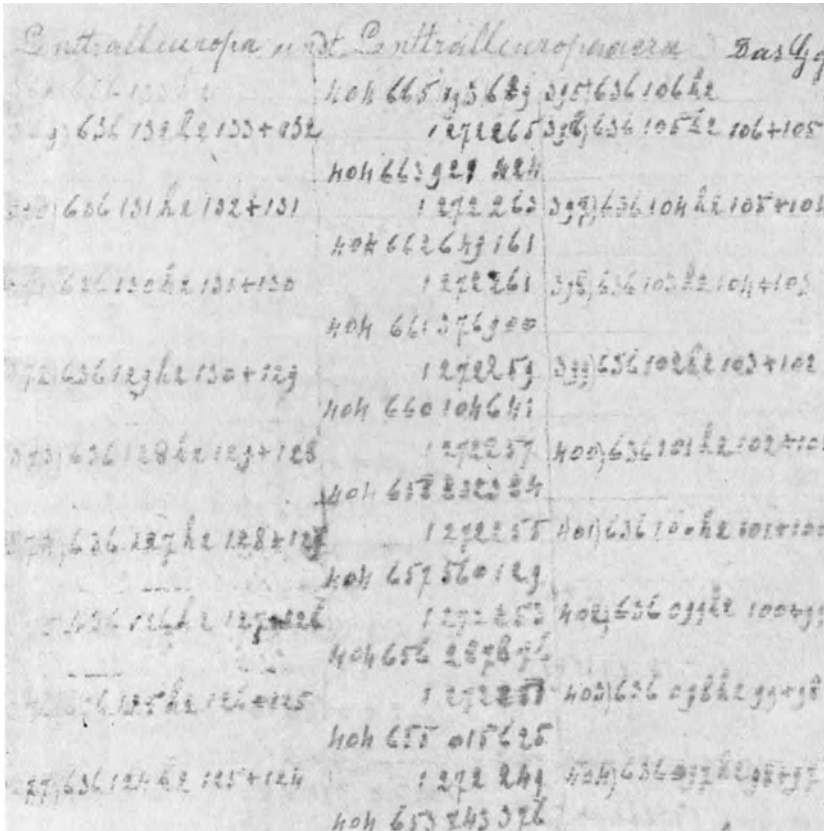


Abb. 50. Ausschnitt aus einer stereotypen Rechentabelle (s. S. 570).

Es war nun völlig unmöglich von B. zu erfahren, wie er sich selbst und seine Umgebung beurteile, oder ein geordnetes Gespräch über indifferente Dinge zu führen. Er ließ sich niemals in seiner Beschäftigung mit sogenannten „Münz- oder Markenentwürfen“ irremachen. Über diese Tätigkeit aber berichtete er bereitwillig, meist spontan, wenn man herantrat; er machte auf Wunsch seine „Entwürfe“ schriftlich, und wenn man im Gespräch auf seine Produktionen einging, wurde er sehr angeregt und von unerschöpflicher Lebhaftigkeit. Das Entwerfen von Münzen oder Marken bestand in dem Aneinanderreihen von Städtenamen, Frauennamen, Berufsbezeichnungen u. dgl. Wenn er allein war, flüsterte er diese Reihen vor sich hin, die er ständig variierte: 2 Mark Alzey, 2 Mark Schwalbach, 2 Mark Mergentheim usw. Oder 1 Mark Kommis, 1 Mark Reisender, 1 Mark Lehrling usw. War er durch die Anwesenheit von Zuhörern angeregt, so machte er zu jeder Bezeichnung noch irgend eine Bemerkung, oft scherzhafter Art. Man hatte nicht den Eindruck, daß es sich bei diesen Äußerungen um Wiedergabe von Sinnestäuschungen oder autochthonen Ideen handelte, es konnte jedenfalls niemals Sicheres dieser Art festgestellt werden; auch

als B. eines Tages statt Münzen von einer „Homus“-Reihe sprach, die er scheinbar an sich vorüberziehen ließ, deutete in seinem Verhalten nichts auf Trugwahrnehmungen. Wir geben Bruchstücke aus dem damaligen Gespräch wieder: „Mein Name ist Christian Braunfels, nach meinem Namen wurde die Stadt Braunsfeld gebaut. Ich höre auch auf den Namen Dessauer, homus Dessauer; wenn Herr Doktor den Namen Dessauer aufrufen, können Sie es feststellen, Herr Doktor sind eingeladen; als Soldat bin ich hier einquartiert in Braunsfeld-Klingenmünster. Vielleicht bin ich der Anfang eines Geschlechts, der Neumond, ein Planet. Ich wurde eingesetzt, der alte Mond hat die Leute totgeschlagen. Sehen Sie — jetzt kommt homus Nikolaus III. Alexander aus Rußland — jetzt geht er wieder; homus Breslauer, der hat angezeigt, daß ich ihn verdränge, er hat mich in der Synagoge zur Anzeige gebracht. Homus Fürst Bismarck, angeklagt von seiner Frau Johanna wegen 2000 Mark Vermögen. Homus Zacharias Baumblatt, schlägt mich im Jahre 7000 tot, sehen Sie, jetzt zückt er den Säbel, den Blutsäbel. Homus Helfrich hat Unglück als Soldat, wegen Diebstahls zu Gefängnis verurteilt. Homus Stibal aus Böhmen hat ein Jahr Gefängnis, weil er mit seiner Frau Streit anfängt. Homus Boppendorf, ein jungen Pfarrer, verdrängt den älteren...“ Durch Zwischenfragen läßt sich B. immer wieder zu neuen Varianten bringen; er behauptet im gleichen halb ernsthaften Tone von sich, er sei ein Golem, der Kaiser von Rußland, ein Fuchs im Frankenwald, Martin Luther, Heine, die rote Babette, ein gebratener Hahn usw. Gegen Einwendungen ist er stets gewappnet, weil er nie etwas festhält, und wenn er zu irgend einer ganz absurden Behauptung mit lachenden Mundwinkeln beteuert: „Herr Seelenarzt, ich lüge nicht, es ist die reine Wahrheit“, so glaubt man die Ironie schon im Tonfall dieser Versicherungen durchzufühlen, die sich denn auch in seinem Mienenspiel deutlich ausdrückt. In einer selbstverständlichen Ungebundenheit schaltet B. mit der ganzen Fülle seiner Erinnerungen mit Realem und Phantasiertem, mit Raum und Zeit, nie hört man von ihm etwas Ernsthaftes, nichts Feststehendes gibt es, das er mit anderem Ausdrücke vorbrächte; nur die ganze Haltung, die Bereitschaft Reihen zu bilden und Einfälle mit scherzhaftem Einschlage zu produzieren, bleibt stets die gleiche in dem grenzenlosen Fluß seiner Äußerungen.

Vielfach tritt diese Verarmung an intentionalen Möglichkeiten dadurch nicht so deutlich in Erscheinung, daß die Kranken sich äußerlich gut in die Anstalt einfügen, aber, wie sich bei einem Gespräch zeigt, ohne jedes Interesse für die Arbeit und ohne Anteilnahme an ihren Voraussetzungen und ihrem Sinn, obschon sie intellektuell dazu imstande wären. Erst wenn man ein ganz bestimmtes Thema berührt, bei einem „Stichwort“ scheinen sie gleichsam aufzuwachen, es zeigt sich eine Fähigkeit zu lebhafter affektiver Reaktion in einer bestimmten Richtung, die als einzige anspricht, sobald überhaupt eine Erweckung der noch vorhandenen gemüthlichen Regungen gelingt. „Wo sie spontan und mit innerer Beteiligung dabei sind, wird das eine Register gezogen, das allein Ausdruck eines personalen Aktes für sie geblieben ist“.

Denkt man bei den zuvor geschilderten Fällen, bei welchen alle Äußerungen von einer gleichförmigen affektiven Tunke übergossen scheinen, an eine Automatisierung einer vielleicht in der akuten Psychose eingenommenen Haltung, so bestehen bei dieser Einengung der affektiven Anteilnahme auf einem Inhalt Beziehungen zu den Absperrungs- und Spaltungsvorgängen inhaltlicher Art, die wir alsbald besprechen werden. Daß aber auch hier eine komplexmäßige, inhaltliche Beziehung der Störung nicht vorzuliegen braucht, zeigt die folgende Beobachtung, die mir CLEMENS NEISSER gelegentlich mündlich mitteilte:

Ein seit Jahren internierter geordneter Schizophrener, dessen manifeste Krankheits-symptome nur noch darin bestanden, daß er sich von Zeit zu Zeit an eine ferne Stelle des Anstaltsparks begab und dort in ein sprachverwirrtes Geschimpfe auf Kaiser Wilhelm den I., seinen angeblichen unehelichen Vater, ausbrach, war Zeuge eines Anfalls, den ein Paralytiker bekam, der mit ihm Billard spielte. Er rannte aus dem Zimmer, offenbar um den Pfleger zu Hilfe zu holen; als er schließlich vor ihm stand, brachte er die sprachverwirrte Schimpfrede auf den Kaiser vor.

Vergegenwärtigt man sich diese Einengung der Persönlichkeit, so gelangt man auch vielleicht eher zum Verständnis der grotesken *Pedanterie*, welche die Betätigung der schizophrener Endzustände oft auszeichnet. Mit einer unbeirrten Exaktheit gehen sie der angewiesenen Arbeit, oder auch der selbstgewählten schriftlichen oder zeichnerischen Betätigung nach, die oft in erstaun-

lichem Widerspruch zu dem Gegenstand steht, auf den sich diese Sorgfalt erstreckt, bis zum Sammeln von Papierfetzchen oder glänzenden Steinchen u. dgl. m. Auch hier besteht in der Regel eine gewisse einheitliche Gesamthaltung, auch der Anzug und die Lebensführung wird in die „organische Ordentlichkeit“ (WETZEL) einbezogen. (Über den Sammeleifer vgl. S. 444.) Aber es finden sich auch unverbunden pedantisch gepflegte Einzelgebiete bei Persönlichkeiten, welche äußerlich verwahrlost oder völlig denkzerfahren oder sprachverwirrt sind.

Die eindrucksvollsten Beispiele dieser Pedanterie stellen die rationalisierten wahnhaften Systeme (rationalisme morbide, geometrisme morbide der Franzosen) dar, welche in umfangreichen Schriftstücken niedergelegt werden: PAUNCZ hat als „Tagebuchblätter“ eines Schizophrenen ein solches Schicksalsberechnungssystem veröffentlicht. Aus dem beinahe 4000 Seiten umfassenden Werk hat er einen kleinen Teil analysiert, um das Prinzip der Zahlensystematik herauszustellen, die der Patient zur angeblichen Vorausberechnung von Ereignissen anwendet. Wir geben zunächst eine Probe aus den Aufzeichnungen:

„Beabsichtigt man derzeit in übrigerweise festzustellen, — wie viele Kalendertage Zeitabstand zwischen dem Beginn meiner Erkrankung „an Gesichtsrose“ (ab 8. 5. 25) — und dem Beginn — tagesdatum meiner zweiten Erkrankung „an Mandelentzündung“ (ab 22. Sept. 25!!) — von Schicksalswegen festgefügt tatsächlicherweise gelegen sein mußten (nämlich zwischen dem besagten 8. 5. 25 — bis zum 22. 9. 25 hin geltend); alsda greife man derzeit auf meine rückstehend sichtbare Berechnung zurück; bezüglich werte jene daselbst errechnete, gewonnene „Krankheitszahl 228zig“ hier- nun folgend in neuer Weise an; das zeigt:

Krankheitszahl 228zig in mittelbarerweise z. Zt. gewonnen aus meiner eigenen M. Ruf (+) plus Zunamenzahl 329zig und dem Restwert A 101 =, welch letzterer bekanntlich zuvor gewonnen war — aus dem Wurzelstumpfen-umfang-maß „D“ von von 146,5 cm, jenes Windbruches in Mühlh. am 9. bis 10. 2. 1925,  
minus (—) den 100ten Menetekeltag usw. wie viele Kalender-Tage gelegen sein mußten zwischen meiner damaligen ersten Erkrankung an Gesichtsrose (ab 8. 5. 1925 bis zum 22. 9. 25 dem Tage meiner zweiten Erkrankung „an-Mandelentzündung“

bleibt	<u>128</u>	
plus (+) den	<u>10ten</u>	Menetekeltag usw.
gibt =	138	
minus (—)	<u>1ne</u>	Frage ans Schicksal usw.
da verbleibt	137	

als Krankheitsdifferenztag-Zahl 137, — — — — mit Hinweis darauf, daß zwischen meinen beiden wesentlichen Erkrankungen im Kalenderjahre 1925zig damals tatsächlicherweise gerade 137 tage Differenzzeitentfernung bestanden haben (8. 5. — 22. 9. 1925)

denn meine zweistellige Erkrankung an — Mandelentzündung begann

damals am 241ten Menetekeltag usw. (22. 9. 1925)

— — und meine erststellige Erkrankung zuvor — — an Gesichtsrose hatte bekanntlich begonnen

damals am 104ten Menetekeltage usw. (8. 5. 1925)

so daß mith. „137“ *„Tage Differenz-Abstand“* tatsächlich zwischen vorbenannten Krankheits-anfangsterminen — — zwischen dem 8. 5. 1925 — und dem 22. 9. 1925 gelegen sind, wie ich solches bereitsvermittelt obiger gewonnener, errechneter — Krankheits-differenzzahl 137 errechnet und nachgewiesen hatte in mittelbarer Form bekanntlich aus jenem Wurzelstumpfen-umfangmaß „O D“ von 146,5 Centimeter jenes Buchen-Windbruches im Mühlhäuser Walde vom 9—10. 2. 1925; — — laut erklärender Angaben zu Anfang des letzteren Exempels daselbst sichtbar erwähnt“.

Die Analyse der Gedankenarbeit, die hier geleistet wird, zeigt zunächst einmal die Überbewertung des Gedächtnismaterials, jenen *Erinnerungskult* der Schizophrenen, von dem wir schon an anderer Stelle ein Beispiel mitteilten. An diesem Material beweist der Patient, obwohl er angeblich prophetisch vorher-sagen will, „Dinge, deren Tatsächlichkeit von niemand bezweifelt wird, daher gar nicht bewiesen zu werden braucht“. „In Beziehung gesetzt werden Tat-

bestände, die zahlenmäßig umgearbeitet, gerade zu den aktuellen Zahlenoperationen passen“. Die Methode selbst weist deutliche Merkmale der schizophrenen Denkstörung auf: Verschwommenheit der Begriffsgrenzen, Bedeutungsverschiebungen vom Ganzen auf ein Teil, Auflockerung der Beziehungssetzungen, Nivellierung der Begriffe usf. Daneben nimmt PAUNCZ primäre wahnhaftige Bedeutungserlebnisse als erlebnismäßige Gestaltungsfaktoren an. Er spricht schließlich von einer „Hyperfunktion der analytischen Seite des Seelenlebens, das zu dieser zahlentechnischen Riesenarbeit geführt hat, alles im Dienste der intellektuellen Ichinstanzen; die tiefen Affekt- und Triebsschichten spielen fast gar keine Rolle oder wenn ja, so werden sie durch das überwuchernde und überwältigende Ich verintellektualisiert, vergeistigt“.

Die Haltung des unbeirrbaren, kühnen *Größenwahns*, der diese beträchtliche Willensleistung entspricht, ist, wenn man will, auch eine der Anpassungserscheinungen des Endzustandes. Sie verbindet sich, wie der Fall PAUNCZ zeigt, und wir in vielen Fällen eigener Beobachtung oft gesehen haben, keineswegs immer mit einer von der Wirklichkeit völlig unabhängigen halluzinierten oder wahnhaften Wunschwelt. Sondern sehr häufig besteht das Bedürfnis auf die Realität zu wirken, sie zu verbessern, dem wahnhaften Weltbild einzugliedern.

In Rheinau beobachtete ich 3 schizophrene *Göttinnen*, von denen zwei täglich durch Schimpfen, Ermahnen und Belehren ihre Herrschaftsrechte auf die übrigen Kranken auszudehnen suchten. Eine von ihnen wartete täglich auf die Aushändigung der Abteilungsschlüssel und verlangte sie vom Arzt immer wieder mit ernster Intensität. Die eigentümliche Zuversicht und Unbeirrbarkeit, mit der diese Paranoiden ihre Wünsche vortragen, braucht selbst nach Jahren und Jahrzehnten noch nicht als stereotyper Leerlauf anzumuten. Mit jedem neuen Assistenzarzt flammte bei der einen dieser Göttinnen die Hoffnung auf Überbringung der Schlüsselbotschaft aufs neue auf, sie modifizierte, je nach dem Verhalten des Arztes, ihre Wünsche und ihre Ansichten über die Gründe, warum er nicht ihrem Recht zum Sieg ver helfe.

Daneben stehen die Fälle restloser Sicherheit und Geborgenheit in der Wahnwelt, eine Haltung, die in mannigfaltigen Formen in Erscheinung tritt: eine träumerische Versunkenheit zeigt z. B. der folgende in der Anstalt Klingenstein beobachtete Fall:

Der Tagelöhner *Josef Meier*, der vor 14 Jahren in seinem 24. Lebensjahr erkrankte, stammt von einer schizophrenen Mutter. Als die Krankheit ausbrach, ging er tagelang zu Fuß in die Anstalt, wo die Mutter untergebracht war; nur mit Hemd und Hose bekleidet kam er an, er habe unterwegs seine Kleider und alles was er hatte, „geopfert“, es war ein „Bußgang“, wie er später erzählte. Anfangs war er zeitweise heftig erregt unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen, später vorübergehend völlig in sich versunken, meist unter der Bettdecke. Dreimal konnte er auf kurze Zeit aus der Anstalt entlassen werden, hat dann auch draußen gearbeitet, jetzt ist er seit Jahren in einem ziemlich gleichförmigen Zustand. Er arbeitet immer nur kurze Zeit in den Betrieben der Anstalt, meist sitzt er untätig umher, liegt mit geschlossenen Augen auf einer Bank oder im Garten auf der Wiese, oder er spaziert lachend zwischen den anderen Patienten, deren Äußerungen und Benehmen ihn scheinbar gleichgültig lassen. Er blickt einen stets mit strahlenden Augen an, hat ein faltenloses, pausbäckiges, von der Sonne gebräuntes Gesicht, aus dem man nicht entfernt auf sein tatsächliches Alter schließen würde. Seine einzige Betätigung ist zeitweise ein gleichförmiges Aufnehmen und Fallenlassen kleiner Stanniolfetzchen, die er irgendwo gefunden hat.

Dem Arzt gegenüber gab er sehr bereitwillig und mit viel Wärme und Interesse eine ausführliche Darstellung seines Lebens und seiner Psychose. Die akuten Zustände faßt er jetzt als eine Art Läuterung auf dem Wege zur ewigen Seligkeit auf: „In der Zeit mußte ich alles überwinden: Pest, Krankheit, meine Körperkräfte erproben, die ganze Schwere der Not hat sich mir auferlegt, alles was an den Menschen kommen kann“. Jetzt ist er das „Gotteskind“, er hat figurenreiche, bedeutungsvolle Träume, er redet mit den Geistern in den Bergen, die ihm ein besonders schön klingendes Echo als Antwort geben, er kennt die Zusammenhänge in der Natur, in die nur ein Gotteskind eindringt. Wenn er mit geschlossenen Augen daliegt, begreift er die Wahrheit: „Der Mensch hat die Augen zu, ein anderer, der ihn beobachtet, denkt, er schläft. Aber nur so wird man fühlbar mit dem

Element, man ist tief im Ernst, tief im Geist, man hilft mit, die Erde regieren, wenn man ganz ruhig ist“. Immer wieder kommt er auf die Wichtigkeit völliger Ruhe zu sprechen, daß er sie in der Anstalt nicht immer findet, ist das einzige, was er gegen diese einzuwenden hat. Der Aufenthalt hier hat ihn „um viele Millionen dem Himmel näher gebracht“.

Auf die Frage, warum er hier nicht arbeite, erklärt Meier: „Ich weiß, für was ich lebe, ich folge als Gotteskind diesem Gedanken: *Das Spiel ist das reine Leben, es ist reicher wie die Arbeit*. Arbeit ist eine Mission, Spiel ist der Lohn“. In bezug auf die Beschäftigung mit den Stanniolblättchen erklärt er: „*Das ist das volle Leben! Wenn der Mensch mit den Sachen spielt*, seinen Geist zerstreut“. Er habe es zum Zeitvertreib getan und meine, es wäre sehr wohltätig für die Kranken in den Anstalten, wenn die Leute, um die sich kein Mensch kümmere, etwas zum Spielen hätten. Übrigens spiele er in letzter Zeit nicht mehr, denn er sei so weit mit Gott vereinigt, daß er immer etwas zu denken und daher keine Zeit zum Spielen habe.

Hochfahrende Abgeschlossenheit und verantwortungsbewußter Stolz waren die Haltung eines anderen Kranken in der gleichen Anstalt, der mir wegen seiner scherzhaften Musikbetätigung auffiel:

Der jetzt 55jährige *Johann Schilde* ist seit 12 Jahren dauernd in der Anstalt. Er soll früher sehr reichlich getrunken haben. Seine Krankheit begann mit einem Zustand angstvollen Halluzinierens, das schon ein Jahr vor der Aufnahme bestanden haben soll und aus dem sich allmählich das jetzige Bild entwickelt hat. Die seitdem bestehenden Sinnes-täuschungen dauern noch an. Er hört „überseeisch“ alles, was in der Welt vorgeht, auf diese Weise ist ihm angeblich eine merkwürdige, unverständliche Sprache beigebracht worden, die er französisch nennt, ein Kauderwelsch, dessen er sich aber nur im Verkehr mit den „oberen Herren“ bedient, und in das er nur verfällt, wenn man mit ihm über den „Napoleonskram“ spricht, worunter er seine Tätigkeit als Weltherrscher versteht, die er ständig mit großer Verantwortung ausübt, wie er häufig betont. Er hat diese Herrschaft bisher nur inkognito, „ohne daß jemand was davon inne wird“, sobald er die Augen schließt, gehen auf Zettel geschriebene Befehle zu den „oberen Herren“, seinen Funktionären, von denen er aber bis zu einem gewissen Grade abhängig ist. Er wartet nur, bis er die „Licht-Sicht“ bekommt, dann verläßt er die Anstalt und tritt sein göttliches Amt an. Schon jetzt verfügt er frei über die Zeit, ungeheure Geldsummen stehen ihm zur Verfügung, er kann tausende von Sprachen sprechen usw. Oft steht er in einer Ecke und spricht „französisch“ vor sich hin. Einige Male am Tag aber sieht man ihn plötzlich mit den hohlen Händen die Ohren verschließen und, während er mit den Fingern im Takt auf den Kopf klopft, singt er eine coupletartige Melodie, die nur wenig variiert wird, Worte, die teils seinem Französisch entstammen, teils Reminiszenzen aus Karnevals-sitzungen, wie sie in der Pfalz üblich sind, oder dergleichen zu sein scheinen. Sorgfältig werden die Strophen innegehalten, die begleitende Musik wird durch nasale und Schnalztöne diskret angedeutet, der Schlußreim jeder Strophe wiederholt, der Schluß des Ganzen mit Trommelwirbel und Paukenschlag gekennzeichnet. Wenn nun diese Kunstübung auch in der ganzen Anlage ziemlich gleichartig ist, so variiert doch Schilde jedesmal die Einzelheiten, vor allem die Worte, von denen man entschieden den Eindruck hat, daß er sie improvisiert, was man auch mitunter daran erkennen konnte, daß er stockte, oder den gleichen Vers wiederholte, wenn ihm nichts einzufallen schien.

Schilde selbst erklärte zu dieser seltsamen Betätigung, die ihm selbst Vergnügen zu bereiten scheint (vor allem aber auf den Zuhörer unwiderstehlich komisch wirkt), er habe eben auch das Theater und Varietéwesen der ganzen Welt unter sich und müsse für Unterhaltung sorgen. Das Stück, das er eben gesungen habe, werde jetzt in allen möglichen Städten der Welt gehört, so sei es u. a. gleichzeitig in Karthago aufgeführt worden usw. „Mein Inneres sagt mir, daß ich singen muß, es sind Sektionslieder, Französisch und Deutsch darunter gemischt“.

Von dieser Sicherheit aus gelangen nun manche Kranke zu einer Anpassung an die Wirklichkeit im Sinne einer resignierten Eingliederung. Bei *Schilde* ist trotz seiner humoristischen Intermezzos davon bisher nichts zu bemerken. Sie erfolgt, wie BERTSCHINGER, MAYER-GROSS, MAX MÜLLER und zuletzt FLECK gezeigt haben, mit dem „Ende der Kampfphase“, wofür ich die Bezeichnung „zweiter Knick“ vorschlug. Über das Vorkommnis selbst, seine Auffassung als Alterssymptom durch FLECK, wurde früher (S. 540) gesprochen.

Ob dieser zweite Knick, wie BERTSCHINGER und MÜLLER meinen, in der Tat regelmäßig mit dem Abschluß des Wahnsystems oder seiner Rationalisierung in kausalem Zusammenhang steht, ob nicht Momente des inneren Krankheitsverlaufs beides bewirken: Konsolidierung des Wahns und Offenwerden

für die Wirklichkeit — das scheint mir nicht entschieden. Immerhin ist, wenn man auch in bezug auf die Wirksamkeit psychischer Einflüsse auf die Schizophrenie skeptisch ist, zu bedenken, wie stark BLEULER, dessen Monographie sich vorwiegend auf die Beobachtung der Dauerformen stützt, den Einfluß psychogener Faktoren von vornherein betonte (Zornanfalle, Gedenktagaufregungen u. dgl. m.). Die Erfolge der Beschäftigungstherapie haben ihm, zum mindesten was die situativen Einwirkungen angeht, fraglos recht gegeben. So wird man bei der psychopathologischen Analyse der Endzustände vielleicht in noch stärkerem Maße als bei den Symptomen der frühen Schizophrenie immer wieder im unklaren sein, wieweit die Prozeßsymptome in irgend einem Erscheinungsbild noch sichtbar sind, wieviel Automatisierung und Einschleifung, wieviel Anpassung des noch erhaltenen Persönlichkeitsanteils ausmacht.

FLECK ist erstaunt über die Umgänglichkeit, Heiterkeit, Gemütlichkeit und das gesellige Wesen dieser alten Schizophrenen. Er betont das Milderwerden der Ansprüche, das Zusammensintern der Wahnideen, die Gewinnung von Distanz und den Humor und bringt dazu eine Reihe von Beispielen. Interessanterweise geht mit dieser Änderung keineswegs eine intellektuelle oder affektive Abstumpfung einher. Trotz der ertötenden Eintönigkeit und Gleichartigkeit des Verhaltens, das jeder dieser Kranken über lange Zeit beibehält, sind die individuellen Unterschiede erstaunlich und, soweit überhaupt produktive Äußerungen hervortreten, bzw. von den Kranken etwas über ihre Innenvorgänge zu erfahren ist, von einer großen Mannigfaltigkeit, entbehren keineswegs persönlicher Nuancen, die bei den Endformen anderer organischer Hirnkrankheiten (z. B. Epilepsie) zurücktreten.

Neben dem zweiten Knick ist, schließlich noch die „Spaltung im Längsschnitt“, die Isolierung der Wahnwelt (MAX MÜLLER) als eine wichtige Anpassungserscheinung der Endzustände zu erwähnen. Die Symptome führen eine Art Sonderexistenz, werden „wie ein Petrefakt mitgeschleppt“, wie ein lästiges Überbleibsel abgesperrt, wenig beachtet, mitunter anscheinend völlig verdrängt. Sie treten in Zeiten der Abgespanntheit, unter Alkoholwirkung hervor, oder situativ, auf ein Stichwort, oder sie bestehen fast ständig, werden in unbewachten Minuten „erledigt“. MÜLLER berichtet von einem Trambahnschaffner, der seit Jahren seine Stellung vorzüglich versieht. Er „begibt sich regelmäßig nach bedendeter Fahrkartenkontrolle zum Führerstand, spricht dort mit seinen Stimmen, hat dabei aber sein Augenmerk vollkommen bei der Sache, gibt die nötigen Klingelzeichen und ist sofort auf dem Posten, wenn ein neuer Fahrgast einsteigt“.

Ein früherer Rechtsanwalt, der in unserer Klinik einen schweren langdauernden Schub durchgemacht hatte, konnte in relativ geordnetem Zustand entlassen werden, führte aber draußen ein untätiges Leben und trank. In den Wirtshäusern war er dadurch bekannt und auffällig, daß er in der Trunkenheit auf den Tisch stieg und völlig unverständliche Reden in einer Art Kauderwelsch hielt und damit die Gäste belustigte: sprachverwirrte Produktionen, die nüchtern nie zum Vorschein kamen. Er wurde dadurch zum Gespött und deshalb aufs neue in die Klinik eingewiesen.

Das Zustandekommen solcher Abspaltungen, welche sich gewiß unter der Wirkung der modernen Beschäftigungstherapie noch häufiger entwickeln, ist dunkel. Sie zu kennen ist klinisch um so bedeutungsvoller, als der Eindruck der übrigen Persönlichkeit gerade bei dieser Spaltung im Längsschnitt ein relativ vollwertiger sein kann. Einen gewissen Einblick in die Genese eines solchen Zustandsbildes gewährt die folgende Beobachtung MAX MÜLLERS:

Emile Kn., geb. 1875. Der Vater war ein schwerer Trinker, jähzornig und brutal. Die Ehe der Eltern wurde später geschieden. Der Kranke war seit seinem zweiten Lebensjahr infolge einer Infektion an einem Auge beinahe blind, an anderen wurde er später hochgradig kurzsichtig. Als Kind schüchtern, furchtsam, zurückgezogen, steckköpfig, aber sehr intelligent, half er nach der Schule in der väterlichen Schreinerwerkstatt. Später arbeitete er in verschiedenen Berufen, durch die geschwächte Sehkraft stark behindert, meist als

Handlanger. Unstet vagabundierte er viel herum, geriet ins Trinken, wurde mehrmals verhaftet und abgeschoben, einmal während eines halben Jahres in einer Armenanstalt versorgt.

Im Jahre 1905 begann Kn. Stimmen zu hören, die ihm Sodomie vorwarfen. Er fühlte sich auf der Straße beobachtet und verspottet und fing an, sich intensiv mit religiösen Grübeleien zu beschäftigen. Er klagte sich an, er sei Atheist gewesen, habe die Bibel verachtet und werde dafür nun von Gott bestraft. Nach einem schweren Selbstmordversuch wurde er in die psychiatrische Klinik C. aufgenommen, wo die Diagnose auf Katatonie gestellt wurde. Im Juni 1906 erfolgte die Überführung nach M. Hier bot er das Bild einer katatonen Depression, später traten dann ständige Schwankungen auf, manisch gefärbte Erregungszustände wechselten mit ruhigeren Zeiten, der Kranke halluzinierte dabei aber ununterbrochen. Ein Entlassungsversuch im Jahre 1908 endete mit einem raschen Mißerfolg, indem Kn. freiwillig in die Anstalt zurückkam, da er draußen von den Stimmen noch mehr geplagt werde. In den folgenden Jahren war er fast ständig erregt, zeitweilig außerordentlich gewalttätig, spielte dann wieder tagelang stereotyp mit Papierfetzen und mußte bis 1920 auf der unruhigsten Abteilung gehalten werden. Zu jeder Aufforderung der Ärzte oder der Wärter halluzinierte er einen Gegenbefehl, er wurde von den Stimmen verhöhnt, aufgefordert, durch ein offenes Fenster zu springen, schrie und schimpfte oft stundenlang. Dazwischen klagte er wieder über seine Sünden und seine Gottlosigkeit, die Stimmen wollten ihn verführen, Atheist zu werden, im nächsten Moment fluchte er über die Pfaffen, die die ganze Welt ins Verderben gebracht hätten.

Im Jahre 1920 trat langsam eine Beruhigung ein, Kn. wurde geordnet, fing spontan an zu arbeiten, und konnte bald darauf in eine offene Abteilung versetzt werden, wo er seither — bald acht Jahre — geblieben ist. Er geht nun allein und ohne Aufsicht seiner Arbeit in der Anstaltsküche nach, zeigt im Alltagsgespräch ein freundliches, zuvorkommendes Wesen, nimmt mit Vergnügen an allen Anstaltsfesten teil, ist trotz seiner schwachen Augen ein eifriger Leser, bekümmert sich lebhaft um Politik und liebt es, sich in philosophische Diskussionen einzulassen, die er gewandt und intelligent führt. Dabei halluziniert er aber beständig und spricht nachts oder wenn er sich allein glaubt, mit den Stimmen.

Bei einer Nachuntersuchung im November 1926 gab Kn. zunächst willig und geordnet Auskunft über seine Kindheit und über den Beginn seiner Psychose. Wie an alle übrigen Einzelheiten, so erinnerte er sich auch an den Inhalt der Halluzinationen in den verschiedenen Krankheitsphasen ganz genau. Auf Befragen erklärte er aber bestimmt, es sei ausgeschlossen, daß es sich dabei um etwas Krankhaftes gehandelt habe. Dies sei unmöglich: Wenn die Stimmen nicht echt (d. h. nicht real) gewesen wären, so hätte er die Verleumdungen und Spöttereien auch hören müssen, wenn er sich den betreffenden Personen direkt gegenüber befand. Dies sei nie der Fall gewesen. Sobald er ihnen aber den Rücken gedreht habe, sei es losgegangen.

Bei diesen Erörterungen wurde Kn. nach und nach erregt, dann rief er plötzlich mit starkem Affekt: „Ich traue dem Geist gar nichts mehr, nur noch der Materie!“ (Er ergreift einen Tisch): „Von dem da weiß ich, daß er ist! . . . alles Geistige ist lügenerisch, alle Leute, die sich mit Philosophie und Religion beschäftigen, sind Lügner und schlechte Kerle. Auf diese Weise habe ich den Weg gefunden zu leben.“

(Wie sind Sie ruhiger geworden?) „Ich habe meinen Weg gefunden mit dem Materialismus. Ich habe mir gesagt, wenn es hier Geheimnisse gibt, die ich nicht ergründen kann, so lasse ich sie Geheimnisse bleiben, ich bekümmere mich nicht mehr darum. Auch jetzt noch höre ich jeden Morgen Stimmen, ich weiß nicht, ob von Wärtern oder von Patienten, aber ich kehre mich nicht mehr an die Leute, die einem die Sachen nicht ins Gesicht sagen . . . ich lasse sie schwatzen, gehe meiner Arbeit nach, finde Freude an der Lektüre und lebe wie ein anderer Mensch auch.“

Am nächsten Tage wurde gemeldet, Kn. sei im Anschluß an diese Unterredung und in der folgenden Nacht sehr erregt gewesen, habe laut gesprochen und gestikuliert, sei aber trotzdem zur Arbeit gegangen. In den folgenden Tagen bot er wieder das gewohnte Bild.

Aber auch diese Abspaltung braucht nichts Endgültiges zu sein, wie uns die Nachuntersuchung des folgenden Kranken belehrte. Es zeigte sich, daß die Bezeichnung Endzustand auch hier in bezug auf die Endgültigkeit des Prozeßstillstandes nur eine relative Berechtigung hat:

Lorenz Alois Emmerich (13/376), ein einfacher Landwirt, später vorübergehend Fabrikarbeiter, erlitt 30jährig einen Betriebsunfall dadurch, daß ihm ein Eisenstück gegen das Auge flog und eine Verletzung der Cornea und Iris verursachte. Er querulierte hartnäckig um eine höhere Rente. Seine Eingaben an die Berufsgenossenschaft wurden immer maßloser in ihren Vorwürfen und Beschuldigungen. Er beschuldigte das Schiedsgericht und die Ärzte grober Verfehlungen und schrieb zahlreiche verworrene Schriftstücke. Schließlich glaubte er sich auch vom Pfarrer seines Heimatdorfes beeinträchtigt und verfolgt. Es kam zu allerlei Streitereien mit der Umgebung, sein Mißtrauen und seine Unverträglichkeit steigerten sich mehr und mehr. Er schaffte sich einen Revolver an und bedrohte



seine Umgebung. Als er im 36. Lebensjahr in die Klinik gebracht wurde, war er in seinem Auftreten und seinem äußeren Benehmen völlig geordnet. Wenn man mit ihm über Indifferentes sprach, drückte er sich mitunter wohl etwas verschroben aus, nach Art eines Ungebildeten, der sich den Anstrich besonderer Fähigkeiten geben will; im übrigen schilderte er seinen Lebenslauf, die Zeitereignisse lebhaft, durchaus unauffällig, mit gutem Urteil. Er arbeitete, schien zufrieden, machte einen treuherzig-heiteren Eindruck. Das alles änderte sich völlig mit dem Augenblick, wo man auf den *Unfall* zu sprechen kam. Es ergießt sich dann ein Schwall völlig sprachverwirrter Äußerungen, die zum Teil in heftigster, zorniger Erregung vorgebracht werden. Er sei geplagt worden „von der Schlange des Gesetzes an seinem Blut. Er werde von Natur und Naturalien gequält, durch Verwirklichung anderer Natur der Fremdkörper“. Je präziser man ihn fragt, um so verworrener werden seine Antworten, die er aber selbstverständlich findet. Als man ihm vorhält, das sei Unsinn, erklärt er prompt, es sei Unsinn in der Öffentlichkeit, aber es habe große Bedeutung und großen Zweck, weil es „Bekennnisjacke der Erzeugungszustände“ sei.

H. führte, solange er in der Klinik war, diese Trennung der beiden Verhaltensweisen streng durch. Später scheinen in der Anstalt, wohin er versetzt wurde, die krankhaften Ideen wieder stark das Übergewicht bekommen zu haben. 7 Jahre nach dem Aufenthalt in der Klinik, ist er ganz erfüllt von dem Gedanken der Beraubung seines Blutes, klagt darüber, daß sich die Natur an seine Nerven hänge, daß sich ein Affe von seinem Blut nähre, das durch Silber aus der Lunge gesogen werde usw. und wünscht sich den Tod.

### 9. Der Tod.

Die Schizophrenie selbst führt nur in den seltensten Fällen von Katatonie mit Hirnschwellung (s. STEINER S. 287) zum Tode. Ob es sich bei plötzlichen Todesfällen im Stupor oder in katatonen Anfällen gleichfalls um Hirntod oder irgend welche andersartige Komplikationen (Status lymphaticus, FANKHAUSER) handelt, ist generell nicht zu entscheiden. Daß schwere Erregungen zum Herztod, in Verbindung mit Nahrungsmittelverweigerung zum Tode an Marasmus führen können, ist ohne weiteres einleuchtend. SCHEIDEGGER hat 39 hierher gehörige Fälle aus der Züricher Klinik ausführlich mitgeteilt, ohne dem Material neue Gesichtspunkte abzugewinnen zu können. Viele Schizophrenen enden im Beginn der Psychose durch *Selbstmord*. Unter 716 Schizophrenen zählte BRAUN 134 mit Selbstmordneigung. Während der akute katatone Schub vor allem durch verschiedene Komplikationen (s. Therapie S. 597) das Leben gefährdet, dürfte sich im übrigen die Lebensdauer vor allem der chronischen Schizophrenen von der gesunden Durchschnittsbevölkerung nicht wesentlich unterscheiden. LOEW berechnet das Gesamtdurchschnittsalter der Dementia-*praecox*-Kranken beim Tode auf 45,4 Jahre. Nach KERNER ist die Sterblichkeit etwas größer als die der umgebenden Bevölkerung.

Ein gewisses theoretisches und ein größeres praktisches Interesse kommt der Neigung der Schizophrenen zur *Tuberkulose* zu, die seit langem bekannt ist. Etwa die Hälfte der schizophrenen Anstaltskranken geht an Tuberkulose zugrunde und es hat nach der Zusammenstellung von OSTMANN aus der Anstalt Schleswig den Anschein, daß sich die Tuberkulosehäufigkeit in den letzten 30 Jahren nicht wesentlich verringert hat. Sie ist nach KRAEPELIN 4—5mal so groß als in der geistesgesunden Bevölkerung. Allerdings sind Zahlen aus der jüngsten Zeit, in welcher eine viel weitgehendere Beschäftigungstherapie Anwendung findet, noch nicht bekannt. Jedenfalls ist die Tuberkuloseanfälligkeit der Schizophrenen, wohl im Zusammenhang mit der Verbreitung des leptosomen Körperhabitus, sehr groß, ungleich größer als diejenige anderer psychischer Störungen. Daß auch diese Korrelation zu theoretischen Vermutungen über die unbekannte Ursache der Erkrankung Anlaß gegeben hat (WOLFER MAGENAU), wird uns nicht wunder nehmen.

Erwähnt sei noch die mitunter beobachtete Aufhellung verworrener Endzustände unmittelbar vor dem Tode, wobei die verschütteten affektiven Regungen der Persönlichkeit in einer unerwarteten Lebendigkeit zum Vorschein kommen können.

# V. Erkennung und Differentialdiagnose.

Von

W. MAYER-GROSS

Heidelberg.

## 1. Allgemeines.

Die diagnostischen Schwierigkeiten, welche in der Psychiatrie allenthalben dort bestehen, wo nicht greifbare körperliche Befunde den Ausschlag geben, konzentrieren sich auf dem Gebiet der Schizophrenie. Sie war und ist der Ausgangspunkt aller Theorien und Gedankenexperimente über das Problem der psychischen Erkrankung überhaupt; erst ganz neuerdings wieder hat KRONFELD ein sehr allgemein gehaltenes psychopathologisches Werk in eine Schizophrenietheorie auslaufen lassen. Wie sehr die allgemeinen pathologischen Fragen der Psychiatrie aber andererseits wiederum in der Schizophrenie eine besondere Formung erhalten, zeigt ein kleiner Aufsatz von KURT SCHNEIDER über „Wesen und Erfassung des Schizophrenen“ (1925). Stellt man seine Ergebnisse etwa der Auffassung von CARL SCHNEIDER gegenüber, wie das im folgenden geschehen soll, so erfaßt man in zwei Extremen die Problemlage, aus der einen Ausweg zu suchen unsere Aufgabe ist.

KURT SCHNEIDER verneint die Möglichkeit scharfer Abgrenzungen im Sinne der medizinischen Differentialdiagnose. Wie bei den Phänomenen der allgemeinen Psychopathologie, bei den Symptomkomplexen, den psychopathischen Persönlichkeiten könne man auch hier im Gebiet der Psychosen, soweit sich ihre Kennzeichen nur im Bereich des Psychologischen bewegen, nur zu *Typenbildungen* ohne präzise Grenzen gelangen, ohne absolute Richtigkeit der Zuordnung, rein zur praktischen Verständigung geschaffen, bis die *somatische* Forschung dereinst klare Scheidungen schaffe, welche vermutlich mit der psychologischen Ordnung nicht zusammenfallen werden.

Es handelt sich also um einen nicht etwa vorläufigen, sondern prinzipiellen Verzicht auf klinisch-symptomatologische Grenzziehungen, sogar die Unterscheidung von Entwicklung und Prozeß ist für KURT SCHNEIDER nur eine typologische, da jeder Fälle kenne, „in denen diese Fragestellung nicht weiterhalf“. Für die Erfassung der Schizophrenie sei der brauchbarste Modus die Diagnose aus dem *Verlaufstypus*. Zu ihm sei zurückzukehren, da die von BLEULER versuchte Erfassung aus der *Struktur* unsicher, die BLEULER schen Grundsymptome: Assoziationsstörung und Affektstörung zu subjektiv und zu weit gefaßt seien, um als klinisch-diagnostische Kennzeichen brauchbar zu sein. Auch die Erfassung aus dem *Erlebnis*, wobei vor allem das Phänomen des gestörten Aktivitätsbewußtseins als spezifisch erwähnt wird, scheine nicht zu reichend, da es bei sicheren Schizophrenen fehlen könne; die schizophrenen *Ausdruckseigenarten*, psychomotorische und sprachliche Anomalien katatonen Art, seien als nichtspezifische längst erkannt. Schließlich wird auch die Diagnose aus der „*Beziehung*“, der fehlende Rapport, als trügerisch bezeichnet, ein Merkmal, das z. B. bei den pyknischen Schizophrenen im Stich lasse.

Dieser skeptischen Abkehr von einer psychopathologisch unterbauten Diagnostik und von einer nosologisch fundierten Regelmäßigkeit der klinischen Erscheinungsformen überhaupt, soweit sie sich im Psychischen äußern, steht die Auffassung CARL SCHNEIDERS gegenüber, der eine „Einheit der Formmerkmale“ in allen schizophrenen psychischen Vorgängen aufweist, an deren Wurzel eine bestimmte „Vollzugsänderung“ des psychischen Geschehens gesetzmäßig vorhanden ist. Ist diese aus dem Erscheinungsbild nachzuweisen, so handelt es sich um eine Schizophrenie; Verlauf und Ausgang sollen nicht unberücksichtigt bleiben, sie treten aber in einer besonderen Weise in den Dienst der Strukturdiagnose, wenn wir KURT SCHNEIDERS Bezeichnung hier anwenden dürfen. CARL SCHNEIDER entwickelt das im einzelnen, erwartet überall Gesetzmäßigkeiten der Zusammenhänge, auch wo sie bis heute nicht aufzuweisen sind, und erhofft den Nachweis der Formmerkmale in strittigen Fällen, wenn ausreichende Vergleichsmöglichkeiten durch ähnliche Analysen anderer Krankheiten geschaffen sind.

Die Stellungnahmen der beiden Forscher sind im grundsätzlichen unvereinbare Gegensätze, doch kann gerade deshalb mit dieser Antithese das letzte Wort in der Schizophreniediagnose nicht gesprochen sein. Wenn man, wie wir einleitend betont haben, der Meinung ist, daß die psychopathologischen Symptome heute für uns das Wesentliche der schizophrenen Erkrankung darstellen, so wird der Umstand, daß ihre Erkennung in einzelnen Fällen Schwierigkeiten macht, daß die charakterisierende Wertigkeit der einzelnen Zeichen verschieden beurteilt wird, uns nicht veranlassen können, sie als im Grunde nosologisch belanglos rein zu „pragmatischen“ Zwecken zu gruppieren. Sollten denn die psychischen Lebensäußerungen außerhalb der übrigen Lebensgesetzlichkeit liegen, auch wenn sie so verhältnismäßig gut zu kennzeichnen sind wie die schizophrenen Symptome in ihrem Zusammenspiel und ihrem Ablauf? Auch der Umstand, daß die schizophrene Symptomatik „Verzerrungen und Übertreibungen von normalen Vorgängen“ (BLEULER), oder, wie KURT SCHNEIDER formuliert, „eine allgemein menschliche Denk- und Erlebnisform“ sei, braucht ihr keineswegs die Bedeutung einer spezifischen Störung zu nehmen, sofern gewisse Abwandlungen und Merkmale an diesen „normalen“ Vorgängen und Formen aufzuweisen sind. An anderer Stelle habe ich dargelegt, daß man jedes psychopathologische Phänomen aus einer normalen Erscheinung analogisch ableiten kann und es so seines spezifischen Charakters zu entkleiden vermag. Dieser Weg kann, wie CARL SCHNEIDER am Einschlafdenken gezeigt hat, uns den Zugang zum Verständnis pathologischer Phänomene erleichtern. Aber *seine* Forschungen endeten nicht in einer verwaschenen Typologie, sondern er erfaßte auf diese Weise einheitliche Formmerkmale, die er als Grundstörungen durch die ganzen Entäußerungen des schizophrenen Seelenlebens verfolgte; zugleich aber stellte er dessen Unterschiede vom Einschlafverhalten und -erleben klar. Auch wenn man seine Ergebnisse wegen eines allzu starren Formalismus und der Überdehnung gewisser Begriffe und Prinzipien noch nicht als endgültig ansehen kann, so ist doch sein Vorgehen gerade für die Frage der Umgrenzung der Schizophrenie bedeutsam und richtungweisend, ein Schritt vorwärts. Daß für ihn der Verlauf, der ja, wie KURT SCHNEIDER selbst bemerkt, nur „Abfolge und Entwicklung von Zustandsbildern“ ist und daher kein selbständiges diagnostisches Merkmal sein kann, erst in zweiter Linie diagnostisch interessiert, versteht sich von selbst. Die „gesetzmäßigen Wandlungen des Erscheinungsbildes im Fortgang der Krankheit“ haben die Kenntnis des Syndroms selbst zur Voraussetzung. Sie hängen ferner ab vom „Gefüge der aus der veränderten Seelentätigkeit entspringenden mittelbaren Krankheitswirkungen“, vom „Einfluß des Schwerer- und Leichterwerdens des Prozesses“ und endlich von der

„Eigenart der erkrankten Persönlichkeit mit ihren zufälligen und anlagemäßigen Eigenschaften“. Trotz der Unübersichtlichkeit aller dieser Bedingungen ist für CARL SCHNEIDER auch der Ablauf aller Voraussicht nach „durch ein in sich einheitliches Gesetz bestimmt“.

Gerade der Umstand, daß, wie wir im klinischen Teil zu zeigen versuchten, die Erkennung aus dem Verlauf des Krankheitsbeginnes in der Regel möglich ist, daß sich ferner trotz des Versagens aller jener Einzelmerkmale, die KRAEPELIN seinerzeit bei der Konzeption der Dementia praecox angegeben hatte, die Zusammengehörigkeit der damals intuitiv als einheitlich erfaßten Gruppe erhalten und durchgesetzt hat, spricht für die optimistische Anschauung CARL SCHNEIDERS. Für seine Einstellung spricht ferner die Bedeutsamkeit des Symptomhintergrundes, die diagnostische Wichtigkeit dessen, was schon BLEULER in seiner Monographie „die begleitenden Umstände, die ganze psychische Konstellation“ genannt hat; ihr Anteil ist ohne weiteres erklärt, wenn es sich um eine „einheitliche Bewußtseinsveränderung“, einen anormalen „Erlebnisvollzug“ handelt.

Schließlich kann auch aus der formalen Analyse der schizophrenen Störung, wie sie CARL SCHNEIDER anstrebt, auch die diagnostische Bedeutung der „Unverständlichkeit“, der Uneinfühlbarkeit, des schizophrenen Verhaltens einer Aufklärung nähergebracht werden. Diese Unfähigkeit des Gesunden, die schizophrenen Erlebnisse und Verhaltensweisen nachfühlend mitzuvollziehen, ist gewiß seit jeher ein Kriterium der Diagnose des „verrückten“ Seelenlebens gewesen, ohne als solches bewußt formuliert und präzisiert zu sein. Und wie KURT SCHNEIDERS Auslassungen über die „Erfassung aus der Beziehung“ (Methode der Reaktion des Unschizophrenen auf die schizophrenen Störungen) zeigen, ist sie auch heute noch nicht bedeutungslos. JASPERS hat erstmals diese Uneinfühlbarkeit auf das Fehlen des *Verstehens* zurückgeführt; und zwar einmal auf die Unmöglichkeit, sich bestimmte schizophrene Erlebnisse („gemachte“ Gedanken, Gefühle usw., bestimmte Körpersensationen) anschaulich zu vergegenwärtigen, Phänomene, „die wir immer nur negativ durch das, was sie nicht sind, umschreiben können“ (statische Unverständlichkeit); ferner hat er gezeigt, daß man beim genetischen (Motiv-) Verstehen eines Schizophrenen bereits an Grenzen stößt, wo wir normalerweise noch verstehen würden, und daß wir dann unverständlich finden, „was dem Kranken selbst gar nicht unverständlich, völlig begründet und keineswegs merkwürdig vorkommt“. Die Diskrepanz zwischen vorzüglicher Auffassung, klarem Bewußtsein, völliger Orientiertheit, scheinbarer Intaktheit aller Funktionen und den unsinnigen, unnatürlichen ausdrucks- und handlungsmotorischen Äußerungen der Psychose: das wird, wie JASPERS dargelegt, immer ein bedeutsames allgemein-diagnostisches Merkmal des Schizophrenen sein. Die Theorien der Spaltung, der intrapsychischen Ataxie, Bezeichnungen wie inkohärent, verschroben, läppisch, leitet JASPERS aus der Unverständlichkeit ab.

Zwei Gesichtspunkte seien aus dieser JASPERSschen Lehre als in praktisch-diagnostischer Hinsicht bedeutsam ausdrücklich hervorgehoben: einmal die *Anomalie der Selbstdeutung* des besonnenen ruhigen Schizophrenen, die in ihrer Überzeugtheit und Unbeirrbarkeit oder aber in ihrer Selbstironie und distanzierten Kühle in der Tat ganz besonders kennzeichnend ist. BLEULER („Mangel an Diskussionsfähigkeit“) hat schon eine große Zahl von Beispielen beigebracht, wo den Kranken ihr völlig absurdes Benehmen, gänzlich abwegige unvereinbare Gedanken und Verhaltensweisen als „das Natürlichste von der Welt“ erscheint, sie scheinen sich selbst vollständig zu verstehen, während der Nichtschizophrene, auch wenn er sich der stets vorhandenen Grenzen des Verstehens eines anderen Menschen bewußt ist, und nachgiebig und einfühlungsbereit verstehen will, an

unübersteigbare Hindernisse stößt. Daß gerade bei der beginnenden Schizophrenie, zu einer Zeit, wo manifeste schwere Störungen noch nicht vorliegen, wiederum von seiten des Kranken dieser Abgrund des Nichtverstandenwerdens weder bemerkt, noch auch irgendeine Bemühung, ihn zu überbrücken, gemacht wird: dieser dreifache Verständnismangel kann in der Tat diagnostisch aufklärend und entscheidend sein.

Ein zweites Moment, gleichfalls für die beginnende Erkrankung von erheblicher Bedeutung, ist die *genetische Unverständlichkeit im Längsschnitt* der seelischen Entwicklung, die zumindest für den Erfahrenen viel weniger zu Täuschungen Anlaß gibt als die Uneinfühlbarkeit des augenblicklichen Beobachtungsquerschnitts. Wir haben bei der klinischen Darstellung des Psychosebeginns gezeigt wie leicht ein Zuviel des Verstehenwollens in die Irre geht. Andererseits gibt uns bei einer Unmöglichkeit eingehender Vertiefung in den einzelnen Fall gerade dies oft den wichtigsten diagnostischen Hinweis auf die schizophrene Persönlichkeitsveränderung, daß eine verständnisbereite, dem Nachfühlen geöffnete Erfassung eines menschlichen Entwicklungsganges an unüberbrückbaren Klippen scheitert. So sehen wir auch, daß der Schizophrene im Beginn der Erkrankung mit seinen nächsten Freunden zerfällt, die ihm bei allem guten Willen nicht verstehend zu folgen vermögen.

JASPERS deutet schließlich auch an, daß die eigentümliche schizophrene „Färbung“ der uncharakteristischen Symptome, die im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung vorkommen, sich aus jener Unverständlichkeit herleite. „Wir haben die Intuition von einem Ganzen, das schizophren heißt, aber wir fassen es nicht, sondern zählen eine Unmenge von Einzelheiten auf und sagen „unverständlich“, und jeder begreift dieses Ganze nur in eigener neuer Erfahrung in Berührung mit solchen Kranken.“

Von vielen Seiten sind gegen dieses Kriterium der Unverständlichkeit der Schizophrenen Einwendungen erhoben worden. Besonders die psychoanalytisch orientierten Forscher — für die Psychoanalyse bestehen ja überhaupt Grenzen des verstehenden Deutens nicht und auch die außerpsychischen Lebensvorgänge werden auf ihre besondere Weise verstehend psychologisiert — haben auf die aus der jeweiligen Lebensgeschichte verständlichen *Inhalte* der schizophrenen Psychosen hingewiesen. Aber auch die formalen Abwandlungen der seelischen Vorgänge in der Schizophrenie wurden mit dem kindlichen, primitiven, traumhaften Verhalten verglichen und sollen damit der Verständlichkeit nähergebracht werden. — Schließlich wurde von anderer Seite immer wieder der subjektive Charakter des Verständlichkeitskriteriums betont, seine Abhängigkeit von der persönlichen Einfühlfähigkeit und -bereitschaft usw.

In der Tat kommt die Unverstehbarkeit einzelner *Inhalte* der Psychose als ernsthafte diagnostische Methode nicht in Betracht. Sie ist nicht nur von der persönlichen psychologischen Gleichung des Untersuchers und seiner Erfahrung abhängig, sondern weitgehend auch vom Zeitgeist bestimmt, was hier im einzelnen nicht belegt zu werden braucht. Die Unverständlichkeit der *formalen* Gegebenheitsweise aber, in der das schizophrene Seelenleben abläuft, verliert als diagnostisches Gesamtkriterium um so mehr an Bedeutung, je besser die Kennzeichnung und Erfassung der schizophrenen Einzelsymptome gelingt; als ein bedeutsamer Schritt in dieser Richtung sind auch die Ergebnisse CARL SCHNEIDERS anzusehen.

## 2. Diagnostische Wertung der einzelnen Symptome.

Wenn es auch heute recht zweifelhaft ist, ob mit der Assoziationsstörung BLEULERS die Wurzel der schizophrenen Symptomatologie gefaßt ist, so steht nach der praktisch-diagnostischen Bedeutung das „Ursymptom“ der *Denk-*

*störung*, wie wir jetzt sagen, nach wie vor an erster Stelle. Hat man ihre Eigentümlichkeiten erkannt, so wie sie von BERINGER und CARL SCHNEIDER phänomenologisch und leistungsmäßig charakterisiert worden sind, so ist ihr Nachweis ein fast untrügliches Zeichen einer schizophrenen Erkrankung, vorausgesetzt, daß sich die Vollzugsstörungen *auf dem Hintergrund eines klaren ungetrübten Bewußtseins* abspielen. Mag man die vier Störungsformen CARL SCHNEIDERS: Verschmelzung, Entgleiten, Substitution, Faseln nachweisen oder sich nach dem Vorgang von KLEIST damit begnügen, ein einfaches Sprichwort erklären zu lassen oder bei der Wiedergabe einer Fabel, was sich uns besonders bewährt hat, auf die entsprechenden Anomalien stoßen, oder schließlich im fortlaufenden Gespräch auf die Entgleisungen achten, den Gedankenentzug beobachten oder direkt danach fragen: jedenfalls ist der Nachweis der schizophrenen Denkstörungen ein diagnostisches Kriterium ersten Ranges, das eigentlich nur in die Irre führen kann, wenn man Zustände leichter Umdämmerung bei Hysterischen oder Epileptischen übersieht. Sucht man sich durch eine allgemeine Befragung und Beobachtung zu vergegenwärtigen, was in dem Kranken vorgeht und inwieweit er zu einer solchen Leistung befähigt sein kann und gibt ihm dann eine entsprechende Aufgabe, etwa die Wiedergabe der Fabel „Biene und Taube“ oder die „Milchmädchengeschichte“ oder die Erklärung eines der BOBERTAGSchen Bildchen, so wird man an der schizophrenen Natur seiner Erkrankung nicht zu zweifeln haben, wenn er in der charakteristischen Weise versagt. Löst er die Aufgabe einwandfrei, so schließt das allerdings eine Schizophrenie nicht aus; nur der positive Ausfall der Prüfung ist beweisend. Dabei ist die Stellung einer solchen Aufgabe deshalb besonders wichtig, weil es bei leichter Denkstörung oft ganz unmöglich ist, sie im Wechselgespräch festzustellen. Das Eingespanntsein zwischen Frage und Antwort, die affektive Anteilnahme am Gespräch und dem Gesprächspartner können die Störung zum Verschwinden bringen. Sobald die Kranken sich selbst überlassen sind, tritt nach ihrer eigenen Schilderung die Störung erst recht deutlich hervor.

Gedankenentzug und Sperrung, welche außerhalb jeden verstehbaren Zusammenhangs hervortreten, sich „verallgemeinern“ (BLEULER), oder aber bei der geringsten affektiven Beanspruchung in einer ganz unüberwindlichen, schweren Form hervortreten, gelten seit langem als besonders typische Kennzeichen der Schizophrenie. Vom Gedankenentzug nahm CARL SCHNEIDER bei seinen Schizophrenieforschungen den Ausgang. Sie unterliegen gewiß nicht einer „subjektiven Deutung und Evidenz“, derentwegen KURT SCHNEIDER die leichten Assoziationsstörungen diagnostisch gering wertet, zumal wenn sie, wie BUERGER zeigen konnte, einen fast absenceartigen Charakter aufweisen. Die Gefahr der Verwechslung mit epileptischen Erscheinungen besteht nach unserem Eindruck kaum.

Auch das Fadenverlieren des Neurasthenikers ist von dem Gedankenentzug des Schizophrenen im allgemeinen nicht schwer zu unterscheiden, sobald man nicht nur den objektiven Ausfall der Leistung registriert, sondern sich auch durch entsprechende Befragung ein Bild der inneren Vorgänge zu machen versucht, die zu dem Gedankenabreißen führen. Diese „phänomenologische“ Vergegenwärtigung der Art, wie die Denkstörung erlebt wird, ist auch zur Abgrenzung der schizophrenen von in ihrem Leistungsergebnis ähnlichen Denkanomalien anderer organischer Erkrankungen (GRÜNTAL) notwendig. Da sie keineswegs in jedem Falle möglich ist, wird man oft auf das Zusammenspiel der Denkstörung mit anderen schizophrenen Symptomen zurückgreifen müssen, um ihre schizophrene Natur sicherzustellen. Wie ja überhaupt die hier versuchte isolierende Erörterung die Bedeutung des Ensembles der schizophrenen Bilder nicht ersetzen kann.

Die *Aktivitäts-* und *Ichstörung* steht hinter der Denkstörung an diagnostischer Wertigkeit kaum zurück. Der *Aktivitätsmangel* hat zwar keinerlei positive qualitative formale Eigentümlichkeiten, er unterscheidet sich phänomenal nicht vom neurasthenischen Versagen oder der Ermüdbarkeit bei einer körperlichen Krankheit. Aber gerade beim Fehlen besonderer Beanspruchung ist die Schilderung der Kranken selbst von ihrem Versagen bei alltäglichen Aufgaben, der Willenlosigkeit, der Neigung zum Einschlafen mitten in wichtigen Beschäftigungen, der Kraftlosigkeit und Schwäche gegenüber von Versuchungen recht charakteristisch für den Beginn der schleichenden Schizophrenie. Tritt dieses Versagen zusammen mit dem primär fehlenden *Aktivitätsbewußtsein*, der *Ichstörung* auf, so ist am Vorliegen einer Schizophrenie kein Zweifel. Die spezifische Bedeutsamkeit dieser Symptome, von BERZE und KRONFELD hervorgehoben, vom ersteren zu einer umfassenden Theorie unserer Erkrankung erweitert, wird wegen ihrer geringen Sinnfälligkeit oft nicht genügend beobachtet. Nicht nur den „gemachten“ Phänomenen, dem „Gefühl“ unter fremdem Einfluß, unter Hypnose zu stehen usw. kommt ein hoher diagnostischer Wert zu, sondern auch jenem grundlosen Absinken und Versagen, das mitunter auch nur in einer sorgfältigen *objektiven* Anamnese zu erfassen ist. Nur die seltenen psychasthenischen Zustände mit Depersonalisation können zur Verwechslung Anlaß geben; andererseits kann ein schizophrener Prozeß zunächst im Bilde dieses psychopathischen Parallelsyndroms auftreten (s. S. 311). — Das *Übermaß an Impulsen* zeigt in der Schizophrenie gleichfalls keine qualitativen Besonderheiten, es tritt meist zusammen mit so sinnfälligen anderen Symptomen, Denkstörung, Gefühlsanomalien auf, daß es für die Diagnose keine große Rolle spielt. Doch ist es natürlich bedeutsam, daran zu denken, daß auch eine leere Betriebsamkeit und ziellose Übergeschäftigkeit das äußere Zeichen einer Schizophrenie sein kann; die schizophrenen „Formmerkmale“ treten naturgemäß in diesem Tätigsein schneller und deutlicher heraus als im einfachen Nachlassen. So ist auch die Unterscheidung von der manischen Hyperkinese in der Großzahl der Fälle nicht schwer. Nur die verworrene Manie mit getrübttem Bewußtsein ist von schizophrenen Verwirrtheitszuständen nicht leicht zu scheiden. Dagegen macht die Trennung von akinetischen und hyperkinetischen Zuständen der Encephalitis ECONOMOS oft beträchtliche Schwierigkeiten, worüber im differentialdiagnostischen Abschnitt noch zu sprechen sein wird.

An dritter Stelle rangiert das *primäre wahnhaftige Bedeutungsbewußtsein* als spezifisches Merkmal. Im klinischen Teil (S. 309, 357) ist auf die mannigfaltigen Möglichkeiten der Verschleierung der primären Wahnbewußtheiten durch verständliche Inhalte der Wahngedanken hingewiesen und ausführlich dargelegt, wie die anderen Symptome der Schizophrenie, besonders Sinnestäuschungen und Gefühlsanomalien sich damit verbinden und dadurch gleichfalls die spezifische Eigenart nicht mehr sichtbar werden lassen. Wenn es aber in der typischen Weise in Erscheinung tritt, jenes motivlos auftretende, nicht ableitbare Bewußtsein eines inhaltlich ganz unbestimmten Bedeutungsgehaltes, der dann mit beliebigen Schlagworten, wie Weltuntergang, jüngstes Gericht, Leiden Christi, Revolution u. dgl., den Gefühlsgehalt andeutend, bezeichnet wird, so ist damit die schizophrene Natur der Erkrankung sehr wahrscheinlich gemacht. Auch hier sind es Erlebnisse in epileptischen Ausnahmezuständen und psychopathische Bekehrungserlebnisse, z. B. in der Haft oder unter der Wirkung anderer affektiv aufwühlender Schicksale, die zu Verwechslungen Anlaß geben können. Hat man nicht die Möglichkeit, die Genese des schizophrenen Wahns auf solche Weise zu klären, stößt man auf ihn schon in seiner weitergebildeten fixierten Gestalt, wie das bei den meisten älteren Erkrankungen der Fall ist, so ist die Abgrenzung gegen wahnhaftige Entwicklungen viel schwieriger. Auch hierauf

wird bei der Differentialdiagnose gegenüber der paranoischen Entwicklung noch einzugehen sein.

Unter den mannigfaltigen *affektiven* Anomalien bei der Schizophrenie ist die häufigste und deshalb diagnostisch wichtigste die *Verödung der Sympathiegefühle*, die aber doch nur dann kennzeichnend ist, wenn ihr nicht eine allgemeine intellektuelle Abstumpfung und Verödung entspricht. Bei den anderen organischen Defektzuständen geht der Abbau mit dem des Intellektes einigermaßen parallel, häufig ist die Affektivität nur wenig mitergriffen oder wird gerade im Bereich der Sympathiegefühle erst ganz zuletzt befallen. STRANSKY'S Trennung von Thymo- und Noopsyche hat hier ihre Berechtigung. Die Theorie weist zugleich auf die gleichfalls mitunter kennzeichnenden parathymischen Reaktionen der Schizophrenen hin, die unmotivierten Substitutionen (CARL SCHNEIDER) und Irradiationen gefühlsmäßiger Reaktionen, die in allen Stadien der Schizophrenie auftreten können. Das Übermaß an Gefühlsansprechbarkeit im Beginn der Schizophrenie, die eigenartige Geöffnetheit und Verletzlichkeit führt diagnostisch seltener in die Irre, wird aber auch viel seltener angegeben. Gefühlseinbrüche, insbesondere Ekstasen, Glücksräusche, Ratlosigkeit, Gefühle gesteigerter Verantwortung können als schizophrene Primärsymptome nur gewertet werden, wenn ihre Unableitbarkeit und Motivlosigkeit von dem Kranken selbst angegeben wird.

Die von KRAEPELIN zunächst als pathognostisch ausschlaggebend angesehenen *katatonen* Symptome haben an diagnostischem Wert für die Schizophrenie sehr eingebüßt, seitdem man sie bei vielen mit Bewußtseinsveränderung einhergehenden Zuständen und bei manchen lokalen Hirnerkrankungen wiederfand. Hier sind es gerade die älteren Fälle mit den eigenartigen schizophrenen Automatismen, Stereotypien, Sprach- und Handlungsmanieren bei völliger Besonnenheit, die eine gewisse diagnostische Spezifität besitzen. Während die Akinesen differentialdiagnostisch zu vielen Zweifeln Anlaß geben können, sind die hyperkinetischen Zustände durch ihre Monotonie, die Inadäquatheit nach der Ausdruckseite, ihre Zusammenhanglosigkeit in der Abfolge diagnostisch eher verwertbar, vor allem, wenn man feststellen kann, daß sie in jener Art Isolierung von den übrigen seelischen Vorgängen erlebt werden, welche eigentlich nur bei schizophrenen Abspaltungen vorkommt. Gewisse hysterosomatische Symptome haben wohl einen ähnlichen Charakter, doch betreffen sie meist mehr die Funktionen des vegetativen Nervensystems; auch isolierte Hyperkinesen bei extrapyramidalen Erkrankungen können zu Verkennungen Anlaß geben. Für die Abgrenzung ist meist eine Kenntnis der innerseelischen Verarbeitung und der Stellung im ganzen des psychischen Ablaufs ausschlaggebend. Die objektive Beobachtung der motorischen Entäußerung allein führt in zweifelhaften Fällen nicht zu einem diagnostischen Urteil.

Was schließlich die diagnostische Wertung der *Halluzinationen* anlangt, so ist die Bevorzugung des akustischen Gebiets und der Körperfühlsphäre bis zu einem gewissen Grade kennzeichnend für die Schizophrenie. Auch hier aber sind es mehr die anderen schizophrenen Erscheinungen: die Denkstörung, die sich im *Inhalt* der Täuschungen bemerkbar macht, die inadäquate Gefühlsreaktion auf das Halluzinierte, die Art des handlungsmäßigen Reagierens oder Nichtreagierens, endlich die wahnhafte Anknüpfung, Ausdeutung und Verarbeitung der Sinnestäuschungen, welche ihnen das spezifisch schizophrene Gepräge gibt.

Rückt in dieser diagnostischen Wertigkeitsreihe der Symptome der Schwerpunkt vom Einzelsymptom immer mehr zurück auf den ganzheitlichen Hintergrund, in dem es auftritt, so ist zur Charakterisierung dieses *Gesamtzustandes* vor allem auf das *Fehlen der Bewußtseinstrübung* hinzuweisen. Dadurch ist vor



allen auch der *Autismus* des Schizophrenen gekennzeichnet, daß die Abschließung in eine wahnhafte Welt, der Verzicht auf jede Anteilnahme und Wirkungsmöglichkeit in der Realität sich in den typischen Fällen nicht in einem umdämmerten, traumähnlichen Zustand abspielt. Man ist deshalb auch geneigt, für dieses autistische Verhalten Worte wie „Abschließung, Verzicht“ usw. zu gebrauchen, bei denen eine Mitwirkung des Willens anklingt, weil neben der Besonnenheit oft ein aktiv anmutender Widerstand gegen die Wirklichkeit zu bemerken ist. Auf seine diagnostische Bedeutung, in Parallele mit dem aktiven Negativismus der Teilmotorik, hat schon BLEULER hingewiesen.

Wo Umdämmerungen, sei es in vorübergehenden akuten Schüben, z. B. im Stupor, sei es bei chronischen Fällen als ein verhältnismäßig seltenes, gewohnheitsmäßiges Verhalten, auftreten, da fällt bei genauerer Analyse die relative Untiefe und Durchbrechbarkeit des abnormen Bewußtseinszustandes auf, der mit organischen Trübungen anderer Ätiologie nicht gleichgesetzt werden kann. Doch ist es bisher nicht möglich, den Unterschied klar herauszustellen.

Diagnostisch sehr bezeichnend sind weiterhin die in engem Zusammenhang mit dem Autismus entstandenen *Abspaltungen* im Gesamtzustand des chronischen Schizophrenen, deren Bedeutung als postprozessuales Defektsymptom jüngst BERZE besonders hervorhob. Mag es sich nun um die Isolierung bestimmter Funktionen, z. B. ein Herausfallen der Ausdrucksmotorik aus der übrigen Persönlichkeit oder bestimmter inhaltlich begrenzter Lebensgebiete oder bestimmter zeitlich abgeteilter Lebensabschnitte handeln, mag schließlich die „doppelte Orientierung“ oder eine „Spaltung im Längsschnitt“ vorliegen, wie sie im klinischen Teil beschrieben wurden — alle diese Vorkommnisse deuten auf die generelle *Abspaltungsbereitschaft des Schizophrenen*, die für ihn so ungemain charakteristisch ist. Das psychopathische Parallelsymptom der hysterischen Abspaltungen ist in der Regel durch die viel deutlichere inhaltliche Systematik der Spaltungen und durch die Mitwirkung der verschiedenen Klarheitsstufen des Bewußtseins und des Gedächtnisses kenntlich gemacht und abgrenzbar.

Es fragt sich schließlich, wieweit den *Inhalten* des schizophrenen Seelenlebens diagnostische Bedeutung zukommt. Man hat hier auf die Vorliebe für sexuelle und religiöse Themen verwiesen und auf die Analogien mit archaischen, primitiven, magisch-mythischen Verhaltensweisen und Gegenstandsbereichen. Die letzteren, als einer entwicklungspsychologisch früheren Schicht entstammend, brechen in der Psychose durch usw. (KRONFELD, BYCHOWSKI, STORCH). Mag diese Deutung zutreffen oder nicht, die Vorliebe für Themen, die an die letzten Fragen rühren einerseits und andererseits eine ungehemmte Beschäftigung mit dem Geschlechtlichen (Verlust der Verdrängungsfähigkeit, O. KANT) ist bemerkenswert. Was darüber hinaus an Absurditäten besonders in den Wahnideen älterer Fälle produziert wird, ist doch bei allen formalen Zusammenhangsstörungen weitgehend vom Zeitgeist und Milieu abhängig, wie der Vergleich der Psychosen der Gebildeten mit denjenigen der Ungebildeten deutlich zeigt.

### 3. Differentialdiagnose.

Die Aufgabe der folgenden differentialdiagnostischen Ausführungen wird in erster Linie darauf gerichtet sein, die klinischen *Gesamtzustände* anderer Erkrankungen im zeitlichen Quer- und Längsschnitt von den schizophrenen zu sondern, soweit sie zu Verwechslungen Anlaß geben. Möglichst wenig wollen wir uns dabei an isolierte Einzelmerkmale halten, deren Vergleich zwar psychopathologisch interessant sein kann, wogegen sein differentialdiagnostischer Wert sich oft als gering erweist. Wir können nicht erwarten, daß es im Psychischen solche isolierte Kennzeichen geben sollte, es zeigt in bevorzugtem Maße die

Eigenschaft alles Organischen, daß das einzelne nur im sinnmäßigen und zeitlichen Zusammenhange des ganzen Organismus richtig beurteilt werden kann. Es wird uns ferner hier nicht von Wichtigkeit sein, daß in dieser oder jener Psychose einzelne schizophrenieähnliche Symptome vorübergehend auftreten; solche Ähnlichkeiten sind, wie schon aus den Erörterungen der vorausgehenden Abschnitte hervorgeht, ungemein verbreitet. Einzelne verwandte Züge beweisen keineswegs das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung, deren Symptome nur auf dem klaren, besonnenen Bewußtseins hintergrund für die Erkrankung kennzeichnend sind. An manchen Stellen werden wir uns kurz fassen können, da die entsprechenden Fragen im klinischen Teil eingehend besprochen werden. Jedesmal wollen wir abschließend auch die Frage der Kombination der betreffenden Erkrankung mit der Schizophrenie zur Sprache bringen, soweit das nicht schon an anderer Stelle geschehen ist.

Eine gewisse Schwierigkeit verursacht der Umstand, daß wir einerseits aus dem Vorliegen eines oder des anderen schizophrenen Symptoms nicht ohne weiteres auf einen schizophrenen Prozeß zu schließen geneigt sind, andererseits beim Vorliegen einer Schizophrenie keineswegs jedesmal alle Hauptsymptome vorhanden zu sein brauchen. Es ist dadurch ganz unmöglich, nach irgendeinem diagnostischen Schema, einer Merkmalstabelle, zu entscheiden, andererseits besteht das dringende Bedürfnis, die Eindrucks- und „Gefühls“diagnosen nach ihrem erkenntnismäßigen Untergrund klarzustellen.

Wir betonen schließlich auch hier, daß die Schizophrenie für uns im Kern eine einheitliche Erkrankung darstellt (WILMANN'S). Die schmale Hülle von Randspsychosen, die diesen Kern umschließen, sind recht mannigfaltiger Art, teils „symptomatische“ Schizophrenien verschiedenster exogener Ätiologie, teils Kombinationen, schließlich Fälle, die infolge unserer nicht ausreichenden Kenntnis des Zusammenhanges und einer vermutbaren gemeinsamen Wurzel der schizophrenen Grundsymptome nicht sicher eingereiht werden können.

Die Abgrenzung der Schizophrenie von den *anderen organischen Erkrankungen* ist vor allem durch die diese begleitenden körperlichen Zeichen erleichtert. Aber nach psychisch bestehen hier gesetzmäßige Unterschiede dadurch, daß Intelligenz und Gedächtnis in erster Linie abgebaut werden, das Gefühlsleben einer allgemeinen, damit parallel gehenden Abstumpfung verfällt, dagegen die Regungen der Sympathie, des zwischenmenschlichen Rapports fast nie in dem Umfang und in der Bevorzugung wie bei der Schizophrenie Einbuße erleiden. Auch die Zustände schwerster organischer Verblödung weisen in der Regel noch dieses Bedürfnis der affektiven Beziehung zur nächsten Umgebung auf, die der Schizophrene, trotz zum mindesten potentiell erhaltener intellektueller Werkzeuge, eingebüßt hat. Das gilt für alle Arten schwerer Hirnprozesse, Tumoren, Arteriosklerose, Senium, traumatische oder toxisch verursachte Korsakoff-zustände und andere Bilder des amnestischen Symptomenkomplexes und auch für die Paralyse. Gewisse Schwierigkeiten bestehen, wenn katatone oder verwandte extrapyramidale Antriebsverluste auftreten und zugleich die Störung der Ausdrucksmotorik den Verkehr mit dem Patienten erschwert. Man kann sich dann von dem Umfang der affektiven Störung nur schwer ein Bild machen und wird z. B. bei Stirnhirnherden zuerst an eine Schizophrenie denken. Erst der Nachweis von Herdsymptomen aphasischer, apraktischer, agnostischer Art klärt unter Umständen die Situation, und es ist vielleicht das schwerwiegendste Argument gegen die KLEIST'sche Auffassung der schizophrenen Sprach- und Handlungsanomalien als Herdsymptome, daß die ursächlich bekannten Herderscheinungen bei der Schizophrenie nicht vorkommen. Von besonderer Bedeutung ist in solchem Dilemma auch eine sorgfältige objektive Anamnese, wie wir das vor allem in Fällen von PICK'scher Krankheit gesehen haben, deren

„stehende Symptome“ (CARL SCHNEIDER, Spieluhrsymptom MAYER-GROSS) zur Verwechslung mit Stereotypien Anlaß geben können.

Die Verödung schizophrener Endzustände kann allerdings mitunter so schwer sein, daß sie von anderen organischen Defektzuständen zunächst schwer zu scheiden sind. Aber wie im Abschnitt über die Endzustände schon ausgeführt, sind diese dämmerigen, stumpfen, über Jahre unveränderten Gestalten keineswegs so blöde wie ihr äußerer Anblick oder das Ergebnis irgendeiner Leistungsprüfung vermuten läßt. Gelingt es, Beziehung zu dem Kranken zu gewinnen, oder stellt das fortschreitende Alter oder der „zweite Knick“ wieder eine gewisse Beziehungsmöglichkeit her, so zeigt es sich regelmäßig, daß viel mehr noch geleistet werden kann und viel mehr an mnemischem Besitz erhalten ist, als der Eindruck vermuten ließ; ganz im Gegensatz zu anderen Blödsinnsformen, wo etwa bei euphorischen Paralytikern oder auch wichtigtuersischen anschiemigen epileptischen Schwachsinnzuständen der unmittelbare Eindruck über die Schwere des Defektes hinwegtäuscht.

Das kombinierende Auftreten von Senium und Arteriosklerose bei Schizophrenen wurde im Kapitel über den Verlauf schon erörtert (S. 540).

Auch die symptomatischen Schizophrenien bei *chronischen Paralyesen* wurden an anderer Stelle (S. 131) behandelt; die *Halluzinosen* bei *Lues cerebri* stehen diesen Fällen sehr nahe, BOSTROEM faßt sie nach der gleichen Strukturformel wie die paralytischen Psychosen nach der Fieberhandlung auf: als durch die Lues cerebri provozierte Schizophrenien. Trifft diese Deutung zu, so ist die Bemühung um eine Differenzierung vergebens; PLAUT hob seinerzeit auch das Fehlen der Willens- und Ausdrucksstörungen ab. Daß die typische paralytische (und jede andere „organische“) Denkstörung sich auch strukturell von der schizophrenen unterscheidet, darauf hat CARL SCHNEIDER mit besonderem Nachdruck hingewiesen. Die spezifischen „Formmerkmale“ werden vermißt; eine der SCHNEIDERSCHEN entsprechende Untersuchung der anderen organischen Demenzen steht allerdings noch aus (GRÜNTAL).

Daß auch die Schizophrenen der statistischen Erwartung entsprechend an Paralyse erkranken, ist durch die Untersuchung von GLAUS sichergestellt. Die wenigen Fälle dieser Kombination, die wir gesehen haben, zeigten eine deutliche Mischung schizophrener mit paralytischen Defekterscheinungen, ein Zurücktreten des paralytischen Verhaltens nach der Malariaabehandlung mit Deutlicherwerden des schizophrenen Untergrundes usw.

Eine Verwechslung der *juvenilen Paralyse* mit der beginnenden Hebephrenie kommt kaum vor, obschon der serologische Befund hier keineswegs entscheidend positiv zu sein braucht. Die Strukturveränderung ist besonders auf affektivem Gebiet eine völlig andersartige, so uncharakteristisch die psychischen Erkrankungen des Kindesalters im übrigen auch sein können.

Auch am Rande der *epileptischen Psychosen*, seien sie nun traumatischer oder genuiner Art, finden wir einzelne schizophrenergieähnliche Erkrankungen, die zu der Frage der Kombination Anlaß gegeben haben (vgl. S. 510). Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten entstehen hier einmal durch die Denk- und Sprachverschrobenheiten mancher Epileptiker, deren genaue Differenzierung von den entsprechenden schizophrenen Störungen noch zu leisten ist; ferner aber weisen die epileptischen *Dämmerzustände* sehr häufig Denk- und Ausdrucksanomalien, besonders aber psychomotorische Erscheinungen auf, die nur abzutrennen sind, wenn man imstande ist, die Trübung des Bewußtseins nachzuweisen. Auch primäre Wahnerlebnisse kommen in epileptischen Ausnahmezuständen vor, die sich unter Umständen schwer von entsprechenden schizophrenen Zuständen abgrenzen lassen. Das im typischen Fall völlig andersartige Affektverhalten des Schizophrenen erlaubt in der Regel eine Entscheidung;

doch liegen ja bei der paranoiden Schizophrenie affektive und Ichstörungen durchaus nicht regelmäßig vor. Im allgemeinen ist aber gerade die epileptische Denkstörung von der schizophrenen leicht zu scheiden.

Auch die *Encephalitis lethargica* liefert, wie im ätiologischen Teil dargestellt, einzelne Fälle, die zur symptomatischen Randgruppe zu rechnen sein dürften. Überdies macht die Scheidung der *Charakterveränderung* jugendlicher Encephalitiker von schleichenden beginnenden Schizophrenien oft gewisse Schwierigkeiten, falls nicht die anamnesticen Angaben über den akuten Beginn mit Fieber, Doppeltsehen, Lethargie usw., oder die neurologischen Zeichen die Einordnung erleichtern. Ein Übermaß an leeren Antrieben, Schamlosigkeit, lausbubenhafter Vorwitz, quälende Einförmigkeit der Äußerungen, Zudringlichkeit, Hypermetamorphose, Eigensinn bis zum Negativismus: das alles ist den beidartigen Zuständen gemeinsam. Das eigenartig klebrige, anschniegsame Verhalten der jugendlichen Encephalitiker wendet sich jedoch viel nachdrücklicher an die jeweilige Umgebung als die Faxen des Hebephrenen. Wir erwähnten im vorigen Abschnitt, daß auch der Aktivitätsverlust der beginnenden Schizophrenie zur Ermüdbarkeit und zur Einschlafneigung führen kann; umgekehrt haben wir stuporartige Zustände von Akinese bei Encephalitis gesehen, die zur Verwechslung mit katatonen Stuporen Anlaß gaben. Der Nachweis der Denkstörung oder der auch bei der einfachen Hebephrenie fast stets wenigstens in Andeutungen auftauchenden paranoiden Ideen oder der Ichstörung, die bei der Encephalitis nur in Form von Zwangsphänomenen, nie in der typisch schizophrenen Weise aufzutreten scheint, werden differentialdiagnostisch entscheidend sein. Doch wird man manchmal lange Zeit auf eine solche Entscheidungsmöglichkeit zu warten haben. Die Spätformen der *ECONOMOSchen* Krankheit haben auch, wenn sie völlig akinetisch sind, nur eine gewisse äußere Ähnlichkeit mit schizophrenen Stuporen (Speichelfluß, Salbengesicht); wo es gelingt, über die psychische Verfassung ein Urteil zu gewinnen, zeigt diese zwar die Züge der „Bradyphrenie“, aber keine der kennzeichnenden schizophrenen Züge.

Von den Folgezuständen nach *Vergiftungen* weisen die akuten Rausche nach Meskalin- oder Haschischgenuß schizophrenieähnliche Symptome auf. Manche Meskalinräusche unserer Beobachtung waren erscheinungs- wie erlebnismäßig von akuten schizophrenen erlebnisreichen Psychosen nicht zu unterscheiden. Ob chronischer Haschischgenuß zu schizophrenieartigen Erkrankungen führt, wie man nach manchen Mitteilungen annehmen konnte, ist nach einer neueren indischen Arbeit (*DYUNJIBHEY*) zweifelhaft.

Von den *alkoholischen Zuständen* kommt die Alkoholhalluzinose der haluzinatorischen Schizophrenie schon durch die Bevorzugung der akustischen Täuschungen am nächsten. Auch hier hat *POHLISCH*, nachdem die *BLEULERSche* Klinik Material gleicher Tendenz beigebracht hatte (vgl. klinischer Teil S. 479), eine aufbau-analytische Deutung, ähnlich der *BOSTROEMschen* für die paralytischen Halluzinosen versucht. Wieweit die Heranziehung eines schizophrenen Anlagementes sich als zutreffend erweist, muß abgewartet werden. Jedenfalls sahen auch wir in einigen Fällen recht typische Alkoholhalluzinosen (aber auch einzelne Fälle von *Delirium tremens*) fließend in chronische Psychosen übergehen, die durchaus schizophrenes Gepräge aufwiesen. Auch ein Fall von alkoholischem *Korsakoff* der hiesigen Beobachtung endete in einer paranoiden Erkrankung, die in manchem an die phantastische Form der Paraphrenie erinnerte (s. S. 481). Ob das *Cocaindelir*, dessen akute Phase mit dem schweren Angstaffekt kaum mit einer schizophrenen Psychose zu verwechseln ist, einen ähnlichen Ausgang nehmen kann, ist nicht bekannt; ein von *JASPERS* (und später auch vom Verfasser) mitgeteilter Fall aus unserer Klinik wird wohl als eine Kombination von Cocainismus und Schizophrenie anzusehen sein.

Daß die *symptomatischen Psychosen* bei *Infektionen*, im Puerperium und nach anderen erschöpfenden Noxen weitaus die größte erscheinungsmäßige Ähnlichkeit mit den akuten schizophrenen Schüben aufweisen, hat den Anlaß zu BUMKES Theorie gegeben, die Schizophrenie als exogenen Reaktionstypus der Auflösung anheimfallen zu lassen. Die Bedenken gegen diese Lehre sind an früherer Stelle besprochen (S. 127 und im Kapitel: Theorie). Solange noch eine Bewußtseinsstörung besteht, kann die Differentialdiagnose in der Tat unmöglich sein. Tritt mit der Aufhellung das schizophrenieähnliche Syndrom nicht zurück, verbleiben, wie wir das an Beispielen im klinischen Teil gezeigt haben, Denkstörung, Wahnerlebnisse, Halluzinationen, so handelt es sich um den exogen gefärbten Beginn einer Schizophrenie, vielleicht um ihre „Provokation“ durch die Körperkrankheit (über die anderen Überschneidungsmöglichkeiten s. S. 124). Man wird CARL SCHNEIDER zustimmen, daß es an einer ausreichenden psychopathologischen Analyse der Begleitpsychosen vielfach fehlt, um ihre Identität mit der Schizophrenie ohne weiteres zu statuieren. Das Vorhandensein einer Bewußtseinsänderung wird vorläufig als entscheidendes Merkmal gegen die Annahme einer schizophrenen Erkrankung festzuhalten sein.

Eindringliche Versuche der Scheidung bemühen sich seit Jahrzehnten um die *Amentia*, in welchen Begriff die Wiener Schule seit den 90er Jahren die akuten Verwirrtheitszustände zusammenfaßte. Von ihnen versuchte STRANSKY 1904 den der *Dementia praecox* zugehörigen Teil mit schlechter Prognose durch das Merkmal der „intrapyschischen Ataxie“ abzutrennen. Von dem angeblich heilbaren Rest ist heute nur die amentielle Begleitpsychose als einer der „exogenen Schädigungstypen“ übriggeblieben. Ihr vorzügliches Kennzeichen ist (nach BONHOEFFER) „eine ausgesprochene Denkstörung im Sinne der Inkohärenz“ neben einem gewissen Grad von Benommenheit. HARTMANN und SCHILDER sehen den Unterschied der amenten Verwirrtheit gegenüber der schizophrenen einmal darin, daß der Schizophrene das gedankliche Rohmaterial noch triebmäßig gestalte (= BLEULERS Komplexwirkung), auch in der Verwirrtheit noch inhaltlich auswähle, während der Amente dazu nicht imstande sei; bei ihm spiele sich alles in einer viel „ichferneren“ Schicht, etwa im Niveau der agnostisch-aphasischen Störungen ab. Er sei unfähig zur Bewältigung komplizierter gedanklicher Strukturen, während man das beim Schizophrenen nie mit Sicherheit voraussagen könne. Mein eigener Sonderungsversuch ist formaler Art, knüpfte an die Art der Bewußtseinsstörung in dem amentuellen Symptombild an und versuchte sie näher zu charakterisieren und gegen andere Bewußtseinsänderungen strukturell abzugrenzen. Fraglos ist infolge der durchgängigen Bewußtseinsveränderung die amentielle Inkohärenz wesentlich systematischer als die schizophrene. Es findet eine charakteristische Zerstückelung des seelischen Ablaufs statt, für die ich die Bezeichnung „zerfallendes Bewußtsein“ vorschlug, woraus sich die Besonderheiten der amentuellen Inkohärenz ableiten lassen, während die schizophrene Denkstörung einen solchen strukturell gegliederten Hintergrund nicht aufzuweisen hat. Bei aller Ähnlichkeit im Leistungsergebnis und Ausdrucksverhalten lassen sich also die Zustände nicht nur dem unmittelbaren Eindruck nach, sondern auch bei genauerer Analyse wohl differenzieren (s. S. 528).

Ganz ähnliche Probleme bestehen bei der Unterscheidung schwerer *manischer* Erregungen, insbesondere der *verworrenen Manie*, von der schizophrenen Erregung. Da auf dem Höhepunkt der Erregung auch in manischen Zuständen eine Bewußtseinsstörung selten vermißt wird — BOSTROEM nimmt einen Einschlag exogener Symptomatik an —, so kann ein Urteil allein aus dem Symptombild sehr erschwert werden, wenn wir nicht imstande sind, diese Bewußtseinsstörung zu erkennen. Abgesehen davon ist es die Abgrenzung gegen die *Ideen-*

*flucht*, aus deren Kennzeichnung man ein differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber der Manie zu gewinnen suchte. Schon BLEULER bemühte sich eindringlich um diese Frage und charakterisierte inhaltlich: bei der Ideenflucht komme es nicht „zu einer eigentlichen Fälschung der logischen Funktionen“, es fehle das „Bizarre“, skrupellos „Unsinnige“, ihre Assoziationen seien dem Normalen nicht nur verständlich, sondern kämen auch bei ihm häufig vor, würden nur unterdrückt usf. Wichtiger als diese Betrachtung der Leistung ist aber auch ihm die Einheitlichkeit von Stimmung und Ausdruck, die affektive Modulationsfähigkeit, der spielerische, unernste Charakter der unsinnigen ideenflüchtigen Produktionen, das Fehlen der Abspaltung des Ausdrucksverhaltens in bestimmten Teilgebieten (z. B. Auseinanderfallen von Sprachmelodie, Rhythmus und Wortfolge [GUIRAUD]). Der manisch Erregte ist es in der Regel auf allen Gebieten, während man in der schizophrenen Erregung immer wieder verblüffende Aussparungen, z. B. in der Schrift oder bei der Berufstätigkeit findet. Doch gilt auch das nur für die typischen Fälle, es gibt auch eine innere Ideenflucht, man kennt Manien, deren Lebhaftigkeit etwa nur ins Sprachmotorische einströmt und sich hier erschöpft usf. Die Zusammenhänge und Trennungen bei zirkulären Zuständen (auch in den Mischzuständen) muten uns allerdings natürlicher, sinngemäßer an als die Spaltungen im schizophrenen Verhalten. Worauf das aber zurückzuführen ist, welche Formen in der Manie völlig unmöglich sind, inwieweit der äußere Eindruck trügerisch sein kann dadurch, daß das identisch Erscheinende aus völlig verschiedenen Wurzeln entspringt, darüber ist trotz vielfacher Bemühung der Forschung (STRANSKY, REHM, BORNSTEIN, BUMKE, STÖCKER u. a.) das letzte Wort noch nicht gesprochen. Der Umstand, daß in manchen schizophrenen Erkrankungen manische (und depressive) Zustände auftreten, daß es seltene Fälle gibt, bei denen eine Mischung vorliegt (vgl. klinischer Teil über Mischpsychosen), macht diese Forschungen weder unmöglich, noch überflüssig. Im allgemeinen werden unsere klinischen Entscheidungen bis heute noch bestimmt durch den Eindruck der Einheitlichkeit des manischen Bildes, die „Klarheit“ und Eindeutigkeit des Stimmungsuntergrundes, sei er nun fröhlich-ausgelassen oder vergnügt-beschaulich oder gereizt-erregt einerseits, und andererseits durch die charakteristischen schizophrenen Denkanomalien.

Ganz Ähnliches gilt für die *depressiven Zustände*, sie sind zumal im Beginn der Erkrankung viel häufiger, ihre Zuordnung infolge der Äußerungsarmut wesentlich schwerer. Wir verweisen, was die einleitenden Depressionen bei der Schizophrenie anlangt, auf unsere Schilderung des uncharakteristischen schleichenden Beginns im klinischen Teil. Die Differentialdiagnose der Stuporen ist auch bei großer Erfahrung und bei sorgfältiger Beobachtung manchmal unmöglich, hier sind vereinzelte adäquate Verhaltensweisen, Folgen mit dem Blick, Tränen oder Erröten bei entsprechenden Äußerungen der Umgebung oft klärend, Widerstreben, Negativismus, Befehlsautomatie beweisen wenig.

Die eigentümliche Färbung der Melancholien des höheren Alters machen ganz besondere Schwierigkeiten; aus der Vorliebe dieser Lebenszeit für melancholische Zustandsbilder überhaupt ist es wohl zu verstehen, daß auch schizophrene Späterkrankungen im Bilde depressiver Zustände in Erscheinung treten können. Wovon man sich hier besonders zu hüten hat, das ist die Bewertung absurder nihilistischer wahnhafter Äußerungen als schizophrenieverdächtig. Gerade die ängstliche Spätmelancholie, besonders der Frauen, neigt zur Produktion z. B. von hypochondrischen Wahnideen oder auch Verfolgungs- und Beziehungsphantasien, die inhaltlich durchaus uneinfühlbar und grotesk sind, was aber nichts gegen die manisch-melancholische Natur der Psychose beweist. Ausschlaggebend ist vielmehr auch für diese Differenzierung das Affektverhalten, über

dessen Frische und Modulationsfähigkeit man gewiß in manchem Einzelfall strittige Auffassungen haben kann.

Die Unterscheidung der seltenen zirkulären *Mischzustände* von manchen schizophreneren Syndromen, vor allem solchen mit affektiven Abspaltungen und Ausdrucksanomalien, rein aus dem Querschnitt des Erscheinungsbildes, macht in vielen Fällen sehr große Schwierigkeiten, besonders bei der gehemmten Manie, oder dem manischen Stupor. Die Anamnese erlaubt aber nach unserer Erfahrung fast immer eine Entscheidung, da reine manische oder melancholische Phasen den Mischzuständen fast immer vorausgehen. Auch eine eindeutige familiäre Belastung kann die Entscheidung nach der einen oder anderen Seite erleichtern. Geht eine zirkuläre Schwankung ohne deutliche Grenze in einen atypischen Mischzustand über, so entsteht mitunter der Verdacht, daß sie nur der Vorbote einer Prozeßerkrankung gewesen sei, als deren Beginn der Mischzustand verkannt wird. Solche Fehlbeurteilungen sind wohl nie ganz zu vermeiden, solange die psychopathologische Analyse der Mischzustände nicht weiter als bisher gefördert ist. (Zur Differentialdiagnose gegenüber den Gemütskrankungen vgl. auch LANGE im Bd. 6 dieses Handbuches.)

Von den psychopathischen Anomalien geben die angeborenen *Schwachsinnformen* nur selten Anlaß zu differentialdiagnostischen Komplikationen. Ganz schleichende, früh einsetzende Hebephrenien mit Aktivitätsminderung als beherrschendem Symptom werden zwar immer wieder einmal irrtümlich als Imbecillität aufgefaßt. Aber nur in den wenigen Fällen, wo sich der Krankheitsprozeß einer Imbecillität aufpropft (vgl. S. 464), kann bei ausreichender Kenntnis der Vorgeschichte die Beurteilung schwierig sein. Sonst wird eine genauere Kindheitsanamnese, unter Umständen schon ein Überblick über die Schulleistungen ausreichen, um die Situation zu klären. Sobald eine schizophrene Denkstörung vorliegt, ist die Differenzierung leicht, die intellektuellen Kurzschlüsse und Minderleistungen der Schwachsinnigen sind mit ihr kaum zu verwechseln.

Dagegen sind die mannigfaltigen Formen *psychopathischer Reaktionen*, sobald sie von den typischen Bildern abweichen, geeignet, den Verdacht auf eine beginnende Schizophrenie zu wecken. Im klinischen Teil wurde bei der Schilderung des Krankheitsbeginns darauf im einzelnen eingegangen, an Beispielen sind dort die Schwierigkeiten aufgewiesen und die Täuschungsquelle allzu bereiter Einfühlung gewürdigt. Man hat früher fraglos zu oft psychopathische Pubertätskonflikte angenommen, wo es sich um die Vorbote der hebephrenen Persönlichkeitsveränderung handelte. Die beträchtliche Zahl leicht abnormer (schizoider) Persönlichkeiten unter den Schizophreniekandidaten, ist erst durch die Aufstellung des Schizoids von KRETSCHMER ins allgemeine Bewußtsein getreten. Die mannigfaltigen Züge des „Schizoids“ (vgl. BERINGER) ermöglichen auch vielartige abnorme Reaktionen, hinter denen sich, wie an der genannten Stelle dargelegt ist, nicht selten die beginnende Prozeßerkrankung verbirgt. Sie als solche etwa in einer Zwangsneurose oder auch in einer anderen Konfliktneurose oder einer eigenartigen Charakterentwicklung zu erkennen, gelingt manchmal erst nach längerer Beobachtungszeit, erfordert eine große kritische Erfahrung und auch dann wird es immer wieder in einzelnen Fällen bestenfalls möglich sein, das Bestehen eines schizophrenen Prozesses zu vermuten; der schlüssige Beweis seines Vorliegens ergibt oft erst eine Katamnese nach Jahren.

Neben diesen verständlichen Reaktionen sind es besonders die *gefühlskalten asozialen Psychopathen*, vom Typus der moral insanity, welche unter Umständen zu differentialdiagnostischen Zweifeln Anlaß geben. Denn nicht

in jedem Fall ist es leicht, den Nachweis der affektiven Kühle schon in der Kindheit zu führen und man wird zur Annahme einer prozeßbedingten Gefühlskälte um so eher neigen, als solche Charaktere offenbar vielfach in der Verwandtschaft von Schizophrenen vorkommen (MEGGENDORFER). Die ganzen Fragen der latenten Schizophrenien, der Entstehung des Schizoids durch einen hypothetischen Krankheitsprozeß im Kindesalter tauchen in diesem Zusammenhang auf. Entscheidend ist im Einzelfall der *Nachweis der Abknickung* der Persönlichkeitsentwicklung.

Relativ einfacher als die Erkennung der prozeßhaften Natur mancher nicht recht einrangierbarer psychopathischer Zustandsbilder ist die Unterscheidung schizophrener Schübe von den reaktiven Psychosen der *Strafhaft*. Auch hierzu kann auf den klinischen Teil und auch auf den Abschnitt über die psychische Auslösung verwiesen werden (S. 121, 372). Die beträchtliche Plastizität und Milieuabhängigkeit der Symptomgestaltung der Schizophrenie bewirkt auch in der Gefangenschaft häufig eine vorübergehende Angleichung des beginnenden Prozesses an die typische psychogene Haftreaktion, durch die über einige Zeit die charakteristischen Symptome verdeckt werden. Bleibt aber die bei der reaktiven Haftpsychose zu erwartende Abwandlung des Bildes aus, wenn das Haftmilieu fortgefallen ist, verzerren und versteifen sich die Symptome, z. B. das Vorbeireden, der Beziehungswahn, die läppische Euphorie usw., so schwinden die diagnostischen Schwierigkeiten. Umgekehrt begegnet man neuerdings auch nicht selten der Fehldeutung paranoiden psychopathischer Haftreaktionen als Schizophrenien. Die Einzelhaft besonders erzeugt Bilder mit Beziehungswahn, Vergiftungsfurcht, illusionären Umdeutungen der unbestimmten Geräusche und Halluzinationen, phantastischen Wahnproduktionen, die dem schizophrenen Paranoid sehr ähnlich sein können; auch hier entscheidet der Einfluß des Milieuwechsels. Doch sahen wir wiederholt, daß die Korrektur der wahnhaften Einstellung erst nach längerer Zeit und bis zur objektiven Stellungnahme noch nicht in der Irrenanstalt, sondern erst in der Freiheit erfolgte.

Bei dieser Gelegenheit muß auch auf die *Simulation* schizophrener Symptome in Kürze eingegangen werden. Erfahrene Sträflinge und Anstaltsbummler nehmen besonders gern das verbreitete „Stimmenhören“ auf und entnehmen die Wahnhalte von anderen Kranken, die sie kennen gelernt haben; wir selbst sind nach diesem Rezept einigemal auch im Massenbetrieb der späteren Kriegszeit getäuscht worden von dienstunlustigen Heerespflichtigen, die es uns nachträglich eingestanden haben. Sind diese Täuschungen verhältnismäßig leicht zu durchschauen, so kann die Simulation eines Stupors, wie er besonders von Kriegsgefangenen über Monate durchgeführt wurde, naturgemäß viel schwerer entlarvt werden. BUMKE hat in mehreren Fällen solche Täuschungsversuche mit Hilfe der lebhaften Psychoreflexe der Pupillen aufgedeckt. Vorbeiredende läppische Hebephrene werden, besonders als Sträflinge, umgekehrt nicht selten als Simulanten aufgefaßt, ebenso verkennt man vielfach die absonderlichen gesuchten hypochondrischen Klagen paranoiden Schizophrener als willkürliche Irreführung, zumal wenn irgendein Rentenverfahren in Frage steht. Daß der Aktivitätsverlust der beginnenden Schizophrenie bei Begutachtungen nicht selten als Trägheit fehlgedeutet wird, gehört gleichfalls hierher. Erheblich häufiger als die Vortäuschung schizophrener Symptome ist ja das Gegenteil: ihre Dissimulation, die sich, worauf auch BLEULER hinweist, auch in die Form kleiden kann, daß der Kranke erklärt, er simuliere seine Symptome, obschon er schizophren ist. Die eigenartige Willensfähigkeit besonders der katatonen Phänomene, auf die an anderer Stelle näher eingegangen ist, ermöglicht eine solche Stellungnahme, die allerdings meist auch für den Nichtfachmann nicht schwer zu durchschauen ist.



Die Abgrenzung der paranoiden und paraphrenen Form der Schizophrenie gegenüber anderen *Wahnkrankheiten* vereinfacht sich bei unserer Betrachtungsweise weitgehend. Nachdem KOLLE an einem umfangreichen Material, das vor allem auch die Standardfälle KRAEPELINS und KEHRERS einschließt, die Ansicht WILMANNs bestätigt hat, daß KRAEPELIN-KEHRERS Paranoia psychopathologisch, verlaufsmäßig, erbbiologisch ein „Typus“ der Schizophrenie ist (vgl. S. 455), erledigt sich ein großer Teil differentialdiagnostischer Kontroversen der älteren Psychiatrie. Doch macht die Trennung der psychopathischen Wahnentwicklungen von dem schizophreneren Paranoid und der „Paraphrenie“ KOLLES (= Paranoia KRAEPELINS) im einzelnen Fall häufig Schwierigkeiten. Wie im klinischen Teil ausgeführt, haben wir in dem primären Bedeutungsbewußtsein GRUHLES zwar ein wichtiges Kriterium der Prozeßkrankung, doch darf nicht vergessen werden, wie sehr auch dieses „Ursymptom“ sich in verstehbaren Einkleidungen verbergen kann, so daß, wie bei vielen anderen Symptomen, die Unableitbarkeit des Erlebens verschleiert ist. Eine sorgfältige Erfassung der präpsychotischen Persönlichkeit, die nacherlebende Vergegenwärtigung der Wahnentwicklung ohne allzuviel Deutung und Künstelei ist und bleibt wohl stets der gangbarste Weg, die Entscheidung: Persönlichkeitsentwicklung oder Prozeß zu treffen. Oft wird er unsicher und gefahrvoll sein, häufig bleibt ein Moment persönlicher Auffassung als unkontrollierbarer Rest bei der endgültigen Zuordnung. Doch kann man wohl sagen, daß durch die Arbeiten LANGES, KEHRERS, KOLLES und GRUHLES unsere Organe für die Erkennung der primär unableitbaren Wahnfunktion ebenso geschärft wurden, wie gleichzeitig KRETSCHMER die Grenze der inhaltlichen Verstehbarkeit reaktiver Wahnbildungen erweitert hat. Daß diese letztere Erweiterung unserer Erkenntnis gerade für die Sonderung der schizophrenen Wahnbildungen eine Gefahr bedeutet, zeigten unsere eigenen Beobachtungen an einigen Fällen, die nach Art des „sensitiven Beziehungswahns“ strukturiert waren. Sie entwickelten sich (im Gegensatz zu KRETSCHMERs eigenen Kranken) sämtlich im Sinne einer Schizophrenie, während uns primitive, haftpsychotische und querulatorische Wahnentwicklungen gar nicht selten vor Augen kommen.

In diesem Zusammenhang ist endlich noch der alkoholische *Eifersuchtswahn* zu erwähnen, der, wie wir das einige Male sahen, gleichfalls als erstes Prozeßsymptom auftreten kann, dann aber regelmäßig mit anderen schizophrenen Symptomen (Denkstörung, affektive Verödung) verschwistert war; trotzdem sahen wir ihn unter der Wirkung der Abstinenz in der Klinik scheinbar verschwinden. Da nach KOLLE gerade „syntone“ Persönlichkeiten zu „paraphrenen“ Zustandsbildern neigen, ergeben sich beim typischen Alkoholiker unter Umständen erheblich differentialdiagnostische Zweifel, zu deren generellen Beseitigung unser bisheriges Wissen über die Entstehung des Eifersuchtswahns beim Trinker noch nicht recht ausreicht. Im Einzelfall ist die Entscheidung meist nicht schwer.

## VI. Therapie.

Von

**W. MAYER-GROSS**

Heidelberg.

### 1. Körperliche Behandlung.

Es ist nur zu begreiflich, daß eine so häufige, ätiologisch ungeklärte Erkrankung wie die Schizophrenie, deren persönliche und soziale Wirkungen so eingreifender Art sind, zu jedem möglichen therapeutischen Experiment verlockt. Mit oder ohne theoretische Begründung sind im Laufe der Jahre so gut wie alle neu aufgekommenen Heilmittel bei ihr versucht worden. Man könnte Seiten füllen mit einem Überblick über die Publikationen, welche z. B. über die Behandlungsversuche mit Hormonen und anderen innersekretorischen Organpräparaten berichten von jener Zeit an, wo die endokrine Natur der Erkrankung durch das **ABDERHALDENSche** Dialysierverfahren im Vordergrund der Diskussion stand; ganz zu schweigen von den zahllosen fehlgeschlagenen Experimenten, von denen die Öffentlichkeit nichts erfuhr. So hat **KRAEPELIN**, der in der 5. Auflage seines Lehrbuchs (1896) *Dementia praecox*, Myxödem und Kretinismus als „Stoffwechselerkrankungen“ zusammenfaßte, schon um die Wende des Jahrhunderts in Heidelberg Tierorgane in therapeutischer Absicht verabreicht. Zu irgendwelchen positiven Resultaten haben diese mannigfaltigen Verfütterungen von Thyreoidea, Nebenniere usw. ebensowenig geführt wie die Kastration und die Überpflanzung von Organen: wir selbst haben bei einer jugendlichen schleichenden Hebephrenie (im Gegensatz zu **HAUPTMANN** und **SIPPEL**) keine Wirkung von einer Hodenüberpflanzung in die Bauchhöhle gesehen. Das endokrine System als therapeutischer Angriffspunkt, dessen Beteiligung an der Entstehung der Erkrankung ja durch den Ausbruch des Leidens in der Nachpubertät, durch das überdurchschnittliche Vorkommen dysplastischer Körperbauvarianten, durch die häufige Entstehung des Leidens im Wochenbett und in der Lactation, die Abhängigkeit der Krankheitserscheinungen vom menstruellen Zyklus, schließlich auch durch die Anomalien der sexuellen Triebentwicklung in der Vorgeschichte, beim Beginn der Erkrankung und auch in ihren späteren Phasen nahegelegt wird, ist nach vielen vergeblichen Einwirkungsversuchen jetzt etwas in den Hintergrund getreten. Man spricht von einer „pluriglandulären“ Störung, deren Ursache auf die vegetativen Zentren des Zwischenhirns ursächlich bezogen wird, oder man nimmt die Kombination z. B. einer Nebennierenrindendysfunktion mit Anomalien der Leberfunktion und des Darmes an (**LINDNER**).

Nachdem nämlich amerikanische Autoren (**COTTON**, **HUNTER**) infektiöse Ursachen für die Schizophrenie verantwortlich gemacht hatten und mit großer Unbekümmertheit dementsprechend durch Entfernung septischer Herde aus allen möglichen Organen operativ gegen die Erkrankung vorgegangen waren, ist neuerdings der alte Gedanke einer Autointoxikation vom Darne aus (**WAGNER-JAUREGG**) wieder einmal in den Mittelpunkt der Heilbestrebungen gerückt:

Darmgifte, die nach der Meinung mancher Autoren durch eine mangelhafte Funktion der Leber entstehen sollen (BUSCAINO), will man durch Hebung der Leberfunktion (Leberfütterung) oder direkt durch Metallsalze (REITTER) wirkungslos machen. Hierher gehört auch die Therapie ÖTTERS, der auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde Störungerscheinungen in der Leber, der Niere und dem Gehirn als Ursachen der Schizophrenie annahm und daher, nachdem er eine Vermehrung der Gallensäure im Blut fand, Aderlässe von 2—3 l in 4 Tagen empfahl, um den Körper zu entgiften und eine Leukocytose anzuregen. Die Nachprüfung durch GÜNTHER bestimmten diesen, vor der Kur zu warnen. Zwischen diesen Darmgiftwirkungen, bzw. der Immunschwäche des Körpers gegen sie einerseits und den Hormonen andererseits soll wiederum eine Art Wechselwirkung bestehen, woraus dann die Berechtigung zu kombinierten Therapien abgeleitet wird. Alle diese ätiologischen Annahmen sind weitgehend hypothetisch, immer läßt sich einwenden, daß man nicht weiß, was Ursache, was Wirkung des Gehirnleidens, der psychomotorischen Erregung, der Nahrungsverweigerung usw. ist; die Behandlungsergebnisse sind wegen der Neigung zu Spontanremissionen äußerst schwer zu beurteilen, irgend etwas Greifbares ist bei den Versuchen bisher nicht zutage gekommen.

Ähnliches gilt von den therapeutischen Bemühungen derjenigen Forscher, welche von vornherein auf eine ätiologische Theorie des Leidens verzichteten, und es mit anderwärts bewährten, *unspezifischen* Methoden anzugreifen versucht haben. Auch hier war es WAGNER VON JAUREGG, welcher den Gedanken der Umstimmung des gesamten Organismus durch *fiebrerzeugende Mittel*, der in der Medizin seit ihren allerersten Anfängen heimisch ist (WILMANN'S), für die psychischen Störungen aufnahm und schließlich auch bei der Malaria-therapie der Paralyse zum Erfolg geführt hat. Bei der Schizophrenie wird, wie MENNINGER-LERCHENTHAL in einem sorgfältigen Übersichtsreferat darlegt, die Fieber- und Infektionstherapie seit mindestens 40 Jahren angewendet. Über 1600 Fälle sind, soweit sich aus der Literatur entnehmen läßt, einer solchen Therapie unterworfen worden. Nicht nur die immer wieder beobachteten Spontanremissionen von schizophrenen Zuständen nach zufälligen Infektionen (vgl. dazu S. 563), sondern vor allem auch das Bestreben ähnliche Erfolge wie bei der Paralyse zu erreichen, haben den Behandlungseifer mit den verschiedensten Fiebermitteln besonders in den letzten Jahren angefeuert. Aber die epikritischen Äußerungen der meisten Autoren sind wenig zuversichtlich. Wohl wird immer wieder einmal behauptet, daß frische, akute Fälle günstig beeinflußt wurden; das sind aber gerade diejenigen bei denen auch die Spontanremissionen aufzutreten pflegen. Immerhin kommt MENNINGER-LERCHENTHAL selbst auf Grund der Sichtung der Literatur zu dem nicht durchaus negativem Ergebnis, daß „der psychische Zustand der Schizophrenie sicher häufig, der Prozeß wahrscheinlich gelegentlich durch eine Fieber- oder Infektionskur günstig beeinflußt werden. Die bisherigen Resultate reichen jedoch nicht hin, um diese Therapie jeder oder irgend einer anderen bedingungslos voranzustellen“.

Daß es sich bei den Erfolgen dieser Behandlung möglicherweise gar nicht um unmittelbare somatische Wirkungen, sondern um eine Einflußnahme vorwiegend psychischer Art, auf dem Umwege über die empfundene Hilflosigkeit des Fiebernden, den Wechsel der Gesamtsituation während und nach der Körperkrankheit, handeln kann, darauf wurde schon bei der Besprechung der äußeren Einwirkungen auf den Verlauf (S. 563) hingewiesen.

Ehe wir auf die psychotherapeutische Einflußnahme näher eingehen, seien noch einige *symptomatische Prozeduren* besprochen, welche sich gegen bestimmte Äußerungen der schizophrenen Erkrankung richten. Soweit solche Maßnahmen generell für alle Psychosen gelten, sind sie in der allgemeinen Therapie NITSCHES

im 4. Bd. dieses Handbuches erschöpfend dargestellt. Dort ist auch die WEICH-BRODTSCHE Behandlung mit *Salicylpräparaten* nach ihren Grundgedanken und ihren vorläufigen Ergebnissen gewürdigt; wir selbst haben bei schizophrenen Zuständen keine Einwirkung des Hexophannatriums gesehen.

Große Behandlungsschwierigkeiten bereiten noch immer *die schweren katatonen Erregungszustände*, bei denen eine hochgradige, völlig rücksichtslose Hyperkinese schwerster Art sich mit Nahrungsverweigerung verbindet. Nur mit Scopolamindosen, die weit die offiziellen Maximaldosen überschreiten, sind solche Kranken für wenige Stunden in eine Lähmung zu versetzen, bei deren Zurücktreten sofort die Erregung wieder einsetzt. Man versucht die Ruhezeit mit Arzneimittelsklysmen (z. B. 8 g Paraldehyd, darin 1,0 Trional gelöst) zu verlängern, aber oft genügt schon die Verabreichung des Klysmas, um den Kranken soweit zu wecken, daß er es wieder herausdrückt. Injektionen von Pernocton (RECK und HAAK) in Abwechslung mit Scopolamin haben sich uns in solchen Fällen neuerdings bewährt, der austrocknenden Wirkung des Scopolamins auf die Schleimhäute suchten wir durch Zusatz von einigen Tropfen Eserin zu der Scopolaminlösung zu begegnen, doch läßt sich auch dadurch dem Auftreten akuter Parotitiden nicht völlig vorbeugen, welche meist den infausten Verlauf beschleunigen. Ist der Ernährungszustand schlecht, werden auch Nährklysmen herausgepreßt, scheut man wegen des vermehrten Kraftaufwandes beim Halten durch das Personal die Sondenfütterung oder Injektionen von Kochsalz- oder Traubenzuckerlösung — zumal bei der elementaren schweren Erregung alle diese Zufuhrversuche schnell verpuffen, ohne den Kräftezustand zu heben —, so steht man bald vor der Frage, ob man die allmählich sich ankündigende Herzschwäche mehr durch weitere Hypnotica beschleunigt, oder ob das Herz durch die ruhelose Tobsucht selbst schneller geschädigt wird. Wir haben diese Frage oft dem Internisten vorgelegt, ohne daß eine eindeutige Antwort zu geben möglich gewesen wäre. In solchen Fällen von katatoner Erregung, deren Schwere vielleicht nur noch in epileptischen Ausnahmeständen erreicht wird, schalten ja alle mechanischen Zwangsmittel völlig aus, man müßte ja befürchten, daß sich der Kranke in einem Wickel zu Tode zappelt; wiederholt haben wir gesehen, daß sich die Patienten in feuchter Ganzpackung umherrollten oder herausarbeiteten. Das Dauerbad ist einflußlos, beansprucht das Herz wohl auch seinerseits, den untertauchenden Kranken läuft Wasser in die Lunge und führt zur hypostatischen Pneumonie, die auch bei der Sondenernährung droht, bei der infolge des Widerstandes die Nährflüssigkeit oft unmittelbar nach Entfernung des Schlauches erbrochen wird.

Gewiß gibt es eine Reihe von Techniken und Praktiken, die im einzelnen Fall erlauben, dieser Schwierigkeiten Herr zu werden, meistens gelingt das auch; aber man muß auch zugestehen, daß es Fälle solcher elementarer psychomotorischer Erregungszustände gibt, die jeder Behandlung trotzen und schließlich in der Erregung zugrunde gehen (SCHEIDEGGER). Auch diese akuten Psychosen schon in der Erregung durch persönliche Einflußnahme zur Arbeit zu bringen, wie SIMON das will, scheint ausgeschlossen.

Verhältnismäßig einfach ist demgegenüber die *Behandlung abstinierender Stuporen*, die zwar auch gerade bei der Sondenfütterung einen schwer überwindbaren Negativismus zeigen, bei denen aber durch eine unverdrossene Einflußnahme ein soziales Verhalten in bezug auf Reinlichkeit usw. fast stets zu erzielen ist. Geduldige und sorgfältige Pflege führt hier fast stets zum Ziel; interessant ist dabei, wie oft nur einer bestimmten Pflegeperson die Erziehung zur Ordnung, die Beibringung der Nahrung usw. gelingt. Die vorübergehende Erweckung aus dem Stupor durch Cocain (BERGER, FLECK) hat zu praktischen Ergebnissen bisher nicht geführt (BYCHOWSKI). Soll man wochenlang schlaflosen

Stuporen Hypnotica verabreichen? Erleichtert man dadurch nicht das Sichfestsetzen des Stupors? Fördern nicht überhaupt, so wird man generell sich fragen müssen, die Betäubungs- und Beruhigungsmittel beim Schizophrenen die Krankheitssymptome, nachdem doch manches darauf hinweist, daß die schizophrenen Symptome eine vielleicht nicht nur äußerliche Verwandtschaft mit Phänomenen des Einschlafens (CARL SCHNEIDER, BUMKE) und des Traumes (KRAEPELIN) aufweisen; oder wenigstens die Neigung sich gehen zu lassen, den Krankheitserscheinungen nachzugeben, statt gegen sie anzukämpfen? Werden nicht vor allem die halluzinierenden Kranken dadurch, daß man sie zeitweise oder ständig in einer leichten Narkose hält, in ihrer Neigung zu Sinnestäuschungen unterstützt, zum mindesten aber von der Realität ferngehalten und in der Hinwendung zu den Täuschungen gefördert? Auch die Frage, ob die durch Hypnotica erzeugte Dösigkeit die exzessive Onanie mancher initialer Schizophrener nicht fördert, statt sie zu hemmen, wird man sich vorlegen müssen.

Systematische Untersuchungen über diese Zweifel an unserem praktischen Handeln liegen nicht vor. Eindrucksmäßig scheinen uns die Kranken in Zeiten, wo sie wegen der akuten Erregung durch Scopolamin beruhigt werden, nicht lebhafter zu halluzinieren als ohne Narkotica; wiederholt haben wir aus der genannten Befürchtung die Narkotica abgesetzt, ohne einen Einfluß auf die Fülle oder Eindringlichkeit der Sinnestäuschungen zu sehen. Dies ist um so bemerkenswerter, als Versuche an unserer Klinik ergeben haben, daß gerade Scopolamin beim Gesunden oft Halluzinationen hervorruft, allerdings ganz überwiegend auf optischem Gebiet, das bei Schizophrenen nur selten beteiligt ist.

Die räumlich engen und z. T. unzulänglichen Einrichtungen unserer Klinik nötigen vielfach zu einer sehr reichlichen Verabreichung von Beruhigungsmitteln, z. B. auch an Patienten, die zu *vorübergehenden* impulsiven Gewalttätigkeiten neigen. Trotzdem hatten wir niemals den Eindruck, daß die schizophrenen Erregungen bei uns in der Art verlängert wurden, wie es in früheren Zeiten durch die Isolierung geschah; auch die Versetzung in die äußerlich so sehr viel günstigeren Verhältnisse der benachbarten Heil- und Pflegeanstalt führt bei den frischen Fällen meist nicht zu einer Versetzungsbesserung. Auf der anderen Seite haben wir auch die Entstehung von schlechten Krankheitsgewohnheiten, Manieren, Stereotypen usw. in Abhängigkeit von den Hypnoticis nie beobachtet.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die Anwendung der üblichen Beruhigungsmittel bei frischen Schizophrenen, die schon im Interesse der Mitkranken oft unvermeidbar ist, bei geeigneter Sorgfalt der sonstigen Pflege keinen nachteiligen Einfluß auf die Intensität der Symptome und den Verlauf der Erkrankung hat.

## 2. Psychische Behandlung.

Es muß wohl als eine Nebenwirkung der Anerkennung der Dementia praecox KRAEPELINS und der ungünstigen Prognose, die mit dem Begriff verbunden war, angesehen werden, daß sich in den ersten zwanzig Jahren des Jahrhunderts vielerorts eine therapeutische Resignation gegenüber den älteren Schizophreniefällen eingeschlichen hatte. Was sollte es für einen Sinn haben, ein organisches, zur „Verblödung“ (s. S. 567) führendes Leiden zu behandeln, sich diesen Kranken intensiv zu widmen, Zeit und Kraft der Ärzte und des Personals aufzuwenden, um z. B. den Negativismus zu überwinden, eine geringwertige Arbeitsleistung zu erzielen? Man begnügte sich mit der Abstellung der antisozialen Auswüchse, bekämpfte den ungünstigen Einfluß mancher Kranker auf die anderen durch Versetzung auf andere Abteilungen und beruhigte sich mit den Errungenschaften des No-restraint, der Bettbehandlung, des Dauerbades, der hygienisch einwandfreien Unterbringung der Patienten in den Pavillonsiedlungen der großen

modernen Anstalten. Sie schienen der ideale Aufbewahrungsort für diese „unheilbaren“ Kranken.

So kam es, daß eine große Menge therapeutischer Erfahrungen der Psychiatrie, auf deren Vergangenheit KEHRER in einem lesenswerten Vortrag hingewiesen hat, in jüngster Zeit wieder entdeckt werden konnten. In dem Handbuchbeitrag NITSCHES ist auf die Bedeutung BLEULERS für die Wandlung in den Grundanschauungen hingewiesen, welche das passive Verhalten der Psychiater gegenüber der Schizophrenie in Bewegung gebracht haben. Dort sind auch bis ins einzelne die Anregungen SIMONS dargestellt, durch die unter dem Schlagwort der *Beschäftigungstherapie* ein neuer Geist in die Kliniken und Anstalten einge-zogen ist. SIMONS Ergebnisse sind nicht nur von großer praktischer Wichtigkeit. Sie sind nicht minder für die theoretische Auffassung der schizophrenen Symptombildung belangvoll, wenn es auch bis heute an einer entsprechenden Bearbeitung fehlt und vieles noch rein intuitiv ohne begründbare Indikationen gehandhabt wird.

In dieser Beziehung unterscheidet sich SIMONS Vorgehen nicht von Bestrebungen bedeutender Anstaltsleiter vor ihm wie etwa PAETZ in Altscherbitz. Auch sonst hat er viele, dem therapeutisch bemühten Psychiater der großen Anstalten geläufige Erfahrungen seinem Behandlungssystem eingegliedert. Ein Vergleich der Darstellung NITSCHES mit derjenigen von GROSS aus dem Jahre 1912 zeigt, daß die wesentlichen Gesichtspunkte der Beschäftigungstherapie damals schon vorlagen: schon GROSS forderte Beginn der Arbeit so früh als möglich, nennt als den spätesten Zeitpunkt denjenigen, „wenn vorher erregte Kranke ruhig werden und die Gefahr der Verblödung droht“. Die Einteilung der Arbeitsgruppen, die er vorschlägt, stimmt mit der SIMONS weitgehend überein.

Der Nachweis der Übertragbarkeit der FREUDSchen Neuroselehre auf die schizophrene Symptomatik durch JUNG und BLEULER mußte sich selbstverständlich auch therapeutisch auswirken. Die Deutung der Krankheitsäußerungen, die bisher als irre Hirngespinnste galten, als Symbolbildungen, die Erkenntnis ihrer inhaltlichen Abhängigkeit von früheren Erlebnissen ermutigte zur Einflußnahme unter psychologischen Gesichtspunkten analog der Psychotherapie der Neurosen. BLEULER schied primäre, organische, unbeeinflussbare Symptome von sekundären, mehr zufälligen, psychogenen und wies so die Richtung, die nach den verschiedensten Methoden von zahlreichen Nachfolgern eingeschlagen wurde. Seine intensive Beschäftigung mit den Schizophreniefällen lehrte ihn außerdem, wie weitgehend affektive Regungen und intellektuelle Leistungen auch bei äußerlich „stumpfen“ und „verblödeten“ Kranken noch potentiell vorhanden waren. Vielleicht das wichtigste therapeutische Ergebnis dieser Studien BLEULERS und seiner unabhängigen, vorurteilslosen Denkweise in allen medizinischen Fragen war die Erkenntnis der bedenklichen Wirkung der *Anstaltsinternierung* in vielen Stadien der Schizophrenie. Sowohl in der Phase der Prodrome, als auch während des schleichenden Beginns, vor allem aber auch nach dem Ablauf stürmischer Krankheitsepisoden erwies sich das Anstaltsmilieu nicht von günstiger Wirkung<sup>1</sup>. Damit war zunächst einmal die Auf-

<sup>1</sup> Den Wandel der Anschauungen über die Wirkung der Anstaltsbehandlung illustrieren die folgenden von WILMANNs mitgeteilten Stellen aus einer Schrift „Die Irrenanstalt in allen ihren Beziehungen“ von FRIEDRICH ROLLER, dem Erbauer und späteren Direktor der Anstalt Illenau: Das A und O einer erfolgreichen Behandlung des Irren sei seine Isolierung. „Jeder Seelengestörte muß von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog; er muß an einen andern, ihm unbekanntem Ort gebracht werden; die, welche ihn verpflegen, müssen ihm fremd sein. Er muß, mit einem Worte gesagt, isoliert werden.“ Wie ROLLER sich die Wirkung dieser Isolierung dachte, mag folgendes Beispiel beleuchten: „Der Irre, welcher wähnt, plötzlich zum Herrn der Erde geworden zu sein, befiehlt allen, die bisher aus Neigung und Achtung nach seinem Willen gelebt haben, blinden Gehorsam. Ihm

gabe gestellt, die leichten Fälle möglichst lange in der Familie zu halten und weiterhin leitete man daraus die Berechtigung ab, auf die beginnende Schizophrenie direkt psychotherapeutisch einzuwirken. Für die Vermeidung der Internierung der beginnenden und leichten Schizophrenie hat sich vor allem auch STRANSKY eingesetzt. Er hat ein Verfahren, das er „kompensatorische Übungstherapie“ nannte, angegeben, nach welchem durch logische Überredung und Bestärkung der eigenen Zweifel am Wahn eine etwa noch vorhandene Krankheitseinsicht gefestigt, zugleich durch Aussprache eine Art Entlastung herbeigeführt werden soll, die dahin zielt, die Aufmerksamkeit von der Psychose ab- und den Bedürfnissen des praktischen Lebens zuzuwenden. Ist nun auch von psychoanalytischer Seite (SIMMEL) die schädigende Wirkung der aus sozialen Gründen und Gründen des persönlichen Schutzes oft unvermeidlichen Anstaltsbehandlung stark übertrieben worden, so ist doch allgemein der Standpunkt verlassen, daß die geschlossene Anstalt auf jeden Fall der geeignete Aufenthalt der Schizophrenen sei. Nicht nur das „seelische Trauma“ der Verbringung (KOGERER) an den durch die populären Vorurteile infamierten Ort, sondern die trotz aller offenen Methoden unvermeidliche Beschränkung der persönlichen Freiheit und damit der Verantwortung für das eigene Tun und Lassen, das Zusammenleben mit fremden, vielfach ähnlich verschlossenen Kranken, das alles kann selbst durch die verständnis- und rücksichtsvollste Pflege und ärztliche Betreuung nicht wettgemacht werden.

Trotzdem haben wir, wenn wir ehrlich sein wollen, in der großen Mehrzahl der Fälle keinen brauchbaren Weg, diesen Shock zu vermeiden. Der fortschreitende Krankheitsprozeß geht über alle, noch so ernsthaften Bemühungen hinweg, und wir müssen vor den primären Symptomen kapitulieren (NITSCHKE). Das zeigt deutlich eine Kasuistik KOGERERS, der sich auf Anregung STRANSKYs und zum Teil nach seiner Methode um die Vermeidung der Internierung bemüht hat. Er tritt vor allem für die *Erziehung* des Schizophrenen zur *Dissimulation* ein; der Kranke soll lernen, seine Symptome, über die er mit dem Arzt offen spricht, der Umwelt gegenüber zu verbergen. Ähnliches strebt KLAESI an, indem er rät, bei bestimmten Schizophrenen die vorhandene Verdrängungstendenz zu fördern durch Arbeit mit oder ohne Orts-, Stellen- oder Berufswechsel. Dieses uralte Prinzip, das schon ZELLER 1804 in die Worte kleidete: „das Gesunde im Kranken anzuregen, das Kranke zu unterdrücken“, verknüpfen BLEULER und KLAESI mit der Rücksichtnahme auf bestimmte *Komplexe*, die sie als pathogen betrachten, weil sie im Inhalt der Psychose eine Rolle spielen. Was KLAESI auf solche Weise erreicht, ist erstaunlich; wie weit aber in der Tat die psychoanalytischen Gesichtspunkte dabei wirksam sind, bleibt zweifelhaft.

Das Sichtbarwerden FREUDscher Mechanismen bei manchen (paranoiden) Schizophrenen, die Analyse der SCHREBERSchen „Paranoia“ durch FREUD selbst, der nicht selten neuroseähnliche Beginn, wie wir ihn im klinischen Teil dargestellt haben, legten es nahe, die *psychoanalytische Therapie* unmittelbar auf

---

erscheinen jetzt Frau, Kinder und Freunde als Untertanen. Was liegt ihm daran, daß er Unmögliches fordert. Er will's! Können die Großen der Erde in dem, was sie wollen, auf unübersteigliche Hindernisse stoßen? Die Bekümmernisse seiner Familie, der Gram seiner Freunde, die ängstliche Sorgfalt aller, ihre Nachgiebigkeit gegen seine Eigenheiten, die Vorsicht, mit der jeder aus Furcht, ihn in Wut zusetzen, Widersprüchen ausweicht — muß ihn dies alles nicht mehr und mehr in seinen fixen Ideen von Macht und Herrschaft bestärken? Der Kreis seiner Familie ist sein Reich. Entfernt ihn daraus, so werden vielleicht schon dadurch allein die falschen Ideen schwinden. Fern von seinen Untertanen, mitten unter unbekanntem Gegenständen wird er zu sich selber kommen und all seine Aufmerksamkeit zur Kenntnis seiner neuen Lage nötig haben.“ Diese Isolierung könnte aber nur in einer besonderen, eigens für diesen Zweck gebauten Anstalt erfolgen.“

die Schizophrenie zu übertragen. Das konnte natürlich nur zu schweren Enttäuschungen führen, die ihren markanten Niederschlag, in dem Worte FREUDS selbst fanden, daß ihre direkte Anwendung bei der Schizophrenie ein Kunstfehler sei (mündlich zu LUDWIG BINSWANGER). Für die Beurteilung der FREUDSchen Lehre ist dieses Versagen um so bedeutsamer, als, wie KRETSCHMER sich ausdrückt, „durch das hemmungslose Herausbrechen von Bestandteilen tiefster seelischer Schichten . . . sich die akuten Schizophrenien . . . wissenschaftlich sogar besonders gut sowohl zur Bestätigung, wie zur Kritik bestimmter Leitgedanken der FREUDSchen Theorie“ eignen. Es ist begreiflich, daß der Psychotherapeut, und zumal der Psychoanalytiker den Blick vor allem auf die Bestätigung richtet, auf die „durchsichtigen Zusammenhänge mit Vaterbindung, Coituswünschen, Onaniekomplex, Minderwertigkeitsideen, Selbstbestrafungstendenzen und vieles andere mehr aus den Wiener Schubladen“, wie SPEER es von einem seiner Fälle berichtet. „Die Patientin war auch einsichtig genug für die . . . psychotherapeutische Arbeit — aber: der eigentliche Krankheitsprozeß . . . nahm auf diese Dinge keine Rücksicht.“ SPEER schildert die Situation gegenüber den neuroseähnlichen Inhalten frischer Schizophrenien sehr treffend: „Diese Klarheit des Aufbaus verführt uns Psychotherapeuten immer wieder. Denn in uns bildet sich dann der Schluß: jetzt handelt es sich nur noch darum, dem Patienten unsere Weisheit beizubringen und dann wird er, genau wie das beim Neurosebehandeln der Fall ist, schließlich zur Einsicht kommen und sich arrangieren und — dann ist er gerettet. Dieser Schluß nun scheint mir . . . ein Fehlschluß.“ Er schildert wie der Schizophrene dem Einfluß des Arztes und der Umwelt entgleitet, wie er ganz anders reagiert wie der Neurotiker, wie alle Erfolge nur Zufallserfolge oder solche ganz vorübergehender Art sind. Er warnt aber besonders deshalb vor dem Analysieren, weil es dem schizophrenen Zerfallsprozeß direkt in die Hände arbeiten könne.

Auch KRETSCHMER kennt diese Gefahr der „Explosionen katatonen Tiefenmechanismen“ unter direkter Wirkung der Analyse und weist auf sie hin, aber er spielt mit ihr wie auch SCHILDER, der ohne Psychoanalyse der Schizophrenie gegenüber ratlos ist; da es keine körperliche Therapie von einiger Verlässlichkeit gebe. KRETSCHMER rät im Vorstadium der Erkrankung die verlängerte Protestphase der Pubertät, die bei manchen Schizophrenen zu finden sei, zu überwinden, in anderen Fällen die Ablösung von einer triebhaften Elternbindung durch Nachreifenlassen zu erzielen.

Alle diese Versuche von mehr oder weniger psychoanalytischem Anstrich (ebenso ADOLF MEYER, BYCHOWSKI) werden gerechtfertigt mit dem Hinweis auf die beträchtliche *psychogene Komponente* des schizophrenen Krankheitsbildes. Daß diese Annahme BLEULERS und seiner Schüler zum Verständnis der psychischen Beeinflussbarkeit der schizophrenen Symptome entbehrlich ist, wurde an anderer Stelle (s. S. 565) dargelegt. Am eindrucksvollsten ist auch in dieser Beziehung die Kasuistik von SPEER, der die psychotherapeutische Einflußnahme bei Schizophrenen von der Durchsichtigkeit und Verstehbarkeit des Erlebniszusammenhangs völlig unabhängig eintreten sah. Dagegen wendet sich KRONFELD. Was er aber in seinen Fällen von „Schizophrenia mitis“ unternimmt, ist, der FREUDSchen Nomenklatur entkleidet, doch nichts als die *Herbeiführung eines Rappports* mit dem Arzt und die *Hinwendung* des sich abkapselnden Kranken zur *Wirklichkeit*.

Nach diesem im Grunde recht unindividuellem Schema sind fast alle psychotherapeutischen Heilbestrebungen und besonders auch diejenigen *nach der akuten Psychose* orientiert. So wenn KLAESI vorschlägt, die plötzliche gewaltsame Abkehr von der schizophrenen Einstellung auszunutzen, die in manchen Fällen unmittelbar nach dem akuten Schub zutage tritt (vgl. *Stellungnahme* S. 556). Er



unterstützt diese Verdrängungstendenz durch sinnfällige, eingreifende ärztliche Verordnungen äußerlicher Art. Ein dritter Vorschlag KLAESIS, gewisse überbetonte Krankheitserscheinungen, demonstrative Stereotypien, Negativismen u. dgl. ihrem Sinne nach zu deuten, in ihrer Symbolwirkung zu entwerten und damit dem Kranken „sein Geheimnis“ zu entlocken, hat zwar wiederum einen mehr analytischen Anstrich; aber auch dabei ist doch das Wesentliche die Teilhabe an dem „Geheimnis“, das Herausführen aus der Verslossenheit und der damit erzielte persönliche Kontakt. Auch KRETSCHMERS Unterstützung von Abspaltungstendenzen und Distanzierung läuft auf das gleiche hinaus. MAX MÜLLER hat diese *Heilungsmechanismen* der Schizophrenen eingehend dargestellt und verfolgt. Im klinischen Teil wurde auf seine Arbeit eingegangen.

Schließlich ist auch KLAESIS Dauerschlafbehandlung<sup>1</sup> wohl in ihrer wesentlichen Wirkung psychischer Natur: die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß ausschlaggebend für den Erfolg die Ausnutzung des Rappports sei, den man unmittelbar nach der Schlafperiode mit dem Kranken gewinnt. Ist er erzielbar, was auch nach den Mitteilungen des Schrifttums keineswegs bei jedem Kranken und sicher auch nicht jedem Arzt in jedem Falle möglich ist, so erreicht man, was sonst vielleicht erst in einem späteren Zeitpunkt nach spontanem Verebben der akuten Psychose erreicht werden kann: Zurückdrängen der schwersten psychotischen Äußerungen, Erziehung zur Verdrängung, zur Beherrschung und zu irgendeiner nützlichen Tätigkeit. Dasselbe gilt von dem Durchbrechen des Stupors durch Ätherrausch (CLAUDE, SCHILDER) oder durch Cocaininjektionen (BERGER, FLECK, BYCHOWSKI) oder Lachgas (ZÁDOR). Ein vorübergehendes Freierwerden ist fast jedesmal zu erzielen, eine länger dauernde symptomatische Wirkung nur in gewissen Fällen, die zugleich psychotherapeutisch beeinflussbar waren.

Damit ist ein wichtiges Problem der psychischen Schizophreniebehandlung berührt, das BERZE mit seiner Trennung von Prozeßsymptomen und Defektsymptomen neuerdings aufgeworfen hat. Wann beginnt die „Fassadenpsychose“ (KRETSCHMER), woran soll man erkennen, daß der Prozeß zum Stillstand gekommen ist und nur noch sein äußeres Erscheinungsbild festgehalten wird? Gibt es überhaupt dieses Festhalten nach Art der psychogenen Fixierung? KRETSCHMER fühlt sich hier weitgehend ein, wenn er meint, daß der Patient das dunkle Gefühl habe: „die Psychose hat in mir soviel zerstört, daß es sich nicht lohnt, aus dem Rest etwas Neues aufzubauen. Er scheut sich auf dieser geschmälerten Basis den Kampf mit dem Leben wieder aufzunehmen und flüchtet sich lieber in das leere Gehäuse seiner barocken Autismen . . .“ Man darf wohl solche Deutungen mehr als zweckmäßige Denkanleitungen für den praktischen Therapeuten auffassen; denn schwerlich wird die Eigenart der schizophrenen Automatisierungsbereitschaft mit dieser Darstellung erfaßt. Bestünde in der Tat die strenge Scheidung zwischen Prozeß- und Defektsymptomen, wie sie BERZE annimmt, so müßte es wohl auch einmal gelingen, den Zeitpunkt des Übergangs zu erkennen und dort therapeutisch einzugreifen. Verhält es sich aber mit den schizophrenen Symptomen ähnlich wie mit gewissen extrapyramidalen, zweifellos organisch bedingten motorischen Anomalien: sind sie ihrer Natur nach prinzipiell von der psychischen Seite beeinflussbar, so bedarf es nicht der Annahme SIMONS, daß „was durch psychische Behandlung beseitigt werden kann, nicht organisch bedingt sein“ könne. SIMONS Vorschlag, schon während der akuten Psychose, sogar in den Erregungszuständen, mit Erziehungs-

<sup>1</sup> Die Technik und ihre Gefahren sind von NITSCHKE im 4. Bd. dargestellt. Vgl. auch den kritischen Überblick von MAX MÜLLER.

versuchen vorsichtig zu beginnen (im einzelnen vgl. NITSCHÉ), ist dann ohne weiteres gerechtfertigt. Daß erst von einem bestimmten Moment an die Bemühungen dauernden Erfolg haben, ist vielleicht allein eine Frage der quantitativen Mächtigkeit der Symptome, des Umfangs, in welchem der Prozeß die kranke Psyche beherrscht. Auch diese Auffassung ist gewiß hypothetisch. Unser gesichertes Wissen ist trotz der großen praktischen Bedeutsamkeit der Frage gering.

So ist es begreiflich, daß trotz der schematischen Gleichartigkeit des Behandlungsziels (Herstellung des Rappports und Wirklichkeitszuwendung) die *persönliche Begabung*, der Takt und die Geschicklichkeit des Therapeuten eine beträchtliche Rolle spielen. Mag dadurch manches noch nicht lehrbar und die Vergleichung der Resultate der einzelnen Ärzte erschwert sein, so ist doch eine wichtige Wandlung, die sich mit dieser psychotherapeutischen Aufschließung der Schizophrenie vollzogen hat, festzustellen: aus dem Verkehr mit dem Schizophrenen, seiner Befragung und ärztlichen Beratung verschwindet immer mehr jener Ton kühler Überlegenheit, jenes Aufspießen auf die Nadel der Diagnose, das Erledigen nach der Art eines geistigen Todesurteils, das gewissen Psychiatern in der Ära eines grobanatomischen Materialismus zur Gewohnheitshaltung geworden war. Mit einem Achselzucken überließ man die Schizophrenen der Narrenfreiheit ihrer Wahnideen, deren Vorhandensein man sich von Zeit zu Zeit befriedigt bestätigte, indem man sie ironisch zu entsprechenden Äußerungen reizte.

Daß diese unärztliche Haltung gegenüber den Schizophrenen verschwunden ist, die wie ein Rückfall in den geistigen Hochmut der Aufklärungszeit anmutet, ist nicht das geringste Verdienst SIMONS. Ohne Zweifel geht die bereitwillige und zustimmende Aufnahme, welche seine Anwendung der Beschäftigungstherapie fand, zunächst einmal darauf zurück, daß er konsequent den Nihilismus der vorausgegangenen Periode psychiatrischer Krankenbehandlung überwand. Er ersetzte die hoffnungslose Tatenlosigkeit von Arzt und Personal durch die intensive angespannte Bemühung um jeden einzelnen Kranken und warb für den Erfolg nicht zuerst durch Schrift oder Programme, sondern durch das *Beispiel*, auch in dieser Hinsicht ein wahrer Praktiker der Therapie. In unserem Zusammenhang ist es nun von besonderer Bedeutung, daß diese Erfolge der Beschäftigungstherapie ganz in erster Linie an den Schizophrenen erzielt wurden. Für sie ist die gemeinsame Tätigkeit adäquat, sie erweisen sich als weitgehend in ihren Lebensgewohnheiten erziehbar und einflußbar, als geeignet zur Übernahme einer gewissen Verantwortung und Selbständigkeit. Hält man sich gegenwärtig, wie wenig nach unseren heutigen psychopathologischen Erkenntnissen von eigentlichen Defekten selbst bei älteren Schizophrenen die Rede ist, so wird man sich über dieses Ergebnis schon weniger wundern. Stimmt man weiter unserer Auffassung zu, daß auch der Autismus nicht ein primäres Symptom, sondern eine situativ ausgelöste sekundäre Haltung ist — die sich aus anderen Anomalien, in erster Linie affektiver Art, dann aus der Denkstörung, den Sinnesanomalien, den primären Wahnerlebnissen und den psychomotorischen Störungen herleitet —, so läßt sich die Wirksamkeit der Sozialisierung auf den Schizophrenen erklären, wie auch umgekehrt die entgegengesetzte Wirkung der alten Anstalten mit ihren Isolierzellen und ihrer Narrenfreiheit. Erinnert man sich weiterhin der Neigung zur Abspaltung der pathologischen Symptomwelt bei älteren Fällen, deren Bereitschaft zur Verdrängung in der Stellungnahme zu den Symptomen der akuten Phase, so erscheint es naheliegend, sie therapeutisch auszunutzen, wie andererseits die Tendenz zur Automatisierung, die bestimmte Symptome fixiert und einschleift, zur Gewöhnung an eine regelmäßige nützliche Tätigkeit zu verwerten.

Gerade diese Anpassung der SIMONSchen Erziehungsmethoden an die *formalen* Besonderheiten der schizophränen veränderten Psyche bei Vernachlässigung der Komplexe und der krankhaften Inhalte haben die Beschäftigungstherapie zur allgemeinen Behandlungsmethode der Schizophrenen werden lassen, während alle analysierenden Bemühungen, wie sie die Züricher Schule zeitweise vertrat, doch nur bei differenzierten Einzelfällen zu bedingten Erfolgen führen. Jetzt erst erfüllt die Anstalt ihre Aufgabe, die ihr BLEULER für die Schizophrenen zugestand, die der Erziehung zum erträglichen Verhalten, worauf dann möglichst bald die *Entlassung*, sei es in Familienpflege, sei es in die eigene Häuslichkeit zu folgen hat (über Frühentlassung s. auch WETZEL S. 625).

Diesem therapeutischen Ideal einer baldigen Zurückführung in den gewohnten Lebenskreis steht oft, auch wenn die Hindernisse sozialer Art überwindbar sind, die *seelische Eigenart der Blutsverwandten* des Schizophrenen im Wege. Auch sie sind vielfach schlecht den realen Aufgaben des Daseins angepaßt, rücksichtslose Sonderlinge, gefühlkalt und unsozial. Mag es sich dabei um „latente“ Schizophrenien im Sinne BLEULERS oder um jene schizoiden Psychopathen handeln, die von den verschiedensten Autoren in der Verwandtschaft vieler Schizophrener gefunden wurden, in beiden Fällen ist die Gefahr groß, daß der Erziehungseffekt wieder verloren geht. Dieser Umstand muß uns vor einer schematischen Anwendung auch der therapeutischen Entlassung bewahren.

Sprechen nicht auch Gründe der *Eugenik* gegen die Entlassung, besonders der Verheirateten? Zu dieser und verwandten Fragen soll im folgenden noch kurz Stellung genommen werden.

### 3. Prophylaxe.

BLEULERS Monographie, von der unsere Darstellung der Schizophrenie ihren Ausgang nahm, und auf die in allen bedeutungsvollen Fragen zurückgegriffen werden mußte, schließt mit einem Satz, in welchem es als eine traurige, von den grausamen Anschauungen der Gesellschaft auferlegte, Pflicht des Psychiaters bezeichnet wird, dem Selbstmordtrieb des Schizophrenen durch Überwachungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Seine Hoffnung auf eine baldige Änderung dieser Anschauungen dürfte schwerlich in Erfüllung gehen; allzuvieler Linien aus den verschiedensten Bereichen des Irrationalen laufen in dem Problem der Vernichtung des lebensunwerten Lebens zusammen. Die große Verbreitung der Schizophrenie als derjenigen Erkrankung, die die Hauptzahl der Kranken unserer Anstalten stellt, legt gewiß auch solche Erwägungen, nicht nur die Freigabe des Selbstmordes, vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus nahe. Er kann aber gewiß nicht allein Ausschlag geben, wo es sich um Menschenwesen handelt; im einzelnen Fall hat es jeder mit den Gesetzen und seinem Gewissen zu vereinbaren, was ihm beim Handeln und Unterlassen notwendig scheint.

In einer ähnlichen, wenn auch nicht ganz so ratlosen Situation befinden wir uns, wenn man uns fragt, ob der Schizophrenie nicht durch eugenische Maßnahmen entgegengetreten werden könne. Sie deckt sich in vieler Hinsicht mit analogen Fragen bei den meisten erblichen Erkrankungen, die von NITSCHKE im allgemeinen Teil erschöpfend erörtert sind. Auch auf die Darstellung von ENDRES (im I. Bd. ds. Handb.) und von BERINGER u. WETZEL in diesem Band kann verwiesen werden. Bei der Schizophrenie sind alle Eingriffe in die persönlichen Entscheidungen des Lebens (Heirat, Zeugung, Unterbrechung der Schwangerschaft, Sterilisierung um so prekärer, als bei aller Wahrscheinlichkeit der Erbbedingtheit doch nach der Meinung vieler Forscher ein Teil, vielleicht die Mehrzahl der Fälle unter Mitwirkung eines unbekanntes exogenen Faktors entstehen.

Trifft überdies die Ansicht BLEULERS zu, daß die große Mehrzahl der Schizophrenen überhaupt niemals in das Bereich des Psychiaters gelangt, so wären vollends alle solche Maßnahmen ohne durchgreifende Wirkung. Wenn man, wie wir, dieser Ausdehnung des Schizophreniebegriffs nicht zustimmt, so wird man für eine *Sterilisierung* aller nach längerer Beobachtung sicher diagnostizierter Schizophrener, zumal wenn der familiäre Charakter der Erkrankung offensichtlich ist, *vor der Entlassung aus der Anstalt* durchaus eintreten. Werden durch gesetzliche Vorschriften die Kautelen für eine sinngemäße Anwendung (Ärzt Kommission, Zustimmung des Patienten und der gesetzlichen Vertreter) geschaffen, so wird nur auf diese Weise wirksam der Gefahr begegnet werden können, welche die Frühentlassung für die Volksgesundheit herbeiführt. Denn in der Tat ist „an Stelle der natürlichen Ausmerzung . . . die *Züchtung* der Psychose als Folge der heutigen Behandlungsweise getreten“ (WILMANNNS).

Zum Glück stehen ja die affektiven Anomalien vielfach bei den milden Schizophrenien auch der erotischen und sexuellen Annäherung und Verbindung hindernd im Wege. Andererseits erlebt man es immer wieder einmal, daß gerade Partner identischer Konstitution sich zusammenfinden und heiraten, sei es, weil sie durch das Vorurteil der Volksmeinung von anderen gemieden und zueinander getrieben werden, sei es, daß die seelische Verwandtschaft anziehend wirkt. Der Zwang der psychiatrischen Eheberatung könnte gerade in solchen Fällen Schlimmes verhüten. Daß aber selbst ein so von psychiatrischen Bestrebungen durchsetzter Staat wie der Kanton Zürich noch nicht zu entsprechenden Regelungen gegriffen hat, beweist, wie stark auf diesem Gebiet Imponderabilien wirksam sind, auf welche unsere Erkenntnis bisher keinen Einfluß hat.

Eine individuelle Prophylaxe der Schizophrenie, die nicht eugenisch orientiert ist, gibt es nicht.

## VII. Anatomisches.

Von

**G. STEINER**

Heidelberg.

Die Anatomie der Schizophrenie gibt es noch nicht. Man kann die müßige Frage aufwerfen, ob die feinere Anatomie, insbesondere die Histopathologie, jemals in der Lage sein wird, einen spezifischen Gewebsprozeß als morphologisches Substrat einer schizophrenen Krankheitseinheit aufzufinden. Eine Beantwortung dieser Frage wird zur Zeit niemand gelingen. Jedenfalls aber ist es von Wert, innerhalb einer Gesamtdarstellung unseres gegenwärtigen Wissens von der Schizophrenie, wie sie in diesem Teil des Handbuches versucht werden soll, einschlägige anatomische und histopathologische Fragen zu behandeln. Ich brauche hierbei nicht mehr ausführlich auf die Darstellung der bei Schizophrenie erhobenen histopathologischen Befunde einzugehen, weil diese Arbeit bereits im 11. Band, Spezieller Teil 7 dieses Handbuches (Anatomie der Psychosen) von JOSEPHY gründlich ausgeführt worden ist. Ich kann also auf die Darstellung von JOSEPHY, die über alle wesentlichen Befunde unter Zufügung eigener Erfahrungen berichtet, verweisen und mich hier auf eine kritische Stellungnahme beschränken.

Die von der Anatomie zu bearbeitenden Fragestellungen beziehen sich auf folgende Fragen:

### 1. Die Organotypie.

Unter Organotypie verstehe ich das organspezifische histologische Gepräge eines Leidens, bei dem also in typischer Weise immer nur *eines* oder *einige* Organe morphologische Veränderungen aufweisen.

Ist der schizophrene Krankheitsprozeß *organgebunden* in der Weise, daß entweder nur das Gehirn oder mit dem Gehirn noch andere Körperorgane vielleicht innersekretorischer Art oder der Magen-Darmkanal erkrankt sind? Ist es vielleicht gar so, daß das ursprüngliche Werden des schizophrenen Prozesses in einem extracerebralen Organgebiet nicht-nervöser Art einsetzt und daß die Veränderungen der Gehirns substanz erst sekundärer Art sind? Ich glaube, daß, wenn wir auch alle bisherigen Befunde an anderen Organen, an den Hoden, an den Schilddrüsen, an den Nebennieren, am Magen-Darmkanal Revue passieren lassen, von einer extracerebralen Genese des schizophrenen Gehirnprozesses nichts Einwandfreies zu sagen ist. Morphologisch haben wir jedenfalls keinen Anhaltspunkt für irgendeine derartige organotypische Gestaltung der Schizophrenie, daß sie uns auf die konstante und mit dem Hirnprozeß in Korrelation stehende Erkrankung irgendeines nicht-nervösen Organs oder Organteiles hinweise. Es ist nicht einmal so, wie bei den Erkrankungen der Wilsongruppe, bei der das häufige und gleichzeitige Vorkommen eigenartiger Lebererkrankungen mit Erkrankungen bestimmter Hirnteile auf eine solche Korrelation zwischen Gehirn und übrigen Körper hinweist. Dabei besteht ja selbst bei dieser *korrelativ einwandfrei gesicherten* Krankheitsgruppe noch ein Streit der

Meinungen, ob enterotoxische Momente — man denke auch an die angeschuldigte intestinale Ätiologie der Schizophrenie! — der erste ursächliche Faktor der WILSON'schen Krankheit sind oder ob es sich um eine primäre Lebererkrankung mit konsekutiver Vergiftung bestimmter Gehirnteile oder endlich ob es sich um eine zwar unabhängig voneinander, aber auf gemeinsamer heredogenerativer Grundlage beruhende Erkrankung zweier ganz verschiedener Organsysteme, der Leber und des Gehirns nämlich, handelt. Also, obwohl gerade bei der Wilsongruppe die morphologischen Verhältnisse viel übersichtlicher sind, auch hier keine Klarheit über die Pathogenese! Wir werden bei der Schizophrenie infolgedessen doch wohl kaum anders vorgehen dürfen, als daß wir möglichst viele Organsysteme in den Kreis anatomischer Beobachtung einbeziehen, dabei aber den Gehirnprozeß nicht vernachlässigen.

## 2. Die Histotypie.

Die (von mir schon früher gebrauchten) Ausdrücke „Histotypie“ und nachher „Topotypie“ beziehen sich auf das erkrankte Organ und bedeuten *leidenspezifische histopathologische* und *regionale* Veränderungen innerhalb des erkrankten Organs.

Wenn wir uns auf das Gehirn beschränken, da ja in diesem bisher die einzigen, morphologisch annähernd gleichförmigen und häufigeren Befunde beschrieben worden sind, so entsteht die Frage: Handelt es sich bei den angegebenen Gewebsveränderungen um *gewebsspezifische* Prozesse, d. h. um histologische Hirnveränderungen, die für den schizophrener Prozeß durchaus kennzeichnend sind, kurz um eine Histotypie? Die BUSCAINOSchen eigentümlichen lichtbrechenden Schollen, die er nur bei besonderer Vorbehandlung der Gehirne mit salpetersäurehaltigem Alkohol, vorzugsweise in der weißen Substanz und in den Basalganglien nachweisen konnte („zolle di disintegrazione“) sind nach BUSCAINOS eigener Äußerung nicht spezifisch für Dementia praecox. Ähnliches gilt für die mit den BUSCAINOSchen Befunden identischen der mucocytären Degeneration von GRYNFELDT. Auch die von MONAKOW und KITABAYASHI gefundenen Veränderungen des Plexus chorioideus können nicht als histotypischer Befund bei Schizophrenie gelten. Übrig bleiben somit nur die durch die grundlegenden Untersuchungen ALZHEIMERS und vieler späterer nachgewiesenen Zellausfälle in der Hirnrinde bei sicheren und durch andere Krankheiten nicht komplizierten Schizophrenien. Aber diese Zellausfälle fleckförmiger und diffuser Art in der Hirnrinde bei Schizophrenie haben ihre Besonderheiten, insofern als erstens einmal alle sonstigen, derartige Ausfälle markierenden Reaktionen der Glia, des mesenchymalen Apparates oder überhaupt irgendwelche anderen morphologischen Zeichen fehlen. Weiterhin haben vergleichende Zählungen von sogenannten Zellausfällen einen vom normalen nicht unterscheidbaren Befund ergeben. Besonders DUNLAP hat sich eingehend mit dieser Frage befaßt, er hat Schnitte im gleichen Laboratorium mit denselben Färbemitteln in genau derselben Weise behandelt, Schnitte, die von gesunden Personen und solche, die von mit den Gesunden gleichaltrigen Schizophrenen stammten. Er hat diese Schnitte miteinander gemischt und festzustellen versucht, ob eine Trennung allein durch die histologisch-mikroskopische Betrachtung möglich wäre, konnte aber nur ein völliges Versagen feststellen. Wir werden demnach auch aus diesem Grunde den Zellausfällen als einem histotypischen Befund besonders vorsichtig gegenüberstehen müssen. Wenn wir durch SPIELMEYER wissen, daß bei Menschen mit langer Agone „Erbleichungen“ in der Hirnrinde vorkommen können und daß überhaupt die Ganglienzellen in den einzelnen Schichten der Hirnrinde, vielleicht mit Ausnahme der Körnerschichten, nicht in annähernd gleichen Zwischenräumen und Abständen voneinander liegen, sondern daß Gruppenbildungen von Ganglienzellen und große freie Zwischenräume auch in völlig

normalen Gehirnen vorkommen, so werden wir in der Bewertung doch nur *graduell* abschätzbarer pathologischer Nervenzellausfälle der Hirnrinde bei Schizophrenie außerordentlich zurückhaltend sein müssen.

Wenn JOSEPHY von einem „unkomplizierten“ Fall berichtet, der 4 Jahre lang kataton-schizophren war und nach momentanem Tod (infolge unglücklichen Zufalls) Ganglienzellausfälle in der Rinde nicht gefunden worden sind, entsprechend dem von ROSENTHAL aus der Heidelberger Klinik veröffentlichten Fall Wähler, so weist dies auf eine mangelnde Spezifität der Nervenzellausfälle für den schizophrenen Prozeß hin. Wir können nur sagen, daß die gefäßunabhängigen Zellausfälle in der Hirnrinde keinen histotypischen Befund der Schizophrenie darstellen.

Ähnlich verhält es sich mit den Veränderungen der Nervenzellen selbst, auf die FÜNFGELD sehr großen Wert gelegt hat. In schizophrenen Gehirnen werden häufig *verschiedenste Erkrankungsstypen* der Ganglienzellen aufgefunden, die sklerotische Veränderung der Nervenzellen, die akute, die Verflüssigung derselben und endlich, worauf FÜNFGELD hinwies, Bilder erkrankter Ganglienzellen, die dem Zellschwund NISSLS nahestehen. Ganglienzellveränderungen verschiedenster Art im gleichen Gehirn sind aber auch bei allen möglichen anderen Krankheitsprozessen nicht-schizophrener Art beschrieben worden, und wir wissen aus den eingehenden NISSLSchen Untersuchungen, wie inkonstant und variabel Abweichungen der Ganglienzellen vom normalen Typ sind und wie insbesondere alle möglichen mit der Krankheit nicht in Zusammenhang stehenden Begleitprozesse (Infektionskrankheiten mehr oder weniger chronischer Art, chronische Intoxikationen mit Alkoholismus usw.), aber auch sonstige körperliche Krankheiten, endlich die Art und Weise des Absterbens eines Individuums für abnorme Ganglienzellenbilder verantwortlich zu machen sind. Eine histotypische Ganglienzellerkrankungsform kennen wir eigentlich nur bei *einer* Krankheit, bei der familiären amaurotischen Idiotie. Selbst die *axonale* Nervenzellveränderung ist nach unseren heutigen Kenntnissen keine Reservaterscheinung auf den Eingriff der Durchschneidung oder sonstigen Schädigung des Achsenzylinders.

Vielleicht lassen sich aber, abgesehen von den Veränderungen der Ganglienzellen, andere histotypische Merkmale des schizophrenen Prozesses nachweisen? Man könnte etwa an die lipoide Verfettung von Gliazellen (neben der der Ganglienzellen) oder an Ansammlungen lipoider Stoffe in den Gefäßwandelementen denken. JOSEPHY glaubt ja, man könne in regionaler Beziehung zu den Zellausfällen nachweisen, daß tatsächlich ein Abbau vor sich gehe, denn die Adventitialräume der Gefäße in der Rinde und unter derselben im Subkortex seien vielfach von recht beträchtlichen Ansammlungen von Abbauzellen, die mit Fett und Pigment beladen seien, angefüllt. Wenn wir hiermit die SPIELMEYERSchen Ergebnisse der Untersuchung von Gehirnen hingerichteter, tödlich verunglückter und im Kriege gefallener Menschen vergleichen, bei denen er „ganz erhebliche Unterschiede von Fall zu Fall“ im Fettgehalt der Ganglien-, der Glia- und besonders der Gefäßwandzellen gefunden hat, auch bei Menschen ungefähr gleichen Lebensalters in jüngeren Lebensjahrzehnten, so werden wir ähnlichen Befunden in schizophrenen Gehirnen keinerlei histotypische Bedeutung für die Schizophrenie zuerkennen dürfen. Warum manches normale Gehirn „auffallend viele lipoide Substanzen“ in adventitialen und gliösen Zellelementen enthält, die fast den Eindruck des Vorliegens eines chronischen Zerfallprozesses im Nervensystem machen, wissen wir nicht, aber wir dürfen jedenfalls hieraus eine Warnung entnehmen, derartige Befunde bei Schizophrenie in irgendeine Beziehung zum vermuteten pathologischen Gewebsprozeß zu bringen.

Den Ganglienzellausfällen, den Veränderungen der einzelnen Ganglienzelle, den lipoiden Verfettungen ektodermaler und mesodermaler Zellelemente kommt somit keinerlei Bedeutung für die Histotypie des schizophrenen Prozesses zu.

Man war eine Zeitlang versucht, einer besonderen Veränderung von Gliazellen einen histotypischen Wert zuzumessen. Keineswegs muß ja der Nervenzellapparat uns gewebsspezifische Veränderungen offenbaren; es würde genügen, wenn wir eine eigenartige und für Schizophrenie spezifische Reaktionsform der Gliazellen oder überhaupt gliöser Gebilde kennen würden, die uns die histologische Trennung von anderen nicht-schizophrenen Krankheiten wenn nicht gestattet, so doch erleichtert. Zweifellos findet sich die amöboide Umwandlung der Gliazellen, wie sie ALZHEIMER gefunden hat, bei akuten Schüben der Dementia praecox, aber wir treffen sie nicht nur da, sondern auch bei akuten Verlaufsphasen der Paralyse und epileptischer Erkrankungen, beim Delirium acutum usw. Ja, man stößt auf sie auch nach schweren körperlichen Schädigungen geistesgesunder Menschen, nach Verbrennungen und Vergiftungen (SPIELMEYER).

Die herdförmigen kleinen Gliawucherungen an der Grenze von Rinde und Mark (ALZHEIMER, GERSTMANN, JOSEPHY) kann ich nicht als histotypisch für Schizophrenie ansehen, im Gegensatz zu JOSEPHY, der meint, sie seien bisher nur im Gehirn Schizophrener beobachtet worden. Ich kenne sie nicht nur an der Rindenmarkgrenze, sondern auch unmittelbar subkortikal gelegen bei chronischen infektiösen Krankheiten.

Abschließend ist zu sagen, daß bei Schizophrenie bis jetzt ein spezifischer Gewebefund weder im Gehirn noch in anderen Organen nachweisbar ist.

### 3. Die Topotypie.

Für die histologische Differentialdiagnose wäre nun ja nicht unbedingt zu verlangen, daß ein Gewebssprozeß histotypische Eigenart aufweist. Kennen wir doch überhaupt nur sehr wenige histotypische Gewebveränderungen bei den verschiedenen Krankheiten des Gehirns. Hierher gehören etwa die progressive Paralyse, die familiäre amaurotische Idiotie, die tuberöse Sklerose u. a. Aber schon bei der senilen Demenz liegt eine Streuung der Histotypie nach der Seite der gewöhnlichen senilen Involution des Gehirns hin vor, so daß es für uns manchmal schwer, vielleicht sogar unmöglich ist, zu entscheiden, ob der uns unbekannt Trägers eines Gehirns *psychotische* senile Störungen gezeigt hat oder nicht. Bei den arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen des Gehirns sind wir zu histotypischer Erkenntnis in der Lage; hier erleichtert uns, abgesehen von der histologischen Spezifität der Gefäßwunderkrankung, auch ein topisches Kennzeichen, nämlich die regionale Beziehung der Gewebeschädigung zu einem Blutgefäß, die Diagnose. Damit kommen wir auf die Frage, ob nach dem Versagen der Histotypie nicht wenigstens *topotypische* Gestaltungen bei der Schizophrenie zur Vereinfachung unserer anatomischen Diagnose beitragen könnten.

Es steht fest, daß eine vasale Topotypie bei Schizophrenie nicht vorkommt. Wäre es analog, wie es SPIELMEYER etwa für die *epileptischen* Anfälle verschiedenster Krampfkrankheiten gezeigt hat, daß nämlich pathophysiologische Vorgänge der Gefäßmotorik bei den verschiedensten Krampfneigungen im Ammonshorn bzw. in einem bestimmten Gebiet desselben zu zweifellos vasal bedingten topotypischen Veränderungen führen, daß also hier neben einer vasalen auch eine regionale Topotypie vorliegt, so wären wir bei der Schizophrenie, auch wenn sich ein typisches Verhalten an ganz anderen Gehirnstellen als im Ammonshorn und in ganz anderem Sinn nachweisen ließe, wesentlich besser daran. Der histologische Befund bei der Ammonshornsklerose ist im



Prinzip *immer* nachweisbar, einerlei ob es sich um eine progressive Paralyse handelt, um epileptische Leiden oder um ätiologisch ganz andersartige Krankheiten, *wenn* nur jedesmal eine ausgesprochene Neigung zu epileptischen Anfällen vorhanden gewesen ist. Hier haben wir also einen histologischen Indikator für die Krampfbereitschaft eines Gehirns. Es wäre schon sehr viel gewonnen, wenn wir bei den schizophrenen Zuständen ein sicheres histologisches Signal für die Neigung zu katatonischen Erscheinungen und Syndromen, einerlei ob eine wahre Schizophrenie anzunehmen ist oder nicht, haben würden. Solche Topotypien sind aber in keiner Weise bei der Schizophrenie bekannt. Man hat ja versucht, *laminär* oder *areal* in der Hirnrinde begrenzte, also topotypische histologische Veränderungen bei der Schizophrenie zu finden. Nach FÜNFELD sollen die Ganglienzellausfälle in den einzelnen Areae der Hirnrinde außerordentlich wechseln. Die Area 4 sei meist unbeteiligt (NAITO findet dagegen in derselben Area Schädigungen von mittlerer Intensität). Aber nicht nur die areale, sondern auch die laminäre Beteiligung an den Ganglienzellausfällen wechselt. Zwar ist es die 3. Hirnrindenschicht, die gewöhnlich als am meisten verändert bezeichnet wird, jedoch wissen wir, daß gerade diese Schicht überhaupt auf alle möglichen Schädigungen hin besonders empfindlich reagiert und DUNLAP hat gerade die 3. Schicht bei seinen vergleichenden Untersuchungen besonders herausgegriffen, ohne hier irgendwelche Unterschiede gegenüber normalen Fällen feststellen zu können. Also eine laminäre oder areale Topotypie des Ganglienzellausfalls fehlt bei Schizophrenie ebenso, wie irgendwelche anderen laminär oder areal abgegrenzten histopathologischen Erscheinungen. Eine immer wiederkehrende regionale Bevorzugung, eine besondere Akzentuierung eines pathologischen Gewebsvorgangs oder gar eine regionale völlig isolierte Veränderung fehlt bei Schizophrenie, obwohl vielleicht die histologische Streuung des Gewebsprozesses topisch recht erheblich ist. Ich erinnere hier an Beobachtungen von französischen und anderen Autoren über Veränderungen in subcorticalen Ganglien, Brücke, Kleinhirn und Rückenmark (KLIPPEL und LHERMITTE, URECHIA, STOCKER, MORIYASU), an die von STECK hervorgehobene, auffallende Läsion des DEITERSchen Kernes. Da wir aber keinerlei histotypische Anhaltspunkte haben, ist es natürlich außerordentlich schwierig oder unmöglich, die Zugehörigkeit solcher *extracorticaler* histologischer Veränderungen zu dem eigentlichen schizophrenen Gewebsprozess festzustellen. Dasselbe gilt auch für die Untersuchung *extrapyramidalen* Organteile des Gehirns oder anderer anatomisch-physiologisch zusammengehöriger Ganzheiten (Kerne, Fasersysteme). Die lipoiden Abbaustoffe im Thalamus und Globus pallidus bei Schizophrenie, wie sie FREEMAN gefunden hat, und zwar in erheblicher Vermehrung gegenüber der Norm, die Gliawucherungen in manchen Kerngruppen des Thalamus und die Verminderung der Ganglienzellen im Pallidum (JOSEPHY) können gegenüber den eingehenden Untersuchungen FÜNFELDS, der nur normale Befunde erheben konnte, nicht für eine Beteiligung subcorticaler Ganglien am schizophrenen Gewebsprozess in Anspruch genommen werden.

MARBURG hat den interessanten Versuch unternommen, die von seinen Mitarbeitern (SAITO, Die Hirnkarte des Paralytikers; NAITO, Das Hirnrindenbild bei Schizophrenie und OSEKI, Das Hirnrindenbild bei den senilen Psychosen) bei progressiver Paralyse, seniler Demenz und Schizophrenie gefundenen arealen Verteilungen des histologischen Krankheitsprozesses in der Hirnrinde vergleichend zu betrachten (OBERSTEINERS Arbeiten Bd. 25/26, 1923/24). Er weist auf die von allen seinen Mitarbeitern gefundene areale Diskontinuität und die pseudolaminäre Gestaltung der Gewebsprozesse hin. Für *alle Psychosen* gelte aber, daß der Prozeß von oral nach caudal abklinge, ohne daß jedoch der Occipitallappen immer von der Affektion frei, entschieden aber bei allen Psychosen

der wenigst geschädigte sei. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt JAKOB ein. Ja, er treibt die Parallelisierung zwischen progressiver Paralyse und seniler Demenz noch weiter, wenn er sagt (ASCHAFFENBURGS Handbuch der Psychiatrie, Spezielle Histopathologie des Großhirns, S. 477, 479), die vornehmliche Lokalisation der paralytischen Prozesse in der vorderen Frontalgegend, im Ammons-horn, in T<sup>2</sup> und in T<sup>3</sup> und im Temporalpol, in der vorderen Hälfte des Gyrus fornicatus, in der Insel, in Abschnitten des Parietalhirns zeige eine völlige Wesensverwandtschaft mit jener Prozeßausbreitung, wie sie die senile Demenz biete. Eine ähnliche Ausbreitung finde sich, namentlich was die vorherrschende Affektion des Stirn- und Temporalhirns betreffe, auch bei Dementia praecox und bei schwerem chronischem Alkoholismus, wobei freilich die „relative Zartheit des geweblichen Ausfalls die genauere Festlegung der regionären Ausbreitung sehr erschwere“. JAKOB führt diese Eigentümlichkeit der groben topotypischen Gestaltung ätiologisch verschiedenster Gehirnprozesse auf eine strukturelle Baueigentümlichkeit zurück, nämlich auf den Markfaserreichtum der im Prinzip verschonten oder weniger befallenen Hirnrindengebiete. Selbstverständlich können wir aus dieser außerordentlich hypothetisch anmutenden Schlußfolgerung keinerlei Richtlinien für unsere anatomische Differentialdiagnose entnehmen, handelt es sich doch hier um der Annahme nach gleichartige Eigentümlichkeiten verschiedenster Hirnprozesse.

Wären wir in der glücklichen Lage, ein histologisch und regional typisches Verhalten einzelner oder mehrerer Gewebsbestandteile im Sinne krankhafter Veränderungen im Hirn Schizophrener festzustellen, so wäre damit freilich noch keineswegs eine völlige Lösung des anatomischen Problems der Schizophrenie erreicht. Die *histopathogenetischen* Vorgänge wären uns ja immer noch unklar. Vorläufig aber fehlen uns histologisch überhaupt noch alle nennenswerten Einsichten. Dabei hat die anatomische Erforschung der Schizophrenie mit der außer ihrem Gebiet liegenden Schwierigkeit zu kämpfen, daß die Klinik ihr kein einheitliches Rohmaterial in die Hand gibt. Wir werden einen Fortschritt der klinischen Diagnostik verlangen müssen, der zu einer engeren klinischen Umfassung des Krankheitsbegriffs der Schizophrenie führt. Der Anatom aber wird sich bei seiner histologischen Differentialdiagnose sehr zurückhalten müssen. Ich halte es für unstatthaft, wenn z. B. BÉLA HECHST auf der Grundlage typischer, offenbar älterer Zellausfälle in der 3. und 5. Rindenschicht des Gehirns eines hingerichteten Mörders, die in teils diffuser, teils herdförmiger Anordnung und unabhängig von Gefäßprozessen sowie ohne Narbenerscheinungen der Glia sich zeigten, die anatomische Diagnose der Dementia praecox für gesichert hält, ohne daß er auf andere klinische Momente als auf einen wahnhaften Erregungszustand in der Nacht vor der Hinrichtung verweisen kann.

Bei der Schizophrenie kann erst ein eingehendes klinisches, serologisches bzw. humoralpathologisches und anatomisches Zusammenarbeiten zu weiterem Fortschritt unserer Erkenntnis führen.

## VIII. Die soziale Bedeutung.

Von

A. WETZEL

Stuttgart.

### I.

Angesichts der Frage nach den Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft drängen sich sofort naheliegende und selbstverständliche, der klinisch-psychiatrischen und sozial-psychiatrischen Erfahrung entstammende Beziehungen solcher Art auf. Ebenso rasch präsentiert sich aber auch bei dem Versuch, eine Ordnung in diese Beziehungen zu bringen, eine Fülle von Gesichtspunkten und Betrachtungsmöglichkeiten, die den geordneten Zugang zu der Materie einigermaßen erschwert. Beides wäre natürlich nicht anders, wenn wir die Beziehungen von Kranksein überhaupt oder von geistiger Störung schlechthin zur sozialen Gemeinschaft zu behandeln hätten, wie ja überhaupt eine systematische Durcharbeitung der sozialen Beziehungen der Schizophrenie zunächst einmal auf einer weiten Strecke ihres Weges nichts anderes auszusagen hätte, als das, was auch für Krankheit und Geisteskrankheit im allgemeinen gilt.

Mit einem so weiten Ausholen soll hier nicht an die Aufgabe herangegangen werden. Es soll im Gegenteil versucht werden, die Ausführungen möglichst auf diejenigen Beziehungen zu beschränken, in denen sich spezifisch Schizophrenes enthüllt, möglichst, denn mit einem kleinen Anlauf wird man immer einmal da und dort vom Allgemeinen her auf das Spezielle zukommen müssen.

Wenn in den vorangegangenen Abhandlungen über die Schizophrenie natürlich oft genug die Probleme der Differentialdiagnose und der Abgrenzung der Schizophrenie auftauchen, so darf diese Darstellung wohl auf eine kritische Auseinandersetzung mit Fragen dieser Art verzichten. Trotz aller Kämpfe an der Peripherie des Schizophreniegebietes, aller Auseinandersetzungen über Primäres und Sekundäres, Pathogenetisches und Pathoplastisches in der Fülle der Erscheinungen gibt es doch eine große Zentralgruppe, über die man sich unter dem Kennwort der Schizophrenie ohne weiteres einigen kann und einig weiß, und nur aus dieser Mittelgruppe seien im folgenden die Gesichtspunkte der Darstellung abgeleitet, seien die zum Beleg herangezogenen Beispiele entnommen.

Als erstes soll versucht werden, zunächst einmal ganz im allgemeinen und ins Grundsätzliche gewendet die beiden Gegenspieler, Schizophrenie und soziale Gemeinschaft, einander gegenüberzustellen und zu untersuchen, *welcher Art die Beziehungen* beider zueinander sein können, und in welchen *Formen* sie selbst diese Beziehungen aufnehmen. Sicher wird dieser Versuch einer formalen Gliederung der Beziehungen und der Formen etwas Unbefriedigendes behalten, weil er um so mehr Ganzes und Lebendiges in leblose Stücke zerreißen wird, je mehr er die begriffliche Korrektheit anstrebt. Da aber bei der materiellen Behandlung, zumal da, wo sie vom Einzelfall ausgehen wird, die Formen, in der die soziale Gemeinschaft einerseits, Schizophrenie und Schizophrenie andererseits

auf den Plan treten, sich in vielerlei Abwandlungen vermengen, die Arten ihrer Beziehungen sich in der kompliziertesten Weise durchkreuzen und überschneiden, so mag von daher einem formalen Gliederungsversuch, auch wenn er nur unvollkommen sein kann, seine Berechtigung zugestanden sein.

Schizophrenie und soziale Gemeinschaft können, wenn man von dem Bilde einer sozialen Schichtung ausgeht, auf allen Höhen dieser Schichtung miteinander in Berührung kommen. Man könnte an sich auf der Seite der Schizophrenie eine die sozialen Stufen durchlaufende Reihe bilden und nun den Kranken je nach seiner Zugehörigkeit zu einer dieser Stufen dem sozialen Organismus gegenüberstellen, denn es ist nicht zu bezweifeln, daß die Berührungen mit der Gemeinschaft, mögen sie gestaltet sein wie sie wollen, anders sind bei einem Kranken, der einer gehobenen, anders bei einem Kranken, der einer unteren sozialen Schicht angehört. Sie werden bei dem letzteren im allgemeinen vielartiger sein, die Gemeinschaft intensiver berühren und vor allem auch, zumal in ihrem fürsorglichen Teile, im Gegensatz zu der Situation bei dem Kranken der gehobenen Schichten nicht immer, aber doch oft unmittelbar mit dem Einsetzen der Erkrankung aktuell werden. Natürlich ist die Gemeinschaft auch an dem Kranken aus gehobener sozialer Schicht, in der die materiellen Reserven zum Ausgleich der durch die Krankheit gesetzten Leistungsdefekte ohne Hilfe der Allgemeinheit zur Verfügung stehen, durchaus nicht desinteressiert; schon deshalb nicht, weil ja oft genug die schizophrene Erkrankung den Abstieg einer von dem Kranken abhängigen Familie nach unten einleitet, weil im Bereich der Probleme der hereditären Belastung und bei den Problemen der Durchsetzung des Volkskörpers mit Geisteskrankheiten *jeder* Kranke bedeutungsvoll ist, und weil die Gefährdung der Allgemeinheit durch gemeingefährliche Formen der Schizophrenie natürlich nichts mit einer Schichtzugehörigkeit zu tun hat.

Bei den folgenden grundsätzlichen Erörterungen werden so entweder Schizophrenie und Schizophrene schlechthin gemeint sein müssen, oder aber Schizophrenie und Schizophrene in einer bestimmten sozialen Schicht. *Bei der besonderen Differenziertheit der Beziehungen zur Gemeinschaft bei schizophrenen Kranken aus solchen sozialen Schichten, deren Angehörige schon gesund und leistungsfähig dem Existenzminimum nahe sind und in denen keine nennenswerten materiellen Reserven zum Ausgleich einer durch die Krankheit gesetzten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vorhanden sind, seien diese Kranken in den Mittelpunkt unserer Darstellung gerückt.*

Der Ausgleich der Folgen einer durch eigene materielle Reserven nicht gedeckten Leistungsbeeinträchtigung des Kranken ist in den Beziehungen zwischen der sozialen Gemeinschaft und der Schizophrenie eine Funktion der ersteren, die selbstverständlich keine Besonderheit der Schizophreniesituation herausstellt. Das geschieht auch nicht durch die weitere Funktion des Helfens und Ausgleichens, die sich den Schäden zuwendet, die über das Individuum selbst hinaus in seinem Kreise, insbesondere in der von ihm abhängigen Familie, gesetzt sind.

Wenn weiterhin in der Richtung von der Gemeinschaft zur Schizophrenie mit den *Hilfe-* und *Ausgleichstendenzen* ausgesprochene *Abwehrtendenzen* wirksam werden, welche unverhüllt die Interessen und den Schutz der Gemeinschaft den individuellen Interessen des Krankheitsträgers voranstellen, wie das z. B. bei der Internierung geschieht, so drückt sich auch darin nur die Zugehörigkeit der Schizophrenie zu der Geisteskrankheit schlechthin aus. *Hilfe-, Ausgleichs- und Abwehrtendenzen* des sozialen Organismus der Schizophrenie gegenüber haben, soweit sie als Aktionsbereitschaft überhaupt gemeint sind, im Bereiche der Schizophrenie keinen anderen Charakter, als da, wo sie auch

sonst in Funktion treten. Das gilt zunächst und im allgemeinen auch von einer weiteren Form der Stellungnahme des sozialen Organismus der Schizophrenie und dem Schizophrenen gegenüber, bei der es sich darum handelt, daß die durch die Schizophrenie gesetzten Anomalien mit den Normen verglichen werden, die sich etwa auf die Arbeitsunfähigkeit, die Invalidität, die Unzurechnungsfähigkeit, die Geschäftsunfähigkeit, die Entmündigungsreife usw. beziehen; eine solche Überleitung medizinisch-naturwissenschaftlicher Gegebenheiten in die Zuordnung zu den durch jene Normen umrissenen Kategorien von Menschen ist vielfach für jene aktiven Hilfe- und Abwehrtendenzen Ausgangspunkt und Mittel. Aber mögen auch hier *zunächst und im allgemeinen* die Beziehungen dieser Normen zu Krankheit und Geisteskrankheit schlechthin berührt werden, im einzelnen wird gerade in diesem Bereich manches für die Schizophrenie Charakteristische herauszuarbeiten sein, und die materielle Darstellung wird sich bei den Problemen der Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität, wie bei den forensischen Fragen mit Auslegungs- und Deutungsbesonderheiten zu befassen haben, die in ausgesprochenem Maße gerade der Schizophrenie zu eigen sind.

Die *Anlässe*, aus denen sich die Gemeinschaft der Schizophrenie und ihren Trägern mit einer der beschriebenen Tendenzen zuwendet, liegen im Grunde immer in einer Gefahr für die Intaktheit des sozialen Organismus, und gerade auch im Blick auf die Mannigfaltigkeit dieser Schadensmöglichkeiten wird später die Schilderung, die vom Einzelbeispiel ausgeht, am Platze sein. Ins Prinzipielle gewendet führt eine Linie von der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Schizophrenen zu den mannigfaltigen Schädigungen des Familienverbandes, zu den Erziehungsmängeln bei den Kindern mit ihren Konsequenzen, zum sozialen Abstieg der Familie; eine andere Linie von der Internierung etwa eines Elternteiles zur Auflösung des Familienverbandes mit ihren sozial besonders bedeutsamen Folgen; eine dritte Linie vom erkrankten Individuum zu den aus der Vererbbarkeit der Erkrankung erwachsenden neuen Erkrankungen in den nächsten Generationen, wobei mit jedem neuen kranken Individuum auch die Gefahr jener sozialen Schädigungen wieder aktuell wird.

Es ist aber nicht die vom Einzelfall ausgehende Betrachtung allein, die einen Einblick in die Schäden gewährt, wie sie in der sozialen Gemeinschaft von der Schizophrenie gesetzt werden. Auch die von den großen Massen ausgehende statistische Untersuchung hat hier ihren Platz. In der späteren materiellen Darstellung wird schon deshalb nicht sehr viel gerade darüber zu sagen sein, weil uns heute die hier nötigen wissenschaftlichen Untersuchungen noch nicht überall in genügendem Maße zur Verfügung stehen. Trotzdem darf wenigstens programmatisch skizziert werden, wo etwa sich jene auf der Masse aufbauende statistische Betrachtungsweise einzureihen hat. Das gilt für die schon gestreiften Hereditätsprobleme, weiter für die Fragen nach dem Anteil der Schizophrenie an den von Staat oder Kommune zu schaffenden Anstaltsplätzen, dann vor allem da, wo etwa die pekuniäre Belastung des sozialen Organismus und einzelner seiner Kreise durch die aus dem Erwerb ausgeschalteten Schizophrenen erfaßt werden sollen, sei es, daß es sich um die unmittelbar für den Kranken gemachten Aufwendungen, sei es, daß es sich um die durch sekundäre Auswirkungen seiner Krankheit bedingten Ausgaben handelt. Endlich wird Massenstatistik einzugreifen haben, wenn die Beziehungen der Schizophrenie zur Kriminalität festgestellt werden sollen, mag es sich dabei um Fragen des zahlenmäßigen Anteils drehen, oder um den Versuch, eine besondere Gestaltung der Kriminalität durch die Schizophrenie festzulegen. Hier wird allerdings die Massenstatistik nur *einen* Teil der Aufgabe lösen können, wenn sie auf dem Wege über die Beziehungen der großen Zahlen den inneren Zusammenhang zwischen bestimmten Kriminalitätsformen und Schizophrenie wahrscheinlich macht. Die Evidenz

dieser inneren Zusammenhänge wird sich auch hier aus der psychopathologischen Analyse des typischen Einzelfalls zu ergeben haben.

Es würde die Beziehungen zwischen Schizophrenie und Gemeinschaft mit der Wirkungsrichtung von der Krankheit zur Gemeinschaft nicht erschöpfen, wenn in der Art, wie das bisher geschah, nur von Wirkungen im Sinne der Schädigung gesprochen würde. Es kann zwar hier wohl die Frage außer Betracht bleiben, ob und in welchem Ausmaße etwa schizophrene Bildnerie und Literatur über Neuschöpfung oder Freilegung künstlerischer Qualitäten Werte schaffen kann, weil der davon berührte Kreis auf alle Fälle zu klein wäre, als daß von einer Bereicherung der sozialen Gemeinschaft in dem hier gemeinten Sinne die Rede sein könnte. Wohl aber muß darauf hingewiesen werden — und hier ist sicher Besonderes, die Schizophrenie von Krankheit und Geisteskrankheit Unterscheidendes berührt — wie häufig auch die schizophrene Erkrankung für die soziale Gemeinschaft *indifferent* sein kann, weil ihr Träger seine Funktionen im sozialen Organismus in genügendem Maße erfüllen kann. Ja es darf sogar in einzelnen Fällen von einer sozialen Stabilisierung einer vorher labilen, die Schutzbereitschaft der sozialen Gemeinschaft erfordernden Existenz *durch* die Krankheit gesprochen werden.

Nach der summarischen Darstellung der *Beziehungen* zwischen Schizophrenie und Gemeinschaft hat die Charakterisierung der *Formen* zu folgen, in denen diese ihre Beziehungen aufnehmen. Da ergibt sich, wenn wir uns zunächst der Schizophrenie zuwenden, daß sich nicht allein das schicksalsmäßig gegebene Erkranktsein an sich der Gemeinschaft als Gegenspieler stellt, sondern daß neben dem So-sein die *Statuierung* des So-seins, man darf vielleicht die Bezeichnung gebrauchen: Das Abgestempeltsein als schizophrener Kranker seine besondere und zwar sehr bedeutsame Rolle spielt. Wo diese Probleme des Abgestempeltseins sich einstellen, da wird es sich allerdings häufig weniger um die etikettierende Zuordnung gerade zur Schizophrenie, als zur Geisteskrankheit schlechthin handeln. Oft genug machen sich aber doch die Konsequenzen der Zuordnung gerade zur Schizophrenie geltend, und auch im allgemeinen Sinne gehen diese Probleme schon deswegen in erster Linie die Schizophrenie an, weil diese ja doch die meisten der Individuen stellt, denen gegenüber die Gemeinschaft genötigt ist, zur Diagnose einer Geisteskrankheit, zur Internierung, zum Interniertgewesensein usw. Stellung zu nehmen.

Die Gegenseite, die Gemeinschaft, wird einmal in Anspruch genommen von den Folgen der schizophrenen Erkrankung, die *als solche besteht, aber nicht oder noch nicht erkannt ist*, wobei sich das Nichterkanntsein auf Kranksein schlechthin, auf Geisteskrankheit überhaupt, oder auf die spezielle Art der Erkrankung beziehen kann. Unter praktischen sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten wird uns vor allem *das Stadium der beginnenden, noch nicht erkannten Psychose* zu beschäftigen haben. Die Gemeinschaft wird aber weiterhin in Anspruch genommen von den Konsequenzen aus der sinnfällig vorhandenen und ihrer Art nach erkannten Psychose; sie hat sich mit dem internierten Kranken, mit dem interniert gewesenen Kranken, mit dem als schizophren etikettierten Kranken auseinander zu setzen, letzteres etwa unter dem Gesichtspunkt der Bedeutung von Remissionen und Besserungen, aber auch der Zumutbarkeit und Zutraubbarkeit korrekter Berufs- und Arbeitsleistungen, der Verantwortlichkeit, der Geschäftsfähigkeit usf.

Bei der Auflösung des zunächst einmal als *soziale Gemeinschaft* signierten Gebildes erweist sich eine *systematische* Darstellung als unmöglich, vor allem auch als überflüssig. Soweit die soziale Gemeinschaft durch den Staat repräsentiert wird, braucht nur darauf verwiesen zu werden, welche Vielzahl von Instanzen etwa im Bereich der Internierungsfragen und der Anwendung der Bestimmungen

des Strafgesetzes, des BGB., der Versorgungsgesetzgebung, der Reichsversicherungsordnung, der Verordnung über die Fürsorgepflicht usw. mit der Schizophrenie in Berührung kommen kann, und es erhellt sofort, daß hier *nur* in der Art, wie dieses Eingreifen sich am *Einzelfall* gestaltet, wie die Gesichtspunkte der Beurteilung sich kombinieren, überschneiden, durchkreuzen, etwas für die schizophreniebedingte Situation Kennzeichnendes und Spezifisches erfaßt werden kann. Das gleiche gilt für die Beziehungen zu den — im wesentlichen fürsorgerisch wirksamen — kommunalen Einrichtungen und denjenigen der freien Wohlfahrtspflege. Auch sie bekommen in einer auf die *charakteristischen* Beziehungen zwischen der Schizophrenie und den Kreisen und Formen der sozialen Gemeinschaft abhebenden Darstellung den richtigen Ort erst dann, wenn ihre Funktionen in jene soziale Atmosphäre einströmen, die sich um den einzelnen schizophrenen Kranken aus der komplizierten Wechselwirkung zwischen Individualität und Lebensraum bildet.

Allerdings, die möglichen Unterteilungen der sozialen Gemeinschaft sind mit dem, was in diese kurze Zusammenfassung aufgenommen worden ist, natürlich nicht erschöpft. Was hier herangezogen wurde, das waren fertige, in sich abgeschlossene Gebilde, in deren Wirkungsbereich *auch* die Schizophrenie geraten kann. Ihnen stehen aber nun Ausschnitte aus der sozialen Gemeinschaft gegenüber, die *durch den Kranken selbst* als Mittelpunkt bestimmt sind, und die äußere und innere Form dieser um den Kranken sich legenden Kreise hat offenbar eine besondere Bedeutung für die Position der Schizophrenen in der Gemeinschaft überhaupt. Jenseits der Familie stellt sich diese Gemeinschaft in einem nur unscharf abzugrenzenden Kreis von Menschen dar, die dem Kranken nach sozialer Schichtzugehörigkeit, Arbeitsgemeinschaft und kultureller Differenzierung im großen ganzen entsprechen. Hier können die aus der Kollektivmentalität entspringenden Anschauungen über Geisteskrankheit überhaupt, die mehr oder weniger große Bereitschaft zur Vermutung seelischer Anomalien, wenn Absonderlichkeiten sichtbar werden, etwa eine volksstammbedingte Neigung zum Moralisieren und zum Abgleiten in ein von der eigenen sachlichen und unvoreingenommenen Kritik sich loslösendes Einreihen der Beobachtungen in feststehende und traditionsgebundene Beurteilungen, von erheblicher Bedeutung sein, nicht zum wenigsten in jener Phase, die schon sozialpsychiatrisch gesehen als besonders wichtig genannt wurde und sich als solche noch später erweisen wird, in der Phase der beginnenden, aber noch nicht erkannten Psychose.

Derselbe Kreis spielt auch eine Rolle, wenn es sich etwa darum handelt, daß ein defekter, aber noch nicht völlig leistungsunfähiger Schizophrener den Rest seiner Leistungsfähigkeit ausnützen soll. Die Entscheidung, ob das gelingt oder mißlingt, liegt sehr oft viel weniger bei Entscheidungen oder Verfügungen der in Betracht kommenden behördlichen Instanzen usw., als bei der in ihren Einzelheiten gar nicht zu erfassenden Haltung jener zuvor erwähnten, im Lebensraum des Kranken dominierenden Schicht, bei welcher Duldsamkeit oder Unduldsamkeit, sachlich-freier Blick für die Notwendigkeiten der Situation oder prinzipienbeschwertes Vorherwissen, psychologische Geschicklichkeit oder Ungeschicklichkeit ebenso entscheidend für das Los des Kranken sein können, wie etwa die herrschende Meinung über „den Geisteskranken“, den „Menschen, der in der Anstalt war“. Daß das nicht streng auf den sozial ganz gleichgestellten Kreis beschränkt werden kann, daß in dem besprochenen Sinne auch gelegentlich der Übergeordnete, sei es der Fabrikleiter, sei es der Vorarbeiter, einbezogen werden muß, versteht sich von selbst; wesentlich ist nur — im Gegensatz zu behördlichen Statuierungen und Anordnungen — die menschlich-persönliche, damit aber auch von jenen Imponderabilien besonders beeinflusste Beziehung zu dem schizophrenen Kranken.

Andere Ausschnitte aus der sozialen Gemeinschaft, die allerdings im allgemeinen in diese zuletzt genannten Kreise eingeschlossen, häufig ihnen benachbart sein werden, sind jene Gruppen, an die mancher schizophrene Kranke Anschluß sucht, weil eine bestimmte weltanschauliche oder religiöse Verbundenheit ihrer Glieder seiner durch die Krankheit bedingten besonderen seelischen Verfassung adäquat erscheint. Es kann die besondere Form der fertigen Psychose oder aber die Flucht vor der aufwühlenden und erschütternden Wirkung der beginnenden Psychose sein, die so Anschluß und Halt sucht, oft nur mit einem vergeblichen Tasten, manchmal mit bindender Einordnung, die auch für die soziale Gemeinschaft als Ganzes durch die unschädlich machende Amalgamierung des schizophrenen Kranken bedeutsam sein kann. Im umgekehrten Sinne, im Sinne der Steigerung der Gefahr für die Gemeinschaft kann es wirken, wenn die Besonderheit der Psychose, vielleicht unterstützt von zeit- und situationsbedingten (chiliasmatischen!) Konstellationen, selbst gemeinschaftsbildend wirkt. Wir beschränken uns aber darauf, *diese* Art der Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft an dieser Stelle zu erwähnen. Es soll später in der materiellen Darstellung weder untersucht werden, welchen Anteil querulatorische Schizophrenien an dem Anhängerschaften bildenden Querulamentum haben, noch soll für die Gegenwart den ätiologischen Beziehungen der Schizophrenie zum Prophetentum und Sektenwesen mannigfachster Färbung nachgegangen werden, noch soll endlich diese Rolle der Schizophrenie an dem von der Historie gelieferten Material besprochen werden. Diese Unterthemen würden Untersuchungen erfordern, die den Rahmen, welcher der ganzen Abhandlung gesetzt ist, sprengen würden.

## II.

Wir haben versucht, formal das Gerüst der Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft darzustellen. Es mußte lückenhaft bleiben, weil es im wesentlichen auf die für die Schizophrenie spezifischen Wirkungen zwischen Gemeinschaft und Psychose zu beschränken war, und weil die große Mehrzahl aller jener Beziehungsmöglichkeiten vernachlässigt werden mußte, in deren Bereich die Schizophrenie nichts anderes ist als Krankheit oder Geisteskrankheit schlechthin. Jene Beziehungen komplizieren und differenzieren sich ja immer mehr, je mehr man sich bemüht, Allgemeingültiges aus dem Einzelfall abzuleiten, und die Fülle der immer neu auftauchenden Verknüpfungen mit allgemeinen Problemen der Beziehungen zwischen dem einzelnen und der Masse der andern hat im Grunde überhaupt keine Begrenzung. Wenn „der Mensch in der Gemeinschaft“ an sich den Ausgangspunkt dafür bilden müßte, daß nun an jede Berührungsstelle zwischen Mensch und Gemeinschaft der schizophrene Mensch gestellt wird, und wenn so nun die schizophreniebedingten Abwandlungen aller dieser Mensch-Gemeinschaftsbeziehungen untersucht werden sollten, dann darf von vornherein erwartet werden, daß die folgende materielle Darstellung bei ihrem Versuche, die von dem formalen Gerüst umspannte Fläche mit dem Stoffe auszufüllen, außerordentlich viele Lücken wird lassen müssen.

Im Grunde müßte die Beschäftigung mit den Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft schon *vor der Psychose beginnen!* Da wo die präpsychotische Wesensstruktur des späteren Schizophrenen in ausgesprochenem Maße die Züge des Schizoiden trägt, kann die im Wechselspiel zwischen Wesensart und Umwelt sich gestaltende soziale Position, im weitesten Sinne des Wortes gemeint, gerade durch spezifische Züge der schizoiden Art maßgebend bestimmt sein. Nicht als ob in erster Linie etwa diese soziale Position ganz im allgemeinen dadurch nach der Seite *des sozialen Gefährdetseins* verrückt sein müßte. Diese



generelle Gleichstellung mit den an der Grenze der sozialen Stabilität auftauchenden psychopathischen Variationen ist sicher nicht am Platze, wenn es auch unter den Typen, die wir heute Schizoide heißen, asoziale und antisoziale Variationen gibt, die nun durch diese im präpsychotischen Stadium eingenommene Position im sozialen Organismus natürlich auch schon sehr die Eingriffsnotwendigkeiten der Gemeinschaft einer späteren Psychose gegenüber bestimmen. Hier ist etwas anderes gemeint: Wenn die Wesensart sich ihre eigene Umwelt formt und damit auch die Einstellung der Umwelt zum Träger der Wesensart bestimmt, so kann etwa die *geringe Bindung* zwischen dem Schizoiden und seinem Lebensraum, das *Fehlen* jener Sicherungen, die letzten Endes auf persönlichem Anschluß und auf enger Fühlung mit den Andern beruhen, sich später im Gemeinschaftsverhalten seiner *Psychose* gegenüber in dem Sinne auswirken, daß keine auf Freundschaft, persönlicher Verbundenheit und Anteilnahme beruhende Hilfsbereitschaft einspringt. Und wenn später manches über die von Vorurteilen geleitete, affektdurchsetzte und unsachliche Haltung dem nicht als geisteskrank erkannten, tatsächlich aber psychotischen Menschen gegenüber zu sagen sein wird, so liegt es nahe, daran zu denken, wie viel von dieser Haltung unter Umständen schon in der Meinung über den noch nicht kranken, aber schizoid-eigenartigen Menschen verwurzelt sein kann.

Wenden wir uns den Aufgaben zu, die sich uns nicht im Blick auf eine zu erwartende, sondern auf eine mindestens in ihren ersten Anfängen vorhandene schizophrene Psychose für die materielle Darstellung ergeben, so bleibt als die leitende Idee, dem nachzuspüren, was an der Schizophrenie und am schizophrenen Menschen die soziale Gemeinschaft in irgendeiner Art interessiert, was sie unter dem Gesichtspunkt der Volksgesundheit berührt, was von der Schizophrenie her sich den für ihren Bestand wesentlichen Normen entgegenstellt, und wie die Gemeinschaft Schäden auszugleichen sucht. Natürlich können nun im Bereiche des Stoffes, zumal im Bereich des vom Einzelfall repräsentierten Kräftespiels, die Wirkungsrichtungen jener Kräfte nicht mehr der Methode nach exakt zerlegt und auseinandergehalten werden. Gerade die später als Beispiele angezogenen Einzelfälle werden ja in erster Linie die Aufgabe haben, das im Grunde unzerlegbare lebendige Hin und Her zwischen Individuum und Gemeinschaft zu zeigen.

Viele der nun zur Beurteilung sich darbietenden Einzelfragen sind noch nicht oder nicht genügend bearbeitet, und schon die erste nächstliegende Frage im Umkreis der Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft, die Frage nach der *Zahl der in der Bevölkerung steckenden Schizophrenien* ist mit dem heute zur Verfügung stehenden Material noch nicht endgültig zu beantworten. Wir haben natürlich die Zahl der Kranken in den Anstalten zur Verfügung, auch die Zahl derjenigen, die eine psychiatrische Untersuchung passiert haben, aber es ist selbstverständlich, daß damit allein nichts anzufangen ist. Wir wissen, daß bei bestimmten Formen schizophrener Erkrankungen das früher schon erwähnte Stadium der nicht erkannten Psychose unter Umständen sehr lange dauern kann; Schizophrenien dieses Stadiums stecken also in einer nicht unmittelbar zu erfassenden Zahl in der Bevölkerung. Sei es, daß die Art der sich entwickelnden psychischen Veränderungen überhaupt noch nicht die Beachtung der Erkrankung durch die Andern notwendig gemacht hat, sei es, daß das ärztliche Urteil zwar herangezogen wurde, aber über die Diagnose der Hysterie, Neurasthenie, Defatigatio, des objektiv nihil, des caput pigrum und des übelwilligen Psychopathen, nicht zu vergessen der Simulation, noch nicht hinauskam, auf alle Fälle entziehen sich diese Kranken — und darauf kommt es in diesem Zusammenhang zunächst allein an — der statistischen Einreihung unter die in der Bevölkerung steckenden Schizophrenen. Endlich kommen zu diesen

noch nicht zu erfassenden und erfaßten Kranken diejenigen, die überhaupt niemals als krank, als geisteskrank und im besonderen als schizophrene diagnostiziert werden. Gerade die Zahl dieser Schizophrenen ist sicher nicht ganz klein. Was davon in sozial gehobenen Schichten steckt, ist auch nicht annähernd zu übersehen; für einen ganz kleinen Ausschnitt aus den Schichten, die auf die Unterstützung und Betreuung durch die Allgemeinheit angewiesen sind, können die an anderer Stelle noch genauer zu besprechenden Untersuchungen von WILMANNs an schizophrenen Landstreichern einen gewissen Einblick geben. Natürlich ist irgendeine Verallgemeinerung nicht möglich; es wird vor allem auch zu beachten sein, daß jene nichterkannten Schizophrenen der gehobenen Schichten, die in diesen Schichten bleiben, diesen angehören, weil sie hineingeboren sind, und weil die dadurch gegebenen Schutzmöglichkeiten die Kranken nicht zum Abstieg aus der ursprünglich vorhandenen Schichtzugehörigkeit heraus geführt hat, während ja die Zugehörigkeit zu den sozial tieferen Schichten, genauer gesagt das Hinabgleiten, in bestimmten Fällen erst eine Auswirkung der Psychose selbst darstellt, wofür gerade die schizophrenen Landstreicher ein besonders prägnantes Beispiel abgeben.

Ein weiterer Beleg für die Häufigkeit nichterkannter Schizophrenen ergibt sich aus folgender Beobachtung: Das Bürgerhospital in Stuttgart umfaßt neben den psychiatrischen Abteilungen eine Krankenabteilung von 280 Betten, welche vorwiegend für chronische Kranke, in erster Linie für Menschen aus der Obhut des Fürsorgeamts und des Wohlfahrtsamts, zu sorgen hat. Außerdem beherbergt eine besondere Abteilung etwa 230 aus der sozialen Selbständigkeit ausgeschiedene Menschen, deren geistiger und körperlicher Zustand nicht oder zunächst noch nicht die krankenhaushausmäßige Versorgung notwendig macht, wohl aber die „Arztnähe“ und die Möglichkeit einer raschen krankenhaushausmäßigen Versorgung, abgesehen von der ambulanten Beratung, zweckmäßig erscheinen läßt. *Es ist überraschend, wie oft sich unter den Insassen dieser beiden Abteilungen schizophrene Endzustände feststellen lassen, wenn angesichts der Arbeitsgemeinschaft mit der Psychiatrie die fachärztliche Untersuchung durch irgendwelche Auffälligkeiten veranlaßt wird, welche anderswo unter analogen spitalmäßigen Versorgungsverhältnissen gar nicht beachtet, mindestens nicht richtig diagnostiziert werden würden.*

Auch diese Feststellung ist ein kleiner Beleg dafür, daß in der Bevölkerung schizophrene Menschen stecken, die bis an ihr Lebensende nicht als Schizophrene erkannt werden, da die analogen Massen von Menschen sich zumeist in Spitälern, in Landesfürsorgeanstalten, in Kreispflegeanstalten und ähnlichen Versorgungseinrichtungen befinden, wo diese Möglichkeit der psychiatrischen Untersuchung nicht in der Art besteht wie im Bürgerhospital Stuttgart. Natürlich wird in den zuvor erwähnten Fällen der schizophrene Endzustand nicht diagnostiziert, ohne daß man sich um die Erfassung des Verlaufs der Psychose und ihre früheren Manifestationen bemüht. Dieser Teil der Untersuchung enthüllt dann nicht selten in recht bemerkenswerter Weise, wie sinnfällig die Psychose sein, und welchen destruirenden Einfluß sie auf die Lebensgestaltung haben kann, ohne daß sie erkannt wird, ohne daß überhaupt an die Möglichkeit einer Psychose gedacht würde, eine Erfahrung, die sich ja wieder ganz mit dem deckt, was WILMANNs bei den schizophrenen Landstreichern festgestellt hat.

RÖMER hat in Anlehnung an WEINBERG zur Erfassung der Geisteskrankheiten die Registrierung aller der Krankheitsfälle empfohlen, die bei Begutachtungen in Straf-, Entmündigungs-, Ehescheidungsverfahren usw. bekannt werden, und hat neuerdings darauf aufmerksam gemacht, daß „die offene Fürsorge, wenn sie ihren Bezirk einmal längere Zeit umspannt hat, wichtige bevölkerungsstatistische Anhaltspunkte über die Ziffer der psychischen Morbidität, ihre zeitliche Bewegung und die demographische Gliederung des psychisch abnormen Volksteils liefern“ kann. An verschiedenen Stellen der Abhandlungen des Buches über die offene Fürsorge wird gerade von RÖMER auf die durch die Außenfürsorge

enthüllte überraschend große Zahl der in Freiheit lebenden und bis zur Berührung mit der Außenfürsorge nicht diagnostizierten Schizophrenen hingewiesen. „Überall in Deutschland hat sich die Zahl dieser frei lebenden — vorwiegend dem schizophrenen Formkreis zugehörenden — Kranken als unerwartet groß erwiesen“ (RÖMER, S. 134)<sup>1</sup>.

Trotzdem bleibt natürlich bestehen: Auch wenn man das Grenzgebiet, in dem sich versammelt, was in seiner Zugehörigkeit zum schizophrenen Formkreis noch umstritten ist, ganz außer Betracht läßt, ist es zunächst noch unmöglich, auf den geschilderten Wegen die tatsächlich in der Bevölkerung steckenden Schizophrenen in ihrer Gesamtheit und unmittelbar zu erfassen. Um so wichtiger sind die Aufschlüsse, welche uns für unsere Frage von der erbbiologischen Forschung erteilt werden<sup>2</sup>.

Über die Hereditätsuntersuchungen bei der Schizophrenie hat BERINGER im Kapitel „Erblichkeit“ dieses Bandes alles Notwendige mitgeteilt. So sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen, daß LUXENBURGER, in einer weitgespannten Arbeit seine komplizierten methodischen Wege begründend, die Ehegatten von Paralytikern als Schlüssel für eine Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung benützt hat. Eine analoge, die LUXENBURGERSCHE Arbeit ergänzende Untersuchung von SCHULZ, die an den Geschwister- und Elternschaften der Ehegatten von Hirnarteriosklerotikern durchgeführt wurde, hat die LUXENBURGERSCHEN Ergebnisse im wesentlichen bestätigt. *Die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit an Dementia praecox ist danach für eine vorwiegend städtische Durchschnittsbevölkerung (München) 0,85%*. LUXENBURGER faßte seine und die SCHULZSCHEN Resultate zusammen und kam für die Dementia praecox zu der Auffassung, daß die Ziffern stabil genug seien, um als Standardziffern angesehen werden zu können. Aber im engen Anschluß an LUXENBURGER hat BRUGGER entsprechende Untersuchungen in Basel angestellt, wo vorher schon die Beobachtung gemacht worden war, „daß die Schizophrenie in den Baseler Sippen viel häufiger ist, als in der Verwandtschaft von Münchener Dementia praecox-Kranken“<sup>3</sup>. BRUGGER fand, daß die Dementia praecox in der Baseler Durchschnittsbevölkerung doppelt so häufig ist wie in München. Ausgehend von der Erwägung, daß wir beim Zusammenlegen des Münchener und des Baseler Materials „eine Population erhalten, welche nicht nur für einen bestimmten geographischen Bezirk repräsentativ ist, sondern den Durchschnitt der Bevölkerung zweier ganz verschiedener Zählbezirke darstellt und somit eher Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben kann“, errechnete BRUGGER für die Schizophrenie aus dem LUXENBURGER-SCHULZ-BRUGGERSCHEN Material eine Erkrankungs Wahrscheinlichkeit an Schizophrenie für die in Betracht kommende Durchschnittsbevölkerung von 1,13%, um schließlich unter Heranziehung weiterer Arbeiten zu der Meinung zu kommen, man werde vielleicht annehmen dürfen, daß die später einmal festzustellende Standardzahl für Dementia praecox zwischen die Werte 0,6% und 0,9% zu liegen kommen werde.

Es will scheinen, als ob in dem Zusammenhang, in dem hier diese Zahlen zu zitieren waren, jene kleinen Kreise (München, Basel) wichtiger wären, als die Zahlen, die nach den BRUGGERSCHEN Berechnungen den größeren Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben sollen. Die soziale Gemeinschaft wird in ihrer

<sup>1</sup> Es darf dabei auch darauf verwiesen werden, daß nicht bloß die offene Fürsorge, sondern auch die Errichtung einer neuen Irrenanstalt regelmäßig die erhebliche Zunahme der statistisch erfaßbaren Geisteskranken und damit auch der Schizophrenen zur Folge hat.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu auch die vorangegangenen kritischen Untersuchungen über die Erblichkeitsfragen bei der Schizophrenie von BERINGER. Hier sind diese Erblichkeitsprobleme nur in dem Umfange behandelt, als das für die ganzen Zusammenhänge unserer Fragen notwendig erschien.

<sup>3</sup> „Schizophrenie“ und „Dementia praecox“ werden im gleichen Sinne gebraucht.

praktischen Interessiertheit für diese Zahlen ja im allgemeinen nicht als umfassendes Ganzes, sondern auch nur als ein begrenzter Kreis auftreten, dem die speziellen, seiner eigenen Umreißung ungefähr entsprechenden Zahlen wichtiger sein werden, als jene aus einem größeren Ganzen abgeleiteten Durchschnittszahlen.

Das Interesse der Gemeinschaft an jener Zahl der in der Bevölkerung steckenden Schizophrenen wird vor allem damit zusammenhängen, daß diese Zahl ganz allgemein gesagt für die Allgemeinheit eine *wirtschaftliche Belastung* darstellt. Wenn auch eine nicht ganz kleine Zahl von Schizophrenen durch die entsprechende Fundierung ihrer materiellen Situation, durch besondere, den erforderlichen Schutz gewährende familiäre und soziale Verhältnisse oder aber durch die eine selbständige Lebensführung gestattende Form der Psychose weder die Hilfe- noch die Abwehrmaßnahmen der Gemeinschaft aufrufen, so erfordert doch die große Masse jene Maßnahmen, ohne doch in einem nennenswerten Ausmaße der Gemeinschaft zugute kommende Werte schaffen zu können, und auf der andern Seite können jene die Gemeinschaft selbst nicht in Anspruch nehmenden schizophrenen Kranken sehr wohl auf dem Wege der Vererbung schizophrene Psychosen liefern, denen der Charakter der sozialen Stabilität nicht mehr zukommt, und die nun ihrerseits in den Bereich der die Gemeinschaft wirtschaftlich belastenden Psychosen fallen.

Es wird später von den Beziehungen des *einzelnen* schizophrenen Individuums zum sozialen Organismus die Rede sein. Hier soll zunächst noch auf einige Gesichtspunkte hingewiesen werden, welche die *Masse* der Schizophrenen angehen.

Wie viele *nicht erkannte* Schizophrene unter den von der Gemeinschaft zu versorgenden Menschen mit aufgehobener oder beschränkter Leistungsfähigkeit stecken, wissen wir noch nicht genau, aber es ließe sich feststellen, wie stark der soziale Organismus mit erkannten und anerkannten schizophrenen Kranken belastet wird. Dabei müßte die mit der Krankheits- und Lebensdauer zusammenhängende Dauer der Hilfsbedürftigkeit im Vergleich zu anderen Hilfsbedürftigkeit schaffenden körperlichen oder geistigen Defekten besonders beachtet werden. Erst der Vergleich eines Stichtagbefundes mit der Dauer würde die Belastung des sozialen Organismus richtig demonstrieren<sup>1</sup>.

Es ist von uns der Versuch gemacht worden, festzustellen, *mit wie vielen in den Heilanstalten versorgten Schizophrenen* das Land Württemberg an einem bestimmten Stichtag (1. 8. 29) belastet war. Es wird im allgemeinen angenommen, daß sich unter dem Bestand von Heil- und Pflegeanstalten ungefähr 75% Schizophrene befinden (BLEULER). Unter den Kranken von Kliniken, Asylen und solchen Heilanstalten, die unmittelbar aus Städten, zumal Großstädten, aufnehmen, wird der Anteil der Schizophrenie geringer sein; hier werden sich die schweren Psychopathien, die pathologischen Reaktionen, die Trinker und auch die organischen Erkrankungen mehr bemerkbar machen. Das erhellt unter anderem sehr klar aus den von KANKELEIT neuerdings veröffentlichten Zahlen über die Steigerung der in den Hamburger Anstalten in den Jahren 1877—1928 verpflegten Geisteskranken überhaupt; die Berechnung auf den jeweiligen Stand der Bevölkerungszahl ist dabei durchgeführt. Waren 1877 2,31 Personen auf 1000 interniert, so waren es 1928 5,35 auf 1000.

<sup>1</sup> Daß die Verästelungen und Verflechtungen der Beziehungen zwischen der Schizophrenie und dem sozialen Organismus im Grunde unübersehbar sind und immer wieder im Bereich dieser Darstellung unorganisch abgeschnitten werden müssen, ist schon gesagt worden, und Belege dafür werden sich auch weiterhin präsentieren. Bei der Erwähnung der für die Gemeinschaft natürlich sehr wichtigen Lebensdauerfrage sei wenigstens in einer Anmerkung darauf hingewiesen, daß hier unter anderem auch eine Verbindung mit den Untersuchungen von RÜDIN und LUXENBURGER über die Korrelation von schizophrener Anlage und Widerstandsschwäche gegen die tuberkulöse Infektion ansetzt. Näheres darüber findet sich in dem Kapitel über die Hereditätsverhältnisse bei der Schizophrenie von BERINGER.

Für Berlin konnte KANKELEIT aus den ihm zur Verfügung gestellten Zahlen entsprechend errechnen: im Jahre 1921 1,71 auf 1000, im Jahre 1928 2,65 auf 1000<sup>1</sup>. Es kommt hier nicht darauf an, den Gründen dieses Wachsens der Zahl der Internierten im einzelnen nachzugehen; es sollte nur dargetan werden, daß gerade aus diesem — in den absoluten Zahlen natürlich noch viel eindrucksvolleren! — Wachsen dieser Großstadtzahlen abgeleitet werden kann, daß doch wohl in den Kliniken und Anstalten, welche ihre Kranken unmittelbar aus der Großstadt aufnahmen, das Verhältnis zwischen der Gruppe der Psychopathien, Trinker usw. auf der einen Seite, der endogenen Psychosen mit der Schizophrenie auf der andern Seite unter dem Krankenbestande anders sein wird, als in den Heil- und Pflegeanstalten. Jenes nicht bloß absolute, sondern auch relative Wachsen der Aufnahmezahlen wird ja viel mehr von der ersten Gruppe, als von der zweiten bedingt. KANKELEIT hat seine Zahlen nicht nach Krankheitsgruppen differenziert, da es ihm angesichts seiner Fragestellung darauf nicht ankam<sup>2</sup>. H. W. MAIER hat errechnet, daß in der Bevölkerung 2% leichtere und schwerere Formen von angeborenem Schwachsinn, 0,5% genuine Epileptiker, etwa 1 bis 1,5% im Nachpubertäts- oder späteren Alter ausbrechende Psychosen stecken, daß mithin 3,5—4% der Bevölkerung in leichterem oder schwererem Grade psychisch abnorm sind. Andererseits sind in der Schweiz 0,4% der Bevölkerung in Anstalten untergebracht und diese Zahl entspricht, wie dem KANKELEITSchen Material zu entnehmen ist, genau auch den Durchschnittszahlen in Deutschland.

Was nun die in württembergischen Heilanstalten verpflegten Schizophrenen angeht<sup>3</sup>, so waren am 1. 8. 29 4485 Geisteskranke, darunter 3092 = 69%<sup>4</sup> Schizophrenie interniert (bei einer Wohnbevölkerung in Württemberg am 16. 6. 25 von 2 580 235 Menschen). Von diesen Schizophrenen wurden 5% auf Kosten der Krankenkasse oder, soweit es sich um anerkannte K. D. B. handelte, der Versorgungsbehörden, 27% auf Kosten der Angehörigen verpflegt, *mit den übrigen 68% waren öffentliche Fürsorgeverbände belastet*. Dabei ist zu berücksichtigen, daß etwa 50% der Angehörigen einen zum Teil sehr erheblich ermäßigten Verpflegungssatz bezahlen, so daß auch hier die Differenz zu den Selbstkosten der Anstalten zu Lasten der Allgemeinheit geht<sup>5</sup>. *Auf die 3092 schizophrenen Kranken kam am Stichtag eine Anstaltsverpflegungsdauer von 25 674 Jahren!* Dabei handelt es sich hier um eine Minimalzahl, weil nur die Verpflegungsdauer in

<sup>1</sup> Vgl. das auf Seite 624 über die Gründe der lokalen Verschiedenheiten in den Aufnahmezahlen zu sagende!

<sup>2</sup> GRUHLE hat in dem Kapitel über die Geschichte der Schizophrenie statistische Berechnungen über den Anteil der Schizophrenie an den Aufnahmen der psychiatrischen und neurologischen Klinik Heidelberg angestellt. Soweit diese Berechnungen sich auf die Schwankungen in der Diagnostikstellung, also auf das Problem der Fehldiagnosen beziehen, berühren sie sich mit den Einwänden, die dem folgenden Versuch einer Schizophreniebestandsaufnahme anzuschließen sein werden. In diesen Zusammenhang gehört die Bemerkung, daß angesichts der Zunahme der Psychopathen, der Gutachtenfälle, der rein neurologischen Erkrankungen, der leichten nervösen und psychischen Alterationen die großen Psychosen einen geringeren Anteil an den Gesamtaufnahmen ausmachen als früher.

<sup>3</sup> Ich habe für die Zusammenstellung des Materials den Ärzten und Beamten der Universitätsnervenklinik in Tübingen, der staatlichen Heilanstalten Schussenried, Weinsberg, Weissenau, Winnental, Zwiefalten, sowie der Privatanstalten Göppingen und Rottenmünster sehr zu danken. Außer den Kranken der Tübinger Klinik und der genannten Anstalten sind noch die Kranken des Bürgerhospitals in Stuttgart miteinbezogen.

<sup>4</sup> Daß die Zahl etwas niedriger ist, als die zuvor genannte BLEULERSche Zahl von 75% kommt vor allem von der Einbeziehung der Tübinger Klinik und des Bürgerhospitals her; ihr Krankenmaterial ist natürlich anders zusammengesetzt, als das der Anstalten. Ohne Tübinger Klinik und Bürgerhospital haben die Heilanstalten unter ihrem Krankenbestand 72% Schizophrenen.

<sup>5</sup> Es wird aber später noch von den in nicht unerhebliche Werte umzusetzenden „Gegenleistungen“ der Kranken die Rede sein.

derjenigen Anstalt, in der sich die Kranken am Stichtag befanden, gerechnet wurde; nicht berücksichtigt wurde, daß die Kranken vorher auch schon in andern Anstalten gewesen sein konnten. *Im Durchschnitt fiel auf den Kranken bis zum Stichtag eine Verpflegungsdauer von 8,5 Jahren (männlich 9,4; weiblich 7,4)*; die Kranken der Universitätsnervenklinik in Tübingen und des Bürgerhospitals in Stuttgart wurden hier nicht mitgerechnet, da sie sich in Klinik und Spital ja nur vorübergehend befinden. Interessanter als die Durchschnittszahl sind aber die Einzelfeststellungen über die Verpflegungsdauer, weil nur sie Auskunft darüber geben können, mit welcher Dauer der Verpflegungsnotwendigkeit gerechnet werden muß<sup>1</sup>. 508 Patienten waren am Stichtag 10—20 Jahre, 232 21—30 Jahre, noch 62 31—40 Jahre in der Anstalt, und bei 9 betrug die Internierungsdauer 41—50 Jahre; mit einem am 1. 8. 29 51 Jahre lang internierten Kranken schließt die Liste<sup>2</sup>.

Unter der Bevölkerung Württembergs waren am 16. 6. 25 1 830 810 Menschen, die über 15 Jahre alt waren.

Davon fielen auf die Altersstufen <sup>3</sup>		Bei den Schizophrenen der Anstalten fielen auf die entsprechenden Altersstufen <sup>4</sup>		
16—20	15,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	16—20	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
21—25	13,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	21—25	5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
26—30	10,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	26—30	10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
31—35	9,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	31—35	13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
36—40	9,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	36—40	13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
41—45	8,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	41—45	13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
56—50	8,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	46—50	14 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
51—55	7,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	51—55	12 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
56—60	5,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	56—60	8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
61—65	4,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	61—65	6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> <sup>5</sup>	
66—70	3,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	66—70	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
71—75	2,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	71—75	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	} Aus dem Durchschnitt von 10 Jahren (71—80) berechnet
76—80	1,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	76—80	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
81—85	0,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	81—85	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	} Aus dem Durchschnitt von 10 Jahren (81—90) berechnet

<sup>1</sup> An sich ist natürlich diese Stichtagsberechnung nicht die geeignetste Methode, um über die Dauer der Anstaltsversorgung, mit der man bei Schizophrenen rechnen muß, Auskunft zu geben. Jeder der in der Statistik verwendeten Kranken hat ja noch eine gewisse Dauer des Anstaltsaufenthaltes vor sich, eine umso größere, je kürzere Zeit er sich am Stichtag in der Anstalt befand. Zweckmäßiger wäre es, hier von den Verstorbenen auszugehen. Die Stichtagsberechnung wurde aber gewählt, weil sie für den ersten und wesentlichsten Zweck der statistischen Zergliederung, die Erfassung der *wirtschaftlichen Belastung des sozialen Organismus*, besonders geeignet erschien. In einem gewissen Maße kann aber auch unserem Material ein Hinweis darauf entnommen werden, wie stark diese Belastung durch die Krankheitsdauer beeinflußt wird.

<sup>2</sup> Für einen Teil der über 65 Jahre alten Kranken besteht die Möglichkeit, daß sie auch ohne Schizophrenie asylirt worden wären.

<sup>3</sup> Nach Mitteilungen des Württ. Statistischen Landesamts. Vgl. auch den Aufsatz von Oberreg.-Rat Dr. SCHOTT über die württembergische Bevölkerung nach der Volkszählung am 16. 6. 25, Württ. Jahrbücher f. Statistik und Landeskunde, Jg. 1927. Herr Oberreg.-Rat Dr. SCHOTT hatte auch die Freundlichkeit, die hier verwendeten Zahlen zu kontrollieren und nachrechnen zu lassen.

<sup>4</sup> Bei dieser Aufstellung fehlt das Material einer Anstalt. Es sind statt 6 nur 5 vertreten. Es kommt aber ja auch nicht auf die absoluten Zahlen, sondern in erster Linie auf das Verhältnis der Zahlen zueinander an.

<sup>5</sup> Die Auf- und Abrundung der Prozentzahlen auf ganze Zahlen, die durchgeführt wurde, um nicht eine Scheinexaktheit auf der Schizophrenieseite vorzuführen, verwischt natürlich bei den hohen Altersstufen mit ihren kleinen absoluten Zahlen die Beziehungen mehr als bei den jüngeren Altersstufen. Immerhin ergibt sich bei der Bruchteilberechnung, daß nach 70 Jahren in der Gesamtbevölkerung mehr alte Leute stecken, als unter den Schizophrenen. Absolut finden sich unter den Schizophrenen noch 54 Kranke zwischen 71 und 80 Jahren und 3, die noch älter sind.

Das von 31 ab lange anhaltende Überschießen auf der Schizophreneseite hängt mit der Bevorzugung bestimmter Altersgruppen beim Ausbruch der Psychose zusammen. Die Angleichung der beiden Linien in den höheren Altersstufen belegt, ohne daß auf die komplizierten statistischen Beziehungen im einzelnen eingegangen werden soll, wenigstens im groben, daß das Absterbetempo sich nicht *wesentlich* von dem der Durchschnittsbevölkerung unterscheidet<sup>1</sup> — und nur darauf kam es im Umkreis der Probleme einer Belastung des sozialen Organismus mit internierten Schizophrenen an.

Eine solche Statistik ist, darüber muß man sich klar sein, mit ihren Ergebnissen durchaus nicht ins Allgemeine übertragbar. Sie wurde trotzdem eingefügt, weil sie wenigstens im groben einen Überblick über die in den Heilanstalten internierten Schizophrenen eines Landes und die dazu gehörenden Aufwendungen gestattet, dann aber auch, weil ihre Kritik Anlaß gibt, Schizophrenieprobleme zu erwähnen, die in mancher Hinsicht für die Gemeinschaft wichtig sind. Wahrscheinlich ist der kleinste Fehler der Statistik die Einschränkung, die durch die diagnostische Unsicherheit überhaupt und durch Auffassungsdifferenzen bei der Zuordnung zum schizophrenen Formkreis bedingt ist; da in der Statistik die chronischen, seit langem internierten Psychosen vor allem die Zahlen bestimmen, so ist anzunehmen, daß sich diese diagnostischen Differenzen lange nicht so geltend machen, wie da, wo vorwiegend frische Psychosen verarbeitet werden. Abgesehen von dem schon aus früheren Ausführungen sich ergebenden Einwand von den unter richtiger oder falscher Diagnose in anderer Art versorgten, z. B. in die Landesfürsorgeanstalten abgegebenen oder in Freiheit lebenden Schizophrenen, ist vor allem wichtig, daß jener Bestand an Anstaltschizophrenen aus einer Reihe von Umständen heraus zahlenmäßig durchaus seine lokale Färbung haben muß. Es wird durchaus nicht bedeutungslos sein, wie die Anstalten jene Periode des Nahrungsmittelmangels in der Kriegszeit (Kohlrübenwinter!) passiert haben, die mancherorts mit den nicht sehr widerstandsfähigen Kranken, darunter den schizophrenen Endzuständen, förmlich aufgeräumt hat<sup>2</sup>; es ist bekannt, daß die Anstalten in den verschiedenen Teilen Deutschlands sehr verschieden stark von jenen Nöten getroffen worden sind, und mögen auch die Jahre seither manches ausgeglichen haben, jenes Aufräumen, das doch nüchtern und sachlich gesehen die Aufwendungen der Allgemeinheit für wertlos gewordene Glieder der Gemeinschaft günstig beeinflußt hat, wird auch jetzt noch zu der Bestandzahl an alten Schizophrenen seine Beziehungen haben.

Unsere rohe Statistik steht weiterhin natürlich sehr unter dem Einfluß der *bei der Aufnahme und bei der Entlassung maßgebenden Gesichtspunkte*. Es soll hier nicht etwa untersucht werden, wie durch die in den verschiedenen deutschen Ländern in diesen Fragen geltenden Gesetze und Verordnungen, wie sie RITTERSHAUS zusammengestellt hat, die Art und der Umfang der Internierungsformalitäten, die Auswahl der internierungsfähigen Kranken, die Beziehungen der Antragsaufnahmen zu den Einweisungen von Amtswegen, der Abstand zwischen Einweisungseinleitung und Einweisungsdurchführung, die Formerfüllung vor oder nach der erfolgten Aufnahme usw. beeinflußt werden, und wie auf der anderen Seite sich jene Gesetze und Verordnungen mit den Entlassungsfragen

<sup>1</sup> Im einzelnen würden hier natürlich etwa die besondere Tuberkulosesterblichkeit bei Schizophrenen, dann etwa die Beeinflussung der Statistik durch das Wirken der Hungerjahre in den Anstalten (s. u.) kritisch zu behandeln sein.

<sup>2</sup> Nach LANGE sind der Hungerblockade in Bayern 30% der Irrenanstaltsbevölkerung zum Opfer gefallen; in Sachsen erreichte nach ILBERG die Sterblichkeit der Anstaltsinsassen im Jahre 1917 den Höhepunkt mit 30,4%. Zitiert nach KANKELEIT, Die Unfruchtbarmachung aus rassehygienischen und sozialen Gründen. München 1929, bei LEHMANN, S. 23.

auseinandersetzen, zumal mit dem Problem der Entlassung ungeheilter Kranker. Einmal kann alles das durchaus nicht genügend aus dem zur Verfügung stehenden Wortlaute der Bestimmungen abgeleitet werden; für eine lebensnahe Erfassung dieser Dinge ist wohl noch wichtiger als jener Wortlaut alles das, was sich durch Herkommen und Tradition bei der Auslegung jener Bestimmungen herausgebildet hat<sup>1</sup> und was durch viele recht schwer erfäßbare Faktoren, nicht zum wenigsten auch durch die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze, dann etwa durch den Weg zwischen Erkrankungsort und Anstalt, mit anderen Worten durch die örtlichen Beziehungen der Anstalt zu ihrem Aufnahmebezirk, weiter durch den Stand der Außenfürsorge, durch die Schwerfälligkeit oder Leichtbeweglichkeit des eingreifenden und mitwirkenden amtlichen Apparates und vieles andere mehr recht wesentlich beeinflusst wird. Sodann aber würde hier das, was *auch* den schizophrenen Kranken angeht, in so umfangreiche allgemeine, auf den Geisteskranken überhaupt sich beziehende Erörterungen eingebettet sein, es würde sich so wenig für die hier wesentlichen Fragen Spezifisches ergeben, daß auch an dieser Stelle wieder einmal die Bearbeitung dieses Themas durch einen letzten Endes unorganischen Schnitt begrenzt sein muß<sup>2</sup>.

Nur eine Sonderfrage sei herausgegriffen, die gerade für die *sozialpsychiatrischen Beziehungen der Schizophrenie* von besonderer Bedeutung ist, das Problem der *Frühentlassung*. Seitdem BLEULER, durch Platznot zur Frühentlassung Schizophrener gezwungen, die günstige Wirkung dieser Frühentlassung auf das soziale Verhalten vieler Schizophrener erkannt hatte und so zu der Formulierung gekommen war, daß der Anstaltsaufenthalt für die Schizophrenen ein Übel sei, das sich bei den akuten Schüben und bei allzu argem chronisch asozialem Verhalten nicht vermeiden lasse, hat man sich praktisch und theoretisch immer wieder gerade im Blick auf die Besonderheiten der Schizophrenie mit dieser Frühentlassung beschäftigt, und im Jahre 1929 sind die bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie erstatteten Referate von H. W. MAIER und RÖMER in folgenden Leitsätzen zusammengefaßt worden:

A. Prof. Dr. HANS W. MAIER (Burghölzli-Zürich).

1. Die Anstaltsbehandlung Geisteskranker ist nur so lange gerechtfertigt, als sie durch die Notwendigkeiten der individuellen oder sozialen Fürsorge bedingt ist.

2. Frühentlassung bedeutet eine Rückkehr des Kranken ins freie Leben, sobald die stärksten Symptome, welche die Internierung unumgänglich machten, nachgelassen haben, ohne Rücksicht auf das Fortbestehen leichterer psychotischer Erscheinungen (Willensstörungen, einzelner Halluzinationen oder Wahnideen).

<sup>1</sup> Vgl. dazu die Einwendungen von HOCHÉ (Zur Reform des Irrenrechts. Z. psych. Hyg. 3 (1930)] gegen die Kritik, die RITTERSHAUS an dem badischen Irrenfürsorgegesetz geübt hat.

<sup>2</sup> Wohl aber scheint es, wenn schon die Anstaltseinweisungen berührt sind, notwendig, wenigstens in einer Anmerkung noch auf das Problem der Kulmination des Ausbruchs akuter Psychosen im Frühling und Vorsommer hinzuweisen. WILMANN'S [Über die Zunahme des Ausbruchs geistiger Störungen in den Frühjahrs- und Sommermonaten, Münch. med. Wschr. 1920, 175, dazu KOLLIBAY-UTER, Über die Jahreskurve geistiger Erkrankungen, Z. Neur. 65 (1921)] hat nach einer kurzen Zusammenfassung dessen, was über den „Frühlingsgipfel“ schon bekannt war (vgl. u. a. HELLPACH, Die geo-psychischen Erscheinungen. Wetter und Klima, Boden und Landschaft in ihrem Einfluß auf das Seelenleben, 3. Aufl. Leipzig: Wilh. Engelmann 1923), nach einer an der Heidelberger psychiatrischen Klinik von KOLLIBAY mit etwa 13 500 Fällen durchgeführten Untersuchung festgestellt, daß besonders deutlich bei den weiblichen Aufnahmen vom Lande in den Aufnahmen und damit auch im Ausbruch der akuten Psychose eine Kulmination im Mai-Juni zum Vorschein kommt. Dieser „Frühlingsgipfel“ kommt in erster Linie den endogenen Psychosen vor allem der Schizophrenie zu, wird von WILMANN'S der Häufung der ehelichen, noch mehr der unehelichen Schwängerung, sowie dem Anwachsen der Sittlichkeitsverbrechen gegen Erwachsene und gegen Kinder zugeordnet und wird aus innersekretorischen Vorgängen im Sinne einer „latenten Brunst“ erklärt.



3. Sie kommt in diesem Sinne nicht in Betracht für die manisch-depressive Gruppe, die Toxikomanen und die meisten organischen Psychosen im engeren Sinne.

4. Wie BLEULER es zuerst betont und praktisch durchgeführt hat, ist die Frühentlassung indiziert für die Gruppe der Schizophrenen, insbesondere für die schizophrenen Reaktionen und Randpsychosen, aber auch für die Mehrzahl der zum Auftreten einer schizophrenen Demenz führenden Fälle. Die *theoretische* Begründung liegt in der Annahme einer psychogenen Erkrankungskomponente neben der prozeßhaften bei dieser Gruppe. Die Frühentlassung wirkt als psychotherapeutisches Mittel im Sinne der sozialen Wiedereingliederung, der Bekämpfung des Autismus und der schizophrenen Komplexwirkungen.

5. Die Vorbedingung für die *praktische* Durchführung der Frühentlassung Schizophrener ist die therapeutisch-psychologische Einstellung im Sinne einer Erforschung der Erscheinungen des Einzelfalles (Strukturanalyse, genaue Kenntnis des familiären und sozialen Milieus; Hilfe von Fürsorgerinnen usw.). Die Berücksichtigung des Inhalts der schizophrenen Symptome wird meist die Fälle erkennen lassen, wo in der Krankheit besondere soziale Gefahren vorliegen und deshalb eine Gegenindikation angenommen werden muß.

6. Schon bei der Aufnahme des Kranken in die Anstalt sind die Angehörigen auf die Notwendigkeit einer möglichst baldigen Entlassung einzustellen. Die Anstaltsbehandlung (Arbeitstherapie) soll von Anfang an auf diese Maßnahme eingestellt sein.

7. Wo das Milieu der eigenen Angehörigen zu ungünstig ist und die Kranken sich nicht selbst überlassen werden können, sind sie in Pflegefamilien unterzubringen und zweckmäßig zu beaufsichtigen.

8. Die Behörden sind dazu zu erziehen, bei den Frühentlassungen zu helfen und ihr Mißlingen nicht als einen Fehler der Anstalt zu betrachten.

9. Im akademischen Unterricht sollte auf die Psychologie der Schizophrenie besonderes Gewicht gelegt werden, damit die praktischen Ärzte befähigt sind, diese Krankheit richtig zu erkennen und zu behandeln; der Arzt sollte nur im Notfalle die Anstaltsinternierung anordnen und die Anstalt in der Durchführung der Frühentlassung unterstützen können.

10. Wenn eine Frühentlassung unmöglich ist, sollte ein Versuch mit einer Versetzungsbesserung (BLEULER) oder einer Überführung in eine kleinere offene Anstalt (sog. Zwischenstationen zur Familienpflege) wenn irgend möglich versucht werden.

11. Die sozialen Gefahren der Frühentlassung sind bei richtiger psychologischer Indikation unbedeutend. Die rassenhygienischen Bedenken können bei der überwiegenden Mehrzahl der Schizophrenen, die in der Freiheit leben, nicht in Betracht kommen, besonders wenn bei in dieser Richtung ausnahmsweise gefährdeten Fällen evtl. eine Sterilisation vorgängig durchgeführt wird.

12. Die Frühentlassung der Schizophrenen ist ein wertvolles Mittel gegen das Anwachsen und die Überfüllung der Heil- und Pflegeanstalten, wodurch Kräfte für prophylaktische Maßnahmen frei werden (Einrichtung psychiatrischer Polikliniken in Verbindung mit den Anstalten und von Heimen zur Beobachtung und Behandlung psychopathischer Kinder, besonders auch solcher mit stark schizophrener Belastung).

13. Nach unseren Erfahrungen sollten Schizophrene, wenn nötig, in die staatliche organisierte Familienpflege auch aufgenommen werden können, ohne daß sie vorher einen Anstaltsaufenthalt durchgemacht haben.

14. Die Entlassensfürsorge sollte nicht schematisch auf alle Austretenden einer Anstalt angewandt werden, sondern nur dort, wo sie zweckmäßig ist, da sie gerade bei gewissen Arten von Schizophrenen auch schaden kann.

#### B. Direktor Dr. HANS RÖMER (Illenau).

1. Die Entwicklung der deutschen Irrenfürsorge ist der frühzeitigen Entlassung der Geisteskranken im allgemeinen nicht förderlich gewesen. Die Fortschritte der praktischen und wissenschaftlichen Psychiatrie haben im letzten Jahrzehnt vor dem Kriege die Hospitalisierung der Schizophrenen begünstigt.

2. Vereinzelte Anstaltsleiter haben zwar schon immer unnötig verzögerte Entlassungen mißbilligt; auch haben die unerwartet günstigen Katamnesen bei den gegen ärztlichen Rat Entlassenen offenkundig für eine freiere Entlassungspraxis gesprochen. Trotzdem fand die von BLEULER systematisch angewandte Frühentlassung der Schizophrenen in Deutschland vor dem Kriege keinen allgemeineren Eingang.

3. Nach dem Kriege wurde, wie die Statistik ergibt, der Krankendurchgang durch die Heilanstalten beschleunigt. An dieser Verkürzung des Anstaltsaufenthaltes war die einfache Seelenstörung und damit offenbar auch die Schizophrenie wesentlich beteiligt.

4. Eine Umfrage bei den öffentlichen Heilanstalten und den psychiatrischen Kliniken und Stadtasylen hat in Übereinstimmung hiermit folgendes ergeben:

a) Die frühere Entlassung der Schizophrenen wird heute annähernd in allen einschlägigen psychiatrischen Instituten geübt.

b) Unerwünschte Begleiterscheinungen werden so gut wie durchweg vermieden. Von grundsätzlichen Bedenken erfordert lediglich der rassenhygienische Gesichtspunkt Beachtung.

c) Nur ein kleiner Teil der berichtenden Institute machte von der früheren Entlassung schon vor dem Kriege Gebrauch. Die meisten sind erst seit Kriegsende zu ihr übergegangen.

d) Die Neuerung wurde hauptsächlich in den Zeiten schlimmster Not (1919 und 1922) und seit dem starken Wiederansteigen des Krankenstandes von 1924 an und zwar häufig gleichzeitig mit der SIMONSchen Arbeitstherapie und der KOLBSchen offenen Fürsorge eingeführt.

e) Die anfänglich durch die äußere Not erzwungene Maßnahme entwickelt sich allmählich zu einer psychotherapeutischen Methode mit bestimmten Indikationen, vor allem zur vorbeugenden Bekämpfung des Autismus.

5. Die Frühentlassung der Schizophrenen in das Familien- und Erwerbsleben liegt im gesundheitlichen, menschlich-rechtlichen und wirtschaftlichen Interesse des Kranken, im betriebstechnischen und moralischen Interesse der Heilanstalt und nicht zuletzt im finanziellen Interesse der Träger des öffentlichen Heilanstaltswesens und des Fürsorgewesens; neben diesen Vorzügen ist das rassenhygienische Bedenken nicht zu übersehen, aber auch nicht zu überschätzen.

6. Zur produktiven Auswertung dieser Vorteile und zur tunlichsten Herabsetzung des Gefahrenrisikos ist sie durch eine individualisierende Anstaltsbehandlung vorzubereiten und durch eine nachgehende Fürsorge zu ergänzen.

7. Bei der möglichst aktiv zu gestaltenden Anstaltsbehandlung eignet sich die Arbeitstherapie, namentlich in der von SIMON erweiterten Form besonders dazu, die soziale Wiedereingliederung anzubahnen. Andererseits kann die erweiterte Arbeitstherapie nur durch die planmäßige Verbindung mit der Frühentlassung vor dem Abgleiten in einen sinnwidrigen Schematismus geschützt werden.

Auch die Familienpflege kann nach den besonderen örtlichen Verhältnissen zur Vorbereitung der Frühentlassung mit Erfolg herangezogen werden.

8. Die offene Fürsorge, besonders in der KOLBSchen von der Anstalt ausgehenden Form, schafft durch Betreuung, Beaufsichtigung und Belehrung bei den Kranken, den Angehörigen, den Behörden und der Öffentlichkeit die Voraussetzungen für die erfolgreiche Frühentlassung.

9. Dem rassehygienischen Bedenken ist durch psychoprophylaktische Volksbelehrung, psychiatrische Eheberatung und in besonders gelagerten Fällen durch vorausgehende Sterilisation Rechnung zu tragen.

10. Da die Frühentlassung ein individualisierendes Vorgehen bei der Anstaltsbehandlung wie in der Außenfürsorge zur Voraussetzung hat, hängt ihre wirksame Durchführung von dem Vorhandensein einer ausreichenden Zahl geeigneter Fachärzte und Hilfspersonen ab. Eine die Frühentlassung ermöglichende Personalvermehrung dient der Rationalisierung der Geisteskrankenfürsorge und wird sich für die Verwaltungen in Kürze bezahlt machen.

Die Leitsätze heben klar gerade die sozial-psychiatrischen Beziehungen dieser Frühentlassung der Schizophrenen heraus; was im *einzelnen* im Bereiche der Einordnung dieser möglichst frühzeitig aus der Anstalt entlassenen Schizophrenen in den sozialen Organismus die Gemeinschaft interessieren kann, darauf werden wir später zurückzukommen haben. Hier seien nur drei Unterfragen gestreift, einmal das, was in Gestalt der „rassehygienischen Bedenken“ in beiden Referaten angeschnitten ist, sodann die Beziehungen der Frühentlassung zur offenen Fürsorge und zur Arbeitstherapie. Jene „rassehygienischen Bedenken“ begegnen nicht überall der Zuversicht der Referate, zumal des Referates von H. W. MAIER, und es seien — nur als Beispiele — die Auffassung von M. FISCHER und LUXENBURGER angeführt. M. FISCHER sagt:

„Dadurch ferner, daß unsere Kranken, geheilt oder ungeheilt, wieder das eheliche Leben, den ehelichen oder unehelichen Geschlechtsverkehr aufnehmen oder eine Ehe eingehen und Kinder zeugen, erhebt sich, insbesondere im Zeichen des heutigen engen Zusammenlebens und der ungeheuren Wohnungsnot, das Gespenst minderwertiger, lebensuntüchtiger oder direkt psychotischer Nachkommenschaft zu seiner vollen Größe. Ich kann verraten, daß unsere Erblichkeitsforscher und Eugeniker diesem unserem Beginnen der Frühentlassung und Außenfürsorge der Geisteskranken mit sehr besorgten Blicken ja mit ernststen Bedenken gegenüberstehen. Man begreift, daß gerade diese Kreise im Interesse der Gewinnung tüchtiger und der Ausmerzungen untüchtiger Nachkommenschaft sich, wenn es angehe, durchaus am liebsten für eine Dauerasylierung sämtlicher Geisteskranken einsetzen würden, insbesondere solange es eine Zwangssterilisierung nicht gibt. Die Verhütung erblich kranker Nachkommenschaft muß ja der Eugenik als oberster Grundsatz gelten. Ohne solche Bestrebungen wäre eine Einschränkung der Vererbungskrankheiten gar nicht möglich; sie müßten sich vielmehr ihrem Naturgebot gemäß immer mehr ausbreiten“.

Und LUXENBURGER<sup>1</sup>:

„Wenn die psychische Individualhygiene eines ihrer vornehmsten Ziele darin sieht, dem Geisteskranken die Wiederanpassung an die Umwelt zu erleichtern und die soziale Selbständigkeit nach Möglichkeit wieder zu verschaffen, wenn sie durch Maßnahmen der Psychotherapie, der Beschäftigungstherapie, der Außenfürsorge eine Heilung oder wenigstens eine weitgehende Besserung der Krankheit des Individuums erreichen will, so handelt sie im schönsten Sinne ärztlich und sozial, indem sie dem geisteskranken Menschen das Glück vermittelt, das in der Wiedereinfügung in die Norm begründet liegt und zugleich der Allgemeinheit eine wirtschaftliche Last abnimmt.

Der Eugeniker kann aber — soweit es sich um die große Masse der erblich Geisteskranken handelt — dieser Erfolge nicht recht froh werden. Denn was hier dem Individuum zum Segen gereicht, kann für seine Nachkommen einen Fluch bedeuten. Das Erbgut wird auch durch die erfolgreichste Individualtherapie nicht verbessert und der sozial wieder angepaßte, „geheilte“ Schizophrene setzt ebenso viele kranke Kinder in die Welt wie sie der verblödete Katatoniker produzieren würde, wenn ihm durch seinen Blödsinn und die Versorgung in einer geschlossenen Anstalt nicht so gut wie jede Möglichkeit dazu genommen wäre. Für die Rasse ist und bleibt die ungünstige Prognose und ein rascher, deletärer Verlauf einer Erbkrankheit ein Segen, da sie die so notwendige Ausmerze der entarteten Anlagen unterstützen. Heilung und Besserung einer Erbpsychose bringen erhöhte Gefahr der Fortpflanzung und somit Verzögerung dieser Ausmerze mit sich. Die Aussicht, daß die Heilung einiger Kranker der heute lebenden Generation mit dem Unglück einer vielleicht weit größeren Zahl von Angehörigen künftiger Generationen erkauft wird, hat für denjenigen, der den Blick seiner Sorge über das Individualleben hinausrichtet, etwas tief Verstimmendes“.

Was als Gegengewicht gegen diese letzten Endes gerade auch aus der Frühentlassung entspringenden rassehygienischen und von dieser Seite her die Gemeinschaft interessierenden Gefahren genannt wird, abgesehen von den allgemeinen Maßnahmen der Ausgestaltung der Fürsorge nach Intensität und individueller Differenzierung etwa Präventivverkehr, Sterilisation und künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, das bewegt sich auch nach der Meinung der damit befaßten Forscher zunächst noch in erster Linie in Hoffnungen und Wünschen für die Zukunft und hat im übrigen natürlich nichts mehr allein mit den speziellen Schizophreniefragen zu tun. Die Schizophrenie geht hier in umfassenderen Fragen der Eugenik unter, in Fragen, die sich auf die Ausmerzung rassenschädlichen Erbgutes überhaupt beziehen. Hier wird ihr allerdings mindestens im Blick auf ihre nicht ganz einfach zu übersehenden Erbgänge eine besondere Stellung zukommen<sup>2</sup>.

Über die *offene Fürsorge* braucht es in den hier berührten Zusammenhängen mit der Frühentlassung des Schizophrenen<sup>3</sup> an dieser Stelle nur weniger Worte über das hinaus, was schon in den zitierten Leitsätzen gesagt ist. Es ist selbstverständlich, daß der Tendenz zur frühen Abgabe des schizophrenen Kranken aus der Anstalt draußen der fürsorgerische Apparat zur Verfügung stehen muß, der sich um die Einreihung dieser Schizophrenen in den sozialen Organismus

<sup>1</sup> LUXENBURGER verweist auch auf die Literatur über die erbprognostischen Fragen bei der Schizophrenie. Dasselbe tun z. B. auch EWALD'S Übersichtsreferate über die Schizophrenie, Fortschr. Neur. 1 (1929); 2 (1930); 3 (1931). Die maßgebenden Arbeiten von RÜDIN, WEINBERG, HOFFMANN, KEHRER, KRETSCHMER usw. finden sich hier zusammengestellt. Vgl. dazu auch das Kapitel über die Hereditätsfragen von BERINGER.

<sup>2</sup> Neuerdings gibt das von RÜDIN auf dem 1. Internat. Kongreß in Washington am 6. 5. 30 erstattete Referat über die Bedeutung der Eugenik und Genetik für die psychische Hygiene [Z. psych. Hyg. 3, 133 (1930)] die auf die Schizophrenie sich beziehenden Zahlen aus der empirisch-psychiatrischen Erbprognosenbestimmung. Zu dem, was über die Beziehungen der Schizophrenie zu den Sterilisationsfragen zu sagen ist, vgl. GAUFF, Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger, S. 31/33. Berlin: Julius Springer 1925. Dazu auch: KANKELEIT, Unfruchtbarmachung aus rassehygienischen und sozialen Gründen. München: J. F. LEHMANN 1929 und die schon erwähnten Arbeiten LUXENBURGERS. Überall finden sich Literaturverweise.

<sup>3</sup> Vgl. dazu auch das wiederholt genannte Buch von RÖMER-KOLB-FALTHAUSER über die offene Fürsorge.

annimmt, oder aber — und damit berühren wir einen uns sehr wichtig erscheinenden Punkt — in seinen gerade auf die Besonderheiten der schizophränen Mentalität geschulten Vertretern und Vertreterinnen da, wo es nötig ist, aus dem richtig gewählten Abstand zuzusehen und zu kontrollieren vermag, wie die Eigenwilligkeit und Eigenartigkeit eines Schizophrenen selbst sich mit der Einreihung ins Leben auseinandersetzt<sup>1</sup>. Selbstverständlich ist auch, daß hier alles das in ganz besonderem Maße gilt, was im allgemeinen von dieser Fürsorge verlangt wird, reibungsloses Ineinanderarbeiten mit der Anstalt<sup>2</sup>, individualisierendes Vorgehen bei den Bemühungen um Einreihung des Kranken in Leben und Beruf u. dgl. m. Aber was nun im besonderen im Verhältnis zwischen dem Schizophrenen und der sozialen Gemeinschaft gerade auch bei dieser praktischen Fürsorgearbeit heraustritt, das wird sich nur vom Einzelfall aus sinnvoll demonstrieren lassen. Es würde mit der unberechenbaren Differenziertheit der schizophren veränderten Menschen und mit der ebenso unberechenbaren Art, wie sie sich zu den Notwendigkeiten und Möglichkeiten sozialer Einordnung verhalten, nicht zu vereinigen sein, wollte die praktische Fürsorge sich belehren lassen, wie sie „den“ Schizophrenen zu nehmen hat, oder wollte sie kundtun, welche Erfahrungen ihr über „den“ Schizophrenen erwachsen sind<sup>3</sup>.

Punkt 7 der Leitsätze des Referates von RÖMER erwähnt die *Arbeitstherapie* im Sinne von SIMON als Vorbereitung der Wiedereingliederung in den sozialen Organismus. Sicher wird die frühzeitige Einreihung des Schizophrenen in die Arbeitstherapie innerhalb der Anstalt ganz im allgemeinen die frühzeitige Entlassung unterbauen können. Aber in welchem Umfang das tatsächlich der Fall ist, das ist offenbar noch nicht exakt zu erfassen. Hier ist maßgebend, daß SIMON selbst sagt, es werde heute zahlenmäßig sehr schwer festzustellen sein, ob und in welchem Maße eine aktivere Therapie eine vermehrte Entlassung der Kranken aus der Anstalt ermögliche, da die Entlassungsziffern heute mehr als jemals außer durch den Zustand des Kranken selbst auch noch durch viele andere Dinge beeinflusst würden. Wohl aber ist — unabhängig von der Frage der Förderung des Übergangs in die Freiheit durch die Arbeitstherapie — doch darauf hinzuweisen, daß die schizophränen Kranken, die ja den Hauptteil der Anstaltsinsassen bilden, es sind, welche ganz in erster Linie auch unter den langfristig oder dauernd internierten Kranken die *arbeitenden* Kranken stellen, mit anderen Worten, daß sie vor allem es sind, *welche durch ihre Arbeitsleistung innerhalb des Anstaltsbetriebs die von der Allgemeinheit zu machenden Aufwendungen vermindern*<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> So auch Punkt 14 der Leitsätze des Referates von H. W. MAIER.

<sup>2</sup> Bei den hier hereinspielenden grundsätzlichen Fragen wird von uns im Anschluß an das sehr bewährte Vorgehen von KOLB, RÖMER, FALTTLHAUSER u. a. die Zweckmäßigkeit einer Einrichtung der offenen Fürsorge im engsten Anschluß an die Anstalt selbst, weiterhin aber auch die Zweckmäßigkeit einer organischen Verbindung mit der Krankenhausfürsorge vertreten. Vgl. WETZEL, Krankenhaus und Entlassenenfürsorge als organische Einheit, Z. psych. Hyg. 2 (1929); FALKENBERG, Über den Fürsorgedienst in Heil- und Pflegeanstalten, Z. psych. Hyg. 2 (1929).

<sup>3</sup> Vieles von dem, was sich in der fürsorglichen Praxis als zweckmäßig bei der sozialen „Behandlung“ des Schizophrenen erweist, läßt sich überraschend gut mit dem vereinigen, was etwa KRETSCHMER über die Psychotherapie der Schizophrenie sagt. KRETSCHMER, Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände, Z. Neur. 121, 211 (1929). Vgl. dazu auch MAUZ, die Prognostik der endogenen Psychosen, Leipzig: Georg Thieme 1930.

<sup>4</sup> SIMON, a. a. O., S. 154: „Ganz erhebliche Werte liegen aber in dem, was die Kranken für den Anstaltsbetrieb selbst leisten. Und diese Werte sind in bestimmten Geldsummen gar nicht so leicht auszudrücken. Erinnerung sei nur an die starke Wertsteigerung durch Melioration der Anstaltsländereien, die durch Krankenarbeit jahraus, jahrein bewirkt werden. Ich habe diese Melioration bei zwei neuen Anstalten miterlebt und beobachtet und kann wohl sagen, daß beide Male die laufenden Ernteerträge sich allmählich um 50—80% gehoben

Wie sich, unabhängig von „aktiver“ Therapie, aus dem schicksalsmäßigen Ablauf der Krankheit heraus diese Arbeitsleistung entwickeln, und wie die *psychische Verödung des Schizophrenen die Arbeitsleistung steigern kann*, demonstriert die Patientin W., die im Jahre 1893 aus dem Bürgerspital Stuttgart in eine Heilanstalt kam. In den ersten Jahren verhindern Sinnestäuschungen, Wahnideen, Verwirrtheit und die Beschäftigung mit ihrer fürstlichen Abkunft die Verwendung in der Flickstube. Auch in den folgenden Jahren ist sie affektstumpf, maniert, grimassierend, autistisch und schreibt und redet zusammenhangslos, aber sie arbeitet in der Bügelstube. Im Jahre 1928 ist sie *ohne Änderung des klinischen Befundes* „eine der fleißigsten Arbeiterinnen des Weißzeugbetriebs“ und im Jahre 1929 „geht sie unermüdlich ihrer Arbeit in der Bügelstube nach, vergißt dabei oft das Vesper und muß extra dazu animiert werden“.

Die aus den Anstalten entlassenen Schizophrenen werden uns wieder beschäftigen, wenn nach den von der Masse ausgehenden Betrachtungen dem Verhalten des einzelnen schizophrenen Kranken im sozialen Organismus nachgegangen werden wird. Dabei wird dann neben dem tatsächlichen Sobeschaffensein des Kranken auch zu berücksichtigen sein, daß die Statuierung des Interniert-gewesenseins unter Umständen die soziale Position des Kranken stark beeinflussen kann. Aber ehe so das einzelne schizophrene Individuum in den Mittelpunkt rückt, seien erst noch die Beziehungen der Schizophrenie zur Krankheit im Sinne der RVO., zur Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. 2. 24, zur Invalidität, weiterhin zur Zurechnungsfähigkeit, zur Geschäftsfähigkeit, Pflugschaft, Entmündigung, Ehescheidung besprochen. Im Anschluß an diese forensisch-psychiatrischen Probleme soll dann noch Platz finden, was über kriminalpsychologische Beziehungen der Schizophrenie zu sagen ist.

In der *Krankenversicherung* begegnet sich natürlich die Schizophrenie wieder auf weite Strecken hin mit dem Kranksein überhaupt; darüber hinaus macht die Besonderheit der Schizophrenie nicht etwa nur als geistige Erkrankung überhaupt, sondern gerade auch auf Grund ihrer besonderen Merkmale innerhalb der Geisteskrankheiten der Anpassung an die Bestimmungen der RVO. und deren Auslegungen da und dort Schwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten würden sicher oft noch größer sein, als sie sich in der Regel in der Praxis präsentieren, wenn immer die Kompliziertheit der Materie überhaupt den bei der praktischen Handhabung der §§ der RVO. Beteiligten ganz gegenwärtig wäre. Es ist selbstverständlich, daß zumal bei den akuten und frischen Erkrankungen die „Krankenhausbehandlung“, in Wirklichkeit die Internierung in Asyl, Klinik oder Heilanstalt, sehr häufig absolut indiziert sein wird. Die Art dieser absoluten Indikation setzt zunächst einmal außer Kraft, was im § 184 RVO. über die Möglichkeiten der Krankenhausbehandlung bestimmt ist. Es scheidet zumeist die Frage der Zustimmung des Kranken aus, ebenso aber auch sehr häufig die Frage der Zustimmung der Kasse, von der im allgemeinen die Gewährung der Krankenhauspflege abhängt, da sie ja keine Pflichtleistung der Kasse darstellt<sup>1</sup>. Wiederum kann komplizierend wirken, daß ja die Indikationen zur Internierung sich zumeist gar nicht in erster Linie aus der dringenden Behandlungsbedürftigkeit, sondern aus der Verwahrlosungsgefahr und der Gefahr für sich und andere herleiten. Immerhin kann natürlich zumal bei den frischen Fällen, aber in

haben. Gar nicht in Geld ausdrücken läßt sich auch der Wert der doch nur durch Krankenarbeit hergestellten großen Park- und Gartenanlagen unserer neuen Anstalten. Ungezählte Posten und Pöstchen in der Anstalt können, bei richtiger Auswahl, statt von hochbezahlten Angestellten, von Kranken besorgt werden“.

<sup>1</sup> Bei der Auslegung der auf die Krankenversicherung sich beziehenden Bestimmungen der RVO. stützen wir uns auf: DERSCH: Die Sozialversicherung, und PRYLL: Der Arzt in der deutschen Sozialversicherung. Beides im Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von GOTTSSTEIN, SCHLOSSMANN und TELEKY, Bd. 4, S. 726 f. Berlin: Julius Springer, 1927.

gewissem Maße auch bei chronischen Psychosen, in der Regel die ärztliche Indikation für die Internierung neben den aus dem Schutz der Allgemeinheit abgeleiteten Gesichtspunkten bejaht werden. Verwickelter ist die Situation, wenn eine chronische Psychose das Eingehen und Durchhalten eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses zugelassen hat, und nun eines Tages ohne Änderung des klinischen Bildes etwa Auffälligkeiten und sinnlose Handlungen im Verkehr mit Behörden oder dgl. die Psychose entdecken und die Internierung herbeiführen lassen. Praktisch wird es natürlich auch hier im Blick auf die Kassenverpflichtungen auf ein Krankwerden hinauskommen. Theoretisch könnte oft genug schon allein die Anzweiflung der Geschäftsfähigkeit zur Zeit des Eingehens des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses und zur Zeit der Durchführung der für sein Bestehenbleiben wichtigen Maßnahmen erhebliche Komplikationen setzen<sup>1</sup>.

Auch das Problem der *Arbeitsfähigkeit* spielt herein. Voraussetzung der die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei umfassenden Krankenpflege als Bestandteil der Krankenhilfe des § 182 RVO. ist Krankheit, ohne daß jedoch damit Arbeitsunfähigkeit verbunden zu sein braucht (DERSCH). Tatsächlich ist ja sehr oft mit der Krankheit Schizophrenie keine Arbeitsunfähigkeit verbunden; wenigstens nicht im materiellen Sinne<sup>2</sup>, und es kann unter Umständen etwa ein arbeitender Schizophrener dadurch geradezu an der Arbeit gehalten werden, daß ihm, z. B. in Anknüpfung an bestimmte dafür geeignete Klagen und Beschwerden, Arzt und Arznei gewährt wird. Andererseits: „ein Zustand, der im medizinischen Sinne als Krankheit zu bezeichnen ist, braucht keine Krankheit im Sinne der RVO. zu sein, wenn er sich nicht durch die Notwendigkeit einer Kur oder durch Erwerbsunfähigkeit kundgibt“ (DERSCH a. a. O.), und auch das wird häufig auf den Schizophrenen zutreffen. Ist in diesen Situationen mit und ohne Anerkennung der „Krankheit“ im Sinne der RVO. trotz der Schizophrenie die Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit vorhanden, so setzt bei der Internierung nicht selten erst diese selbst der Arbeitsleistung ein Ende. Die Beziehungen zwischen Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung

<sup>1</sup> Neben anderen Entscheidungen hat eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 29. 5. 1929 (Entsch. u. Mitt. Band 25, S. 353) sich mit den Ersatzansprüchen der Krankenkasse bei einem in die Anstalt eingewiesenen Kranken mit einer chronischen schizophrenen Psychose beschäftigt. Die Vorinstanzen waren davon ausgegangen, daß die Unterbringung nicht ausschließlich wegen der Gemeingefährlichkeit, sondern auch zum eigenen Schutze des Kranken erfolgt sei. Das RVA. lehnte einen Ersatzanspruch an die Kasse ab. Er bestehe dann nicht, „wenn die Unterbringung *hauptsächlich* gerade wegen der Gefährlichkeit des Geisteskranken für andere erfolgt ist und sonstige Gründe daneben in ihrer Bedeutung wesentlich zurücktreten, insbesondere dem Kranken aus dem Verbleiben in seiner bisherigen Umgebung infolge seines Zustandes eine erhebliche Gefahr nicht ersichtlich erwachsen würde. Ob dies der Fall ist, bedarf jeweils nach den gesamten in Betracht kommenden Umständen einer besonderen Prüfung. Dabei wird auch ein etwaiger günstiger Einfluß der ärztlichen Behandlung auf den Geisteskranken nicht ohne weiteres als genügende Grundlage für die Annahme angesehen werden können, daß die Unterbringung und Belassung des Geisteskranken in der Anstalt in der Hauptsache nicht im Hinblick auf seine Gemeingefährlichkeit zum Schutze anderer, sondern zum Nutzen des Geisteskranken selbst erfolgt sei“.

Einen guten Überblick über diese Fragen gibt der Aufsatz von Senatspräsident Dr. ВОНЕ, Berlin, in „Arbeiter-Versorgung“ 47, 1930, über: Inwieweit sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für Geistesranke zu tragen, die in Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen sind? Es heißt hier u. a.: „... Sie (die Kasse) ist von jedem Kostenersatz frei, wenn es sich bei der Unterbringung des Kranken in eine Anstalt nur darum gehandelt hat, den Geisteskranken wegen seiner Gefährlichkeit für andere aus seiner bisherigen Umgebung zu entfernen. Dann hat ja eine polizeiliche Sicherheitsmaßnahme oder der Schutz Dritter die Einweisung in die Anstalt veranlaßt. Wenn aber die Fürsorge für den Kranken überwiegend bei der Einweisung bezweckt war, kommt eine Erstattungspflicht der Kasse in Frage“.

<sup>2</sup> Die Differenzierung der Arbeitsfähigkeit nach tatsächlicher Leistung und nach formaler Auslegung wird bei der Invaliditätsfrage aufgenommen werden.

sind wesentlich verwickelter, als bei einer körperlichen Krankheit, wenn eine geschäftsunfähig machende Schizophrenie zwar besteht, ihr Träger aber trotzdem arbeitet und verdient, um eines Tages im Zusammenhang mit Auswirkungen der Erkrankung, welche die tatsächliche Arbeitsleistung gar nicht berührt haben, interniert und damit gegen den eigenen — angesichts der Geschäftsunfähigkeit und der für die Internierung maßgebenden Bestimmungen bedeutungslosen — Willen der Arbeit entzogen und so arbeitsunfähig gemacht zu werden.

Es ist an anderer Stelle — bei der Erörterung der Frühentlassungsprobleme — davon gesprochen worden, daß angestrebt werde, geeignete schizophrene Kranke so bald wie möglich aus der Anstalt heraus in ihren Platz im Leben, damit aber natürlich auch sehr oft zur Lohnarbeit, zurückzubringen. Ob solche Versuche gelingen, läßt sich nie voraussagen und nicht selten wird es sich, soweit die Lohnarbeit hereinspielt, um den „mißglückten Arbeitsversuch“ handeln. Waren ihm Kassenleistungen vorangegangen, so laufen diese Leistungen, sofern auf sie noch ein Anspruch besteht, weiter, wenn der mißglückte Arbeitsversuch auf Anraten des Arztes oder aus eigener Initiative des arbeitsunfähigen Versicherten unternommen wurde (PRYLL a. a. O.), und gerade diese Situation wird bei den Schizophrenen häufig gegeben sein. Allerdings begegnen wir im Bereich der Schizophrenie dem mißglückten Arbeitsversuch noch in anderen Formen. Es wird natürlich immer wieder einmal die dem Versuch zur Wiedereinordnung im Leben vorangegangene Internierung lange genug gedauert haben, um die Ansprüche an die Kasse ablaufen zu lassen. Wird nun jener Arbeitsversuch vergeblich unternommen, so hat seine Vergeblichkeit die Folge, daß der Versuch, zu arbeiten, keine Versicherungspflicht begründen konnte und so auch Leistungen aus einer Anmeldung zur Krankenkasse ausschließt. Noch in anderer Hinsicht kann ein solcher mißglückter Arbeitsversuch sozialpsychiatrisch bedeutsam sein. Anstatt vieler an sich aus der Erfahrung heraus darstellbarer Variationen sei *ein* typisches Beispiel zum Ausgangspunkt genommen. Eine junge Arbeiterin, die mehrere Jahre in einer Fabrik gearbeitet hat und wegen ihrer Zuverlässigkeit, ihres Fleisses und ihres zurückhaltenden Wesens sehr beliebt war, wird auffällig. Zwar leistet sie in ihrer Arbeit an der Maschine nicht weniger als bisher, aber sie wird sonderbar, sie widerspricht, läßt sich vom Betriebsleiter nichts mehr sagen und als sie eines Tages gar ohne Grund den Verdacht ausspricht, man habe sie bestohlen, wird sie entlassen. Es folgen einige Wochen eines unsteten Wanderlebens; irgendwo nimmt sich eine Frau ihrer an, stellt sie als Dienstmädchen ein, und wenige Tage danach macht die akute schizophrene Psychose die Internierung notwendig. Daß es sich bei der Dienstmädchentätigkeit um einen die Leistungspflicht der hiebei in Betracht kommenden Kasse ausschließenden mißglückten Arbeitsversuch handelte, ist sicher; die wesentliche Aufgabe war in dem speziellen Falle, nachzuweisen, daß jene Wesensänderung, welche letzten Endes zum Verlassen der Lohnarbeit in der Fabrik und zur Aufgabe des Anspruchs an die Kasse geführt hat, schon der kurze Zeit nachher manifest gewordenen Psychose zuzuordnen war. Ähnlichen Situationen begegnen wir nicht selten, und es ist häufig nicht leicht, in solchen Fällen den Anfang der Psychose zu finden, namentlich ist es mitunter gar nicht leicht, den letzten Endes entscheidenden Instanzen klar zu machen, daß der „Knick“ in der Persönlichkeit, das Anderswerden, auch wenn es zunächst gar nichts mit dem zu tun hat, was der Laie unter „Krankheitssymptomen“ verstehen möchte, eine sehr große Bedeutung für unsere diagnostischen Erwägungen haben kann.

Für die versicherungsrechtliche Stellung der chronischen Schizophrenie, deren Träger nicht interniert ist und arbeitet, ist weiterhin wichtig, daß „versicherungsrechtlich erst dann eine Krankheit als bestehend angesehen wird,

wenn sie sich durch die Notwendigkeit der Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit äußert. Es kann daher bei chronischen Krankheiten im versicherungsrechtlichen Sinne ein krankheitsfreier Zeitraum vorkommen. Dieser Rechtsgrundsatz ist für die Beurteilung der Leistungsdauer von außerordentlicher Bedeutung, so daß auf seine Beachtung Gewicht gelegt werden muß. Versicherte, die infolge eines chronischen Leidens die Hilfe der Kasse längere Zeit in Anspruch genommen haben und dann weder der Heilbehandlung bedurften, noch arbeitsunfähig waren, haben im Falle einer Verschlimmerung ihres Leidens, durch die Heilbehandlung notwendig wird oder Arbeitsunfähigkeit bedingt ist, den Anspruch auf die vollen Kassenleistungen, da im versicherungsrechtlichen Sinne ein neuer Krankheitsfall vorliegt“ (PRYLL a. a. O.). Waren binnen 12 Monaten bereits 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder die Ersatzleistungen dafür bezogen worden, so kann bei einem im Laufe der nächsten 12 Monate eintretenden Versicherungsfall die Krankenhilfe auf die Regelleistungen und auf die Gesamtdauer von 13 Wochen beschränkt werden, wenn die Krankenhilfe durch dieselbe nicht behobene Krankheitsursache veranlaßt wird (§ 188 RVO.).

Im Gebiete der *Invaliditätsfragen* ist natürlich in sehr vielen Fällen die Sachlage im Sinne der Bejahung der Invalidität sehr einfach. Aus den Komplikationen, die sich bei der Berührung der Schizophrenie mit den Invaliditätsproblemen ergeben können, seien zwei herausgehoben, die Beteiligung der nichterkannten Schizophrenie und die Beziehungen tatsächlicher Arbeitsleistung zum § 1255 RVO. Die spätere Erörterung der sozialen Beziehungen der nichterkannten Schizophrenie wird die Schäden zu beachten haben, die dem tatsächlich geisteskranken Menschen aus der Nichterkennung oder Verkennung seiner Geistesstörung erwachsen können; hier soll nur darauf verwiesen werden, daß die Nichterkennung der schizophrener Endzustände, die — wie schon dargetan wurde — in größerer Anzahl in der Bevölkerung stecken, als man zunächst zu vermuten geneigt ist, auch in Invaliditätsfragen komplizierend und vor allem zu Ungunsten des Kranken sich geltend machen kann. Ein Beispiel sei angefügt:

Bei einer 61 Jahre alten Witwe wurde die Invalidenrente beantragt. Es erfolgte nach der Begutachtung durch den Hausarzt eine Untersuchung durch den Vertrauensarzt der LVA., im Berufungsverfahren eine weitere Untersuchung durch den Gerichtsarzt des OVA. Durchweg wurden Verbrauchtheit, Arteriosclerose, Herzerweiterung, Krampfaderen gefunden; abgesehen vom erstattestierenden Arzt verneinten die Gutachter die Invalidität. Der Gerichtsarzt vermerkte mit einem Ausrufezeichen die Mitteilung der Kranken, daß sie „Email im Hals“ habe. Es war in erster Linie das Problem des Alkoholismus, das auch noch die psychiatrische Untersuchung veranlaßte. Dabei ergab sich ein typischer schizophrener Endzustand. Schon die ganzen allgemeinen Darstellungen waren reichlich verschroben, maniert und mit schwer verständlichen Wendungen durchsetzt. Ein zufällig vom Untersucher genanntes Stichwort genügte, um lange Perioden völliger Sprachverwirrtheit mit den Resten alter Wahnideen auszulösen. Es konnte festgestellt werden, daß vor mehr als dreißig Jahren eine typische frische Schizophrenie die Kranke in eine Anstalt geführt hatte. Den guten Schilderungen der deletären Auswirkung einer chronischen Schizophrenie auf Familienleben und Kindererziehung durch den Sohn hatte pflichtmäßige behördliche Skepsis die Vermutung entgegenzustellen, daß der Sohn die Mutter aus der Wohnung vertreiben und sich selbst hineinsetzen wolle.

Praktisch wichtiger ist die andere Frage, ob und unter welchen Umständen ein Schizophrener, der tatsächlich arbeitet und auch mehr verdient, als dem Lohn Drittel entspricht, als ein Mensch anzusehen ist, der „nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen“ (§ 1255 RVO.). Man hat es hier immer einmal



wieder mit Schizophrenen zu tun, die in einer bestimmten „eingeschliffenen“ Situation ganz gut und brauchbar arbeiten, bei denen es aber sicher ist, daß sie in jeder andern Situation versagen würden, ja bei denen sich schon aus ihrer autistischen Verkapselung und Automatisierung heraus mit Bestimmtheit sagen läßt, daß sie in eine andere Arbeitssituation gar nicht hineinzubringen wären. Regelmäßig hat man bei einem solchen Eingepaßtsein eines schizophrenen Endzustandes in eine bestimmte Arbeitssituation festzustellen, daß besonders günstige Umstände, persönliche Bindungen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Verbundensein beider durch viele Jahre, eine besondere Geneigtheit und Geschicklichkeit der Umgebung, über Absonderlichkeiten und Schrullen hinwegzusehen, dann aber auch ein an sich schon von Stereotypie und Autismus nicht zu störender, Modulationsfähigkeit nicht erfordernder Gang der täglichen Arbeit, das Beharren der Kranken in der Arbeit erleichtern und unterstützen; charakteristisch ist etwa der alte Diensthofe bei der alt und einsam gewordenen Herrin, der Bauernknecht, der auf dem Hof der Verwandten von niemand gestört und niemand störend seinen Lebensweg zwischen Scheuer, Stall und Knechtekammer geht. Der Verdienst überschreitet das Lohndrittel, aber ist hier tatsächlich die Arbeitsfähigkeit in einem Maß und einer Art erhalten, daß die Voraussetzungen der Invalidität zu verneinen sind? Zunächst einmal wird die „Zumutbarkeit“ des § 1255 RVO. zu beachten sein. Hier scheint wesentlich, daß bei solchen chronisch schizophrenen Menschen überhaupt nichts von ihnen in dem Sinne verlangt, nichts ihnen „zugemutet“ werden kann, daß sie nun auch die Konsequenzen aus der Nichterfüllung dieser Zumutung zu tragen hätten. Die Steuerung auch der körperlichen Funktionen von der Psyche her ist bei solchen Kranken völlig unberechenbar. Der Kranke ist ebensowenig dafür verantwortlich, daß er vielleicht jahrelang gut arbeitet, wie dafür, daß er eines Tages die Arbeit niederlegt, gar nichts mehr tut, versinkt oder in den Bann von Wahnideen und Sinnestäuschungen gerät. Alles in allem: Die Zumutbarkeit ist nicht vorhanden, und als weitere Konsequenz ergibt sich, daß auch eine Gewähr für das Andauern des Leistens von Arbeit nicht gegeben ist. Dann aber will die Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen, daß die Fähigkeit vorhanden sein muß, jene Tätigkeit, die den Kräften und Fähigkeiten entspricht und unter billiger Berücksichtigung von Ausbildung und Beruf zuzumuten ist, auf dem freien Arbeitsmarkt zu beschaffen. Gerade das aber ist bei den hier ins Auge gefaßten und in ihrer besonderen Arbeitssituation zuvor kurz beschriebenen Kranken *nicht* der Fall. Nur ihre *besondere*, durch das Schicksal und das Zutun der Andern ihnen angepaßte Situation ermöglicht ihnen das Verdienen, und es wäre, wie auch schon gesagt wurde, ein aussichtsloses Beginnen, wollte man sie in anderer, wenn auch äußerlich entsprechender Arbeit unterbringen, vollends wollte man sie selbst sich diese Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt suchen lassen. Die Auffassung, daß diese Kranken trotz Arbeitsleistung und Verdienst invalide sind, wird durch ein Urteil des Reichsversicherungsamtes vom 27. 9. 27 gestützt, das sich — in einem Falle vom Typus des Beispiels Bauernknecht — dahin aussprach, *daß es lediglich auf die Feststellung der Erwerbsfähigkeit des Klägers für den allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht nur für seinen gegenwärtigen unter besonders günstigen Beziehungen versehenen Dienst ankomme.*

Es ist in der praktischen Arbeit nicht immer leicht, diesem Standpunkt Geltung zu verschaffen; in Fällen, in denen es tatsächlich mit dem, was die Invalidisierung leisten soll, nicht leicht zu vereinigen ist, daß zu einem genügenden Lohn auch noch die Invalidenrente kommen soll, bleibt die Möglichkeit, mit einer spätere Entscheidungen erleichternden Bestimmtheit im Gutachten festzulegen, daß nach dem Aufhören der besonders günstigen und einmaligen Arbeitssituation mit Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr vorhanden

sein werde und daß aus der bisherigen Leistung nicht die Zumutbarkeit einer andern auf dem freien Arbeitsmarkt zu beschaffenden Tätigkeit abgeleitet werden dürfe.

Aus dem, was zuvor grundsätzlich über die Zumutbarkeit zu sagen war, kann abgeleitet werden, daß der Schizophrene in dem Umfang arbeitsfähig ist, in dem er tatsächlich arbeitet. In Wirklichkeit wird diese scharfe Trennung etwa von den neurotischen Zuständen, bei denen wir ja unter Umständen sehr wohl im Gegensatz zu der Auffassung des Kranken selbst ein bestimmtes Maß von Leistung zumuten können, sehr häufig nicht beachtet. Wir begegnen zumal in der amtsärztlichen Stellungnahme der Zumutung an chronische Schizophrene, Arbeit zu leisten, etwa in der Art des folgenden Beispiels:

Ein im Jahre 1929 nachuntersuchter Fabrikarbeiter H. ist im Jahre 1903 durch den Oberamtsarzt wegen Paranoia invalidisiert worden, nachdem er zuvor in einer Heilanstalt gewesen war. Im Jahre 1906 verzichtete er auf seine Rente. Die Geschäftsfähigkeit ist nicht geprüft worden; der von ihm unterschriebene Satz, er sei zwar noch geisteskrank, verzichte aber auf die Rente, läßt mindestens das eine mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß er von sich aus so sich nicht geäußert hat. Erst im Jahre 1928 erfuhr die Abteilung Rentenkontrolle der zuständigen Landesversicherungsanstalt zufällig bei der Untersuchung eines andern Kranken des Dorfes, daß H. seit Jahren zu einer halbwegs geordneten Arbeit nicht zu brauchen sei, zwar nicht bösartig sei, aber bei der Unterhaltung in fixe Ideen verfallende. Die oberamtsärztliche Untersuchung fand einen gut gestimmten, freundlichen Menschen, der intellektuell nicht geschädigt sei, bei dem nur hinsichtlich seiner Wahnideen Unbelehrbarkeit und Urteilsschwäche bestehe. Es wurde eine chronische Verrücktheit diagnostiziert, aber nach dem Gutachten „haben die Ideen noch keine solche Stärke erreicht, daß sie ganz bestimmend auf das Handeln und Arbeiten eingewirkt hätten“, und ihr Träger wurde als nicht invalide bezeichnet.

Es braucht nicht vieler Worte darüber, daß ein solches amtsärztliches Ermessen über die „Stärke“ der Wahnideen und die Zumutung einer Ausschaltung ihres Einflusses auf Handeln und Arbeiten bei einem seit fast 30 Jahren kranken Schizophrenen, der seit langem zu einer halbwegs geordneten Arbeit nicht zu brauchen ist, jedes Sinnes entbehrt.

In der praktischen Arbeit haben wir häufig noch mit einer weiteren Schwierigkeit zu kämpfen, die noch kurz erwähnt werden soll, das ist die Wegnahme der Invalidenrente bei Kranken, die mit der Abstempelung des Gebessertseins aus der Anstalt entlassen und in die Familie zurückgekehrt sind. Fast immer handelt es sich um Kranke, bei denen die markanten Symptome verschwunden sind, die sich in dem Ausgangszustand einer blinden, hebephrenen Verödung, einer einfaltsarmen, hypochondrischen Depression befinden oder aber sich autistisch und dissimulierend verschließen. Daß die Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit, vollends auf die Fähigkeit, sich Lohnarbeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu verschaffen, nicht besser ist, als in der auf den Laien als Geisteskrankheit imponierenden produktiven Phase, das ergeben die Erhebungen bei der Umgebung; aber diese Erhebungen werden nicht oder nicht in genügendem Maße gemacht oder aber in ihren Resultaten mit Mißtrauen betrachtet<sup>1</sup>. Dem mit der Nachuntersuchung betrauten Arzte ist häufig durchaus nicht geläufig, daß er mit dem durch sein Untersuchungsergebnis repräsentierten Querschnitt gar nichts anfangen kann und darf, daß die Aufnahme des Längsschnitts, das Heranziehen des Vorgeschichtsmaterials, nicht zum wenigsten exakte Erhebungen über Art und Maß des tatsächlichen Leistens, über Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit in der Arbeit usw., zu einem richtigen Urteil unbedingt notwendig sind. Das vertrauensärztliche Urteil, das nicht selten angesichts der „neurasthenisch“, „hysterisch“, „hypochondrisch“ erscheinenden

<sup>1</sup> Es kann hier zu besonders falschen Ergebnissen führen, wenn etwa die Leistungen im Bereich der aktiven Behandlung innerhalb der Anstalt maßgebend mit herangezogen werden!

Färbung jener blanden Bilder deutlich — ausgesprochen oder nicht ausgesprochen — von der neurosebekämpfenden Mentalität beeinflusst ist, könnte natürlich vom Psychiater in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Aber dieser wird oft genug gar nicht mehr gefragt, weil das Bild ohnehin „klar“ zu sein scheint. Bekommen wir dann diese Menschen und ihre Akten doch in die Hand, dann finden wir da und dort einmal, daß der Kranke nicht bloß als nicht oder nicht erheblich krank, sondern auch als „bö“, „faul“, usw. bezeichnet wird mit allen Konsequenzen, die eine Einreihung in die Kategorie der bösen und faulen Menschen zu haben pflegt. Die typische Situation ist dabei die, daß die Mithausbewohner die Organe der Krankenkontrolle auf diese Boshaftigkeit und Faulheit hinzuweisen pflegen.

Die Neuregelung des *Fürsorgerechts* durch die *Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. 2. 24*, ergänzt durch die *Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. 12. 24* und weiterhin ergänzt durch die Ausführungsbestimmungen der Länder, hat natürlich mit der Schaffung der Rechtsgrundlage für die öffentliche und die freie Fürsorge und Wohlfahrtspflege die engsten und umfassendsten Beziehungen zu dem Problemkreis: Schizophrenie und soziale Gemeinschaft. In vielem von dem, was hier schon gesagt ist und was noch zu sagen sein wird, offenbaren sich zu einem großen Teil ja gerade die Erfahrungen, welche aus der in jener Fürsorgeverordnung und den Reichsgrundsätzen begründeten sozialen Fürsorge erwachsen. Der besondere Charakter der schizophrenen Psychosen, nicht zum wenigsten ihre Dauer, bringt es mit sich, daß abgesehen von den kranken Menschen, die von vornherein unter die Fürsorgeverordnung fallen, mit der Zeit auch jene sehr häufig in den Wirkungsbereich dieser Fürsorgeverordnung geraten, deren Ansprüche auf Hilfe zunächst in der Reichsversicherungordnung begründet sind (vgl. BAATH).

Angesichts der Notwendigkeit, uns in allen Erörterungen über die Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft möglichst auf das zu beschränken, was in besonderem Maß seinen spezifischen Charakter von der Schizophrenie her bekommt, sollen aus dem, was die Fürsorgeverordnung als Exponent der helfenden und fürsorgenden Gesinnung der Gemeinschaft umgreift, nur die §§ 7 und 10 der Fürsorgeverordnung herangezogen werden<sup>1</sup>. Vorher sei noch erwähnt, daß zur Fürsorge im Sinne der Verordnung unter anderem die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker, die sich in der Freiheit durchbringen könnten, *nicht* gehört, wenn die Heilung oder Besserung hinter

<sup>1</sup> § 7: Jeder hilfsbedürftige Deutsche muß vorläufig von demjenigen Bezirksfürsorgeverband unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet.

Zur Fürsorge endgültig verpflichtet ist derjenige Bezirksfürsorgeverband, in dessen Bezirk der Hilfsbedürftige bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit den gewöhnlichen Aufenthalt hat; ist ein solcher nicht vorhanden oder zu ermitteln, so ist derjenige Landesfürsorgeverband endgültig verpflichtet, dem der vorläufig verpflichtete Bezirksfürsorgeverband angehört.

Der Bezirksfürsorgeverband des Ortes, in dem die Familie Wohnung und Haushalt hat, ist zur Fürsorge für die Mitglieder der Familie endgültig verpflichtet, auch wenn sie bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit ihren Aufenthalt in einem andern Orte hatten.

Zur Familie im Sinne dieser Vorschrift gehören Ehegatten und Verwandte auf- und absteigender Linie.

§ 10: Der Einwand, daß ein Aufenthalt wegen Mangels der Geschäftsfähigkeit oder der Willenserklärung nicht habe begründet oder aufgehoben werden können, ist unzulässig.

Nur hier in der Anmerkung sei noch der § 9 erwähnt, der bestimmt: Durch den Eintritt oder die Einlieferung in eine Kranken-, Entbindungs-, Heil-, Pflege- oder sonstige Fürsorgeanstalt, in eine Erziehungsanstalt oder eine Straf-, Arbeits- oder sonstige Zwangsanstalt wird an dem Anstaltsort ein gewöhnlicher Aufenthalt nicht begründet.

Tritt die Hilfsbedürftigkeit während des Aufenthaltes in einer derartigen Anstalt oder bei der Entlassung daraus ein, so ist der Fürsorgeverband endgültig verpflichtet, der es bei dem Eintritt oder der Einlieferung in die Anstalt gewesen wäre.

dem Interesse der öffentlichen Sicherheit zurücktritt. Die Frage, was der wesentliche Zweck der Internierung sei, wird ja nicht selten dem Arzte vorgelegt, und im allgemeinen wird neben der Sicherung, Heilung oder Besserung als wesentlicher Zweck der Internierung bejaht werden.

BAATH (a. a. O. S. 55) bemerkt, daß das Pr. Oberverwaltungsgericht in einem Urteil vom 16. 4. 25 im Gegensatz zum Bundesamt auch für die Fürsorgeverordnung daran festhalte, daß die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker, die sich in der Freiheit selbst fortbringen können, Sache der Landesfürsorgeverbände, nicht Sache der Polizei sei. Das Bundesamt sei bei seiner Auffassung geblieben, habe aber in den Urteilen Bd. 61, 14, 18 ausgeführt, die Notwendigkeit der Armenpflege eines Geisteskranken werde durch den gemeingefährlichen Zustand des an sich hilfbedürftigen Kranken nicht ausgeschlossen, wenn er der Krankenpflege zu seiner Heilung und Besserung oder der Aufnahme in eine Anstalt zur Bewahrung vor Gefahren oder Belästigungen bedürfe, die ihm von ihm selbst oder anderen drohen und gegen die er in der Familienpflege nicht geschützt sein würde.

Was beim § 7 der Fürsorgeverordnung vor allem zu Schwierigkeiten bei der praktischen Anwendung führt, das ist der im Absatz 2 erwähnte Eintritt der Hilfsbedürftigkeit. Bei Schizophrenien mit schleichendem Beginn und Verlauf, mit Remissionen, mit zeitweiliger Wiederaufnahme der Arbeit, ohne daß doch klinisch wesentliche Besserungen eingetreten wären, kann sich um diesen Eintritt der Hilfsbedürftigkeit mitunter ein lebhafter, letzten Endes die Abwehr pekuniärer Leistungen meinender Streit der Ansichten entwickeln. Dieser Streit erhält nicht selten daher seinen besonderen Charakter, daß auf der einen Seite gerade in solchen Fällen Wesen und Erscheinungsform der Schizophrenie es häufig dem Gutachter besonders schwer machen, der wissenschaftlichen Meinung eine auch dem Laien einleuchtende Form der Darstellung zu geben, während auf der andern Seite gerade hier die Behörden mitunter besonders wenig geneigt sind, ohne eigenes Überzeugtsein das Urteil des Gutachters anzuerkennen. Vielfach sind es vagierende Schizophrene, deren psychosebedingte Lebensführung solche Unstimmigkeiten aufkommen läßt, und regelmäßig finden wir gerade bei solchen Kranken dann auch als besondere Komplikation die Urteile der kleinen Krankenhäuser, zumal der Landkrankenhäuser, die den Vaganten kurze Zeit beherbergt und ihn dann, ohne daß die Psychose erkannt worden wäre, mit einer allgemeinen Etikettierung als Psychopath od. dgl. arbeitsfähig wieder entlassen haben. Gerade diese Attestierungen der Arbeitsfähigkeit erschweren dann das Aufspüren der in die Vergangenheit führenden Linie der Hilfsbedürftigkeit und ihr Verfolgen bis zum tatsächlichen Einsetzen dieser Hilfsbedürftigkeit, und die Aufgabe der sachverständigen Begutachtung besteht nicht selten gerade auch darin, solcher Art Arbeitsfähigkeitsatteste zu entwerten.

Zur Fürsorge endgültig verpflichtet ist derjenige Bezirksfürsorgeverband, in dessen Bezirk der Hilfsbedürftige bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit den gewöhnlichen Aufenthalt hat. Damit ist mit dem Prinzip des Unterstützungswohnsitzes, wie er im Unterstützungswohnsitzgesetz festgelegt war, gebrochen. An eine Frist ist der „gewöhnliche Aufenthalt“ nicht gebunden; er kann schon am ersten Tage des Zuzugs begründet sein. Während aber beim Unterstützungswohnsitzgesetz die Wahl des Aufenthaltsortes durch den Mangel freier Selbstbestimmung ausgeschlossen war, ist nun nach § 10 der Fürsorgeverordnung der Einwand, daß ein Aufenthalt wegen Mangels der Geschäftsfähigkeit nicht habe begründet oder aufgehoben werden können, nicht mehr zulässig. *Auch diese Bestimmung hat praktisch vor allen anderen Psychosen in allererster Linie für die Schizophrenie Bedeutung*, und wieder ist es die besondere Tendenz mancher

Schizophrenieformen, ihren Träger von der ursprünglichen Selbsthaftigkeit loszulösen, die hier ihre besondere Rolle spielt. Wenn schon der Wille innerhalb der Psychose, trotz einer nach § 104<sup>2</sup> BGB. zu verneinenden Geschäftsfähigkeit, maßgebend sein darf, dann wird zu beachten sein, daß jene Tendenz zur Loslösung von der präpsychotischen Selbsthaftigkeit durchaus nicht immer damit nach dem Nichtselbsthaftsein geht, sondern sehr oft zu immer neuen, wenn auch immer wieder von der Psychose her durchbrochenen Versuchen, Boden zu fassen, führen kann; mit andern Worten im Sinne der Fürsorgeverordnung kann ein solcher schizophrener Kranker immer wieder den Willen haben, seinen gewöhnlichen Aufenthalt neu zu begründen.

Eine vor der Psychose sozial durchaus stabil gewesene Patientin, die auch in einer schweren halluzinatorisch-paranoiden Schizophrenie in einer erschütternden Art ihre differenzierte Wesensstruktur behalten hat, hat in der Zeit vom Dezember 1927 bis zum August 1928 u. a. folgende Orte passiert, jeweils mit der Absicht, sich einen „gewöhnlichen Aufenthalt“ zu begründen, aber immer wieder von den Auswirkungen der Psychose weitergejagt: Friedland, Leobschütz, Brieg, Breslau, Schweidnitz, Görlitz, Dresden, Leipzig, Duisburg, Düsseldorf, Osnabrück, Hamburg, Lübeck, Osnabrück, Ulm, Stuttgart, Heidenheim, Gmünd, Stuttgart, Kirchheim, Stuttgart.

In einem Urteil vom 13. 2. 26 führt das Bundesamt aus, „daß bei solchen Geisteskranken, die trotz ihrer Krankheit in der Lage seien, einen Aufenthaltsort zu wählen und ihren dahin gerichteten Willen kund zu tun, die Frage nach der Errichtung und Aufgabe des gewöhnlichen Aufenthaltes in erster Linie danach zu beurteilen sei, wohin der Wille des Kranken gerichtet gewesen sei und ob er seinen Willen klar erkennbar gemacht habe. Werde durch die Geisteskrankheit die Fähigkeit zur Willensbildung in örtlicher Hinsicht ausgeschlossen, so sei die Frage nach der Errichtung und Aufgabe des gewöhnlichen Aufenthaltes lediglich nach objektiven Merkmalen zu beurteilen“.<sup>1</sup>

Gerade bei Schizophrenen wird es im allgemeinen durchaus nicht an der Fähigkeit „zur Willensbildung in örtlicher Hinsicht“ und an der Erkennbarkeit der Willensrichtung fehlen. Aber wenn man so häufig bei derartigen Entscheidungen oberster Instanzen auf ein ebenso redliches, wie vergebliches Bemühen stößt, die medizinisch-naturwissenschaftlichen Gegebenheiten normwissenschaftlich zu meistern, so scheint auch dieses Urteil des Bundesamtes sich den Geisteskranken viel zu sehr nach dem Schema des *Ausfalls psychischer Funktionen* zurechtzukonstruieren. Wenn schon, wie zuvor gesagt wurde, sicher die Schizophrenen die Mehrzahl der mit dem § 10 der Fürsorgeverordnung in Berührung kommenden Geisteskranken darstellen, so nützt es sehr wenig, wenn jene Entscheidung sozusagen denjenigen Kranken gegenüber beruhigt ist, die einen nach einem bestimmten Aufenthalt gerichteten Willen haben und diesen Willen klar erkennbar machen können, weil dabei das Wesentliche, der *pathologische Unterbau dieses Willens*, in seiner Bedeutsamkeit ganz übersehen wird. Die Worte „trotz der Krankheit“ zeigen, daß offenbar an diesen zwar sehr klar erkennbar zu machenden, dabei aber ganz von der Psychose her beeinflussten Willen *gar nicht gedacht wird*.

Ein Kranker, bei dem die Unterstützungswohnsitzfrage aktuell wurde, hatte in einer von seinem ursprünglichen Wohnsitz weit entfernten Stadt eine Frau geheiratet, die im Besitze einer Wohnung war. An der Frau lag ihm wenig, umso mehr an der Wohnung, denn im Zusammenhang mit seinen Verfolgungsideen war ihm nur daran gelegen, entfernt von seinem bisherigen Wohnsitz unterzukommen.

An den Berührungstellen zwischen Schizophrenie und *forensischer Psychiatrie* soll es sein Bewenden dabei haben, einiges von dem anzumerken, was in diesem Bereich auf *spezifische Schizophrenieprobleme* hinzuweisen vermag, sei

<sup>1</sup> BAATH, a. a. O., S. 98.

es, daß sie mehr der praktischen forensischen Arbeit, oder mehr dem Gebiete theoretischer Untersuchungen zugehören. Was über die Beziehungen zwischen den Gesetzesparagrafen und Geisteskrankheit schlechthin zu sagen ist, wird vorausgesetzt<sup>1</sup>. Im Mittelpunkt stehen die Beziehungen der Schizophrenie zum § 51 RStGB. und zum § 104<sup>2</sup> BGB. Es ist belanglos, welche Formulierung letzten Endes der im neuen Strafgesetzbuch den § 51 ersetzende Paragraph erhalten mag<sup>2</sup>, was die auf die Unzurechnungsfähigkeit abzielende gesetzliche Bestimmung meint, wird immer generell auf die Zeitspanne zutreffen, für welche klinisch-psychiatrisch die Schizophrenie, mag sie „schwer“ oder „leicht“ sein, festgestellt ist. Die auf die „Zeit der Tat“ abzielende Formulierung wird ja auf alle Fälle immer beibehalten werden, und im Bereiche der endogenen Psychosen, zumal der Schizophrenie, wird ja mit vollem Rechte der Nachweis eines klaren Zusammenhangs zwischen Psychose und Motivierung der Tat niemals vom *Gesetze* verlangt werden. Daß fälschlicherweise ab und zu einmal in der Praxis der Versuch gemacht wird, diesen Nachweis zu verlangen, daß es manchem Richter schwerer eingeht, einen hebephrenen Schizophrenen für unzurechnungsfähig zu halten, als einen eindrucksvoll den wilden Mann spielenden Hysteriker, hat mit dem *Willen* des *Gesetzes* nichts zu tun. Die Notwendigkeit, vor der Verurteilung die Zurechnungsfähigkeit als erwiesen anzusehen, wird angesichts der völlig unübersehbaren und undurchsichtigen Auswirkungen der schizophrenen Erkrankung auf das ganze seelische Geschehen und angesichts der Unmöglichkeit, in dem Unterbau eines Motivs die Beteiligung der Psychose *auszuschließen*, immer zum mindesten zum erheblichen und berechtigten Zweifel an der Verantwortlichkeit zwingen. Nicht irgend eine Formulierung des dem jetzigen § 51 entsprechenden Paragraphen des kommenden Strafgesetzbuches, sondern die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit schließt die Gefahr unrichtiger Beurteilung mancher Schizophrener in sich, bei denen die Psychose nicht sehr sinnfällig und also nicht sehr „schwer“ erscheint und demnach die Zuordnung zu den in erheblichem Maße vermindert Zurechnungsfähigen dem Richter oder auch dem Sachverständigen als ein bequemer Ausweg erscheinen mag<sup>3</sup>.

KAHN möchte darauf abzielen, vom psychiatrisch-gutachtlichen Standpunkt aus den geheilten Schizophrenen den Schutz des § 51 zu versagen: „Wir haben nachzuweisen, ob der schizophrene Prozeß zur Deliktszeit noch spielte; ist das der Fall, so ist die Exkulpierung die glatte Konsequenz. Stellen wir aber den Stillstand des Prozesses und darüber hinaus fest, daß kein bzw. kein nachweisbarer Defekt vorliegt, so wird der Untersuchte inkulpiert. Schließlich kann bei nachgewiesenem Stillstand des Prozesses ein Defekt sich zeigen: dann ist der Defekt in seiner Schwere so genau als möglich zu erfassen;

<sup>1</sup> Diese Einschränkung war ja schon im Blick auf die umfassende Bearbeitung der forensisch-psychiatrischen Fragen in diesem Handbuch durch VORKASTNER notwendig.

<sup>2</sup> Nach den Beschlüssen erster Lesung des Strafrechtsausschusses des Reichstags: § 12. Wer zur Zeit der Tat nicht zurechnungsfähig ist, ist nicht strafbar. § 13, Abs. 1: Nicht zurechnungsfähig ist, wer zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Unrechtmäßige der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

<sup>3</sup> WILMANN'S, Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem deutschen Strafgesetzbuche. Berlin 1927 bei Springer, S. 252: „Seitdem der Streit um die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafrecht geführt wird, werden von juristischer, wie von medizinischer Seite Befürchtungen geäußert, die ausdrückliche Berücksichtigung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit werde die Verantwortlichkeit der Sachverständigen verringern und sie zu Oberflächlichkeit und Unwissenschaftlichkeit verleiten. Ich habe die Überzeugung, daß diese Befürchtungen berechtigt sind. Ein Kranker, dessen Zurechnungsfähigkeit mit gutem Grunde angezweifelt wird, wird — aus den bereits erwähnten Gründen — nach geltendem Recht als Unzurechnungsfähiger behandelt. Künftig wird die Annahme verminderter Zurechnungsfähigkeit einen bequemen Mittelweg zwischen schwerer Strafe und Freispruch eröffnen“.

handelt es sich um leichtere Mängel, die etwa psychopathischer Persönlichkeitsartung oder geringer intellektueller Unterwertigkeit — bis einschließlich der Debilität, unter Umständen sogar leichter Imbezillität — gleich zu erachten sind, so wird man zur Inculpierung kommen“. Daß es Schizophrene gibt, die so geheilt sind, daß es in der Tat schwer fällt, ihren Zustand einer geistigen Störung mit aufgehobener freier Willensbestimmung oder auch der Unfähigkeit, den Willen der Einsicht gemäß zu bestimmen, zuzuordnen, das ist richtig; aber wie schwer die klare Auseinandersetzung mit dem Problem ist, wird schon durch die Bemerkung von KAHN über die „Gleicherachtung“ demonstriert; ein schizophrener Defekt ist nun einmal in den Fundamenten seiner Struktur etwas total anderes als eine psychopathische Variation oder eine intellektuelle Unterwertigkeit. Diese vermeinen wir zu durchschauen, daraus leiten wir das Recht ab, ihre Träger den verantwortlichen Menschen zuzuordnen; den schizophrenen Defekt durchschauen wir gerade in seinem Grunde nicht, und daher wird wohl weiter in die defektgeheilte Schizophrenie hinein, als KAHN annehmen möchte, das sein Recht behalten müssen, was über die Beziehungen dieser Undurchschaubarkeit zum berechtigten Zweifel zu sagen war.

Viel größer sind offenbar die Schwierigkeiten, die sich aus diesem klinischen Grenzgebiet heraus der Auslegung des § 104<sup>2</sup> BGB. in den Weg stellen können. Bei „sicheren“ Schizophrenien liegt auch hier die Sachlage einfach, auf sie trifft die Definition der Geschäftsunfähigkeit ohne weiteres zu. Aber bei jenen Fällen auf der Linie zwischen der einwandfrei vorhandenen Schizophrenie und der einwandfreien Geheiltheit wird sich vor allem auch die *andere Beweislastverteilung* geltend machen, denn nun liegt die Beweislast auf dem Nachweis der Geschäftsunfähigkeit. Wir werden so — anders als bei dem Arbeiten mit dem berechtigten Zweifel bei der Frage der Zurechnungsfähigkeit — nicht selten bei sehr gebesserten und „praktisch geheilten“ Schizophrenien zu sagen haben, daß der Nachweis der krankhaften Störung der Geistestätigkeit mit *aufgehobener* freier Willensbestimmung nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu erbringen sei. Wir werden dabei da und dort einmal auch vorsichtig und zurückhaltend — und uns des Bedenklichen unseres Tuns bewußt — das in Rede stehende Handeln des Kranken selbst, sein unter dem Gesichtspunkt: Geschäftsfähigkeit oder Geschäftsunfähigkeit zu prüfendes Handeln, zur Entscheidung heranziehen. Wir haben dabei immerhin auch das Recht, uns zu sagen, daß das Rechtsleben in seinen besonders empfindlichen zivilrechtlichen Beziehungen mit einem in großer Breite verwendeten „Zweifel“ nichts anfangen könnte, und daß weiterhin in seinem Interesse liegen muß, wenn der Kreis der geschäftsunfähigen Personen eng gezogen wird. Gerade im Blick auf den *schizophrenen* Geschäftsunfähigen und seine Betätigung in der sozialen Gemeinschaft wird besonders auch zu beachten sein, daß der gute Glaube an die Geschäftsfähigkeit des Geschäftsgegners nicht geschützt ist<sup>1</sup>.

Ein anderes Problem ist es, ob *jede* Form einer chronischen schizophrenen Psychose die Bejahung der Voraussetzungen von § 104<sup>2</sup> BGB. bedingen muß. Bei einzelnen Formen chronisch-paranoischer Psychosen aus dem Schizophreniebereich kann man schon im Blick auf die Beweislastverteilung vielleicht prüfen, ob nur die generelle Geschäftsunfähigkeit anzunehmen ist, ob nicht auch hier unter Umständen einmal die partielle Geschäftsfähigkeit ebenso angenommen werden darf, wie bei den paranoischen Entwicklungen. VORKASTNER hat sich in dem Abschnitt: Forensische Beurteilung dieses Handbuchs, 4. Band, Allg. Teil IV, S. 272—273, zu diesen Fragen kritisch geäußert.

Zur *Entmündigung* ist über das, was den Geisteskranken überhaupt angeht, hinaus nicht viel zu sagen. Anders als etwa beim Trinker und bei bestimmten Typen asozialer und antisozialer Psychopathen spielt die Entmündigung der

<sup>1</sup> Auch das mit einem für den Handelnden unerkennbar Geisteskranken geschlossene Rechtsgeschäft ist nichtig. RG. VI 13. Febr. 28, 317/27, Höchstgerichtliche Rechtsprechung 10, 1928.

von der sozialen Fürsorge betreuten Schizophrenen keine sehr große Rolle<sup>1</sup>. Das hängt wohl in erster Linie damit zusammen, daß dort, bei den Trinkern und Psychopathen, die Entmündigung vor allem auch der Internierung zu Hilfe kommen muß, während bei den Schizophrenen, wenn sie schon internierungsbedürftig werden, das Recht dazu aus dem krankhaften Zustand allein abgeleitet werden kann. Bei dem Kreis von Kranken, der hier in erster Linie den Ausgangspunkt der ganzen Darstellung bildet, sind die „wesentlichen Angelegenheiten“ im Sinne des Gesetzes ja doch in erster Linie die Sorge für die eigene Person und für die soziale Position; Sorge für materielle Güter spielt im allgemeinen keine Rolle. Wenn also die Unfähigkeit der Sorge für Person und soziale Position unmittelbar durch die Internierung ausgeglichen werden kann, wird die Entmündigung sich von besonderen Fällen abgesehen erübrigen.

Die Entscheidung zwischen einer Entmündigung wegen Geistesschwäche und einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit hat nach zahlreichen Auslegungen des Gesetzes nichts mit der Art der zugrunde liegenden seelischen Anomalie zu tun<sup>2</sup>. Es besteht also kein Grund, einem Schizophrenen die leichtere Form der Entmündigung vorzuenthalten, sofern die Konsequenzen der Entmündigung wegen Geistesschwäche (§§ 114, 106, 107, 108 Abs 1 u. 2, 110, 112, 131 BGB.) den von der Entmündigung zu gewährenden Schutz in genügender Weise erfüllen. Zwar wird es manchmal zweckmäßig sein, einen Schizophrenen nach dem Maß der Geschäftsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes aus dem Rechtsleben auszuschalten; oft genug wird es aber auch von sozialen Gesichtspunkten aus sinnvoll sein, ihm etwa die Vorteile zugutekommen zu lassen, die in der Möglichkeit der Zuteilung eines wenn auch beschränkten Kreises relativer Selbständigkeit (§§ 112, 113 BGB.) liegen. Es taucht nun allerdings die Frage auf, wie sich die von dem Entmündigungsbeschluß gesetzte beschränkte Geschäftsfähigkeit zu der durch die Schizophrenie bedingten natürlichen Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104<sup>2</sup> BGB. verhält. Dazu sagt ENDEMANN: „Daß die Entmündigung nur wegen Geistesschwäche erfolgt ist, steht dem Beweise nicht entgegen, daß die Willenserklärung des Entmündigten wegen seiner krankhaften Störung der Geistestätigkeit nach §§ 104 Nr. 2, 105 nichtig war: Der Ausspruch des Richters besagt, daß der Kranke allgemein hin höchstens noch die beschränkte Geschäftsfähigkeit habe, nicht aber, daß er diese auch für jedes einzelne Rechtsgeschäft besitze“. Auch in dem HOCHESchen Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 2. Aufl. 1909, S. 257, ist die Frage bearbeitet. Dort ist gesagt, daß nach OLG. München 27. 2. 01 und RG. vom 21. 10. 07 der § 104 Abs. 2 BGB. auch auf den Anwendung finden kann, der wegen Geisteschwäche entmündigt ist. Weiterhin geht aus einem Zitat nach RGE. Nr. 55 hervor, daß jemand, der schon nach § 104<sup>2</sup> geschäftsunfähig ist, wegen Geisteschwäche entmündigt werden kann. Auch im Anschluß an diese Entscheidung wird gesagt, daß dann trotzdem von einem Aufrücken in rechtlicher Hinsicht, das durch die Entmündigung herbeigeführt wäre, keine Rede sein kann, da die Person auch nach der Entmündigung wegen Geisteschwäche geschäftsunfähig bleibt<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Ein Urteil, das natürlich aus einem verhältnismäßig engen Erfahrungskreis stammt und vielleicht keine allgemeine Geltung hat.

<sup>2</sup> Z. B.: Für die hier bezeichneten Zustände sind die medizinischen Begriffe von Geisteskrankheit und Geistesschwäche nicht maßgebend. Geisteskrankheit und Geistesschwäche im Sinne des § 6 sind vielmehr nur dem Grade nach voneinander verschieden. Dieselbe medizinische Geistesgestörtheit kann nach dem Grad der Fähigkeit des Geistesgestörten sich durch vernünftige Beweggründe leiten zu lassen, i. S. des § 6 als Geisteskrankheit oder als Geistesschwäche aufzufassen sein. Vgl. RGZ. 50, 203; 65, 202. (RG. IV, 30. 11. 12.)

<sup>3</sup> In dem Kommentar der Reichsgerichtsräte zum BGB., 6. Aufl. 1928, Bd. I, S. 19, heißt es: „Die Geschäftsunfähigkeit einer Person kann für ein bestimmtes Rechtsgeschäft nach § 104, Abs. 2 angenommen werden, obschon sie in Rücksicht auf ihre allgemeinen geistigen Fähigkeiten nach § 6 nur wegen Geisteschwäche entmündigt werden könnte. Der



Gerade für die Beziehungen des entmündigten Schizophrenen zur Gemeinschaft ist wichtig<sup>1</sup>, daß nach der Auffassung des R.G. auch der wegen „Geisteskrankheit“ Entmündigte schuldhaft und widerrechtlich handeln und aus dem Delikt haften kann, es sei denn, daß unabhängig von der Entmündigung seine Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104<sup>2</sup> BGB. zur Zeit des Deliktes zu erweisen ist. Das wird nun allerdings bei einem Menschen, der an einer Schizophrenie leidet, regelmäßig zu erweisen sein.

Ein wichtiges Instrument in der sozialen Fürsorge um den Schizophrenen, zumal bei der Betreuung bestimmter Kreise der Angelegenheiten des *internierten* Schizophrenen, ist die *Pflegschaft* i. S. des § 1910 BGB., wichtig vor allem, weil dieses Hilfsmittel rasch und ohne kompliziertes Verfahren angesetzt und gegebenenfalls wieder abgesetzt werden kann. Angesichts der Bestimmung des Abs. 3 des § 1910, daß die Pflegschaft auch ohne Einwilligung des Gebrechlichen eingerichtet werden darf, wenn eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist, ist es gerade im Blick auf die Besonderheiten der Schizophrenie so besonders wichtig, daß das Reichsgericht den Begriff der Verständigung im Sinne des § 1910 so ausgelegt hat, daß die Pflegschaft in allen den Fällen auch ohne Einwilligung des Kranken verfügt werden kann, in denen die Art seiner Psychose den Kranken geschäftsunfähig macht: „... Ist die geistige Gebrechlichkeit so beschaffen, daß der Gebrechliche im Sinne des § 104 Abs. 2 überhaupt keinen freien Willen hat, so ist davon auszugehen, daß eine Verständigung mit ihm über seine Einwilligung in die Bestellung eines Pflegers gänzlich ausgeschlossen ist ...“<sup>2</sup>.

Die zuvor genannte Möglichkeit rascher Aufhebung der sozialfürsorgisch ausgenützten Pflegschaft bedarf noch eines Wortes der Kritik. Es kommt vor<sup>3</sup>, daß der Kranke, dem während seiner Internierung ein Pfleger beigegeben wurde, nach seiner Entlassung beim Vormundschaftsgericht die Aufhebung der Pflegschaft beantragt, wobei dann unter Umständen ohne weiteres aus der Unauffälligkeit des Benehmens ohne Rückfrage beim Psychiater unterstellt wird, daß die Voraussetzungen zur Einrichtung und Aufrechterhaltung der Pflegschaft ohne Zustimmung des Kranken weggefallen sind, während in Wirklichkeit einerseits das Fortbestehen der Pflegschaft im Interesse des Kranken wie seiner fürsorglichen Betreuung liegt, andererseits wegen der fortbestehenden Geschäftsunfähigkeit auch rechtlich zulässig ist. Zwar heißt es im § 1920 BGB.,

Prozeßrichter wird übrigens dadurch, daß die Entmündigung nur wegen Geistesschwäche ausgesprochen ist, nicht gehindert, das Vorhandensein der Geisteskrankheit festzustellen“. SEELERT [Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche? Psychiatr.-neur. Wschr. 31, 301 (1929)] vertritt mit einer Begründung, der durchaus zuzustimmen ist, die Meinung, daß in größerem Umfange, als es gemeinhin geschieht, wegen „Geistesschwäche“ entmündigt werden sollte. Wenn SEELERT sagt, daß es dem Sinne des Gesetzes entspreche, daß mit der Entmündigung in die bestehenden Rechtsverhältnisse nicht weiter eingegriffen werde, als es der Rechtsschutz im einzelnen Falle fordert, und wenn er fortfährt: „Es wird kaum vorkommen, daß der Rechtsschutz der Entmündigung mit Beschränkung der Geschäftsfähigkeit nicht ausreicht. Auch ein Paralytiker mit schwerem Defektzustand wird einen andern Rechtsschutz kaum jemals bedürfen“, so geht daraus hervor, daß SEELERT keine Bedenken trägt, einen im Sinne des § 104, Abs. 2. BGB. geschäftsunfähigen Menschen (Paralytiker mit schwerem Defektzustand!) wegen „Geistesschwäche“ zu entmündigen, ihn also im Blick auf die Entmündigung zu einem beschränkt geschäftsfähigen Menschen zu machen. Trotzdem scheint zumal von juristischer Seite die das ganze Problem ausschöpfende, maßgebende Entscheidung noch nicht getroffen worden zu sein.

<sup>1</sup> Vgl. dazu: ENDEMANN, a. a. O., S. 648.

<sup>2</sup> RGE. 10. 5. 06. Jur. Wschr. 35 (1906). Vgl. dazu auch die Ausführungen von BUMKE in dem Abschnitt „Gerichtliche Psychiatrie“ im Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von ASCHAFFENBURG, Leipzig und Wien: Franz Deuticke 1912 und von VORKASTNER: Dieses Handbuch Bd. 4, Allg. Teil IV, Forensische Beurteilung.

<sup>3</sup> Vielleicht handelt es sich auch hier nur um eine im wesentlichen lokale Erfahrung.

daß eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft vom Vormundschaftsgericht aufzuheben ist, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung verlangt, aber es ist selbstverständlich und wird auch z. B. von der RGE. vom 21. 2. 07, Bd. 65, bestätigt, daß dem Antrag keine Folge gegeben zu werden braucht, wenn der Antragsteller als geschäftsunfähig im Sinne des § 104<sup>2</sup> BGB. anzusehen ist<sup>1</sup>.

Was die auf *die Ehe* sich beziehenden Bestimmungen des BGB., die Nichtigkeit der Ehe, die Eheanfechtung und die Scheidung, angeht, so wird da, wo eine die Nichtigkeit der Ehe bedingende Geschäftsunfähigkeit geltend gemacht wird (§ 1325 BGB.) verhältnismäßig häufig die Schizophrenie beteiligt sein. Wiederum sind es ihre klinischen Besonderheiten, die unter Umständen besonders leicht eine Täuschung über das Vorhandensein einer schizophrenen Psychose möglich machen, ja wenn wir später besonders von den unerkannten Schizophrenen zu reden haben werden, so ergibt sich daraus, daß gerade im Schizophreniebereich verhältnismäßig viele Ehen vorhanden sind, an deren rechtlich korrektem Bestand niemand zweifeln will, die aber in Wirklichkeit im Sinne des § 1325 BGB. nichtig sind.

Als Unterlage einer *Anfechtung* der Ehe im Sinne des § 1333 BGB. kann die Schizophrenie zunächst einmal in dem Sinn in Betracht kommen, daß vor der Eheschließung eine — dem Anfechtenden überhaupt oder nach Art und Bedeutung nicht bekannt gewesene — schizophrene Erkrankung stattgefunden hat, die zur Zeit der Eheschließung nicht mehr in einem *Maße vorhanden war*, daß die Voraussetzungen des § 1325 zu bejahen wären. Man wird einer solchen früheren schizophrenen Erkrankung nicht absprechen dürfen, daß sie eine „Eigenschaft“ im Sinne des § 1333 BGB. offenbart. Trotz einer „wesentlichen Besserung“, einer „praktischen Heilung“ oder wie sonst das Zurücktreten der Krankheitserscheinungen in besonders günstigen Fällen genannt werden mag, muß doch die Schizophrenie schon mit Rücksicht auf die äußerst große Rückfalls- und Verschlimmerungsgefahr, mit Rücksicht auf unsere Überzeugung von dem wenn auch latenten Behaftetbleiben des Kranken mit der Krankheit als ein integrierender Bestandteil der Individualität, als etwas der Person bleibend Anhaftendes, angesehen werden. BUMKE<sup>2</sup> hat im Blick auf die Schizophrenie mit Nachdruck die Ansicht einer Reichsgerichtsentscheidung abgelehnt, daß das Bestehen einer Krankheit etwas Vorübergehendes sei und den Begriff einer bleibenden Eigenschaft einer Person nicht erfüllen könne: „.... ebenso wie auch der entschiedenste Gegner der KRÄPELINSchen Dementia praecox in jedem Zustandsbilde, das auch bei weitester Fassung des Begriffs noch zu dieser Gruppe gerechnet werden könnte, unter allen Umständen — auch wenn das Leiden zunächst in Heilung übergeht — eine Gefahr für das spätere Leben des erkrankten Menschen wird erblicken müssen“.

Schwieriger zu entscheiden ist die Frage, ob man das Recht hat, aus einer nach der Eheschließung ausgebrochenen schizophrenen Psychose auf eine *vorher* vorhanden gewesene *Anlage* zu schließen, die ihrerseits den Charakter einer „Eigenschaft“ im Sinne des § 1333 besitzt. ROSENFELD hat sich kritisch mit dieser Frage befaßt, kommt zu der Annahme, daß die endogenen Psychosen, auch wenn sie erst nach der Eheschließung in Erscheinung treten, angesichts der Bedeutung, die bei ihnen die *Anlage* hat, nicht nur als Ehescheidungsgrund, sondern auch als Anfechtungsgrund in Betracht kommen können, und schließt: „Das Bedenkliche in einer derart weitgehenden Anwendung des Begriffes der persönlichen Eigenschaft dürfte darin liegen, daß schließlich jede Geistesstörung und jede Süchtigkeit, die erst während der Ehe aufgetreten ist, zum Anfechtungsgrund gemacht werden können und noch bedenk-

<sup>1</sup> Zitiert nach BUMKE: Forensische Psychiatrie a. a. O.

<sup>2</sup> a. a. O., S. 91.

licher wäre es, wenn es nicht mehr auf die effektive Auswirkung einer persönlichen Eigenschaft auf die seelische Reaktionsweise, Lebensführung usw. eines Ehegatten ankommt, sondern wenn die Tatsache der „Anlage“ als solche schon genügen soll, ohne Rücksicht darauf, ob sie sich bereits in einem erheblichen Grade unangenehm bemerkbar gemacht hat“.

Tatsächlich heißt es in einem neuen Kommentar zum BGB.<sup>1</sup>: „Die Anlage zur Geisteskrankheit wäre einer vorhandenen Geisteskrankheit allerdings dann gleichzustellen, wenn die Anlage nach der gewöhnlichen Entwicklung der Dinge zur Geisteskrankheit führen muß (RG. Warn. 08 Nr. 323; 1911 Nr. 85; 1912 Nr. 310)“. Wenn die Geisteskrankheit später tatsächlich ausbrach, dann mußte angesichts der Bedeutungslosigkeit von außen kommender Einwirkungen in der Anlage von vornherein, schicksalsmäßig, der Übergang zur manifesten Psychose gelegen sein. Die Anlage „mußte nach der gewöhnlichen Entwicklung der Dinge zur Geisteskrankheit führen“. Allerdings, niemand hat um diese aus der manifesten Psychose erschlossene und nunmehr als „persönliche Eigenschaft“ gewertete Anlage mit Sicherheit wissen können. Wenn es in dem genannten Kommentar heißt: „Sogar wenn der Ehegatte seinen die Anfechtung veranlassenden Fehler nicht gekannt hat, ist die Anfechtung zulässig“ und: „Belanglos ist, ob der Anfechtungsgrund . . . auch dem kranken Ehegatten vor der Eheschließung unbekannt war (RG. 28. 2. 1, IV 319/17)“, so ist doch offenbar bisher dazu noch nicht vom Reichsgericht Stellung genommen worden, daß diese aus der späteren Krankheit erschlossene Anlage gar nicht *bekannt sein konnte*, höchstens unter Umständen — und bei der Schizophrenie angesichts ihrer Hereditätsbeziehungen gar nicht so häufig, wie etwa bei manisch-depressiven Psychosen — zu vermuten war<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kommentar der Reichsgerichtsräte, 6. Aufl. 1928, Bd. IV, S. 42.

<sup>2</sup> Auch VORKASTNER hat sich in dem Abschnitt „Forensische Beurteilung“ im vierten Band, Allgemeiner Teil IV, dieses Handbuchs mit den Beziehungen der erblichen Belastung zur „Eigenschaft“ des § 1333 BGB. auseinandergesetzt. Er zitiert dabei ausführlich eine auch sonst (REINHHEIMER, MEGGENDORFER, s. u.) angezogene RGE. vom 14. 12. 1921, die er dahin ausdeutet, daß eine auf erbliche Belastung beruhende Veranlagung Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. auch schon bei entfernter (Erkrankungs-) Wahrscheinlichkeit sein könne; es komme letzten Endes auf den Grad der Ehwidrigkeit an. Im allgemeinen sei eine ehewidrige Charaktereigenschaft anzunehmen, wenn mit Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung des Ehepartners unter gewöhnlichen Verhältnissen anzunehmen sei oder wenn eine dringende Gefahr der Vererbung auf die Nachkommenschaft bestehe. VORKASTNER erwähnt in diesem Zusammenhang die Forderungen von BREMER [Lassen sich aus den Ergebnissen der modernen Vererbungslehre in der Psychiatrie neue Gesichtspunkte für die Anwendung des § 1333 und 1334 BGB. aufstellen? Dtsch. Z. gerichtl. Med. 3, 513 (1924)], daß z. B. bei Erkrankung beider Eltern des Anfechtungsgegners an Dementia praecox oder beim Vorkommen recessiver Erkrankungen (u. a. Dementia praecox) in beiden verwandten Familien bei Verwandtenehen (BREMER erwähnt noch weitere entsprechende Situationen) die Anfechtung durchzuführen sei.

Zu der von uns aufgeworfenen Frage, wie sich die Sache verhalte, wenn nur aus der während der Ehe ausgebrochenen Erkrankung die zur Zeit der Eheschließung vorhanden gewesene Anlage erschlossen werden könne, äußert sich VORKASTNER so: „Zweifelhaft bleibt für die Folgezeit die Stellungnahme der Gerichte in solchen Fällen, in denen eine endogene geistige Störung während der Ehe ausbricht, jedoch eine erkennbare (manifeste) Krankheitsbereitschaft zur Zeit der Eheschließung nicht vorlag. Medizinisch ist es natürlich unerfindlich, warum eine durch eine in der Ehe hervorgetretene Psychose nachträglich manifest gewordene Anlage unberücksichtigt bleiben soll. Es ist ja doch nachträglich hier erwiesen, daß zur Zeit der Eheschließung eine latente Krankheitsbereitschaft vorlag, die schon nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge zur Erkrankung führen mußte. Die oben zitierten Reichsgerichtsentscheidungen scheinen einer solchen Auffassung nicht geneigt“.

Neuerdings hat sich auch MEGGENDORFER (Erbanlagen und erbliche Belastung als „persönliche Eigenschaft“ im Sinne des § 1333 BGB., Z. Neur. 128, 342 (1930)) mit diesen Problemen befaßt. Er bezieht sich dabei außer auf die früheren Äußerungen von SCHULTZE (in HOCHES Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie) und von BUMKE (Forensische Psychiatrie in ASCHAFFENBURGS Handbuch der Psychiatrie) u. a. auf REINHHEIMER [Inwieweit ist bei

Die Schizophrenie als *Ehescheidungsgrund* im Sinne des § 1569 soll nur unter zwei Gesichtspunkten gestreift werden. So wünschenswert aus sozialen Gründen manchmal die Loslösung des gesunden Ehepartners von dem chronisch-schizophrenen Andern ist, so schwer wäre das sehr oft zu erreichen, wenn von der Auffassung ausgegangen wird, daß nur die schwere Verblödung im Sinne der organischen Demenzen die geistige Gemeinschaft aufhebe.

Tatsächlich verlangt das aber die Auffassung des Reichsgerichts nicht. Die nachfolgenden Entscheidungen können sehr wohl dazu dienen, gerade schwere Schizophrenien unter die Zustände einzureihen, die eine geistige Gemeinschaft in der Ehe als aufgehoben erscheinen lassen.

„Eine geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten besteht nicht mehr, wenn dem klagenden Ehegatten in der krankhaften Geistesverfassung des anderen Teils ein unüberwindliches Hindernis der Vereinigung zu gemeinsamen, dem Wesen der Ehe entsprechenden Denken, Empfinden und darauf beruhendem Handeln entgegensteht“ (RG. Warn. 1913, Nr. 233). „Wahnvorstellungen der Frau, die Kinder seien besessen und ihr Mann peinige sie und treibe fortgesetzten Ehebruch, sind geeignet, die geistige Gemeinschaft aufzuheben“ (RG. 16. 2. 11, IV, 132/10). „Ein Briefwechsel, in dem der eine Briefschreiber lediglich den gegen den Andern gerichteten Wahnvorstellungen Ausdruck gibt, kann als Ausdruck einer geistigen Gemeinschaft zwischen dem Schreiber und dem Empfänger nicht gelten“ (RG. 97, 340).

Ein weiteres Problem ist das Ausgeschlossensein „jeder Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft“. Auch hier kommt die Gesetzesauslegung dem entgegen, was aus sozialpsychiatrischen Indikationen notwendig erscheint. Der genannte Kommentar<sup>1</sup> unterstreicht zwar zunächst, daß zur Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft schon eine gewisse Abschwächung des Grades der Geisteskrankheit ausreichen könne, fährt aber dann fort, „es ist nicht erforderlich, jede bloße *Möglichkeit* einer Wiederherstellung einer geistigen Gemeinschaft zu verneinen, vielmehr genügt es, wenn eine wissenschaftlich begründbare *Aussicht auf diese Wiederherstellung* nicht vorliegt. Dieser Unterschied ist als vorhanden anzuerkennen, wenn auch der Sprachgebrauch nicht so scharf unterscheidet. Eine Möglichkeit kann häufig schon deswegen nicht ausgeschlossen werden, weil die menschlichen Erkenntnismittel unzulänglich sind, und der menschliche Einblick in das Wirken und Walten der Natur trotz aller Fortschritte unvollkommen bleibt. Im Gegensatz dazu ist eine bestimmte Aussicht erst dann als nicht ausgeschlossen zu bezeichnen, wenn ein irgendwie greifbarer Anhaltspunkt für ihre Verwirklichung besteht“ (RG. 98, 295).

geistigen und schweren nervösen Erkrankungen eine Anfechtung der Ehe auf Grund des § 1333 BGB. möglich? [Dtsch. Z. gerichtl. Med. 7, 80 (1926)], der vor allem auch die Uneinheitlichkeit der Rechtsprechung im Blick auf die Anlage zu einem Teil aus der wechselnden Auslegung dessen, was unter „Anlage“ verstanden sein soll, erklärt. MEGGENDORFER kommt auch zu der Auffassung, daß Erbanlagen zu schweren geistigen Erkrankungen und Abwegigkeiten persönliche Eigenschaften im Sinne des § 1333 darstellen („Sie sind ihrer Natur nach dauernde Teile des Individuums, dessen persönliche Eigenschaften sie bestimmen“), erweitert, gestützt auf RÜDIN, die schon erwähnten BREMERSchen Aufstellungen und nimmt auch zu der hier wesentlichen Frage, zum Rückschluß auf die Anlage zur Zeit der Eheschließung aus der später ausbrechenden Psychose Stellung: „Erkrankt jemand an einer Psychose, deren erbliche Bedingtheit bekannt ist, so ist der Schluß berechtigt, daß er schon vorher, als er noch gesund war, die Erbanlage in sich getragen hat“.

Die Frage wird nur sein, ob diese Erbanlagefragen heute schon so geklärt sind, daß wir das Recht haben, in der praktischen forensisch-psychiatrischen Arbeit mit solchen Konsequenzen zu arbeiten (vgl. dazu den Abschnitt von BERINGER über die Hereditätsprobleme bei der Schizophrenie). Vieles, was da gesagt ist, baut sich doch auf theoretischen Unterlagen auf, die noch recht unsicher und umstritten sind.

<sup>1</sup> Bd. IV, S. 300.

Diese Auslegung des Gesetzes hat sicher ihre besonderen praktischen Beziehungen zur Schizophrenie, denn gerade bei ihr zeigt sie den Weg, wie die letzten, auch bei exquisit chronischen Psychosen nie ganz verschwindenden Bedenken, ob man „jede Aussicht auf Wiederherstellung der Gemeinschaft ausschließen“ darf, gegebenenfalls überwunden werden können und dürfen.

Diese forensisch-psychiatrischen Erörterungen mögen mit einer kurzen Bemerkung über Beziehungen zwischen der Schizophrenie und dem § 1568 BGB. beschlossen werden. An sich, vom Standpunkt des Soseinsollens aus, dürfte natürlich der § 1568 keine Beziehungen zur Schizophrenie haben, weil er bei der schweren Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten die Verantwortlichkeit des Verletzers für sein Tun annimmt. Es gehört nun wiederum in das Gebiet der noch oft zu erwähnenden nichterkannten schizophrenen Psychose, daß wir immer einmal mit Ehescheidungsurteilen in Berührung kommen, *welche eine objektiv zweifellos vorhandene Zerrüttung der Ehe dem an sich Schuldigen als Schuld im Sinne des Gesetzes zurechnen, während in Wirklichkeit jenes zerrüttende Verhalten auf die Auswirkungen einer Schizophrenie zurückzuführen war!* Es ist dabei bemerkenswert zu sehen, wie wenig der Laie in solchen Fällen auf die Bedeutung des „Knicks in der Persönlichkeit“ von selbst aufmerksam wird, wie wenig er etwa daran stutzt, daß eine Ehefrau jahrelang eine treffliche Hausfrau, Frau und Mutter war, um sich nun eines Tages ohne äußeren Anlaß in einen keifenden, schlampigen, sonderbaren und verschrobenen, von allen früheren Interessen sich loslösenden Menschen zu verwandeln. Mag auch die Lösung einer solchen Ehe an sich sozialpsychiatrisch gesehen zweckmäßig sein, es ist nicht bloß an sich unrichtig, wenn diese Lösung auf falschen Voraussetzungen sich aufbaut, die Zuschreibung einer Schuld an den, der in Wirklichkeit keine persönliche Schuld trägt, kann auch praktisch zu sehr unerfreulichen Konsequenzen und unberechtigten wirtschaftlichen Belastungen führen.

Was die *kriminalpsychologischen Beziehungen der Schizophrenie* angeht<sup>1</sup>, so hat BIRNBAUM in seiner Kriminalpsychopathologie zunächst einmal bei der Erörterung der kriminellen Wertigkeit der einzelnen psychopathologischen Erscheinungen gerade bei dem, was die Schizophrenie angehen kann, mit Recht gesagt, daß eine erhöhte kriminelle Tendenz und eine gesteigerte kriminelle Wertigkeit durchaus nicht grundsätzlich angenommen werden dürfe. „Die Wirkungskraft pathologischer Gebilde erscheint oft genug nicht viel anders, als die der analogen normalen. Und soweit sie nachweislich davon abweicht, ist sie ebenso oft und gut eine schwächere, wie stärkere, und das Ausbleiben und die Unzulänglichkeiten der psychischen Reaktionen auf Halluzinationen und Wahnideen, die Inkonsequenzen im Verhalten etwa gegenüber halluzinatorischen und paranoischen qualvollen Verfolgungen und dergl. ist in vielen Fällen mindestens ebenso erstaunlich, wie die bedenken-, hemmungs- und rücksichtslose Reaktion darauf in andern“. So wird auch bei der Besprechung der kriminalpathologischen Eigenart der prozeßpsychotischen Typen — und das gilt sehr für die Schizophrenie — die geringe kriminelle Wertigkeit, das Vorwiegen singulärer Zufallsentgleisungen ohne psychologische Gesetzmäßigkeit, aber auch die relative Belanglosigkeit sonstiger kriminell bedeutsamer Momente, das Fehlen der alters-, geschlechts-, milieubedingten kriminalpathologischen Varianten, herausgehoben. Auch darin ist BIRNBAUM zuzustimmen, wenn er zwar den passiv unsozialen schizophrenen Typ — von dem nachher noch die Rede sein soll — anerkennt, die Aufstellung eines besonderen schizophrenen aktiv-kriminellen Typus aber ablehnt, und wenn er weiterhin die schizophrenen Endstadien mit dem sozialen

<sup>1</sup> Einzelfälle schizophrener Kriminalität sind sehr zahlreich publiziert worden. Vieles, was hierher gehört, findet sich auch in den Publikationen über Gemeingefährlichkeit.

Parasitentum in Beziehung setzt, um dann dem Initialstadium eine besondere kriminelle Dignität zuzusprechen<sup>1</sup>.

Zu der aus den Erscheinungsformen der beginnenden schizophrenen Psychose erwachsenden Kriminalität gehören auch die in der Arbeit: „Über Massenmörder“ (WETZEL) bearbeiteten Taten der beiden Frauen, die in der ratlos-ängstlichen Getriebenheit einer frischen halluzinatorisch-paranoiden Schizophrenie alle ihre Kinder, die um sie waren, töteten. Eine Discrepanz zwischen schwerer, getriebener Erregung und auffallend zielbewußter Durchführung der Taten prägte sich bei der Analyse ihres Ablaufs sehr ein, und es wurde die Frage aufgeworfen, ob sich darin nicht etwas gerade der Schizophrenie zu Eigenes auswirkte. Daß jene Taten Massenmorde wurden, daß da zwei, dort fünf Kinder hintereinander getötet wurden (die fünf mit dem Messer!) rührte sicher von jener trotz der Getriebenheit vorhandenen Zielbewußtheit und Kraft der Durchführung her, und wenn in dieser eigenartigen Mischung etwas Schizophreniebedingtes lag, dann hatte die Psychose ihre Beziehungen nicht nur zur Mordtat überhaupt, sondern auch zur Massenmordtat.

Es sind damals außerdem aus der Literatur 153 Massenmordfälle, d. h. solche, bei denen sich der Mord oder Mordversuch gegen mehr als einen Menschen gerichtet hatte, zusammengetragen worden. 119 der Fälle waren in der Grundfrage: war der Täter psychotisch oder nicht? durchschaut worden; 82 Täter = 69% waren ausgesprochen geisteskrank; die Schizophrenie stellte 23% der 119, 33% der geisteskranken Täter. Von den als möglich angenommenen Zusammenhängen hat man die Mordtat als Reaktion auf das mit Grauen bemerkte und zum Selbstmord und Familienmord treibende Auftauchen der Psychose nicht gefunden. Es fehlt auch ein Fall, bei dem eine depressive Phase aus lediglich depressiv eingestellten Motiven heraus die Tat veranlaßt hat.

Eine unmittelbare, elementare Verknüpfung zwischen Tat und Psychose in der Art eines epileptischen Raptus war in zwei Fällen mit einiger Sicherheit anzunehmen. In einem Falle war überraschend, wie Überlegungen über das Leiden des Opfers die Mordtaten in wildester Erregung (Tötung der Opfer durch Fußtritte!) begleiten konnten.

Weitaus die häufigsten waren aber diejenigen Fälle, bei welchen die Taten aus Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen der verschiedensten Art erwuchsen. Das ist ja auch der nächstliegende und vor allem erwartete Zusammenhang. Manche dieser Taten gingen ausgesprochen als Handlungen der Erregung vor sich; bei anderen wurde im Gegenteil die Kaltblütigkeit, Ruhe und Besonnenheit des Täters hervorgehoben. Entweder war die affektive Erregung so stark, daß diese Intensität an den psychotischen Charakter denken läßt, oder war die „Kaltblütigkeit“, die „unheimliche Ruhe“ und Zielsicherheit so verblüffend, daß man unschwer auch darin die besondere Auswirkung der chronischen Psychose erkennen kann.

<sup>1</sup> In der im Frühjahr 1931 erschienenen zweiten Auflage (BIRNBAUM, Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde, Berlin: Julius Springer 1931) hebt BIRNBAUM wieder die besondere kriminelle Bedeutung des Anfangsstadiums der Schizophrenie heraus, um dabei auch zu erwähnen, daß diese Kriminalität kein spezifisches, für Schizophrenie charakteristisches Gepräge trage. Es wird als bezeichnend für die tatsächliche Schwere des einsetzenden Krankheitsprozesses angesehen, daß es trotz unbestimmter und mäßiger allgemeiner Veränderungen, trotz des Fehlens tiefgreifender Störungen, und trotz scheinbarer voller Erhaltung der psychischen Persönlichkeit unter Umständen zu recht schweren Delikten kommen kann, „die objektiv-psychologisch betrachtet überhaupt nicht zu verstehen sind und bei denen auch der Versuch der Erfassung ihrer psychischen Triebkräfte keine oder nur unzulängliche, unklare oder verworrene Motive herauszuholen vermag.“ Diese Ausführungen BIRNBAUMS werden durch den folgenden Bericht nach eigenen Untersuchungen über schizophrene Massenmörder belegt und ergänzt.

Also: katatone Erregung in den einen, gemütliche Verödung in andern Fällen schaffen den Boden für die Taten, und es ist kein Zweifel, daß vielfach gerade die besondere psychotische Affektlage den Massenmordcharakter der Delikte bedingte. Beides, katatone Erregung und Gemütsstumpfheit, ist geeignet, die Hemmungen, die sich dem Nacheinander des Umbringens der Opfer entgegenstellen, zu beseitigen.

Es liegt in dem besonderen psychologischen Unterbau dieser Taten begründet, daß vielfach die vermeintlichen Verfolger angegriffen werden. Wahnhafte Eifersucht läßt einige Male die Tat zunächst gegen die Frau gerichtet sein. In einigen Fällen kam die Mehrzahl der Opfer dadurch zustande, daß entsprechend den Motiven des sog. „erweiterten Selbstmordes“ die Familienmitglieder, insbesondere die Kinder, Erlösung von der Not des Daseins finden sollten. Ab und zu geschah das im Zusammenhang mit dem Selbstmord, aber durchaus nicht immer. Wenn ein Schäfer ruhig seine Schafe austreibt, nachdem er seine Kinder mit dem Holzscheit erschlagen hatte, zufrieden, daß seine Kinder bei Gott sind, bei sich denkend, mit ihm könnten die Menschen nun machen, was sie wollen, weit entfernt davon, an Selbstmord zu denken, so läßt sich dieses Verhalten sicher nicht einfach mit der vorher behandelten Gemütsabstumpfung abtun. Hier liegt es näher, die Erklärung dieses Verhaltens zum mindesten zu einem Teil wieder in einer besonderen Auswirkung der Psychose, in der von allen sekundären Überlegungen und Einschränkungen losgelöst, überragenden Herrschaft eines bestimmten Ideenkomplexes zu suchen. Eine Einstellung also, die in ihrer Art zweifellos wieder dem Massenmord entgegenkommt.

Noch andere spezifische Erscheinungen der Psychose konnten beim Zustandekommen der aus Verfolgungsideen erwachsenden Tat beteiligt sein. So etwa ein akutes Erlebnis, in dem „ganz besondere Gedanken“ auftauchten, von denen der Täter „eigentlich gar nicht sagen konnte, was da in ihm vorging“. Es ist hier besonders interessant, daß dieses Erlebnis schwere innere Kämpfe, die sich dem aus der Psychose geborenen, immer mächtiger werdenden Drang, die Kinder zu töten, entgegenstellten, plötzlich abschnitt. Noch einwandfreier ist in einem Falle eine plötzliche Beeinflussung durch ein solches Erlebnis im tatverhindernden Sinne bekundet; bei einer Frau wurde im Augenblick, da sie ihre Kinder erschlagen wollte — sie hat sie später dann doch erschlagen — die Hand „wie tot“, während eine Stimme sagte: „Warte bis morgen“.

Es bleibt aber nicht dabei, daß nur irgendeine Seite der Psychose Planen und Werden der Mordtat bestimmt. Manchmal vereinigten sich mit den wahnhaften Motiven andere, die man aus der Psychologie des Gesunden zu verstehen geneigt ist. So, wenn eine Frau zwar aus durchaus wahnhaften Verfolgungsideen heraus zu dem Entschlusse kommt, ihre Kinder zu töten, aber darin im letzten Augenblick noch ganz besonders durch die sehr reale sittliche Verwahrlosung der Kinder und durch die ebenfalls durchaus begründete Furcht, man nehme ihr die Kinder weg, bestärkt wird.

Dieses Material des schizophrener Massenmörders ließ neben anderen eine wichtige Feststellung zu: Ganz sicher liegen die bedeutsamsten Beziehungen zwischen Schizophrenie und einer schweren, gegen die Person gerichteten Kriminalität bei den *initialen* Phasen der Krankheit. Das hat auch WILMANNS wieder herausgehoben<sup>1</sup>, wenn er davon spricht, daß es im Prodromalstadium der Schizophrenie zu schwereren Delikten, zu Gewalttätigkeiten und besonders zu Sittlichkeitsdelikten kommen kann, wenn er unterstreicht, daß derartige Fälle viel häufiger seien, als man nach den spärlichen Angaben der Literatur

<sup>1</sup> In dem Aufsatz über die pathologischen Veränderungen des Charakters und ihre diagnostische Bedeutung.

vermuten sollte, und wenn er erklärt, daß er imstande sei, „schon aus eigener Erfahrung etwa ein Dutzend gefühlkalter schizophrener Mörder und Totschläger aufzuzählen, die das Verbrechen im Prodromalstadium ihrer Erkrankung begingen“. Daß nur in wenigen Fällen die geistige Erkrankung erkannt wurde, daß sie zumeist von den Richtern, ja in einigen Fällen auch von den Sachverständigen übersehen wurde, führt WILMANNs weiterhin zu der Auffassung: „Es gibt *kein* Argument für die Abschaffung der Todesstrafe, das mehr wägen würde, als die zahlreichen Justizirrtümer, die aus der Verkennung und Übersehung der prodromalen schizophrenen Charakterveränderung erwachsen“. Häufig haben solche Gewalttaten ganz den Charakter des „pathologischen Einfalles“. GRUHLE<sup>1</sup> beschreibt kurz einen solchen Fall: „Ein Student, der in den Wirren der Revolution nur einige Erregtheit und Ziellosigkeit gezeigt hatte, erschoss plötzlich ohne Vorbereitung in Baden-Baden auf der Straße einen jüdischen ehemaligen Schulkameraden. Nicht Antisemitismus, nicht irgendeine Überzeugung, nicht Rache noch sonst irgendein einfühlbares Motiv bestimmte die Tat, sondern diese war der erste — prinzipiell unverstehbare — Ausbruch einer schizophrenen Geistesstörung“. KOLLE hat sehr eindrucksvoll eine mit Schizophrenie belastete, haltlose, exzentrische und disharmonische Kindsmörderin beschrieben, deren Tat zunächst als eine aus seelischen Erschütterungen und Spannungen deutbare Handlung erschien, bis dann die weitere Entwicklung für die Zeit der Tat schon den Beginn einer Schizophrenie ansetzen ließ.

Der „pathologische Einfall“ wurde bei der *chronisch* schizophrenen, autistischen Frau wirksam, die wie schon oft zuvor, neben ihrer Schwester Rüben hackte, mit einem Male ohne jeden Anlaß oder Anstoß, von außen der Schwester mit der Hacke den Schädel einschlug, um danach ebenso stumm und mechanisch wie zuvor weiter die Rüben zu hacken. Wir finden diese kurzschlußmäßigen, impulsiven Einfallsreaktionen auch bei andern Delikten Schizophrener (Diebstahl, Brandstiftungen!); inhaltsmäßig lassen sie sich da und dort deuten, aber daß sie sich realisieren, das hängt ganz unmittelbar und unverstehbar mit den Auswirkungen des schizophrenen Krankheitsprozesses zusammen.

In seiner zuvor erwähnten Arbeit hat WILMANNs auch seine Erfahrungen über die schizophrenen Landstreicher und Korrigenden wieder erwähnt. Hier handelt es sich um die Auswirkung der *chronischen*, vorwiegend hebephrenen Formen der Schizophrenie, die in dem von WILMANNs bearbeiteten Material ihre Träger in die habituelle Kriminalität des Bettels, der Landstreicherei und anderer Bagatelvergehen führten, in vereinzelten Fällen aber auch wegen schwererer Vergehen mit dem Gerichte in Berührung brachten. Für die 52 schizophrenen Landstreicher, deren Lebensläufe in der „Psychopathologie des Landstreichers“ veröffentlicht sind, hat WILMANNs berechnet, „daß die 52, zum Teil noch im jugendlichen Alter stehenden Personen zusammen nicht weniger als 1836mal, darunter 181mal mit Nachhaft, bestraft wurden und sich gut über die Hälfte — 1133 Strafen, darunter 162 Korrekstrafen — in einem Zustand zugezogen hatten, in dem sie nach geltendem Recht für ihre Taten nicht hätten verantwortlich gemacht werden können“.

Bei den Frauen führt dieser Typus der „Landstreicherschizophrenie“, der zur asozialen Lebensführung disponiert, ihre Trägerinnen nicht selten zur *Prostitution*, und HELENE FRIEDERIKE STELZNER hat im besonderen auf die Beziehungen sehr früh einsetzender Schizophrenien zur jugendlichen Vagabondage und Gewerbsunzucht hingewiesen.

Es ist schon im Anschluß an BIENBAUM davon gesprochen worden, daß der aktive Berufsverbrecher keine typischen Beziehungen zur Schizophrenie hat,

<sup>1</sup> Geisteskrankheiten und Strafrecht, Handwörterbuch der Rechtswissenschaften.



wohl aber können wir gelegentlich dann, wenn uns ein früherer Berufsverbrecher mit ursprünglich großer Kriminalität im schizophrenen Endzustand zugeht, aus dem Strafregister, aus dem Übergang seiner großen Kriminalität in die Bagatellkriminalität mit Betteln und Landstreichen, geradezu ablesen, wann die Schizophrenie eingesetzt hat!

Bei der Zuwendung zum *einzelnen schizophrenen Individuum* und zu dem, was an ihm und seiner Psychose den sozialen Organismus berührt und interessiert, soll es zunächst der schon in den vorangegangenen Darlegungen wiederholt als besonders wichtig herausgehobene *Beginn der Psychose* sein, der auf einige sozialpsychiatrisch typische Situationen untersucht werden soll. An sich könnte und müßte natürlich von der klinischen Seite her schon dieser Psychosenbeginn sehr differenziert werden, es wird aber hier angesichts der Notwendigkeit möglichstster Vereinfachung genügen, als Ausgangspunkte zu nehmen, daß eine schleichend sich entwickelnde Psychose ohne ausgesprochene akute Phase in die chronische Psychose übergeht, daß ein ganz akuter Beginn ohne deutliches Vorstadium jäh zur Entwicklung der ausgesprochenen und sinnfälligen Psychose führt oder endlich, daß ein Stadium der schleichenden Entwicklung in das akute Stadium übergeht. Wenn man den Versuch einer Einengung der unendlichen Fülle des wirklich Gegebenen auf Typisches macht, um überhaupt die Unabsehbarkeit des Stoffes zu meistern, so wird man zunächst einmal den akuten und schleichenden Beginn der Psychose herausstellen und diese beiden Formen des Einsetzens der Erkrankung auf ihre das Interesse der sozialen Gemeinschaft wachrufenden Beziehungen untersuchen.

Die akute Psychose, von der zunächst die Rede sein soll, möge — wiederum aus jener Einengung auf Typisches heraus — in einer Form gedacht sein, die über dem Zusammenprall der Psychose mit existenzwichtigen Interessen der Gemeinschaft und ihrer Glieder rasch zu der durchgreifendsten Schutz- und Abwehrreaktion des sozialen Organismus, zur *Internierung*, führt. Eine allzu-große Schematisierung bedeutet das nicht, denn wenn man von ländlichen Verhältnissen absieht, in denen vielleicht da und dort teils aus Sparsamkeitserwägungen, teils aus primitiver Geistigkeit mit Behextheitvermutungen und dergleichen heraus eine schwere akute Schizophrenie zur häuslichen Einsperrung des Kranken führt, wird man, zumal in städtischen und großstädtischen Verhältnissen, bei dieser Form im allgemeinen mit der raschen Internierung zu rechnen haben. Trotzdem kann auch in der verhältnismäßig kurzen Zeitspanne bis zu dieser Maßnahme die Gemeinschaft durch eine solche Psychose aufs Nachdrücklichste in Mitleidenschaft gezogen werden. Mindestens die *Gefahr*, die berechtigte Vermutung einer „Gefahr für sich und Andere“, einer „Verwahrlosungsgefährdung“ ist es ja regelmäßig, welche die *Abwehrreaktion* der Gemeinschaft aufruft. Was an solchen Schädigungen aus der akut beginnenden Psychose erwachsen kann, das berührt sich zu einem Teil mit dem, was zuvor schon im allgemeinen über die kriminelle Bedeutung der Schizophrenie gesagt worden ist. Tendenz zur Gewalttat gegen die eigene Person und gegen Andere kennzeichnet viele Zustände gerade dieser akut beginnenden Psychose. Oft haben diese Gewalttaten — es war von ihnen und ihrer Art schon bei den kriminalpsychopathologischen Erörterungen die Rede — in ausgesprochenem Maße den Einschlag von Ratlosigkeit, ja von Hilflosigkeit, von blindem Drauflosreagieren, von Spannungsentladung einem unheimlichen Schicksal gegenüber. Man kann wohl hier den von GOLDSTEIN in anderem Zusammenhang angeführten Ausdruck der „Katastrophenreaktion“ gebrauchen. Die „Anderen“, gegen welche sich die gewalttätige Entladung richtet, sind zumeist Personen aus dem nächsten Umkreis

des Kranken, aus der Familie in erster Linie, und hier steckt hinter der Entladung impulsiver Getriebenheit nicht selten, unklar vom Kranken selbst erfaßt, ein Motiv im Sinne des erweiterten Selbstmords, wenn gleichzeitig die Vernichtungstendenz sich gegen die eigene Person richtet, oder aber entläßt sich der Trieb zur Vernichtung von Menschen, die dem Kranken verändert, krank, „verhext“ erscheinen. Es ist vielleicht ganz besonders charakteristisch, wie hilflos oft solche Kranken ihren Taten gegenüberstehen, sei es, daß diese mißlungen sind, sei es, daß sie zum Erfolg führten. Es wird nicht zu bezweifeln sein, daß es akute Schizophrenien gibt, bei welchen sich der Impuls zur Gewalttat in einem an Amoklaufen erinnernden, sonst in erster Linie dem epileptischen Ausnahmezustand zu eigenen Wüten entläßt. Allzu häufig sind die durchgeführten Gewalttaten bei diesen akut einsetzenden Schizophrenien nicht, aber wenn schon gerade das die Gemeinschaft an solchen Psychosen Interessierende das Problem ist, muß natürlich die nie auszuschließende Möglichkeit solcher Betätigungen sehr herausgehoben werden.

Erscheint in dem Motivaufbau der Gewalttat sehr häufig der ratlosigkeitsdurchsetzte Kampf gegen das Überwältigtwerden durch die Psychose, so steckt das Aufgehen in dem Erleben der akuten Psychose, die „enthusiastische Hingabe“ (MAYER-GROSS) in einer andern die Gemeinschaft einigermaßen berührenden Form einer über die eigene Person des Kranken hinausgehenden Auswirkung der Psychose. Die letzte Lockerung der ausbruchsbereiten Psychose erfolgt mitunter — aus der spezifischen Struktur vieler akuter Schizophrenien wohl verstehbar — in einer religiösen Atmosphäre. Der mit Wortverkündigung und Predigen in der Kirche aufspringende, an den Altar sich drängende Schizophrene, der noch ruhig und unauffällig den Kirchgang angetreten hat, ist bekannt. Aber mehr als die Abwehr, die Beseitigung und Verwahrung des Kranken, pflegt gerade dieses Verhalten nicht auszulösen. Die Atmosphäre des offiziellen Gottesdienstes, kollektivseelisch durchaus nicht mit fanatisierungsbereiter Spannung durchtränkt und in der Masse viel zu sehr von der Pflichterledigung gezeichnet, reagiert nur mit der Ablehnung des sofort einer geistigen Erkrankung zugeordneten Verhaltens des Schizophrenen. Etwas anderes ist es, wenn die Psychose in einem Kreise ausbricht, der von einer solchen fanatisierungsbereiten Spannung beherrscht ist, und dem die verdünnende nüchterne und die Fortleitung der Explosion hemmende Masse fehlt. Mag es sich um religiöse Ekstasebereitschaft, um Erwartung des kommenden Weltuntergangs, des tausendjährigen Reiches, um Erwarten übersinnlicher Offenbarungen oder etwas sonst dergleichen handeln, hier kann eine solche ausbrechende schizophrene Psychose sehr wohl einen Boden finden, auf dem sie zündet.

Daß die akut ausbrechende Psychose (übrigens auch die allmählich sich entwickelnde) nicht selten an Kreise mit einer weltanschaulich prononzierten Haltung *Anschluß sucht*, um einen *Schutz* angesichts der beginnenden psychischen Veränderung, angesichts des angstvoll bemerkten Anderswerdens und des Verlorengehens der inneren Sicherheit und Ausgeglichenheit zu finden, davon war schon in den allgemeinen Ausführungen die Rede<sup>1</sup>. Gemeinschaften

<sup>1</sup> Dort wurde auch gesagt, daß den Fragen der Gemeinschaftsbildung mit dem Schizophrenen als Ausgangs- und Mittelpunkt im Bereich dieser Ausführungen nicht nachgegangen werden soll. Es ist zu dem zuvor gestreiften Problem einer nur bei besonderen Konstellationen vorhandenen Erheblichkeit der suggestiven Kraft Schizophrener und ihrer Ideen vielleicht nicht uninteressant, wenn KRONFELD (Das seelisch Abnorme und die Gemeinschaft, Stuttgart 1923, bei Püttmann) COMTE, den Vater der Soziologie, und FOURRIER, den großen sozialpolitisch-radikalen Utopisten, als sichere Schizophrene bezeichnet, von beiden sagt, daß sie „kraft der gleichen geistig-seelischen Eigenart, aus der auch ihre Psychose stammt“, gewaltige schöpferische Gemeinschaftsbewegungen zeitigten, aber dem die Einschränkung beifügt, daß diese Zeitigung gewaltiger Gemeinschaftsbewegungen „mindestens ideell“ erfolgt sei!

etwa von der Art der Anthroposophie, der Bahai- und Mazdaznanlehre können hier eine Rolle spielen. In andern Fällen tritt an die Stelle der religiösen Indifferenz die positive Hinwendung zu einer betonten Religiosität, gelegentlich auch einmal die Tendenz zum Religionswechsel.

Anders als etwa bei der Manie und der beginnenden Paralyse expansiver Form begegnen wir gerade bei der akuten Schizophrenie selten Handlungen, die hinterher die Anfechtung ihrer Gültigkeit auf dem Wege über die Geltendmachung der Geschäftsunfähigkeit nötig machen würden. Die Erscheinungsform der akuten Schizophrenie, die übrigens auch im allgemeinen vielmehr als bei der Manie und bei der Paralyse sehr rasch auch dem Laien die Geistesstörung vor Augen führt, verhindert im allgemeinen ein Eingehen von bedeutsamen Rechtsgeschäften, einmal deshalb, weil der etwaige Partner sich über die abnorme Geistesbeschaffenheit des Andern klar ist, dann aber auch, weil doch sehr oft schon die akute Schizophrenie etwas Autistisches, in sich selbst Ablaufendes, von der Welt Abgewandtes an sich hat. Auch jene zuvor erwähnte fanatisierende Wirkung ist oft viel weniger ein Mitreißen des *Psychotischen*, als ein Mitgerissen- und Angeregtwerden durch die *Psychose* und ihre Inhalte.

Daß im übrigen durch die akuten Psychosen im Umkreis des Kranken, zumal in dem von ihm und seiner Arbeitsfähigkeit abhängigen Kreise, die Gemeinschaft interessierende *fürsorgerische Situationen* aller Variationen gesetzt werden können, ist selbstverständlich. Sie haben schon mit Rücksicht auf die — bei unserer Schematisierung ja vorausgesetzten — raschen Internierung nichts Spezifisches an sich. Viel mehr ist in diesem Zusammenhang, da nun nach den Abwehr- und Schutzzugriffen des sozialen Organismus auch dessen helfendem Zugreifen nachgegangen werden soll, kennzeichnend, daß bei der akuten Psychose die fürsorgerisch bedeutsamen Situationen in erster Linie durch die *Ausschaltung* des Kranken, durch die Internierung, bedingt werden, während uns später, bei der schleichend sich entwickelnden Psychose, um so mehr der durch die Psychose selbst gesetzte Schaden zu beschäftigen haben wird.

Zunächst tragen diese durch die Internierung bedingten Fürsorgesituationen kein aus der Art der Psychose abzuleitendes spezifisches Merkmal an sich. Was nach dem Schema der gegebenen Ordnung sich in Aktion setzt, Kassenleistungen, Eingreifen der Fürsorgebehörden, Pflugschaft, Entmündigung, Invalidisierung usw., das unterscheidet sich ebensowenig von dem bei Geisteskrankheit schlechthin zu Geschehenden, wie etwas das erste Eingreifen der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Hilfeleistung. Immerhin, der akute Einriß der sozialen, wirtschaftlichen, familiären Bindungen der verschiedensten Art mit seiner besonderen Formung des darauf reagierenden akuten Fürsorgeeingriffs wird uns bei der Schizophrenie schon deshalb besonders interessieren, weil wir ja nicht wie etwa beim psychopathischen Knall, dem hysterischen Anfall, dem pathologischen Rausch mit der raschen Restitution rechnen können.

Im Laufe der Zeit wird sich in den erwähnten Leistungsbereichen manches geltend machen, das aus den Besonderheiten gerade der schizophrenen Erkrankung abzuleiten ist. Hierher gehört in erster Linie die *Unberechenbarkeit des Verlaufs* bei der akut und stürmisch losgebrochenen schizophrenen Psychose. Die Leistungen und Aufwendungen für den internierten Kranken werden dadurch nicht in erster Linie beeinflußt, wohl aber der Ausgleich der im Umkreis des Kranken, zumal in der Familie, durch die Psychose gesetzten Schäden. Es kann für fürsorgerische Leistungen jeder Art sehr bedeutsam sein, daß mit dem endgültigen Ausscheiden des Kranken aus der Familie, aus Arbeit und Beruf, aus der Fähigkeit zur selbständigen Beschaffung des Lebensunterhaltes nicht ohne weiteres gerechnet werden kann. Damit kann aber auch eine auf eine endgültige Ausschaltung des Patienten aufbauende Rangierung der sozialen Situation der

Familie nicht durchgeführt werden, während andererseits doch auch auf eine, wenn auch nur beschränkte Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit, der Fähigkeit zu disponieren, den Platz in der Familie und in der Arbeit wieder einzunehmen, nicht mit Sicherheit gebaut werden darf. Der Wechsel der prognostischen Vermutungen über den Verlauf einer solchen Schizophrenie erzeugt nicht selten einen Mangel an Zielstrebigkeit in der Organisation des fürsorglichen Eingreifens. Kommt noch hinzu, daß auf dem Wege über die Frühentlassungstendenzen oder über Verordnungen, welche die frühe Entlassung auch gegen den Willen des Arztes begünstigen (Reversentlassungen), ein mehrmaliges Hin und Her zwischen Entlassung und Internierung erfolgt, bis die Entscheidung über die Rückkehr ins Leben oder die Ausschaltung auf lange Sicht gefallen ist, so kann das, z. B. für die erzieherische Versorgung heranwachsender Kinder, unter Umständen sozial sehr bedenkliche Folgen haben.

Ganz anders, unter den hier maßgebenden Gesichtspunkten, präsentiert sich die *schizophrene Psychose mit schleichender Entwicklung*. Es ist dabei für die in erster Linie zu erörternden Folgen des Psychotischwerdens einerlei, ob diese schleichende Entwicklung ohne akute Phase in den Dauerzustand übergeht, oder ob sie von einer akuten Phase abgelöst wird. Was ins Auge gefaßt werden soll, das sind die Psychosen, bei denen das Stadium der schleichenden Entwicklung genügend lange dauert, um es zu charakteristischen Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft kommen zu lassen. Es würde allerdings das Kennzeichnende wieder verwischt werden, wenn man gerade hier, bei der allmählich sich entwickelnden Psychose, nicht scharf die Formen herausheben würde, in denen die Psychose die Gemeinschaft auf den Plan ruft, Formen, die mit den Gesichtspunkten der klinischen Psychiatrie nichts mehr zu tun haben, umso mehr aber wohl eine sozialpsychiatrisch bedeutsame Gliederungsform darstellen. Wir werden zu unterscheiden haben: Die Psychose hat eingesetzt, sie ist aber als Krankheit überhaupt noch nicht erkannt und anerkannt; die Psychose ist wenigstens als Krankheit anerkannt; die Psychose ist als Geisteskrankheit und im speziellen in ihrer Zugehörigkeit zur Schizophrenie anerkannt. Daß nicht alles, was im Blick auf das Interesse der sozialen Gemeinschaft bei einer schleichend verlaufenden Psychose Beachtung verlangt, in dieses Schema eingeht, ist selbstverständlich. Aber die wesentlichsten der Probleme werden erfaßt; ganz in der ersten Linie steht dabei das *Stadium der nichterkannten Psychose*. Auch dieses Stadium hat zunächst einmal seine charakteristischen kriminalpsychologischen Beziehungen; sie sind in der Übersichtsdarstellung über die Kriminalität der Schizophrenie berücksichtigt und können an dieser Stelle übergangen werden. Auch — im Gebiet des Zivilrechts — die Möglichkeit einer Ehescheidung aus ehewidrigem Verhalten, das in Wirklichkeit Auswirkung einer nichterkannten Schizophrenie ist, ist schon besprochen worden.

Wenden wir uns den speziellen sozialpsychiatrischen Problemen zu, die aus der nichterkannten schizophrenen Psychose erwachsen, so kann man vielleicht einwerfen, daß die Inanspruchnahme der Hilfemaßnahmen des sozialen Organismus ja doch letzten Endes von einem Versagen des Individuums überhaupt und nicht von einer klinisch-psychiatrischen Etikette dieses Versagens abhängig sei, daß es deshalb doch auf diese klinisch-diagnostische Erfassung gar nicht in erster Linie ankomme, daß also auch das Nichterkanntsein der schizophrenen Psychose vielleicht gar keine allzugroße Bedeutung habe. Wie sich die Wirkung jener Verknennung am Einzelfall erfassen läßt, wird zu zeigen sein, ins Allgemeine gewendet ist zu entgegenen, daß im Gebiete der noch nicht- oder nieerkannten Psychosen, soweit sie eine Aufwendung öffentlicher Mittel erfordern, die *richtige* Diagnose sehr oft jene mittelverbrauchenden Maßnahmen in richtigere, sinnvollere Bahnen lenken und damit auch den Mittelaufwand auf das richtige Maß

beschränken würde. Im großen ganzen wird die Nichterkennung der schizophrenen Psychose ein Zuviel an Mittelaufwendung bedingen; erwähnt seien in diesem Zusammenhang Aufwendungen für Erziehungsmaßnahmen der jugendlichen Hebephrenen, für Berufsumschulungsversuche der älteren Hebephrenen, Badebehandlungen und andere, besondere Mittel erfordernden Therapien bei Schizophrenen, deren Wesensänderungen einer körperlichen oder einer heilbaren psychischen Erkrankung zugeordnet werden. Von den in der Schulzeit ausbrechenden Schizophrenen hat MOSES ein eindrucksvolles Bild entworfen, und es hat enge Beziehungen zu dem Problem der Verknennung der Psychose, wenn er davon spricht, daß den Mitschülern das Abwegige im Verhalten eines schizophrenen Kameraden gewöhnlich früher auffalle, als den Lehrern, sofern eben „die Intelligenz“ noch keine auffallenden Veränderungen und Ausfälle darbiete; „auf dem Schulhofe offenbart sich die seelische Erkrankung früher als im Klassenzimmer“. Daß dabei ein besonderer Typus von Musterschülern besondere Beziehungen zum frühen Ausbruch einer Schizophrenie zu haben scheint, darauf hat unter anderem LEPEL hingewiesen<sup>1</sup>.

Wo die Verknennung der Krankheit zum Versagen der Hilfe der Gemeinschaft führt, etwa weil vermeintliche Arbeitsscheu und Böswilligkeit ihren Träger jener Hilfe unwürdig erscheinen läßt, da werden die Schäden, welche die verkannte Psychose auf dem Wege über Asozialität, Schädigung der Familie, Kinderverwahrlosung usw. setzen kann, so erheblich sein und so nachdrücklich ihrerseits die Mittel der sozialen Gemeinschaft angreifen, daß auch diese Situation sehr wohl den Beispielen für die übermäßige Mittelaufwendung als Folge der Verknennung der Psychose angereiht werden darf. Ob im Bereich der asozialen Schizophrenen die Aufwendung für die beim einzelnen Individuum in buntem Wechselsich folgenden Aufenthalte in Krankenhäusern, Fürsorgeanstalten, Untersuchungshaft, Strafhafte, Arbeitshaus rein rechnerisch größer sind, als diejenigen für eine kontinuierliche Internierung als Konsequenz der richtigen Diagnose, darauf kommt es so sehr nicht an, wie darauf, daß die Mittel im letzteren Falle richtiger und sinnvoller verwendet sein würden. Und wenn weiterhin die Gemeinschaft nicht nur an dem Individuum allein, sondern ebenso an einer von ihm abhängigen Familie interessiert ist, so würde eine solche der richtigen Diagnose folgende Internierung sich manchmal schon durch die Möglichkeit einer endgültigen und abschließenden, auf lange Sicht eingestellten sozialen Rangierung der Familie bezahlt machen können.

Der folgende Bericht möge zu der von *Einzelfall* ausgehenden Betrachtung überleiten:

„Unterzeichnete hat zufolge Auftrags die obengenannte Familie besucht und dieselbe in trostlos verwarlostem Zustand angetroffen. Ein Bild von Schmutz und Verwahrlosung, wie es nicht geschildert werden kann. Solches muß man gesehen haben, um zu begreifen, daß bei uns in Deutschland nur so etwas sein kann. Die Familie besteht aus acht Köpfen, dieselben schlafen in — zwei Betten — d. h. es schlafen immer drei in einem Bett, während Frau N. nach Zigeunerart sich abends ein Bett in der Küche auf dem Boden macht. Die Küche ist das reinste Mistloch, in dem der Mann von Zeit zu Zeit einmal etwas aufräumt, damit man überhaupt noch darin leben kann. Ein großes Zimmer steht vollständig leer, während in den beiden andern nichts steht als zerrissene verwarloste Betten. Von einem Bettbezug oder Bettuch ist nichts zu sehen, ja ein Bett ist nur das nackte Eisengestell, da alles fehlt, Matratze, Kissen und Decken. Ein großer Haufen schmutziger Wäsche liegt auf dem Boden schon seit Monaten, wie der Ehemann selbst zugibt. Nach meiner Schätzung würde diese Menge einer Familie mit sechs bis acht Köpfen vollauf genügen, wenn dieselbe im Stande gehalten würde. Die Böden der Zimmer, ebenso Türen, Fenster und Tapeten starren vor Schmutz. Daß N. sein Geld nicht alles abgebe, entspricht nicht der Wahrheit;

<sup>1</sup> Literatur zu dieser Frage s. bei LEPEL.

gerade der Mann ist es, der immer wieder versucht, etwas Ordnung hineinzubringen, aber an der Unfähigkeit und Faulheit der Frau scheitert alles. Dieselbe arbeitet den ganzen Tag *gar nichts*, sieht immer zum Fenster hinaus. Mitbewohner Familie S. erzählte, daß N. nicht nur das Gemüse und Kartoffeln holen müsse aus dem nur ungefähr hundert Meter weit entfernten Garten, er müsse dasselbe auch putzen, sonst koche es die Frau nicht. Ein *sofortiges* energisches Eingreifen ist *dringend nötig*. Die Frau muß in ein Krankenhaus und beobachtet werden, ob dieselbe überhaupt normal ist. Die drei kleineren Kinder und die Schulpflichtigen gehören weg und das sobald als möglich. Nur der älteste Sohn, der in die Lehre geht, kann beim Vater belassen werden. Von einer Auffrischung im Haushalt durch Wäsche und dergl. muß abgesehen werden, da dasselbe von der Frau in kurzer Zeit veräußert würde und der Erlös davon würde vernascht. Es ist nötig, daß N. vorgeladen und verhört wird, ebenso Frau S. und Frau Peter D., welche beide bei N. wohnen und die traurigen Verhältnisse kennen. Dann gibt N. an, daß die beiden jüngsten Kinder nicht von ihm gezeugt sind, sondern von einem gewissen D., der am Neckarkanal gearbeitet hat. Ein Bruder von diesem D. wohnt jetzt noch bei N. Bezeichnend ist, daß N. mir erklärte, sein 16 Jahre alter Sohn sei von allem unterrichtet und passe genau auf seine Mutter auf und deren Verkehr mit Männern. Einmal schon habe er dieselbe ertappt und zwar vierzehn Tage vor seiner Konfirmation, damals sei N. im Krankenhaus gelegen und der Sohn habe ihm sofort Mitteilung gemacht. Ein Sittenbild, wie es nicht trauriger sein kann und deshalb muß sofort eingegriffen werden und Frau und Kinder vorläufig untergebracht werden, bis das Verfahren durchgeführt ist“.

Der Bericht machte den trostlosen Verhältnissen der Familie wenigstens insoferne ein Ende, als der Rat der Fürsorgerin, die Frau beobachten zu lassen, befolgt wurde. Sie wurde als hebephrene Schizophrene erkannt, es durfte nach der ganzen Verfassung der Frau die dauernde Anstaltsbedürftigkeit angenommen werden, und Mann und Kinder konnten endgültig versorgt werden.

Das Wesentliche ist aber hier nicht dieses Ende, sondern die Tatsache, daß eine allmählich sich entwickelnde Hebephrenie deswegen zu allerschwerster Verwahrlosung der ganzen Familie hatte führen können, weil sie nicht erkannt worden ist. Die übliche Reaktion der kritisierenden Umgebung, die Tendenz zum Moralisieren, klingt auch hier noch in der Bemerkung von der „Unfähigkeit und Faulheit“ nach, wenn auch einige Zeilen später an die Möglichkeit des Nichtnormalseins gedacht wird.

Es ist selbstverständlich, daß Beispiele dieser Verwahrlosung in großer Zahl angefügt werden könnten. Gerade auch da, wo es schließlich doch noch zur Versorgung in der Obhut des Psychiaters kommt, findet die nachgehende Fürsorge, die mit dieser Internierung schon zu helfen beginnt, *ganz außerordentlich oft sehr schwere Schäden, die in der Phase der nichterkannten Psychose gesetzt worden sind*. In dem Beispielsfall hat der Ehemann bis zur Versorgung seiner Frau noch versucht, für seine Familie zu tun was er konnte. Sehr oft ist es eine besonders unerfreuliche Konsequenz gerade der Psychose der Ehefrau, daß der Mann verdrossen und mißmutig durch die üblen Verhältnisse, durch die mangelhafte Sorge für Essen und Wäsche, sich der Familie entzieht und überhaupt weggeht, oder aber — und das ist eine sehr typische Situation — auf dem Wege über das Essen im Wirtshaus ans Trinken kommt.

Unser Beispiel wurde an die Spitze gesetzt, weil es abgesehen von der deletären Auswirkung der Psychose der Ehefrau und Mutter auf die Familie im allgemeinen noch eine besondere Form der Verwahrlosung bei der Kranken selbst demonstriert, die sexuelle Verwahrlosung, von deren allgemeinen Beziehungen zur hebephrenen Schizophrenie schon bei den kriminalpsychologischen Erörterungen die Rede gewesen ist. Es versteht sich von selbst, daß gerade dieser besondere Einschlag der sexuellen Verwahrlosung in besonderem Maße die moralisch orientierte Kritik herausfordert, die „Schlechtigkeit“ betonen läßt, und es ist eine immer wieder sich bestätigende Erfahrung der praktischen sozialpsychiatrischen Arbeit, daß diese moralisierende Einstellung der Anders en ungemein erschwert, die Dinge so zu sehen, wie sie tatsächlich sind, das heißt den krankhaften Kern und Ausgangspunkt zu sehen oder auch nur zu vermuten. Je später aber

diese wahre Ursache erkannt wird, desto mehr haben sich die Verwahrlosungsschäden, die in ganz besonderem Maße die soziale Gemeinschaft angehen, eingefressen.

Bei dem unerkannt hebephrenen Dienstmädchen kommt mitunter der Gefahr der sexuellen Verwahrlosung nicht bloß die spezifische Veränderung der Persönlichkeit, sondern auch der im allgemeinen durch die Hebephrenie gesetzte soziale Abstieg entgegen. Es ist für uns eine charakteristische Sachlage, daß das Mädchen in deutlicher Abhängigkeit von der schizophrenen Wesensänderung die guten Stellen verliert und an schlechtere Stellen mit geringerem Beschütztsein und mit größeren Verführungsgefahren gerät; insbesondere spielen hier die untergeordneten Funktionen in Wirtschaftsbetrieben, Stellen als Spülmädchen, Gemüseputzerin usw. eine Rolle. Abgesehen von dem Interesse, das die Gemeinschaft von ihren Beschützungstendenzen aus an solchen Kranken haben wird, wird sie durch die Beziehungen dieser Form sexuellen Gefährdetseins zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und nicht weniger zum unehelichen Kind berührt, das einerseits als Sproß einer schizophrenen Mutter unter erbbiologischen Gesichtspunkten auf keinen Fall einen wertvollen Zuwachs der Gesellschaft darstellt, andererseits natürlich auch unter den sozialen Gesichtspunkten der Unehelichkeit und der Leistungsbeschränkung bei der Mutter in der Erziehung häufig gefährdet sein wird. Allerdings nicht immer ist das der Fall. Gerade die durch die Erkrankung der Mutter bedingte besonders schlechte soziale Lage des Kindes wird häufig die systematische und durchgreifende, auf lange Sicht eingestellte Fürsorge der Allgemeinheit auf den Plan rufen können, und vor allem kann auch die Geisteskrankheit der Mutter dieser Fürsorge die Möglichkeit verschaffen, den störenden und unsachlichen Eingriff der Mutter in die Erziehung zu verhindern. Häufig erschwert natürlich die hebephrene Gelassenheit und Gleichgültigkeit, mit der nicht selten die sexuelle Attacke erduldet wird, die behördliche Nachforschung nach der Vaterschaft. Die Kranke kann keine brauchbaren Anhaltspunkte dafür geben, wer der Kindsvater sein könnte, und die Gemeinschaft hat Lasten zu übernehmen, die unter anderen Umständen vielleicht einem Einzelnen aufgebürdet werden könnten.

Zwischen der moralisierenden Verkennung der hinter einer Verwahrlosungssituation irgendwelcher Art steckenden hebephrenen Schizophrenie und der völlig sach- und sinngemäßen Einstellung dazu begegnen wir allerlei sozialpsychiatrisch bedeutsamen Nuancen, etwa der Art, daß wohl das Anderswerden erfaßt wird, daß aber die Deutung falsch ist. Mit einer oft zu treffenden Verwechslung von Ursache und Wirkung wird der immerhin auffällige seelische Zustand als Folge der von ihm bedingten Mißhelligkeiten angesehen, und so kommt es zu der Meinung von der Erschöpfung, der Neurasthenie, der Depression usw. Es ist praktisch belanglos, daß der *sachverständige* Arzt sofort das Wesentliche sehen und erkennen würde. Gerade für die sozialpsychiatrische Seite des Schizophrenieproblems ist so wichtig — und das gilt ganz allgemein für unsere Erörterungen —, daß der Krankwerdende sich ja im allgemeinen und zumal bei der hier besprochenen Form der schleichenden Entwicklung der Krankheit gar nicht in erster Linie als arztbedürftiger Mensch manifestiert, daß die auf den *Kranken* gerichtete Aufmerksamkeit erst durch den Wall jener sozialen Auswirkungen der Psychose durchbrechen muß, daß es also zumeist der Laie ist, von dessen Einsicht in die Unzuständigkeit des eigenen Urteils die Gestaltung der Situation abhängig ist. Dabei genügt sehr häufig für die *richtige* Gestaltung „der Arzt“ schlechthin durchaus nicht. Das psychiatrische Wissen des Praktikers reicht gerade diesen schleichend sich entwickelnden schizophrenen Psychosen gegenüber häufig nicht einmal bis zur Einsicht in die

Notwendigkeit, den Facharzt zuzuziehen; vor allem auch deshalb nicht, weil an das wichtigste Hilfsmittel, an die diagnostische Arbeit mit dem Längsschnitt, an das Fahnden nach dem Anderswerden, nach dem „Knick“ in Lebensführung und Lebensgestaltung, fast nie gedacht wird. Hier pflegen häufig die fürsorgerisch arbeitenden Laien mehr zu leisten, als der praktische Arzt.

Jene Anerkennung eines seelischen Verändertseins bei falscher Deutung führt nun aber nicht selten zu den schon erwähnten therapeutisch gut gemeinten, letzten Endes aber falschen Maßnahmen, die abgesehen von Zeitverschwendung und Aufschub des Richtigen deswegen beachtet werden müssen, weil in jeder Fürsorge immer einem Übermaß von Not Mittel gegenüberstehen, die nach der persönlichen, wie nach der materiellen Seite hin beschränkt sind, bei denen also grundsätzlich und immer das sinnvolle Einteilen und Haushalten notwendig ist. Unter diesen Gesichtspunkten sind „Kuren“, „Erholungsaufenthalte“ und dgl. im allgemeinen wenigstens sozialfürsorgerisch als Mittelvergeudung anzusehen. Davon war zuvor schon die Rede. Hier soll noch ergänzt werden: Nur *im allgemeinen* darf man das behaupten, und man würde wiederum eine der sozialpsychiatrischen Eigenartigkeiten im Bereich der Schizophrenie übersehen, wenn nicht gesagt würde, daß manchmal auch eine solche Erholungskur ein von den Interessen der sozialen Gemeinschaft aus gesehen sinnvolles fürsorgerisches Mittel sein kann! Darauf wird nachher in anderem Zusammenhang zurückzukommen sein. Hier soll zunächst auf der Linie der durch die Verkennung der Psychose eingeleiteten unweckmäßigen Maßnahmen noch darauf hingewiesen sein, daß abgesehen von der Mittelvergeudung solche falschen therapeutischen Maßnahmen noch einen weiteren, sozialpsychiatrisch gesehen unter Umständen recht erheblichen Nachteil haben können. Die Erfolglosigkeit der Maßnahmen beeinflußt nicht selten die ganze Haltung der helfenden Exponenten der Gemeinschaft dem Unterstützten gegenüber, der, statt die goldene Brücke zu beschreiten, sich „eben nicht helfen lassen will“; das Moralisieren schlägt durch, die durchgreifende Sanierung der Situation, die über den Kranken hinweg zu erfolgen hätte, bleibt aus, und die Festlegung — natürlich oft auch aktenmäßige Festlegung — des „übelwilligen Psychopathen“ häuft die Schäden, welche menschlicher Irrtum anrichtet, auf die andern, welche in dem Schicksal des Schizophrenengewordenseins ihre Wurzel haben. Es ist durchaus nicht gesagt, daß hier eine Krankenhauseinweisung, die etwa dem über körperliche Mißempfindungen und Störungen der körperlichen Funktionen klagenden hypochondrisch-hebephrenen Kranken zu teil wird, viel Aussicht auf sinnvolles Eingreifen böte. Im Gegenteil: Hatten vielleicht die ersten, mit der sozialen, materiellen, familiären Situation des Kranken befaßten Personen aus der ganzen Beschaffenheit dieser Situation, aus den wenn auch nur unklar erfaßten Wechselwirkungen zwischen dem Kranken und dem Kreis um ihn erkannt, daß etwas in Unordnung sein mußte, so kommt im Krankenhaus die Organdurchuntersuchung bei dem Kranken, dessen Lebensraum nun für das Blickfeld der untersuchenden Ärzte über sein Bett nicht mehr hinausreicht, nur allzuleicht zu dem Urteil des „objektiv nihil“. Unter diesen Umständen kommen natürlich auch die Hilfsmittel einer sozialpsychiatrischen Sanierung über den Kranken weg, etwa als erstes die Einrichtung einer Pflugschaft, um den in Wirklichkeit geschäftsunfähigen Kranken bei den dringlichen Maßnahmen auszuschalten, gar nicht zum Zuge, weil schon an die Bejahung der Geschäftsunfähigkeit als Voraussetzung der Einrichtung einer Pflugschaft ohne Zustimmung des Kranken gar nicht gedacht wird. Auch die Invalidisierung wird häufig auf Schwierigkeiten stoßen, weil sie von falschen Voraussetzungen ausgeht, wenn sie überhaupt angeregt wird. Von den Schwierigkeiten der Invalidisierung auch bei einer diagnostisch abgestempelten Schizophrenie ist schon die Rede gewesen.



Es ist zuvor gesagt worden, daß in besonderen Fällen auch eine unter falschen Voraussetzungen bewilligte „Erholungskur“ oder dgl. ein sinnvoll angewendetes Fürsorgemittel bei solchen verkannten Schizophrenien sein kann. Durchaus nicht jede Schizophrenie des bisher besprochenen Typs *muß* ihren Träger und die von ihm abhängigen Menschen schädigen und von daher, vom Gesichtspunkt der Schadenabwehr aus, die Interessen der Gemeinschaft in Anspruch nehmen. Es gibt andere Kranke, deren soziale Positionen im weitesten Sinne trotz der Psychose intakt bleibt, ja manchmal wird diese Intaktheit der sozialen Position durch besondere Auswirkungen der Geisteskrankheit geradezu gestützt. Das gilt etwa für den schizophrenen Fabrikarbeiter, der in einer monotonen, aber körperlich anstrengenden Arbeit in einer verblüffenden Weise über die Beschwerden weggeht, die ihm aus dem Verlust eines Beines erwachsen; ein anderer schizophrener Arbeiter konnte sich sehr lange durch die ungewöhnlich

so etwa bei den Kindern auf dem Wege: Differenzierte Berufsausbildung — vermehrte Berufsbindung, gesteigerte Berufssicherung — erhöhte soziale Stabilität.

Die Darstellung, die sich den gemeinschaftswichtigen Folgen der nicht-erkannten Psychose zugewandt hat, verläuft in einer Kurve. Waren erst soziale Konsequenzen absteigenden Charakters zu beschreiben gewesen, so folgten die schizophreniebedingten Situationen, in denen trotz der Erkrankung, aber in erster Linie gestützt auf das Nichterkanntsein der Psychose, die soziale Linie keine Abbiegung nach unten erfährt, und schließlich haben wir uns geradezu einer im Zusammenhang mit der nichterkannten Schizophrenie aufsteigenden sozialen Linie zuzuwenden. Freilich, es handelt sich hier nur um vereinzelte Fälle, auch pflegt diese Art von Aufstieg nicht sehr erheblich zu sein, und regelmäßig sind es besondere Umstände in der zufälligen Konstellation der äußeren Situation, welche eine solche Utilisierung der Psychose fördern. Immerhin, wir kennen das Dienstmädchen, das wegen seiner hebephreniebedingten „Zurückhaltung“ und „Feinheit des Benehmens“ zur Gesellschafterin aufsteigt, und den hebephren-autistischen Angestellten, der im Bereiche einer vor allem auf Stereotypie aufgebauten Arbeit wegen seiner besonderen Zuverlässigkeit eine gehobene Vertrauensstellung sich erwirbt. Daß es sich bei Kriegsteilnehmern, die sich wegen ihrer Unerschrockenheit, wegen ihrer „Ruhe in besonders aufregenden Situationen“, besondere Anerkennung erworben haben, in einzelnen Fällen um Schizophrene gehandelt hat, ist bekannt.

Die praktische sozialpsychiatrische Beschäftigung mit der Schizophrenie ergibt natürlich eine solche Fülle von besonderen und charakteristischen Situationen an der Berührungsstelle von Individuum und Umwelt, daß alle Schematisierungen das lebendige Geschehen zu erdrücken und abzutöten scheinen. So seien abseits von einer der Methode nach exakten Linienführung weiterhin einige solche charakteristischen Situationen angedeutet, die sich noch auf die nichterkannte Psychose beziehen. Von bestimmten Vermutungen, die sich einem in seinem Erkranktsein nicht erkannten Individuum von seiten der Andern entgegenstellen können, war wiederholt schon die Rede; die Vermutung der Bosheit, der Widerspenstigkeit, des schlechten Willens gehört hierher; diese Vermutung macht sich natürlich auch im speziellen Bereich der *behördlichen* Einstellung zum Kranken immer wieder geltend und stört die Durchführung der an sich nötigen richtigen Maßnahmen. Spezielle polizeiliche Berufsvermutung geht etwa die seit langem unerkannt schizophrene Patientin an, die stumpf und gleichgültig und die Antwort verweigernd am Bett ihrer plötzlich verstorbenen Mutter sitzend gefunden wird und sich so „auffällig“ benimmt, daß der lebhafteste Verdacht auftaucht, die Kranke werde wohl die Mutter durch Gift aus dem Wege geschafft haben.

Sicher liegt darin nicht nur etwas Zufälliges und Einmaliges und daher für die Übertragung ins allgemeine Belangloses. In dem speziellen Fall konnte die Mordvermutung keine praktische Bedeutung gewinnen, aber unter den unerkannt bleibenden Schizophrenen wird sich immer einmal wieder einer finden, der sich durch ein Benehmen „verdächtig“ macht, das in Wirklichkeit nur die Folge der Krankheit ist. Ja, ein Verhalten, das sich unter der Wirkung der chronischen Schizophrenie dem Optimum des vom korrekten Bürger verlangten Benehmens annähert, kann unter dem Gesichtswinkel jener polizeilichen Berufsvermutung in besonderem Maße den Verdacht der asozialen Lebensführung aufkommen lassen. Wenn bei einer unerkannt schizophrenen Patientin in an sich bedrängter wirtschaftlicher Lage die autistisch-pedantische Eingengttheit unter anderem zum sorgfältigen Aufsammeln aller der kleinen pekuniären Mittel geführt hat, die nicht unbedingt zu einem Leben im kümmerlichsten Sinne des Wortes notwendig waren, und wenn die Polizeimeldung daraus

schließt, daß das Mädchen der Gewerbsunzucht nachgegangen sein müsse, so enthüllt sich auch hier eine charakteristische Seite jener Gefahren, die von seiten der Gemeinschaft und ihrer Exponenten aus jenen vorurteilserfüllten primären Vermutungen heraus entstehen können.

Unter die Beispiele einer Gefährdung des unerkannt Schizophrenen durch die amtliche Meinung kann etwa noch der Schizophrene eingereiht werden, der unrichtigerweise und mit unzumutbaren Konsequenzen in der Liste der „gerichtsbekanntem Querulanten“ läuft. Andererseits muß aber natürlich auch der Schaden erwähnt werden, welchen der unerkannt Schizophrene der Gemeinschaft und ihren Gliedern auch dann zuzufügen vermag, wenn es sich nicht um die schon besprochenen typischen Situationen der Gefährdung von Leben und Gesundheit der anderen durch eine akut ausbrechende Psychose, deren Anfänge nicht erkannt worden sind, der Schädigung der Nächsten durch die Verwahrlosung des hebephrenen Verödeten, der Mittelvergeudung infolge falscher Deutung einer hypochondrisch gefärbten Schizophrenen usw. handelt. Wenn zuvor gerade forensische Situationen herausgegriffen wurden, so sei in diesem Zusammenhang etwa noch der unerkannt schizophrenen Zeugin gedacht, die in einem Strafverfahren wegen Beleidigung auf Grund eigener krankhafter Erlebnisse bestätigt, daß „in dem Haus der streitenden Parteien tatsächlich sehr viel geschimpft wird“. Gestreift sei auch die immer wieder zu machende Erfahrung, daß etwa bei einer Entmündigung oder auch bei der Internierung eines manifest schizophrenen Kranken von seiten eines unerkannt schizophrenen Angehörigen unter Umständen erhebliche Schwierigkeiten entstehen können.

Vor einigen Jahren wurden die Behörden in Stuttgart durch sehr zahlreiche anonyme Zuschriften in eine gewisse Unruhe versetzt. Diese Zuschriften hatten immer wieder denselben Inhalt: Im Bürgerhospital würden Experimente mit Lues an Menschen gemacht. Nicht bloß die Opfer dieser Experimente, sondern auch die Stadt selbst sei durch diese gewissenlose Tätigkeit der Ärzte gefährdet. Es sei höchste Zeit, daß von seiten der Behörden eingegriffen werde usw. Nachforschungen ergaben als Schreiber dieser anonymen Zuschriften einen pensionierten Beamten, bei dem sich, wie sich nun zeigte, eine schwere Schizophrenie entwickelt hatte und bei dem dann die autistisch-zerfahren-verschrobene Harmlosigkeit, mit der er sich nach der Aufnahme im Bürgerhospital sofort in die Gleichförmigkeit des Anstaltslebens fügte, ohne irgendwelche Schwierigkeiten zu machen, in einem grotesken Gegensatz zu der Aktivität stand, die man an sich nach der Art seines Denunzierens vermutet hatte.

WILMANNs berichtet (persönliche Mitteilung) aus seiner Gutachtertätigkeit von einem in seinem Heimatort für völlig gesund gehaltenen Handwerker, der eine Wirtstochter anzeigte, sie habe die ganze Nacht hindurch mit dem Lehrer, dem Gemeindevorsteher und anderen Sexualverkehr. Der Leumund des Mädchens war ausgezeichnet, doch dauerte es lange, bis der Verdacht auf eine geistige Erkrankung des Anzeigers sich durchsetzte. Die psychiatrische Untersuchung ergab eine schizophrene Halluzinose. Der Kranke gab u. a. an, daß die „Schweinerereien“ am besten von ihm gehört würden, wenn er das Fenster schließe. Bei offenem Fenster könne er wegen des Rauschens des vor seinem Hause fließenden Baches die Stimmen nicht hören!

Von den Schwierigkeiten, welche der *fürsorgerischen* Arbeit gelegentlich von schizoiden und unerkannt schizophrenen Persönlichkeiten in der Umgebung des betreuten Kranken erwachsen können, wird am Schlusse dieses Kapitels noch besonders zu reden sein.

Die Fragen, welche die soziale Gemeinschaft im Bereich der Internierung, des Interniertseins und der Entlassung des schizophrenen Kranken angehen, sind an anderer Stelle besprochen worden, und so soll nun erörtert werden, in welcher Art der *interniert gewesene Kranke* mit der Gemeinschaft in Berührung kommen kann. Das Interniertgewesensein wird sich in den Beziehungen zwischen Individuum und Allgemeinheit in mehrfacher Hinsicht auswirken können. Einmal bedeutet natürlich die Irrenanstalt an sich in der Meinung der Umwelt

eine Abstempelung, die sich zumal in den sozialen Schichten, welche uns hier in erster Linie interessieren, häufig genug in einem unzweckmäßigen, rücksichtslosen und so auch die fürsorglichen Wiedereingliederungsbemühungen störenden und durchkreuzenden Verhalten dem Kranken und der Umgebung gegenüber ausdrückt. Hier liegt natürlich nichts speziell der Schizophrenie Zukommendes vor; auch der manisch-depressive Kranke hat darunter zu leiden und bekommt gelegentlich mit dem Unterton der Herabsetzung zu hören, daß er ja schon in der Anstalt gewesen sei. Immerhin steht doch auch hier die Schizophrenie praktisch im Vordergrund, weil sie zahlenmäßig die meisten der in der Anstalt gewesenen Kranken liefert und dann natürlich auch, weil die Manifestationen der mehr oder wenig sinnfällig vorhandenen chronischen Psychose oft in besonderem Maße geeignet sein werden, jene despektierliche Reaktion der Andern hervorzurufen.

Wichtiger als dieses Verhalten der Masse gegenüber dem notorischen Geisteskranken sind aber nun die Konsequenzen aus der diagnostischen Klärung, für welche selbstverständlich die vorangegangene Aufnahme in Klinik oder Anstalt nicht die *conditio sine qua non* ist, die aber praktisch gesehen gerade bei der Schizophrenie doch wohl zumeist auf dem Wege über die Internierung erfolgen wird. Für die weiteren Erörterungen sei von jenem — klinisch natürlich in unendlichen Variationen sich präsentierenden — Mittelzustand ausgegangen, bei dem einerseits Symptome der schizophrenen Wesensänderung noch einwandfrei vorhanden sind, der Kranke andererseits aber seiner Umgebung nicht mehr als schwer und ausgesprochen kranker Mensch imponiert. Diese etwas primitive Einstellung zur Materie mag deshalb erlaubt sein, weil ja hier immer dieser Blick auf den Kranken von der Gemeinschaft der Andern her das Wesentliche ist. Das zentrale Problem nach der Entlassung ist natürlich das der Arbeit, die Frage, kann der Kranke arbeiten, was kann er arbeiten, was kann ihm zugemutet, von ihm verlangt werden? Es muß die Allgemeinheit schon deshalb interessieren, wie es mit der Leistungsfähigkeit eines mit der üblichen „Besserung“ ins Leben entlassenen Kranken bestellt ist, weil von dieser Leistungsfähigkeit des Kranken ja Maß und Art der Hilfeleistung der Allgemeinheit bestimmt wird. Es liegt in der Richtung der ordnenden Prinzipien, mit denen die Allgemeinheit und vor allem ihre behördlichen Exponenten den entlassenen Kranken umfassen, daß möglichst die Prozentzahl der Leistungsfähigkeit festgelegt werden soll. Aber dem entzieht sich die Schizophrenie und daß sie sich dem entzieht, daß der Verlauf der Krankheit, die klinischen Merkmale der noch bestehenden Veränderungen, niemals eine Abschätzung der Leistungsfähigkeit ermöglichen, daß grundsätzliche, aus der Natur der Erkrankung als seelischer Allgemeinerkrankung resultierende Gegebenheiten die Beurteilung beeinflussen müssen, wiederum: daß auch dem Laien sich keine Merkmale präsentieren, nach denen er sein eigenes Urteil über die Leistungsfähigkeit orientieren, mit denen er die Parallelen zu den ihm geläufigeren Schätzungen im Bereiche der körperlichen Leistungsbeschränkung finden könnte — alles das macht nun auch jene Stellungnahme der sozialen Gemeinschaft dem chronisch kranken Individuum gegenüber sehr kompliziert. Die Wirklichkeit des Leistens und Nichtleistens sieht so bunt wie möglich aus, und im Grunde wiederholt sich vieles, was schon in der Phase der nichterkannten Psychose die Situation kennzeichnete. Zwischen der autistischen Versunkenheit in der Psychose mit der völligen Loslösung von jeder Arbeitsverrichtung am einen Ende und am anderen Ende der vollen Leistung in der Arbeit, unter Umständen in einer differenzierten Arbeit, bei Frauen in Haushaltführung und Kindererziehung, spannt sich weit die Menge der reduzierten Leistungen, wobei sich die Reduktion auf Quantität und Qualität der Leistung, wie auf das Maß des zugewandten Interesses und dessen Konstanz,

auf die Anpaßbarkeit der Leistungen an neue Anforderungen, auf situationsbedingte Variabilität wie auf die Fähigkeit der richtigen Abschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, wie endlich etwa auf die Hemmung oder Unterbrechung sinnvoller Leistung durch querfahrende Antriebe zu sinnloser Tätigkeit beziehen kann. Das alles entzieht sich der schematischen Einordnung in eine mit exakten Prozentzahlen anzufundene Leistungersatzpflicht der Allgemeinheit; nichts ist im Rahmen der sozialpsychiatrischen Außenarbeit schwerer zu beantworten, als jene nach dem üblichen Schema erfolgenden Fragen der unterstützenden Instanzen, der Kassen, der Fürsorge- und Wohlfahrtsämter, der Landesfürsorgebehörde usw., wenn sie sich auf die Leistungsfähigkeit solcher in die Freiheit zurückgekehrter Schizophrener beziehen<sup>1</sup>. Vor allem: Es darf niemals mit einer Konstanz einer einmal angenommenen Leistungsbreite gerechnet werden; aus den Besonderheiten der Krankheit und ihrer Verlaufsarten heraus muß jederzeit die Möglichkeit des Wechsels in der tatsächlichen Leistung in die Berechnungen eingestellt werden. Auf der andern Seite wiederum handelt es sich auch nicht um die Notwendigkeit eines tatenlosen Hinnehmens schicksalsmäßiger Gegebenheiten. In einem gewissen Maße und bei geeigneten Fällen läßt sich auch die Leistungsfähigkeit beeinflussen, variieren, in ihrer Zielgerichtetheit beeinflussen; allerdings wird sich im Grunde das Biegen im allgemeinen weniger auf den Schizophrenen als auf die an ihn herangebrachte Arbeit zu beziehen haben. Es gelingt immer einmal wieder, über die Leistung in einer an die Eigenart des Kranken heranmodellierten Arbeit diese Leistung allmählich herkömmlicher und üblicher Arbeit anzupassen. Sicher steckt auch in der Arbeitsanpassung des charakterologisch bis auf den Grund durchschauten Psychopathen sehr viel Unberechenbares, auch ein „Haltloser“ verhaftet sich da und dort eines Tages Un erwartet mit einer ihm gebotenen besonderen Konstellation der wirtschaftlichen und sozialen Einreihungsmöglichkeit bis zur sozialen Stabilität, aber es ist doch immer eine besonders reizvolle und dankbare Aufgabe der fürsorglichen Außenarbeit, sich gerade um Schizophrene der genannten Art zu bemühen. Keineswegs nur, weil das Undurchsichtige der schizophrenen Verhaltensweisen unter anderen auch jene Möglichkeit des Übergangs zur positiven Leistung offen läßt, mehr noch deshalb, weil ein unschematisch variiendes und tastendes Versuchen mit der Heranführung an die Arbeit vielleicht häufiger als bei den Psychopathen Erfolge und dann nicht selten besonders stabile Erfolge erzielt, wenn nicht der Verlauf der Psychose selbst und ihr Wiederakutwerden diese Erfolge umwirft, eine Möglichkeit, die natürlich in die ganzen Kalkulationen der stabilisierenden Fürsorgearbeit an sich schon einbezogen werden muß.

Zu warnen ist vor der Meinung, als ob es angebracht und wünschenswert sei, dem arbeitswilligen und mit den beschriebenen Einschränkungen arbeitsfähigen Schizophrenen ganz *schematisch* nur die sog. „leichtere Arbeit“ als für ihn geeignet zuzusprechen. Es ist angesichts der ganzen Lage des Arbeitsmarktes an sich schon sehr schwer, *irgend* eine Arbeit für solche Menschen zu beschaffen, und mit dem, was unter der „leichteren Arbeit“ verstanden wird, geht es noch viel schwerer. Tatsächlich bestehen zwischen der Krankheit und ihren Symptomen auf der einen Seite, jener leichten Arbeit auf der andern Seite im *Prinzip* und im allgemeinen gar keine Beziehungen; nur der besondere körperlich-seelische Zustand des *einzelnen Kranken* kann hier die Unterlage der Entscheidung bilden. Wenn die Fürsorge einer in ordentlichem Zustande entlassenen jungen Schizophrenen eine für sie nach den ganzen äußeren Umständen sehr geeignete Arbeit als Büglerin verschafft, und wenn dann der Hausarzt unter Hinweis auf die

<sup>1</sup> Vgl. dazu das oben bei den Invaliditätsfragen Gesagte.

Notwendigkeit „leichter Arbeit“ vom Bügeln abrät, weil die aufsteigenden Dämpfe dem Gehirn besonders schädlich seien, um damit dem Mädchen die mühsam durchgeführte soziale Stabilisierung wieder zu nehmen, so belegt dieses Beispiel wohl am besten, was mit der Warnung vor dem Schema der leichten Arbeit gemeint sein will.

Auch alles das, was in den Bereich der „Schonung“ gehört, wird im Blick auf die Rückfallsgefahr bei sehr gebesserten in die Arbeit zurückkehrenden Schizophrenen durchaus nicht grundsätzlich zu empfehlen sein. Wir werden immer wieder differenzierte Kranke in unsere fürsorgerische Betreuung bekommen, bei denen schon mit Rücksicht auf die bessere Versorgung und Sicherung, die unter Umständen bei einem Rückfall gegeben ist, aber auch aus psychotherapeutischen Gründen, im Blick auf die Hebung des Selbstwertgefühls, intensivste Leistung und Ausnützung jeder Möglichkeit zur sozialen Wiedereinordnung anzuraten ist.

Wenn man von der Annahme ausgeht, daß fürsorgerische Maßnahmen, welche auf die Stabilisierung in der Arbeit abzielen, eine Leistung der Allgemeinheit am kranken Individuum sind und so natürlich auch in ihren Erfolgen die Allgemeinheit zu interessieren haben, so müssen in dieses Interesse auch jene Eingriffsnotwendigkeiten einbezogen werden, welche die wiederum von der Allgemeinheit herkommenden Störungen in dieser Arbeitssituation beseitigen oder verringern wollen. An die Spitze ist natürlich auch hier wieder die Abwehr der moralisierenden Falschdeutung schizophrenebedingter Sonderbarkeiten des Verhaltens mit ihren Konsequenzen zu setzen. Es ist selbstverständlich, daß hier das Wesentliche von der auf den Einzelfall gerichteten Aufklärung geleistet werden muß. Die in rascher Entwicklung sich befindende psychiatrische Krankenhaus- und Außenfürsorge findet hier eine wichtige Aufgabe, wenn sie ihre aufklärenden Bemühungen an die Menschen um den Kranken wendet. Aber auch die amtliche Meinung bedarf da und dort einer entsprechenden Orientierung. Wo die offizielle Auffassung eines Amtes, etwa einer Fürsorgebehörde, auf die Besonderheiten der Schizophrenie einigermaßen geschult und vor allem daran gewöhnt ist, die Meinung des sachverständigen Beraters gelten zu lassen, wird jene falsche Beurteilung zwar da und dort einmal bei den das Amt repräsentierenden Menschen mitschwingen, aber sie wird im allgemeinen keinen Schaden anrichten. Anders da, wo die Seltenheit einer sozialfürsorgerischen Begegnung mit einer Schizophrenie, so etwa bei einer ländlichen Ortsfürsorgebehörde, der üblichen Laienmeinung zum Siege über eine von der entlassenden Anstalt ausgehende Weisung verhilft. Hier braucht es unter Umständen sehr nachdrücklicher Belehrungen, unter Umständen auch des Aufrufs der Hilfe vorgesetzter Behörden, um irgend einem geplagten Schizophrenen zu der Behandlung zu verhelfen, die ihm not tut.

Der psychiatrischen Außenfürsorge ergibt sich immer wieder einmal die Notwendigkeit noch anderer über die Belehrung von Behörden, Arbeitgebern, Mitarbeitern usw. hinausgehender Bemühungen, welche darauf abzielen, die Gefährdung einer an sich genügenden Arbeitsleistung durch unabhängig davon sich geltend machende Manifestationen der Krankheit zu verhindern und so dem Kranken, den von ihm abhängigen Menschen und letzten Endes wieder der sozialen Gemeinschaft den Arbeitsgewinn zu sichern. Zumeist handelt es sich um Aktionen, wie sie einer differenzierten und beweglichen, vom Schema losgelösten und ihre direkten und indirekten fürsorgerischen Möglichkeiten beherrschenden psychiatrischen Außenfürsorge auch sonst angesichts seelisch abnormer Menschen geläufig sind. Wohl färbt natürlich immer einmal wieder die Notwendigkeit, sich mit einer schizophrenebedingten Situation zu befassen, auch die Maßnahmen der Hilfe, aber dieser Einfluß der Schizophrenie ist hier im

allgemeinen nicht so erheblich, daß auf viele Einzelheiten eingegangen werden müßte. Nur *eine* charakteristische Hilfeleistung, die sich noch einmal in besonderem Maße auf den Auswirkungen gerade der Schizophrenie aufbaut, sei noch geschildert.

Unsere vom Einzelfall ausgehende Darstellung hat mit einem Beispiel eingesetzt, das die Zerstörung der Familie durch eine lange Zeit unerkannt schizophrene Mutter belegte. Eine solche sozialpsychiatrische Situation ist wohl mit Recht an die Spitze gesetzt worden, denn diese Art der Familienstörung und -zerstörung begegnet ja der psychiatrischen Außenfürsorge immer und immer wieder, wenn der Mittelpunkt der fürsorgerischen Eingriffsnotwendigkeit ein Schizophrener oder eine Schizophrene ist. Auch wenn etwa eine paranoid-schizophrene Mutter sich in einem oft erschütternden Kampfe mit der Psychose und mit ihren Wahngebilden um die Kinder bemüht, treffen wir sehr oft ein für die Entwicklung der Kinder gefährliches Infiziertsein von den Ideen und Befürchtungen der Mutter, ja manchmal ein förmliches Hysterisiertsein. Die Fürsorgerin trifft in der Wohnung Kinder, die zitternd alle Vorsichtsmaßnahmen beim Öffnen der Wohnung anwenden, die vor Aufregung weinen und schreien, wenn sich jemand der Wohnung nähert, der ihnen aus den Wahnideen der Mutter heraus als Feind erscheint, die ruhelos lauschen, ob die Feinde kommen, Kinder, die abgemagert und elend sind, weil sie aus Angst vor Gift zu Hause nicht mehr recht zu essen wagen.

Von all dem soll aber nun an dieser Stelle nicht noch einmal ausführlich die Rede sein. Jetzt sollen jene andern Situationen behandelt werden, bei denen die Psychose für den Psychiater einwandfrei vorhanden ist, bei denen nun aber — die kranke Familienmutter sei als Beispiel gewählt — trotz der Psychose die Funktionen der haushaltführenden und kindererziehenden Familienmutter genügend, ja sogar gut erfüllt werden, und bei denen jene ungünstige Wirkung auf das Verhalten der Kinder ausbleibt. Hier kann die Stabilität der Situation von anderer Seite her gefährdet werden. Die Unfähigkeit der Kranken, sich in das Leben in der Mietskaserne, in den Verkehr mit andern, durchaus nicht grundsätzlich wohlwollend gesinnten Mithausbewohnern zu fügen, die Äußerung von schizophreniebedingten, in dem besonderen Milieu sofort mißverstandenen und falsch gedeuteten paranoiden Ideen stört unter Umständen jene positiven Leistungen, und diese sind durch Beschwerden bei der Polizei, durch Wiederweisungmaßnahmen usw. gefährdet. Der charakteristische fürsorgerische Eingriff, der hier erwähnt werden soll, ist die *zweckmäßige Wohnungsauwahl*. Gelingt es hier, durch eine Veränderung der Wohnungsverhältnisse jene Schäden zu vermindern, so kann dadurch unter Umständen ein Familienverband erhalten bleiben, dessen Auflösung oder dessen Fortführung ohne die Familienmutter primär und sekundär die Gemeinschaft in mancher Hinsicht belasten würde.

Es mag vielleicht überraschend erscheinen, wenn der Wohnungswechsel bei einem paranoiden Schizophrenen als Hilfsmittel der Fürsorge empfohlen wird. Natürlich ist auch nicht ein Wohnungswechsel schlechthin gemeint. Aus speziellen Stuttgarter Erfahrungen heraus ist an den Übergang von der Mietskaserne in das Einfamilienhaus der Siedlung gedacht, ein Situationswechsel, der gerade die aus dem engen Zusammenwohnen mit unverständigen und konfliktbereiten andern Familien entstehenden Schwierigkeiten sehr erheblich zu verkleinern vermag. Wenn, wie in Stuttgart, die betreuende psychiatrische Instanz, das Fürsorgeamt, das an den Auswirkungen der Psychose interessiert ist, das Wohnungsamt, das den Wohnungstausch zu genehmigen und zu leiten hat, und schließlich das Liegenschaftsamt, das die Siedlungen verwaltet, derselben städtischen Zentralverwaltung unterstehen, ist die Grundlage für eine solche riskante, aber unter Umständen in ihren Folgen recht erfreuliche Sanierung schizophreniebedingter Schäden in besonders günstiger Weise geschaffen.

Auch wenn eine so durch den Wohnungswechsel verbesserte Situation eines Tages wieder durch die Internierungsnotwendigkeit im Zusammenhang mit

der Steigerung der psychotischen Erscheinungen und mit dem Anrichten von Schaden anstelle der ursprünglichen Arbeitsleistung unterbrochen wird, so widerlegt sich damit der die Gemeinschaft angehende Nutzen einer solchen fürsorgerischen Maßnahme für die Zeit, da jene haushälterischen und erziehenden Funktionen trotz der Psychose genügen, durchaus nicht. Wertvoll für die Familie und darüber hinaus für die Gemeinschaft kann jedes Jahr sein, das die heranwachsenden Kinder in ihrem natürlichen Familienverband verbringen; in besonderem Maße wird sich das in den Schichten, die wir bei allen unseren Erörterungen in erster Linie beachtet haben, etwa geltend machen können, wenn so der Übergang in die Lehrzeit erreicht werden kann.

Freilich, hier am Gegenpol unserer einleitenden Bemühungen um ein Erfassen des Grundsätzlichen und Allgemeinen in den Beziehungen zwischen Schizophrenie und sozialer Gemeinschaft, im Gebiete des in der praktischen Fürsorgearbeit sich repräsentativ darbietenden Einzelfalles, drängt sich noch einmal mit besonderer Betontheit auf, welche verwirrende Kompliziertheit gerade aus dem Wesen der Schizophrenie allen diesen die Gemeinschaft interessierenden Problemen erwächst. Wohl kann jedes Jahr des Erhaltenbleibens einer Familie im bestimmten Falle für die Kinder ein Gewinn sein, aber — eine kleine Nuance im Verhalten der kranken Mutter, so gering, daß sie die klinischpsychiatrische Differenzierung der Zustandbilder gar nicht interessiert, und schon ist sozialpsychiatrisch alles verschoben; die Toleranzgrenze der kindlichen Seelen jenen Manifestationen der Psychose gegenüber ist überschritten, und das größere soziale Interesse liegt bei der Auflösung der Familie und der anderweitigen Versorgung der Kinder. Oder: im schicksalsmäßig bestimmten Ablauf der Psychose liegt beschlossen, daß die Zeit der relativen Ruhe und der Brauchbarkeit der Kranken abläuft, ehe in der Erziehung der Kinder ein bestimmtes Ziel erreicht ist, und schon sind vielleicht jene relativ stabilen Jahre ein Nachteil geworden; es wäre nun günstiger gewesen, wenn das frühe endgültige Ausscheiden der kranken Mutter eine frühzeitige und damit rechtzeitige Überführung der Kinder in die neue Erziehungssituation ermöglicht hätte.

Die Unberechenbarkeit, die im klinischen Bilde der Schizophrenie eine so wichtige Rolle spielt, die uns bei den Fragen der Internierung und der Entlassung so stark beschäftigt, muß auch im Rahmen der fürsorgerischen Betreuung des aus der Krankenhauspflge entlassenen Schizophrenen immer wieder in Rechnung gestellt werden, und wenn damit noch einmal ein Umstand genannt ist, der unsere helfende Arbeit zu erschweren geeignet ist, so mag am Schluß unserer Darlegungen noch einer weiteren zur Schizophrenie gehörenden Situationsbesonderheit gedacht sein, die sich ebenfalls im Sinne der Erschwerung oder Lahmlegung der fürsorgerischen Arbeit auswirken kann.

Es schien notwendig zu sein, zu Beginn unserer Darstellung darauf hinzuweisen, daß manchmal wohl eine präpsychotische Wesensstruktur des späteren Schizophrenen, sofern sie die Züge des Schizoids trägt, schuld daran sein kann, daß Bindungen zwischen dem Schizoiden und seinem Lebensraum unterbleiben, die später dem schizophoren Gewordenen gegenüber im fürsorgerischen Sinne hätten nützlich werden können. An dieser Stelle soll in *anderem Sinne* das Problem: Schizoid-Fürsorge noch einmal aufgenommen werden. Wir stoßen in unserer Fürsorgearbeit bei Schizophrenen immer einmal wieder auf eine eigenartige Situation, die durch ein sonderbar ablehnendes, kaltes, „unansprechbares“ Verhalten der Angehörigen des Kranken gekennzeichnet wird. Wir erleben nicht den aktiven, groben und polternden Widerstand, wie in manchen Trinker- und Psychopathenfamilien, aber doch kommen wir nicht durch, wir stoßen an die bekannte unsichtbare Wand. Es ist kein Zweifel, daß diese Wand



von der im Umkreis der manifest Schizophrenen ab und zu zu findenden schizoiden Färbung von Wesen und Art der Angehörigen gebildet wird; man verschließt sich autistisch-uninteressiert den fürsorgerischen Anregungen, man legt durch passiven Widerstand die fürsorgerische Arbeit lahm, oder aber man verbrämt diesen Widerstand mit weltanschaulichen Verschrobenheiten, sieht das Heil in einer Rohkostkur oder dgl. und „versteht den Kranken überhaupt besser, als die Herren Ärzte, die nichts anderes wissen, als Spritzen zu geben“.

Es braucht nicht immer ein in dieser Art schizoid unterbauter Widerstand zu sein, der sich störend in der fürsorgerischen Arbeit bemerkbar macht. Es gibt Situationen, in denen der Kranke trotz seiner Krankheit, ja durch seine Krankheit seine Angehörigen, auch ohne daß diese jenen schizoiden Einschlag hätten, so beherrscht, daß unabänderlich und unbeeinflußbar in den Auseinandersetzungen der Angehörigen mit den fürsorgerischen Anregungen sich der Wille des Kranken selbst kundgibt.

Mit 37 Jahren erkrankt der begabte, in seiner Stellung angesehene Ingenieur an einer akuten Schizophrenie, kommt in eine Anstalt, wird vom Vater gegen ärztlichen Rat weggeholt und lebt nun seither in Wahnideen und Verschrobenheiten versponnen bei den Eltern. Der Vater ist ein pensionierter städtischer Arbeiter. Beide Eltern sind einfache, äußerst rechtschaffene Leute und leben in sehr bescheidenen Verhältnissen; sie haben alle Ersparnisse auf den begabten Sohn verwendet, waren und sind stolz auf ihn und leben und denken nur für ihn und mit ihm. Die Krankheit sehen sie im Grunde nicht, und sie lassen sich im Handeln und in der Lebensführung bis ins einzelne von dem Kranken bestimmen. Die an sich nötige fürsorgerische Hilfe wird von ihnen strikte abgelehnt, weil der Sohn, ein von Haus aus charakterlich sehr hochstehender Mensch, in der Psychose jede von außen kommende Hilfe ablehnt; die Eltern folgen ihm auch darin aufs Wort.

Auf der andern Seite ist es bei den Angehörigen mitunter gar nicht nur schizoide Art, aus der jene Ablehnung erwächst, sondern ein zwar nicht bekanntes, aber tatsächlich vorhandenes Schizophrensein, eine Situation also, in der wir nun zum Schluß noch einmal mit der Bedeutung der nicht erkannten schizophrenen Psychose in Berührung kommen.

Als die Tochter des Schmiedes Sch. an einer akuten Schizophrenie erkrankt war, fiel schon auf, daß der Vater die Leihbibliothek verklagen wollte, weil sie Hexenbücher ausleihe, die seine Tochter krank gemacht hätten; es war MERESCHKOWSKYS *Lionardo da Vinci*, dem er diese Verhexung zugetraut hatte. Gegen ärztlichen Rat holte der Vater die Tochter aus der Anstalt, und sie war und ist imstande, dem verwitweten Vater den Haushalt, von einigen Absonderlichkeiten abgesehen, gut zu führen. Die fürsorgerische Überwachung der Tochter ist durch das Verhalten des Vaters sehr erschwert. Er entwickelt ein förmliches System, um die Tochter dem vermeintlich ungünstigen Einfluß der Nachbarn zu entziehen, die ihrerseits dem mißtrauischen Alten aus dem Wege gehen; er fordert nach wie vor in aufgeregter Art, daß man jetzt endlich nach den schuldigen Personen suche, die seine Tochter behext hätten, das müsse aufgedeckt werden und wenn es zum Totschlag komme. Dabei arbeitet er fleißig als Schmied und verdient gut seinen und seiner Tochter Unterhalt.

Die jetzt 45 Jahre alte Frau L. wurde der Fürsorgestelle des Bürgerhospitals Stuttgart von der Heilanstalt, in der sie 12 Jahre untergebracht war, als Revers-Entlassene zur Übernahme in die Fürsorge gemeldet. Dieser Meldung war die Bemerkung angefügt, die Mutter der Patientin sei selbst „merkwürdig“, und es sei fraglich, ob sie ihre kranke Tochter versorgen könne und ob sie eine Überwachung durch die Fürsorgeschwester überhaupt dulden werde. Tatsächlich traf man bei den ersten Hausbesuchen regelmäßig einen Zettel, Frau L. sei nicht zu sprechen. Nur durch einen Zufall gelang es, bei einem späteren Besuch in die Wohnung zu kommen. Die Kranke erwies sich verhältnismäßig gut versorgt, aber die Mutter bemerkte sofort, daß der liebe Gott die Behandlung übernommen habe und daß sie selbst mit den „Geistwesen“ besser fertig werde als die Ärzte und die Pfleger der Anstalt.

Das Befinden der Patientin verschlechterte sich, sie wurde erregt, mißhandelte die Mutter, mißhandelte auch einmal eine kleine Nichte, aber die Mutter ließ sich dadurch

nicht beeinflussen und war überzeugt, daß Gott es nicht zulassen werde, daß die Kranke dem Kinde etwas antue, und wenn er es zulasse, dann sei es recht.

Es ergab sich dann weiterhin, daß nicht etwa bloß die selbst geistesranke Mutter ihren Einfluß auf Frau L. ausübt (und damit natürlich die Fürsorge außerordentlich erschwert), sondern daß auch noch eine einer bestimmten religiösen Gemeinschaft angehörende Frau, aus der, wie uns berichtet wurde, „die Stimme Jesu redet“, sehr beteiligt ist. Diese „Schwester“ beherrscht offenbar die Familie. Eine Zeitlang wurde die Kranke in der Familie eines anderen Gemeinschaftsgliedes untergebracht und bei einer Rücksprache der Fürsorgerin in dieser Familie wurde klar, daß es sich um Gesundheitsbetet handelt. Man betet mit der Kranken und leitet sie mit dem Blick, wobei man ihr die Hände auf den Rücken legt. Man sprach von Anfechtungen der Patientin und davon, daß die Geister nicht von ihr ablassen werden, ehe die Kranke nicht die Kraft habe, gegen ihre Onanie anzukämpfen.

Derweil ist mit der Mutter natürlich auch kein vernünftiges Wort über die Versorgung der Tochter zu reden. Sie nahm zwar die Tochter eines Tages wieder zu sich, zieht sich aber immer mehr zurück, betet, erlebt Gebetserhebungen und befindet sich in einer glücklichen und gehobenen Stimmung. Die Besuche der Fürsorgerin bei der Tochter werden immer wieder einmal abgelehnt mit der Begründung: „Gerade heute haben sich die Geistwesen zurückgezogen, da wäre es bedenklich, sie aufzustöbern.“

# IX. Über die künstlerischen Arbeiten Schizophrener.

Von

HANS BÜRGER-PRINZ

Leipzig.

Mit 10 Abbildungen.

Es gilt sich zunächst darüber klar zu werden, von welchem Gesichtswinkel aus man die künstlerische Produktion Schizophrener betrachten will. Eine Besinnung auf die möglichen oder angelegten Methoden und Fragestellungen ist selbst dann immer fruchtbar, wenn die auf den unterschiedlichen Wegen gewonnenen Erkenntnisse auch dieselben zu sein scheinen.

Schon bevor sein zum Standardwerk gewordenes Buch „Bildnerei der Geisteskranken“ erschien, referierte PRINZHORN über die bis dahin geförderten einschlägigen Arbeiten. Wie er in diesem Referate darstellte, krystallisierten sich im Laufe der historischen Entwicklung allmählich alle für das Problem wesentlichen Gesichtspunkte und Betrachtungsarten heraus.

TARDIEU, SIMON, LOMBROSO, REJA in ihren Arbeiten; SOMMER, WEYGANDT, ASCHAFFENBURG, KRAEPELIN in kurzen Bemerkungen, die sie dem Gegenstand widmeten, gingen von dem Werk des Schizophrenen aus und fanden hier Symptome wieder, wie z. B. die Neigung zu Stereotypen, die ihnen aus den sonstigen Verhaltensweisen der Kranken schon bekannt waren. Formale Eigentümlichkeiten schizophrener Bildnerei fielen auf wie die Vorliebe für das Ornamentale. Die Zerfahrenheit ging anschaulich aus den Bildern hervor.

So kam es bald zu Erwägungen über die Möglichkeit der Diagnosenstellung aus der künstlerischen Produktion, wie man seit langem gewohnt war, das sprachlich Produzierte diagnostisch zu zerlegen und so z. B. die Inkohärenz zu umschreiben.

Der im Wesen der Zeichnung liegende besondere Darstellungscharakter, ihre Gegenständlichkeit brachten es mit sich, daß man von diagnostischen Erwägungen ausgehend dann zu Versuchen überging, die die Darstellungsweisen der Kranken als solche experimentell zu fassen suchten.

Man kann diesen *Vorgang des Darstellens selbst* zum Problem machen, sich also fragen, wie und auf welchem Entwicklungswege kommt der Kranke zu einem bildnerischen Endprodukt, das über gelegentliche Spielereien hinausgehend eine ernsthafte Bemühung, etwas darzustellen, verrät. Ein methodischer Weg wäre damit eingeschlagen, der analog wäre etwa der Analyse der Kinderkunst. Die Untersucher haben bei dieser sorgsam aufgezeigt, wie allmählich aus einfachsten Formelementen mehr und mehr die eigentliche Darstellung herauskommt und deren formale Struktur nun wieder aufgewiesen. Beim Kranken boten sich hier zunächst die schon von LOMBROSO beachteten, von MORGENTHALER dann eingehend dargestellten Zusammenhänge von Schrift und Zeichnung. MORGENTHALER hat an einer Fülle sorgfältig gesammelten Materials die Übergänge zwischen Schrift und Zeichnung demonstriert. Die Hervorhebung von den Kranken bedeutsam erscheinenden Schriftstellen, das Auftauchen kalligraphischer Elemente, von Monogrammen, das Ausfüllen freier

Stellen, Wiederholungen leiten allmählich über zu Ausschmückungen der Buchstaben, illustrativem Ausbau, ornamentaler Einordnung, zur anschaulichen Darstellung klang- und formassoziativer Vorstellungen. Vom Schreiben führt natürlich der nächste Weg zur Illustration, zur Ausschmückung, Darstellung, Verbildlichung dessen, was eigentlich nur gesagt, geschrieben werden sollte oder was unmittelbar daran assoziiert wird. Der einheitliche Gesichtspunkt dieser Betrachtung ist also die Tendenz zur Veranschaulichung, d. h. es tritt eine Loslösung vom abstrakten Wortzeichen ein, deren letzte Auswirkung in der bildnerischen Darstellung liegt. MORGENTHALER geht theoretisch vom Zeichnen als dem onto- und phylogenetisch älteren Vorgang aus, betrachtet demnach die Verquickung von Schrift und Zeichnen und das schließliche Überwuchern des letzteren als einen Abbauvorgang der phylo- und ontogenetischen Entwicklung. Damit erscheint das in den letzten Jahren vielfach diskutierte Problem auf dem Plan: Zusammenhänge oder Analogien zwischen schizophrenen Symptomen und archaisch-primitiven Erlebnisweisen. Diese Fragen werden noch zu erörtern sein. Die weitreichende Theorienbildung MORGENTHALERS ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich aus einer einfachen Fragestellung und guten Analyse weittragende Gesichtspunkte ergeben können.

Ein anderer Weg ist der, den MOHR und später ZINGERLE, SORPAS einschlugen. MOHR ging vom Zeichnen als einer Ausdrucksbewegung aus. Er fragte sich nach den hierbei beteiligten psychologischen Elementen wie Willensimpuls, Vorstellungen optischer, kinästhetischer Natur, Merkfähigkeit usw. Er unterschied Abzeichnen, Spontanzeichnen, Zeichnen auf Aufforderung und versuchte experimentell das bildnerische Darstellen der Kranken zu untersuchen. Er ließ nachzeichnen, auf Aufforderung etwas darstellen usw. und kam dann in der Analyse der zustande gekommenen Produkte auf eine ganze Reihe wesentlicher Gesichtspunkte formaler Natur, die den Zeichnungen der Kranken eigentümlich waren. Dieser experimentelle Weg ist derselbe, wie ihn auch die Kinderpsychologie vielfach geht.

*Die beiden experimentellen Untersuchungsreihen* enden stets in zwei Betrachtungsweisen, mit deren Hilfe das Produzierte analysiert wird. *Formal* fielen dem Betrachter außer der Neigung zu Stereotypen, der verworrenen Inkohärenz, die Neigung zur völligen Flächenfüllung auf, die starke Tendenz zu ornamentaler Darstellung, der Mangel an Synthese und Bildeinheit. Besonders MOHR, ZINGERLE, MORGENTHALER brachten hier gute Beobachtungen bei. *Inhaltlich* waren das Hervortreten sexueller Darstellungen, die Kontaminationen, die verschrobene Unverständlichkeit in der Wiedergabe irgendwelcher figürlicher oder sonstwie gegenständlicher Vorwürfe und die Beziehungen zu halluzinatorischen Vorgängen den Analysierenden bald vertraut.

Alle Gesichtspunkte leiteten immer wieder über zu diagnostischen Erwägungen und den Versuchen, die Diagnose der speziellen Erkrankungsform aus den künstlerischen Produkten zu stellen. Je mehr gewisse Gleichförmigkeiten zwischen den einzelnen Krankheitsbildern wie Schwachsinn, Epilepsie, Schizophrenie gefunden wurden, um so schärfer wendete sich der Blick auf die nun der speziellen Erkrankungsform wie der Schizophrenie spezifischen Eigentümlichkeiten hin.

In der sprachlichen, dichterischen Produktion Schizophrener war zunächst lediglich der Niederschlag bekannter Symptome gesehen worden, bis STORCH, JASPERS vor allen Dingen, die Dichtung viel mehr in ihrem Kernpunkt, nämlich als Ausdrucksform letzter individueller Welt- und Lebenshaltung erfaßten. Ebenso wendet auch PRINZHORN sich in seinem Buche bei der darstellenden Kunst solchen letzten, nicht weiter ableitbaren Grundeigenschaften des Seelischen zu wie der Gestaltungskraft. Er versuchte von der Gestaltungskraft das schlechthin

Einmalige, ganz Individuelle der schizophrenen Künstler im besonderen einzufangen und darzustellen. Seinem Buche, das reich ist an ausgezeichneten

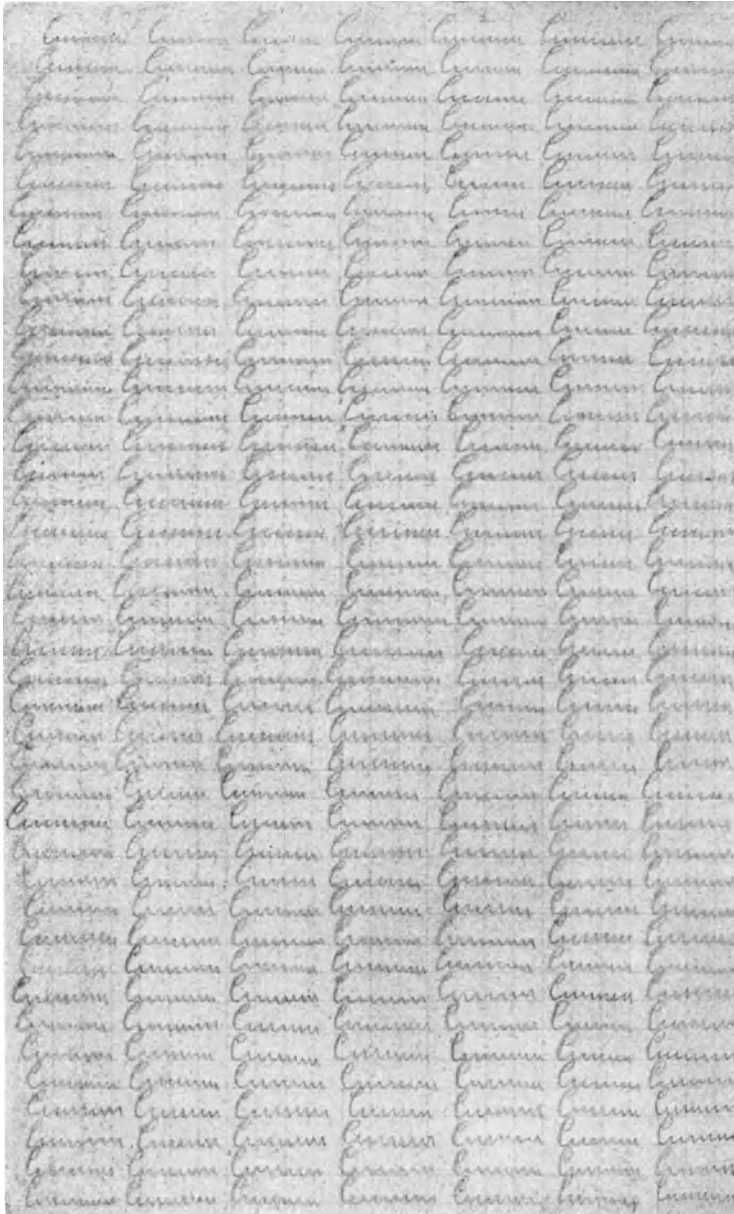


Abb. 1a. Pedantische Schriftornamentik. Fall 114 der Heidelberger Bildersammlung. Abb. 1a und b sind Seiten aus einem Hefte, dessen Seiten in ähnlicher stereotyper Weise vollständig ausgefüllt sind. Größe 1:1.

Einsichten, feinen Beobachtungen und vor allem eine Fülle gut formulierter Sachverhalte enthält, fühlen wir uns verpflichtet.

Mit dieser von PRINZHORN gewählten Methode ist ein Zugang eröffnet zu

dem großen Problem, unter dem alle bis jetzt erwähnten Gesichtspunkte sich vereinigen lassen: die künstlerische Produktion als Ausdruck, als Darstellung

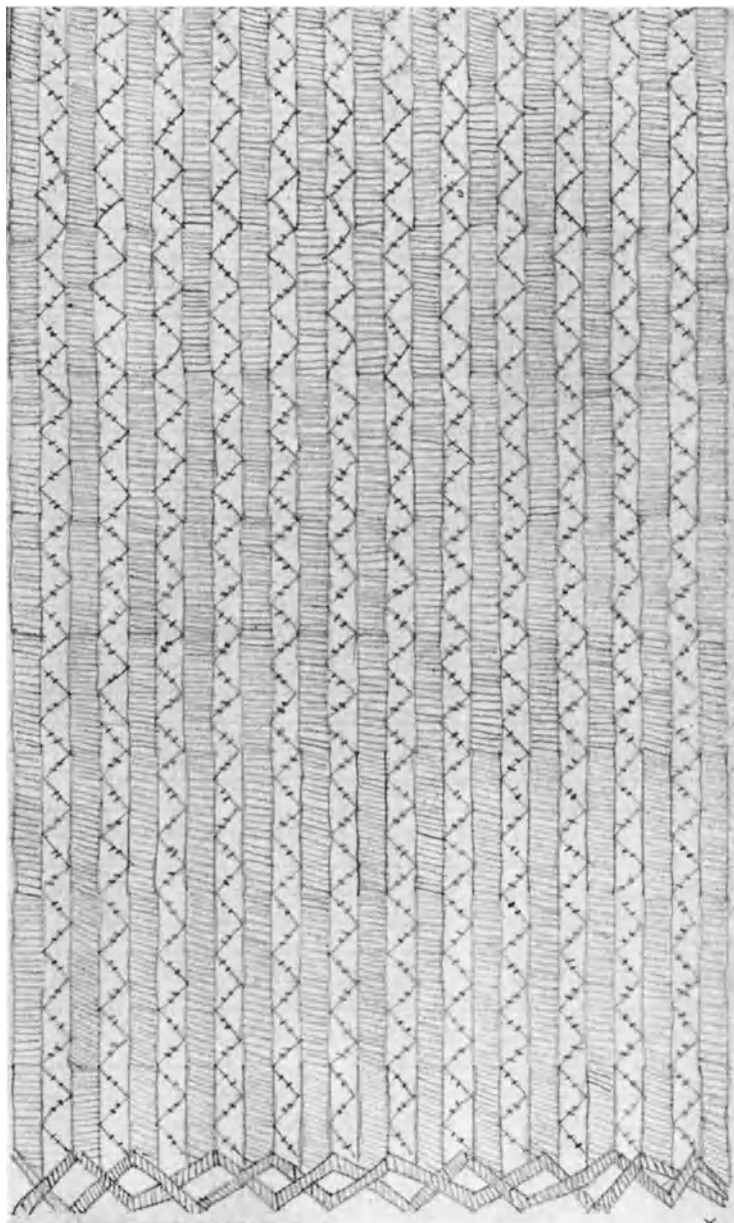


Abb. 1b. Einförmiges Ornament (vgl. Abb. 1a). Größe 1:1.

bestimmter psychischer Seins- und Verhaltensweisen, die sich in ihr ausdrücken und in ihr und durch sie hindurch erfaßt werden. Wir wollen versuchen, diesen Weg zu gehen, der gewissermaßen eine „Zusammenschau“ darstellt und methodisch

vielleicht nicht ganz sauber, mehreres in sich faßt. Wie PRINZHORN gehen wir vom Werk, von der vor uns stehenden Produktion aus. Die einzelnen Kunstarten, Bildnerie, Plastik, Dichtung, Erfindung, Wissenschaft, werden nicht voneinander getrennt, sondern es soll versucht werden, alles was der Schizophrene produziert und aus sich herausstellt zu überschauen. Die Werke selbst sollen sprechen. Die Warnung WEYGANDTS, nicht zu viel zu interpretieren, besteht zu Recht. Es soll aber doch versucht werden, vom Ausdrucksgehalt der Produktion und dem Gesamtverhalten der Patienten her möglichst an das Spezifische, das sich in ihnen kund tut, heranzureichen. Wie BLEULER, GRUHLE, BERZE usw. auf Grund- und Primärsymptome abheben, soll unsere Bemühung somit dem gelten, Grundverhaltensweisen schizophrener Künstlerschaft aufzuzeigen. Wir werden weiterhin versuchen, den produzierenden Schizophrenen innerhalb seines klinischen Rahmens zu sehen. Die Erfahrungen und Erkenntnisse über die Schizophrenie als klinische Psychosenform werden wir uns bemühen heranzuziehen, um den schizophrenen Künstler gewissermaßen an seinem klinischen Standort zu belassen. Dem möchten wir von vorneherein Ausdruck geben: Endgültiges über die Stellung der schizophrenen Kunst innerhalb der Kunst überhaupt, über evtl. allgemeingültige Gesichtspunkte usw. zu sagen, ist in strenger Weise heute noch nicht möglich. Dazu fehlt die unerläßliche Vorbedingung nämlich eine Reihe gründlicher monographischer Analysen vor allem von einfachen Menschen in der Art, wie sie z. B. MORGENTHALERS Schrift über den Maler Oettli darstellt. Gerade das Verhalten des primär genialen Menschen scheint hier nicht geeignet, Schlüsse zu ziehen, da bei ihm das Problem schon durch Begriff und Psychologie des Genies zu sehr kompliziert wird. Um der Gefahr, „literarisch“ zu werden, zu entgehen, soll daher das Hauptaugenmerk bewußt der Schizophrenie gelten, wie sie die Klinik kennt.

Wenn bei der eingeschlagenen Methodik zunächst auch völlig naive Haltung des Betrachters verlangt wird und gefordert wird, daß er frei von allen Vorurteilen und Wissensballast das Werk auf sich wirken lassen soll, so wird natürlich schon die Formulierung der evtl. gewonnenen Erkenntnis die erste Klippe sein. Schon Wissenschaftlichkeit überhaupt verlangt eine saubere Anwendung überkommener Begriffe, und damit ist gleichzeitig Aktualisierung des ganzen angesammelten Wissens über die Schizophrenie gegeben. Fernerhin wird manches am schizophrenen Werk überhaupt erst aus einem vorhergehenden Wissen heraus zumindest als speziell Schizophrenes spürbar und aufzeigbar sein. Doch sind dies lediglich methodische Schwierigkeiten, ohne daß durch sie unser Vorhaben im Ansatz schon schlechthin zum unwissenschaftlichen verurteilt wäre. Sie müssen aber hervorgehoben werden, da vor allem in der allgemeinen Diskussion des PRINZHORNschen Buches vermeidbare Mißverständnisse reichlich aufgetreten sind.

Die Methode: Betrachtung des schizophrenen Werks als Ausdruck bedingt, daß jeweils nur der Endpunkt eines seelischen Prozesses, eben sein letzter Niederschlag in einem bestimmten Produkt, als Materie der Methode gegeben ist. Man könnte nun einwenden, daß sich damit über den Prozeß des Hervorbringens, der Produktion als Vorgang nichts oder doch nur wenig mehr erkennen ließe. Denn in der glücklichen Lage, die ganze Produktion eines bestimmten individuellen Falles zu übersehen, ist man doch nur selten, und es fragt sich dann noch bei diesem Einzelfall, ob gerade spezifisch Schizophrenes in dem Längsschnitt der Entwicklung zum Ausdruck kommt. Einen Glücksfall stellt hier z. B. die Malerin PFEIFFERS dar, bei der man die allmähliche Entwicklung und immer festere Gestaltung zunächst entopischer, wachträumerischer Erlebnisse bis zur bewußten vorsatzmäßigen Darstellung bestimmter, meist wahnhaft determinierter Objekte verfolgen konnte. Neben dieser Entwicklung

auf einer hauptsächlich durch optische Vorgänge bestimmten Grundlinie stellt eine andere die allmähliche Übung und Angleichung in der Darstellung selbst dar, so wenn z. B. ein anderer Fall PFEIFFERS immer wieder einen bestimmten Gegenstand zu zeichnen versucht, bis die Darstellung wirklich gelingt. Wenn auch das Endprodukt schizophrene Kennzeichen trägt, ist an diesem Vorgang selbst eben doch durchaus nichts Psychotisches.

Doch verspricht auch die Methode der Betrachtung der einzelnen Werke, losgelöst vom Einzelfall, also rein „querschnittsmäßig“, Aufschlüsse über den Produktionsprozeß durch Vergleiche aller schizophrenen Werke untereinander.

Der nächstliegende, wesentlichste Gesichtspunkt, der hier auftaucht, ist: In welcher Phase der Krankheit wird produziert? Sieht man z. B. die Plastiken der Schizophrenen an, so wird schon von selbst deutlich, daß keine plastische Arbeit aus der Zeit der katatonen Erregung stammen kann. Das Material widerspricht dem schon. Ja, schon die Vorphase der Erkrankung, wenn man so sagen darf, ihr Wetterleuchten, findet nie in der Plastik adäquate Ausdrucksmöglichkeiten. Ganz anders sind die Möglichkeiten in der sprachlich-dichterischen Darstellung, der Zeichnung und Malerei. Hier gilt die Prävalenz der Sprache, einfach weil sie neben der Gebärde das ursprünglichste allgemeinschliche und prinzipiell immer verfügbare Ausdrucksmittel ist. Jedem ist von der fahrig-getriebenen bis zur pathetisch-übersteigerten Redeweise des akut Erkrankten die ganze Skala der Möglichkeiten unmittelbar gegenwärtig. Oft sind es die Briefe, die in der Umänderung des Schriftbildes die Persönlichkeitswandlung kund tun. Leider fehlen eingehende Analysen hier vollkommen. Gute Ansätze liegen in den Arbeit von BLUME, POLLNOW vor. BLUME machte auf das Gejagte, weit Ausfahrende der Schriftzüge in der akuten Erregung aufmerksam. JASPERS z. B. hebt ebenfalls bei Hölderlin hervor, wie seine Handschrift größer und regelmäßiger wurde. Besonders wichtig sind die Beispiele, aus denen die Veränderung der Schrift in ihrer Beziehung zur Raumeinteilung hervorgeht. Querschreiben, über den Rand-hinwegschreiben, Vollkritzeln aller leeren Stellen usw. finden sich hier sehr häufig, ebenso wie der ganze Satz in sich in Zeilenführung, Zeilenabstand, Anfangs- und Endpunkt der Zeile völlig auseinanderfällt und desorganisiert wird. Damit sind Übergänge leicht gegeben zum Gekritzeln, dem sinnlosen Bedecken ganzer Seiten mit einfachen Haken, Bogen, verzerrten Buchstaben. Diese Formen haben sehr viel Ähnlichkeiten mit dem Haken- und Schwingkritzeln der Kinder. Unmittelbar geht aus ihnen hervor, daß sie lediglich motorischer Entladung dienen, d. h. sie sind mehr Abfuhr, Abreaktion von Impulsüberschüssen als darstellender Ausdruck, wenn auch in ihrem Vollzug die innere Erregung zum Ausdruck kommt. Die ersten Übergänge zwischen Schrift und Zeichnung sind hier im MORGENTHALERSchen Sinne in einem Abbau, einer Desorganisation der Schrift gegeben. Nur selten kommt sonst in der darstellenden Kunst der erste Prozeßbeginn zum Ausdruck. Dieses Moment haben STERTZ, WEYGANDT richtig gesehen, daß die Erkrankung die künstlerischen Fähigkeiten vernichtet. Wir möchten einschränkend sagen: im allgemeinen bedeutet der akute Prozeß mit seiner Fülle neuer Erlebnisweisen eine Lahmlegung derjenigen Kräfte, die feste Gestaltung überhaupt erst ermöglichen. Vielleicht ist der Verlust eindeutigen Ausdrucksvermögens wenigstens im Sinne künstlerischer Darstellung eines der Primärsymptome im Sinne BLEULERS. Im übrigen sind hier die Möglichkeiten zum sprachlichen Ausdruck, zur Gebärde ursprünglicher, dem Wesenskern des Menschen verbundener und daher noch resistenter. Es ist charakteristisch, wenn z. B. ein Patient SCHILDERS seine großartigen metaphysischen Ideen graphisch nur durch ein paar Punkte und verworrene Linien anzudeuten vermag oder daß z. B. der in der ausbrechenden Psychose mit einer über-



wältigenden Erfindung hervortretende Hebephrene eben nur sagen kann, daß diese Erfindung großartig usw. sei, ohne auch nur im geringsten die Möglichkeit zu haben, auseinanderzusetzen, was er will. Er kann z. B. keinen Apparat hinzeichnen, den er gefunden hat, sondern ist nur fähig, ganz unklare Linien hinzuwerfen oder sinnlos Substanzen miteinander zu mischen. Alles bleibt hier

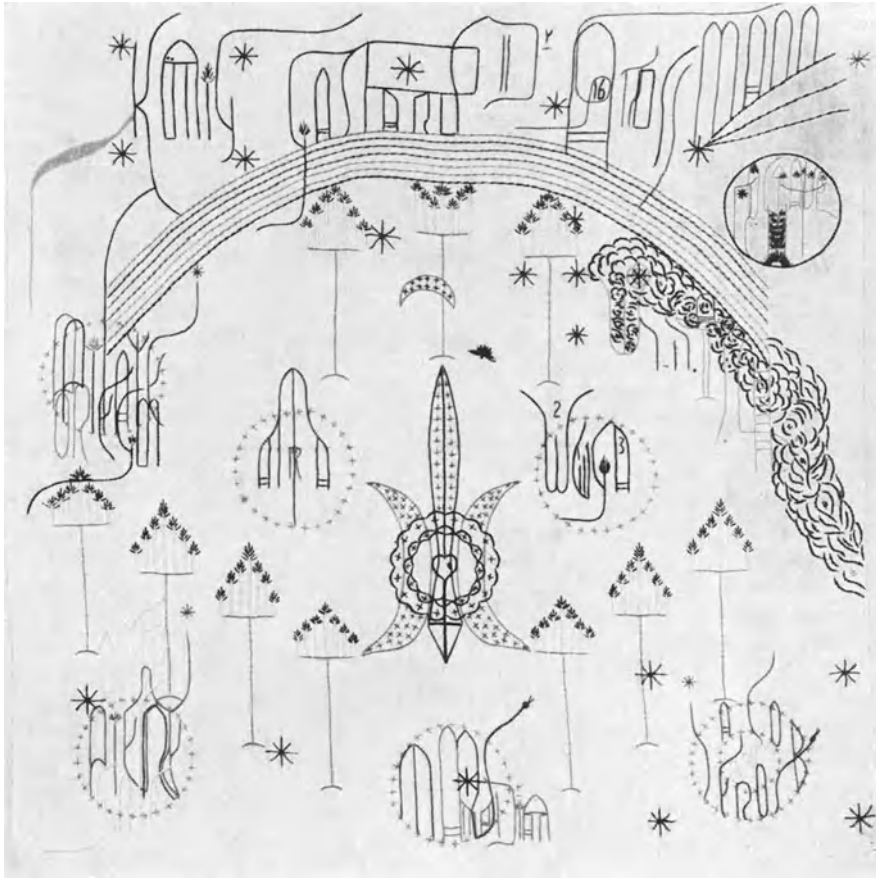


Abb. 2a. Symbolische Stickerei (ebenso Abb. 2b). Paranoide Schizophrenin. Klavierlehrerin, 38 Jahre alt. Verkl. 4 : 1.

noch in einer „Bewußtseinslage“, einer unformulierten, ungestalteten Einsicht, einem Bedeutungsbewußtsein stecken. Es wäre auch eine große Anforderung, von der Gestaltungskraft eines Menschen die künstlerische Darstellung solcher akuten Einbrüche in der Phase der Erregung selbst zu verlangen, in der meist nicht einmal sprachlich Ausdruck gefunden werden kann. JASPERS hat an dem Beispiel Vinzenz van Goghs in geistvoller Weise die Erschütterung und ihre Ausdrucksfindung in den Werken aufgewiesen. (Wir lassen uns hier auf die Kontroverse über die Diagnose bei Vinzenz van Gogh nicht ein. Ebenso möchten wir bei der diagnostischen Unsicherheit zu der zwischen JASPERS und RIESE schwebenden Meinungsverschiedenheit nicht Stellung nehmen, inwiefern dem Stilwandel bei Vinzenz van Gogh allein ein Krankheitsprozeß zugrunde liegt oder inwiefern diese Wandlung aus der Persönlichkeitsentwicklung abzuleiten, zeit-

bedingt usw. ist.) Aber auch eine Berufsmalerin unseres Materials<sup>1</sup>, bei der die akute Phase voll metaphysischer Erlebnisse und vermeintlicher Einsichten in das Wesen der Welt war, lieferte lediglich sinnloses Geschmiere oder desorganisiertes Gekritzelt oder sie brachte in eigentümlichen, düsteren Farben optisch-halluzinatorische Erlebnisse zur Darstellung, z. B. ein Gesicht hinter einem Fensterkreuz, das anscheinend ein getreues Abbild dieses halluzinatorischen Erlebnisses war und nur in der Düsterteit der Farben eine vage Andeutung von seiner Unheimlichkeit bot. Diese Bilder ließen aber in keiner Weise

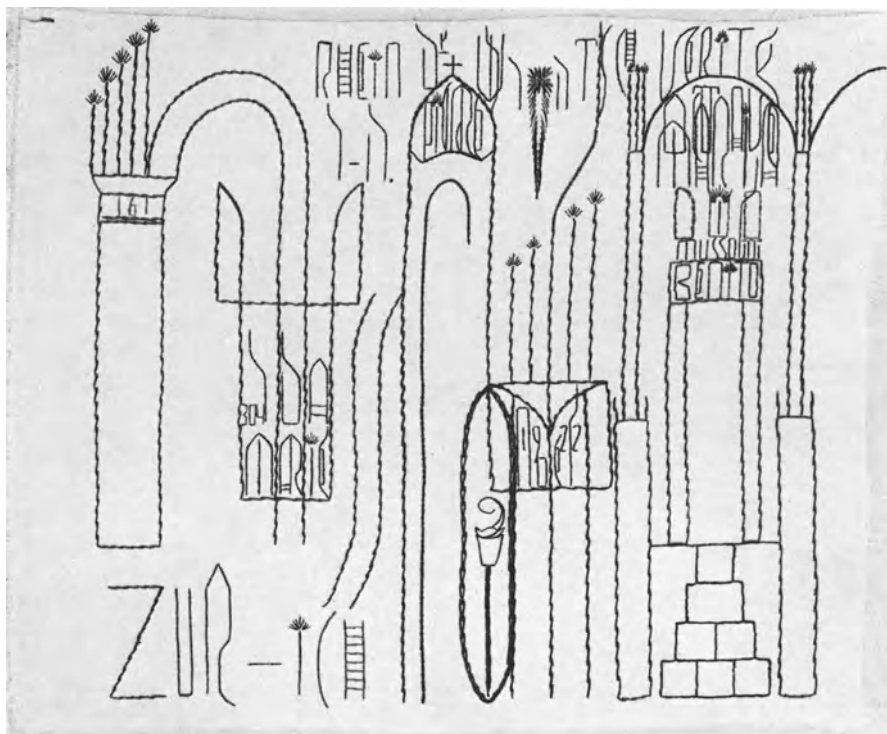


Abb. 2b. Verkleinerung 4 : 1.

die ungemeine Erlebnisfülle der Persönlichkeit ahnen, die sie zur Anschauung bringen sollten.

Ganz anders ist die Sachlage, wenn man die sprachliche und motorische Produktion in die Betrachtung einbezieht. Hier geht eine viel lückenlosere Linie von der motorischen, rhythmischen Erregung über die Rhythmisierung sprachlicher Produkte, über das Singhaftwerden und die damit einsetzende rhythmisch-liedhafte Gliederung, über die als Gedicht ausdrücklich niedergelegte, meist aber unverständliche, sinnlose Aneinanderreihung regelloser Einfälle bis zur echten dichterischen Ausdrucksfindung, die noch mit den Mitteln normaler Verskunst der psychotischen Änderung Ausdruck verleiht. Die von METTE in seinen Analysen herausgestellten charakteristischen Momente: Überladung mit Anschaulichem, übermäßige Deutlichkeit, Tendenz zur Exaktheit,

<sup>1</sup> Die Kenntnis des Falles verdanken wir Herrn Dr. KRAUS, früher Heil- und Pflegeanstalt Marburg.

Vollständigkeit und Objektivität haben zweifellos ihre Ansatzpunkte in der Denkstörung des akuten Krankheitsausbruches. Wenn eine Deutung erlaubt ist, so möchte man in diesen Stileigentümlichkeiten die übergroße Mühsamkeit und den erhöhten Aufwand an Denkeenergie verspüren, die eingesetzt wird, um der durch den Prozeß gesetzten Störung des Denkens und der Änderung in Welt- und Lebenshaltung Herr zu werden. Besonders wird in dieser Krankheitsphase das auch schon von STORCH hervorgehobene Anschaulicher- und Konkreterwerden der Sprache deutlich. Es ist die Zeit in der die Sprache gewissermaßen bis zum Rande gefüllt ist mit der Erregung, die sie ausdrücken soll. JASPERS hat bei dem berühmten Gedicht Hölderlins mit den Endversen: „Die Mauern starren sprachlos und kalt, im Winde klirren die Fahnen“ darauf aufmerksam gemacht, wie in dieser neuauftauchenden und eigentümlich feierlichen, doch anschauungserfüllten Sprache der einsetzende schizophrene Prozeß mit der plötzlichen Steigerung der Erlebnisfähigkeit und der Erschließung neuer Erlebnismöglichkeiten dichterischen Ausdruck findet. Etwas anderes ist es, wenn den empfundenen Prozeßsymptomen selbst dichterischer Ausdruck gegeben wird. SCHNEIDER hat hierzu die Verse einer Schizophrenen veröffentlicht, die in selten eindringlicher und doch einfacher Weise das Absterben der Sympathiegefühle und den Abbruch der Beziehungen zu den Menschen zur Darstellung bringen. Hier ist an der Ausdrucksform selbst gar nichts Schizophrenes, nur das, was ausgedrückt wird, ist ein schizophrenes Erlebnis. Die in diesen Versen deutlich werdende „Wendung nach Innen“ bedeutet nicht nur ein Zurückkriechen der Persönlichkeit in sich selbst, einen einsetzenden Autismus also, sondern auch eine in erhöhtem Maße auftretende Empfindsamkeit und Sensibilisierung. Jedenfalls bedeutet diese Phase „erhöhter Emotionalität“, wie PRINZHORN sagt, von ausgesprochener Sensibilisierung, die vom Emotionalen bis in die Wahrnehmung reicht, eine Bereicherung des Seelischen in der akuten Erkrankung, die eindeutige Beziehungen zu der erhöhten Daseinsform hat, wie sie z. B. in *Hölderlins* oben angeführtem Gedicht zum Ausdruck kommt. Es ist nicht genügend, dann nur von einer „Enthemmung“ zu sprechen, wie z. B. BOSTRÖM und WEYGANDT tun, wenn in dieser bestimmten Verlaufsphase der Erkrankung künstlerische Form und Darstellung gesucht wird. Im Gegenteil, gerade diese spezifische Art des Prozeßausbruches mit der erhöhten Hinwendung zum eigenen Innenleben, der erhöhten Empfindsamkeit und Sensibilität und sicher auch weiterhin damit in Zusammenhang stehend der erhöhten Einfühlungsfähigkeit, tendiert geradezu zur Kunstform, zu einer über den Alltag erhobenen Ausdrucksform hin. Es genügt hier auch weiterhin nicht, nur den Gesundheitsrest für die Gestaltung verantwortlich zu machen, wie PFEIFFER meint. Mit GRUHLE, MASCHMEYER wird man annehmen müssen, daß hier etwas Neues nach Ausdruck verlangt, ein Anders-Sein, wie GRUHLE sagt, das auf neuem Boden, aus neuen Erlebnisqualitäten heraus nach dem ihm adäquaten Ausdruck ganz eigenschöpferisch sucht. Auch STERZ sieht nur Zerfall. Aber wenn die Gedichte, die er anführt, auch teilweise unverständlich sind für einen Gesunden, ist es nicht doch auffällig, daß neue Erlebnisformen auftreten, daß überhaupt dichterischer Ausdruck gesucht wird? Die Hinwendung zum Metaphysischen kann auch eine ganz neue Richtung des Seelenlebens sein, die auch dann etwas Neues und Schöpferisches bleibt, wenn die Patienten bei dem Versuch der Formulierung und Darstellung nur in Anläufen stecken bleiben. Sicherlich liegt es vielfach an der übergroßen Dynamik, der Überstürzung der Erlebnisse, daß Gestaltung nicht möglich ist, denn die notwendige Vorbedingung hierzu ist doch immer Konzentration auf das Darzustellende, sei es ein Bild oder ein Gedicht. Das Richtige an den Anschauungen von STERZ usw. wird sein, daß eine gewisse

Größe der Formungskraft einer Persönlichkeit Vorbedingung ist, um bei der akuten Erlebnisbereicherung gewissermaßen ganz mitkommen zu können. Daran mag es liegen, daß es im allgemeinen nur *Hölderlin*-, *van Gogh*-Naturen gegeben ist, auch in der akuten Psychose eine Darstellung ihres Innenlebens



Abb. 3. Von wenigen zeichnerischen Elementen zusammengestellte Federzeichnung. Steife geometrische Formen. Fall 5 d. Heidelberger Bildersammlung. Vgl. PRINZHORN S. 85. Verkl. 4 : 3.

hervorbringen zu können. JASPERS weist ausdrücklich auf die Unvergleichbarkeit dieser beiden Künstler hin. Zu bedenken ist ferner noch, daß viele Erlebnisse, man braucht nur an die Halluzinationen zu erinnern, in ihrer Eigenart allen sonstigen Erlebnisformen, die mit den üblichen Darstellungsmitteln bewältigt werden, entgleiten. Zum mindesten sind sie so völlig neuartig, daß schon technisch eine ganz andere Verwendungsweise der üblichen Mittel Vorbedingung zur Darstellung ist. Besonders in Beziehung zur bildenden Kunst darf man die große Summe handwerklicher Vorbedingungen nicht vergessen, die immer notwendig sind oder erarbeitet werden müssen, um ganz bestimmte Effekte zu erzielen. Das einsetzende ganz andere sympathetische Beziehungsleben,

z. B. der Beziehungswahn, die einsetzende Umstrukturierung des Denkens — alles Prozeßsymptome im Sinne BERZES und noch keine Defektsymptome — sind qualitative Erlebnisformen, für die die normalen Ausdrucksmittel nicht ohne weiteres adäquat sind, auch die der Sprache nicht. JASPERS betont bei *Hölderlin* die äußerste Spannung zwischen „erschütternden Gesichtern“ und „energischer, ordnender Kraft“. Dasselbe meint PFEIFFER, wenn er von der Diskrepanz zwischen „Wollen und Können“ in der akuten Psychose spricht. Diese Formulierungen fassen ganz knapp die angeführten wesentlichen Momente zusammen: eine besondere Art von Erlebnisbereicherung, die an sich zu künstlerischer Gestaltung hindrängt, zugleich aber im allgemeinen eine Störung, Lahmlegung der Gestaltungskräfte durch den Prozeß; oder anders ausgedrückt: qualitative Eigenartigkeit der Erlebnisformen und zugleich Nichtvorhandensein adäquaten Ausdrucks, der nicht bereit liegt, sondern erst gefunden werden muß. Seine Ausprägung findet dieser Komplex in den großen Spannungen, der Ratlosigkeit, dem Steckenbleiben in Anläufen, in umformuliertem, bewußtseinslagenhaftem Wissen, wie sie dem akuten Prozeß eignen.

Nun fragt es sich, wenn schlüssige Ausdrucksfindung in der akuten Psychose nicht gelingt, wenn es sogar eines der wesentlichen psychologischen Merkmale dieser Phase ist, daß sie nicht gefunden werden kann, wann kommt dann der Schizophrene dazu, sagen und darstellen zu können, was er erlebt hat und wie sich mit diesen Erlebnissen einhergehend seine Persönlichkeit veränderte. Da ist die Tatsache festzustellen, daß die meisten schizophrenen Künstler im klinischen Sinne alte Fälle sind, deren akuter Schub längst vorbei ist. Auf die Zusammenhänge, die hier vorzuliegen scheinen, werden wir noch später eingehen. Wir wenden uns, um feste Standpunkte zu gewinnen, die der Orientierung dienen können, jetzt von der akuten Erregung dem extremen Gegensatz zu, nämlich den Fällen, die klinische Endzustände darstellen. Bei ihnen geschieht nichts wesentlich Neues mehr, der Prozeß hat sich ausgewirkt. Die Werke derartiger Fälle sollen nun einer Betrachtung unterzogen werden.

Einige grundlegende Aufschlüsse verspricht ein Versuch, schizophrene Künstler, deren Produktion auf verschiedenen Gebieten liegt, miteinander zu parallelisieren. Stellt man den Maler Oett, über den MORGENTHALER eine ausgezeichnete monographische Bearbeitung geliefert hat, und den Paraphreniefall Oetzl, den ich selbst analysiert habe, nebeneinander, so wird von vornherein zu erwarten sein, daß für das speziell Malerische oder Sprachliche der Produktion dieser Kranken bei einem solchen Vergleich wenig herauskommen wird. Aber die Analogisierung verspricht Aufschluß in bezug auf das beiden gemeinsame spezifisch Schizophrene in ihrer Ausdrucksbetätigung.

Oetts Malereien sind im allgemeinen flächige, ornamentale Bilder, die er in Massen anfertigt. Symmetrie, Einförmigkeit, routinenhafte Erstarrung, naturfremder Schematismus herrschen vor. Vom Rande des Papiers oder der Leinwand ausgehend malt er sektorenhaft fortschreitend, willkürlich in allen Einzelformen, keine leeren Stellen dulnd, darauf los. MORGENTHALER hebt eindringlich die Gehetztheit seines Tuns hervor, das völlig fehlende Abschlußerlebnis. Bei übersteigert pathetischer Allgemeinhaltung lebt er ausschließlich in phantastischen Erinnerungen, die er, wenn er nicht malt, in derselben ungehemmten Triebhaftigkeit endlos niederschreibt. Zwar ist auch hier ebenso wie bei seinen Bildern nie eine Geschichte genau so wie die andere, aber alle sind doch nur Abwandlungen gewisser Grundformen, die sich gleich bleiben wie bei seinen Bildern auch. Das dynamische Moment, die Getriebenheit gibt der ganzen Produktion insgesamt gesehen den Hauptakzent. Ohne daß man einzusehen vermöchte, wohin das Ganze führen soll, werden Bilder und Schriften angehäuft. Das Ganze ist formlos, gestaltlos, eben Massenanhäufung ohne Ziel,

nur zusammengehalten durch die ungemeine Intensität und den dynamischen Überschuß der produzierenden Persönlichkeit. Sein Atem ist aber bei jeder Einzelheit der Darstellung zu kurz; daher ist er nie fähig, Einzelheiten auszufeilen, bei einem Gegenstand auch nur kurz zu verharren. Immerfort Wechsel, immer dasselbe Tempo des Tuns, und doch alles gleichförmig, bei allem Reiz des



Abb. 4. Phantasie aus dem Dampf einer Kaffeetasse. Fall 244, Franz Pohl. Vgl. PRINZHORN S. 271. Verkl. 4 : 1.

Einzelstückes doch schließlich alles massig und völlig ungestaltet — das ist der Gesamteindruck, den man erhält. MORGENTHALER spricht sehr gut von der „Bewegung“ als dem hauptsächlich formgebenden Moment bei Oett. Damit ist nicht Bewegung im Sinne einer Ortsveränderung wie bei der Wahrnehmungsbewegung gemeint, sondern die Innenbewegung, das Tempo, die Dynamik des Oett selbst, wie sie sich im Prozeß seines Produzierens darstellt.

Und nun Oetzl: Sprachlich ungemein produktiv, ununterbrochen redend, wenn er einmal angekurbelt ist, ungeheuerlichste phantastische Geschichten

produzierend, immer in Erinnerungen lebend — und doch ist alles unanschaulich schemenhaft, den Zuhörer schließlich gleichgültig lassend durch die ewige in sich nur wenig abgewandelte Gleichförmigkeit. So stellt sich in großen

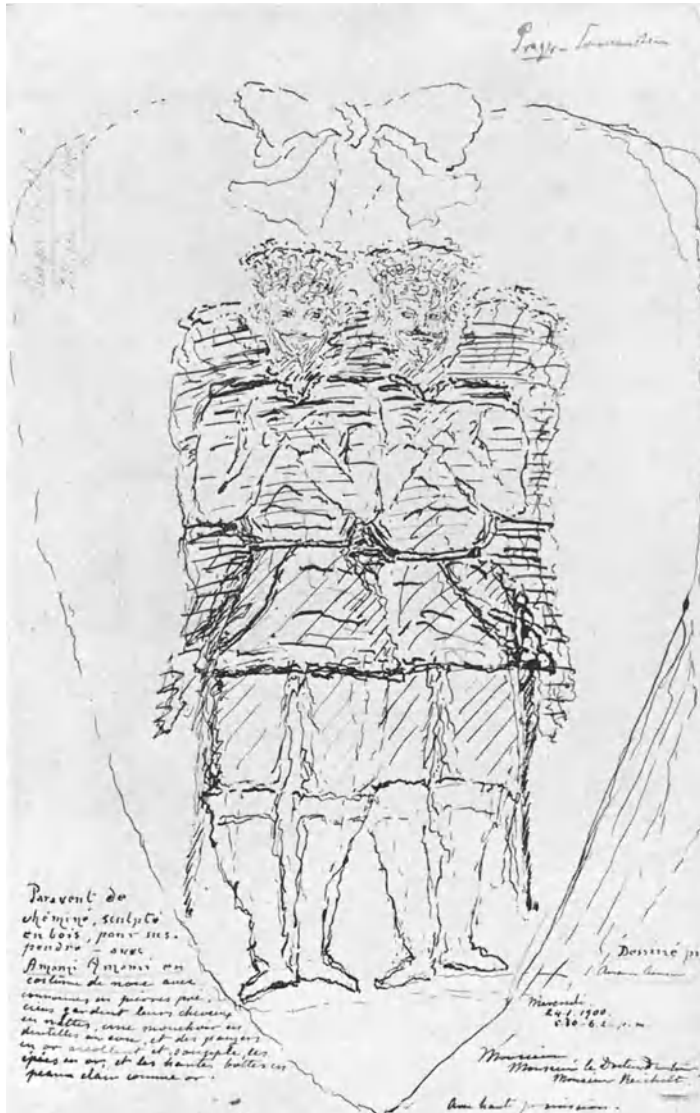


Abb. 5. Federzeichnung mit „Strichauflockerung“, Fall 263.  
Vgl. PRINZHORN S. 75. Verkl. 7: 3.

Umrißlinien das Gesamtbild dar. Alles Produzierte ist flächig, ohne lebendige Rundung und Plastizität, alles geschieht „auf einer Ebene“. Hervorstechend ist auch hier die Getriebenheit, der Oetzel ausgeliefert ist, die gar nichts mit seinem Ich zu tun hat. Das Ganze stellt ein Geschehen dar, das er bei „gelähmtem Ich“ an sich ablaufen läßt.

Bei dieser Gegenüberstellung leuchten die Beziehungen zwischen diesen beiden Fällen auf. Die Analogien scheinen uns nicht nur solche klinischer, diagnostischer Natur zu sein, etwa in dem banalen Sinne, daß es natürlich jederzeit möglich ist, zu einem bestimmten Schizophrenen einen Parallelfall zu finden. Die Paralleltäten scheinen uns hier doch tiefer auf wesentliche Gesichtspunkte zur Beurteilung schizophren-künstlerischer Betätigung und Ausdrucksfindung zu führen. Bei beiden Fällen herrschen im Produzierten der Schematismus, die Flächigkeit, die jeder Plastik bare Unlebendigkeit, die Gleichförmigkeit bei aller Abwandlung im einzelnen vor. Bei beiden gibt die Unanschaulichkeit im Sinne der Wirklichkeitsferne, der Naturentfremdung wesentliche Akzente ab, d. h. paradox gesagt: dies sind die wesentlichen Kennzeichen der Akzentlosigkeit der Produktion, des Gleichförmigen in ihren Darstellungen. So wie bei Oetzl einige Linien den ganzen Ausbau der Geschichten bestimmen, sind es bei Oett die Symmetrie, einige ornamentale Schematismen, die seinen Bildaufbau beherrschen. Die Produktion als Ganzes ist gestaltlos, unförmig, alles ist hervorgebracht in überreizter Pathetik; die Dynamik des Produzierens läuft einfach ab und tendiert von sich aus gewissermaßen ins Unendliche, während beide Persönlichkeiten nur in der Vergangenheit leben. Trotz alles Abwandelns fehlt ihnen jede Fähigkeit zur Durchformung einer Einzelheit, jede Fähigkeit zur Konzentrierung und damit zur Durchfeilung, Vervollkommnung einer bestimmten Gestalt. Alles wird nur zusammengehalten durch den nie abbrechenden Fluß des Tuns selbst, dem beide ausgeliefert sind.

Der fundamentale Unterschied zwischen echter, aus der Persönlichkeit stammender Bewegtheit, Leidenschaftlichkeit und dieser dahinfließenden Getriebenheit des schizophrenen Geschehens ist deutlich. Dieses schizophrene, einfach ablaufende, ziellose Tun kennt keine echte Aufwallung, keinen Schwung, keine wahre Bewegtheit. Es ist querschnittsmäßig gesehen immer statisch. Es kennt Veränderungen, aber keine Bewegung. Es kennt das immerfortige Tätigsein, ja die geradezu helotenhafte Arbeit, aber keine Hingabe an das Werk bis zu dessen möglicher Vervollkommnung. Letzlich herrscht zwischen der Persönlichkeit und ihrem Werk gar keine Verbindung. Extrem ausgedrückt ist es hier so, daß das Werk auf dem Boden der Persönlichkeit wuchert. Daraus fließt auch erst die Möglichkeit, diese an Masse ungeheuerliche Produktion aufzuhäufen, und daraus stammen auch notwendigerweise die Gleichförmigkeit, die ohne weiteres aufzeigbaren wenigen Grundlinien, nach deren Richtung sich die ganze Produktion auswirkt.

Man sieht von diesen Grundlinien des Gesamtbildes die Fäden laufen zu den Schizophrenen, die bei ihren Malereien z. B. nur stereotyp ein paar Motive immer wiederholen oder eingestellt auf eine oder wenige Motivreihen, diese immer wieder abwandelnd und doch im ganz engen Rahmen bleibend, ihr Genüge finden. Weiterhin werden die Übergänge erkennbar zu den Kranken, die Bogen auf Bogen unermüdlich sinnlos vollschmieren, wie auch zu dem Endzustand, der völlig unbekümmert um seine Umgebung seinen Wortsalat produziert. Aber Beziehungen leuchten auch auf zu den innerlich Gehetzten und Unruhigen, die wie PRINZHORN'S Malerin der Geldscheine trotz der Banalität der Motive und Motivierung in ihrer Produktion jener fast unbegreiflichen innerlich getriebenen Unruhe (GRUHLE) durch die Dusterheit und Charakteristik der Farbgebung Ausdruck gibt.

Doch auch nach anderen Richtungen hin scheint uns die Verfolgung der aufgezeigten Grundlinien gewinnbringend zu sein. Sieht man die wissenschaftliche Schriftstellerei der Schizophrenen an, so findet man auch hier diese charakteristischen Momente wieder. Greift man z. B. die Bände „Körper, Gehirn, Seele,



Gott“<sup>1</sup> heraus, so hat man eine formlose Masse von aneinandergereihten Einfällen vor sich, die ebensogut über eine beliebige weitere Anzahl von Bänden fortgesetzt werden könnte. Über das Ganze ist ein dichtmaschiges Netz von Einteilungen, Paragraphierungen gelegt, die zunächst den Anschein einer auf die Spitze getriebenen logischen Pedanterie erwecken. Es liegt aber gar keine einsichtige Beziehung zwischen der Materie und diesem System vor. Es ist, als teile man eine Masse, ohne sich um die Struktur der Substanz zu kümmern, säuberlich in eine beliebige Anzahl kleiner Häufchen auf. Diese „Überlogik“, dieser Logizismus ist nur das Widerspiel der Verworrenheit der Materie selbst. Paragraphierungen vertreten die sinnhafte Einteilung, äußerlichste Systemordnung tritt an die Stelle inneren Aufbaus und wahrhafter Struktur. Auch hier herrscht die Vermassung, das gleichförmige Aneinanderreihen abgezogen auf eine dünne, blutleere Systemform. Es ist die eigenartige Intensität dieser Produktionsformen, die hauptsächlich Eindruck macht, da sie wie auf die Spitze getriebener Arbeitsfanatismus wirkt. Dasselbe Moment wirkt auch beim Erfinder eindrucksvoll, der in einem Wust von Drähten immer „morgen schon“ oder wenn „nur“ dies und jenes gefunden, dann endgültig sein Ziel erreicht hat. TRAMNER hat diesem Thema sorgfältige Studien gewidmet.

Das Verhältnis dieser Geschehens- und Betätigungsformen zur Zeit scheint uns besonders wichtig. Der Maler, der Erzähler, der Schriftsteller, der Erfinder — sie alle arbeiten ins Endlose hinein, häufen an ohne Ziel, denn in diesem Sinne ist auch das „Immer sich Bewegende“ kein Ziel, sondern nur gewissermaßen die Projektion des eigenen drang- oder triebmäßigen Ablaufes in ein Material. Sie sind alle eingengt auf ein bestimmtes Tun, bei allen läuft das, was geschieht, auf ganz wenigen Grundlinien ab. Wenn man uns einmal eine literarische Wendung erlaubt, möchten wir sagen, sie leben und arbeiten ins Endlose, aber nicht in die Ewigkeit. Sie schaffen nicht an etwas, das über die Zeit hinausgeht, sondern unter ihr liegt.

Die Zeitlosigkeit, Abschlußlosigkeit, Einförmigkeit, Geometrisierung und Flächenhaftigkeit, die Wirklichkeitsferne und Gestaltlosigkeit, die ruhelose Getriebenheit und Einengung stellen einen Gesamtkomplex ganz spezifisch schizophren-künstlerischer Betätigung dar, der unvergleichbar ist mit allen sonstigen menschlichen Daseins- und Tätigkeitsformen. Er ist erfaßbar in der Werkanhäufung, in dem Prozeß des Produzierens und findet seinen Ausdruck in jedem einzelnen aus der Fülle der angesammelten Werke.

Die Gestaltlosigkeit, die der Produktion insgesamt gesehen bei diesem aufgezeigten Grundtypus eignet, tritt da am besten hervor, wo das Material selbst einfachen Grundlinien des Geschehens sich nicht fügen will, sondern seinem Wesen nach äußerste Durchformung verlangt, bei der Plastik. Am eindeutigsten und am besten vergleichbar sind hier wohl die Plastiken Pallagonias, die WEYGANDT, KRAEPELIN beschrieben, und die Plastik des Junkerhauses zu Lemgo, die KREYENBERG näher beschrieb. Das Wuchernde der Formen, das allen Gesetzen spottet, die ungemaine Häufung an Einfällen, die Unübersichtbarkeit jedes Einzelwerkes und auch des Gesamtwerkes sind hier sehr bemerkenswert. KREYENBERG prägt dafür die hübsche Bezeichnung „Baumkuchenstil“.

Es ist interessant und bedeutsam, daß KREYENBERG für den Plastiker von Lemgo Vergleiche bei der alles überwuchernden Reliefplastik indischer Kunst sucht, die für unser Empfinden etwas pflanzenhaft Wucherndes hat. Aber nur ganz entfernt gilt dieser Vergleich natürlich, denn von der dort immer noch herrschenden großen Form- und Gestaltgebung ist bei den angeführten schizophrenen Plastikern

<sup>1</sup> Berlin: Felix Dames 1893.

keine Rede, mag auch hier und da eins der Werke einmal durchgeformt sein und einen in sich geschlossenen Eindruck machen. Charakteristisch bleibt der Verlust des Materialgefühls. Die schon im Material liegende Struktur wird nicht beachtet, wenn z. B. der Lemgoer Plastiker alles nur Denkbare zur plastischen Angelegenheit macht.

Uns von den umschriebenen Grundlinien leiten lassend werden wir versuchen, auch kompliziertere, feiner strukturierte schizophrene Künstler in ihrem Typus zu erfassen. Bekannte Züge werden uns begegnen bei einer uns repräsentativ erscheinenden Persönlichkeit, die wir herausgreifen. Weitere Grundzüge spezifisch schizophrener Natur werden sich aufdecken lassen. Wir wählen einen Schriftsteller.

Ein gutes Beispiel dafür, wie die ganze komplizierte Erlebnis- und Denkweise eines Schizophrenen in seinen Werken zum Ausdruck kommt und hier ihren Niederschlag findet, ist Langbehn, der Rembrandtdeutsche. Auf seinen Lebenslauf, seine persönliche Entwicklung, den vermutlichen Verlauf des Prozesses kann hier nur kurz eingegangen werden. Leider ist das über ihn vorhandene Material gering, aber immerhin aufschlußreich. Noch bedauerlicher ist, daß sein Nachlaß, der sicher manchen Einblick in sein Leben verspricht, noch nicht publiziert ist<sup>1</sup>.

Langbehn lebte von 1851 bis 1907. Er war zweifellos ein sehr hochbegabter Mensch von primär sehr schwierigem, eigenartigem Charakter. Die Zeit des ersten Schubes fällt sicher in seine Studentenzei, während der er eines Tages plötzlich verschwand, um in Italien wieder aufzutauchen. Er schlug sich dort auf sehr kümmerliche Weise in allerlei niedrigen Stellungen durchs Leben. Momme Niessen kann diese Flucht Langbehns trotz aller Bemühungen nicht verständlich machen. Zur Sicherheit wird die Annahme eines schizophrenen Schubes erhoben, wenn man die eigenartige Weiterentwicklung verfolgt. Zwar bemüht sich Momme Niessen alles verständlich zu machen und alles bei L. zu motivieren, aber besonders von GURLITT werden eine solche Fülle von Merkwürdigkeiten, verschrobenen Handlungen und Einstellungen erzählt, daß man Momme Niessen unmöglich zu folgen vermag. Später wieder in Deutschland führte L. sein materiell bedürfnisloses, asketisches Leben weiter, ging sogar soweit, daß er Handwerksburschen grobe Dienste leistete. Im Laufe seines Lebens wurde er immer flüchtiger, scheuer und ruheloser. Er steckte voller paranoider Eigenbeziehungen und wurde in Kleidung und allgemeiner Lebenshaltung immer verschrobener und manierter. Dabei blieb er eine sehr eindrucksvolle Persönlichkeit. Zu einer Reihe von bedeutenden Menschen seiner Zeit trat er in Beziehungen, die er aber meist sehr schroff und brüsk, teilweise sogar in verletzender Form wieder abbrach. Sein Selbstbewußtsein war maßlos übersteigert. Sicher bestanden auch zeitweilig ausgesprochene Größenideen. Immer hatte aber die Art seiner Überzeugtheit von dem Werte seiner Person und seiner Werke etwas wahnhaftes. Trotz aller Bemühungen von Momme Niessen ist seine Persönlichkeit in ihrer Brüchigkeit ganz uneinfühlbar. Sie bleibt aber, wenn man sich mit ihr beschäftigt, immer reizvoll. Neben dem ethischen Gehalt macht dabei viel die Bizarrerie aus, die ihm wie so vielen schizophren veränderten Persönlichkeiten eignete.

Es sollen nur seine Werke: „Rembrandt als Erzieher“<sup>2</sup>, „40 Lieder von einem Deutschen“<sup>3</sup>, „Der Rembrandtdeutsche von einem Wahrheitsfreund“<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Wir verweisen auf das Buch: Der Rembrandtdeutsche. Julius Langbehn. Von seinem Freunde Benedikt Momme Niessen. Freiburg: Herder 1926. — Wie schon der Kunsthistoriker CARL NEUMANN in einem Referat bemerkte, hat sich Momme Niessen mit dem Untertitel: „Von einem Freunde“ jeder Kritik entzogen, denn das Bild, wie ein Freund dem Freunde erscheint, ist natürlich unantastbar. Es ist aber doch bemerkenswert, wie aus der Momme Niessenschen Darstellung eine Fülle von Merkwürdigkeiten in dem Leben Langbehns unverständlich und uneinfühlbar bleiben, z. B. seine Flucht nach Italien, sein eigentümliches Sichverstecken trotz allen propagierten Heldentums usw. Doch ist auch auf diese und weitere Fragen, die eine monographische Bearbeitung notwendig machen, hier nicht einzugehen. Wichtig ist noch die Schrift von GURLITT: Langbehn, der Rembrandtdeutsche. Protestantische Studien H. 9. Berlin 1927.

<sup>2</sup> Leipzig: Hirschfeld 1890. Die Zitate beziehen sich auf die noch in dem ersten Erscheinungsjahr herausgekommene 16. Auflage.

<sup>3</sup> Dresden: Glöb 1891.

<sup>4</sup> Dresden: Glöb 1892.

einer kurzen Betrachtung unterzogen werden. Was an den Liedern zunächst auffällt, ist die völlig rationalistische Art, mit der Versform und Versfigur mit als Ausdrucksträger herangezogen werden. Soll der Fortgang eines Geschehens zum Ausdruck kommen, so rücken die Versanfänge zurück. Wird eine kompakte Szene dargestellt, so stehen alle Versanfänge in einer Reihe.

*Mord der Mörder.*

Schlachtet diesen Jüngling  
Unserm Gotte,  
Rufen die Götzenpriester  
Frech!

Siehe, inmitten  
Schreitet gebunden,  
Duldend und leidend —  
Scheint es — ein Mensch.

Cymbeln erschallen,  
Rasselnde Ketten;  
Weihrauchgedüfte  
Nebelt umher.

Hastig bewegt sich,  
Troß vieler Knechte,  
Die von dem Blute  
Zuckender Herzen  
Oft sich genährt.

Nahe dem Altar  
Machen sie Halt;  
Nun droht Dir, Edler,  
Schmählicher Tod!

Wende noch einmal  
Auf zu den Wolken  
Leuchtenden Blick;  
Senke ihn dann.

Falle Du!

Doch er erhob sich;  
Nervige Rechte  
Packte das Beil,  
Nahm es dem Diener,  
Schlug es dem ersten  
Fettesten Pfaffen  
In sein Gehirn.

Und dann dem zweiten,  
Und dann dem dritten;  
Fernhin entkreischt die  
Verräterschar.

Opfer des Götzen  
Sind seine Priester;  
Kinder der Wahrheit  
Ehren den Gott.

Komme denn eiligst,  
Tag du der Rache —  
Tau meiner Seele,  
Lange ersehnt!

*Schlachtlied.*

Stahlglanz schimmert im grünen Feld,  
 Weiße Paniere rauschen;  
 Tummelnde Rosse, Drommetenklang  
 Und vielstimmiges Jauchzen!

Greife, du Rechte, zur Linken denn;  
 Hebe das Schwert empor!  
 Durstig ist es nach Blute schon —  
 Und die entflammten Blicke  
 Künden ihm Sättigung an.

Hier mit Gott und St. Georg!  
 Streitet für Recht und Ehre!  
 Männerkraft will bewiesen sein,  
 Worte sollen nicht fallen.

Eiserne Taten, hageldicht,  
 Sollen sich hier begegnen;  
 Funken sprühe der Panzer aus,  
 Arme müssen ermatten!

Manchen Helm von dem blonden Haupt  
 Weht ein Todeswind;  
 Manches tapfere Herz, das treu  
 Seinem Könige schlägt —  
 Heute wird es verstummen.

Auf zum Tanz! Und zögert nicht!  
 Wendet euch grad auf den Feind!

Furcht erfüllet des Feigen Herz,  
 Mut beseligt den Mann;  
 Sterben müssen sie beide doch  
 An dem heutigen Tag.

Rot schon färbt sich der grüne Plan,  
 Tosen der Schlacht beginnt —  
 Grüne Kränze erkämpfet euch,  
 Purpurglühende Häupter!

*Zugvögel.*

Singende,  
 Schwingende,  
 Fliegende,  
 Wiegende  
 Bürger der Lüfte, wo eilt ihr doch hin?

Stündliche,  
 Schwindliche,  
 Säumende,  
 Träumende  
 Sehnsucht erweckt ihr mir, wo ich auch bin!

Diese starke Rationalisierung spricht sich weiter auch darin aus, daß bei den Gedichten spürbar ist, wie ungemein bewußt der lyrische Gehalt vor dem Dichter steht; er formt ganz objektiv, nüchtern den Stoff. Nicht als entkleide er sich jeden Gefühls, zwingt sich zur Nüchternheit um der Darstellung willen, sei es um sie formal durchzufeilen, sei es um nur das Tatsächliche sprechen zu lassen (Stendhal, Mallarmé, Flaubert). Sondern das Gefühl wird zum Gegenstand genommen wie irgend etwas anderes. Er entkleidet sich nicht, sondern im Gegenteil bekleidet sich damit. Daraus resultieren dann Gedichte bei Langbehn, die von einer ohne weiteres spürbaren Unechtheit sind.

*Abenteuer.*

In des Liebchens  
 Nächtlicher Kammer  
 Schliefe ich jüngst,  
 Aber nicht allein.  
 Glühendheiß umschlangen  
 Mich ihre Arme,  
 Lilienweiß;  
 Und ich fühlte,  
 Wie mir die Flamme  
 Süßer Wollust  
 Durch die Seele drang.  
 Ich verstummte;  
 Doch meine Glieder  
 .....

Sprachen mehr  
 Als je der Mund vermag!  
 O du himmlische Stunde, kehre wieder  
 Und gestalte mir die Nacht zum frohen Tag!  
 Heimliche Liebe,  
 Deine Freuden  
 Geben den Frieden  
 Und auch Glück!  
 Selige Nacht,  
 Dich vergeß ich nie!

*Hochzeitsnacht.*

Siehst du den Bräutigam dort ruhn  
 Auf weichgetürmtem Pfühl?  
 Und ihm die Braut den Willen tun  
 In süßem Hochzeitsspiel?  
 Wie Arm in Arm und Brust an Brust  
 Und Leib an Leib sich fügt;  
 Und voll der allerhöchsten Lust —  
 An Saft und Mark  
 So fest und stark —  
 Sich ein Gefäß des Lebens in's andre sehnd schmiegt?  
 Das schmeckt so süß,  
 Wie's Paradies!  
 O könnt es ewig währen!  
 Jedoch es muß des Menschen Kraft  
 Und Leidenschaft  
 Den Menschen neu gebären.  
 Des Werdens Strom ergießt der Mann  
 In seines Weibes Schoß;  
 Und neues Leben ringt sich dann  
 Aus ihrem Leibe los.

*Spiel des Windes.*

Sausend fuhr der Sturmgott durch die Lüfte,  
 Schüttelnd seine blitzgewohnten Locken.  
 Und er griff sich eine von den schönsten Wolken;  
 Ihre weiße Haut und ihre blauen Augen,  
 Sie gefielen ihm so sehr —  
 Schleppt sie mit sich fort in seine Kammer;  
 Wirft sie auf sein weites breites Lager,  
 Daß sie bang erschrickt.

Und nachdem er seinen grauen Zottenmantel  
 Abgelegt, gesellt er sich zu ihr,  
 Schlingt um ihren Hals die starken Arme;  
 Beugte seine Hüften auf die ihren  
 Und ergießt die süße Kraft in sie.

Schwül er atmend, fühlt sie bald ein leises Beben  
 Sich durch ihren gluterfüllten Körper senken —  
 Und sie weiß nun, was die Liebe ist.

Es ist bedeutsam, daß Frauen, nebenbei bemerkt auch der Staatsanwalt, an diesen Versen großen Anstoß nahmen. Sicherlich war diese Reaktion nicht nur aus Prüderie geboren, sondern man ist tatsächlich von der ungesund-schwülen Atmosphäre dieser Gedichte unmittelbar abgestoßen, eben weil sie nicht „echt schwül“, sondern so durchaus unecht sind. So kann nur jemand schreiben, der in Wirklichkeit gar keine Resonanz mehr für Liebe u. dgl. hat. Gerade das anempfundene, das rein als Gegenstand vorgestellte Gefühl macht die Gedichte so geschmacklos.

Das Nebeneinander von Lyrismus, Zartheit und dem extremen Gegenteil davon, einer bis zur Rohheit gehenden Brutalität zeigt die Gegenüberstellung einiger Gedichte und Aphorismen sehr gut auf:

*Im Grase.*

Tausend lispelnde Geschwister  
 Stehen um mich her und küssen  
 Mir mit leisem Hauch die Wange,  
 Flüstern liebliche Gedichte  
 Mir in Herz und Aug und Ohren.

Und ich sende ihnen Blicke  
 Und ich sende ihnen Worte  
 Und ich sende auch Gefühle  
 Ihnen nach in alle Weiten,  
 Ihnen nach in nächste Nähe.

Grüßet mir die Welt, die schöne;  
 Grüßet mir den hohen Himmel  
 Und die Erdenkinder alle  
 Und die Engel dort im Blauen —  
 Grüßet Gott, den Allerhöchsten.

*Phantasie.*

Schön muß es in Smyrna sein!  
 Datteln, Wachteln, Trauben, Wein,  
 Glutgeaugte Griechenkinder,  
 Breitgestirnte fromme Rinder —  
 Alle diese Herrlichkeit  
 Wartet dein zu jeder Zeit!

Steige, Freund, denn rasch zu Schiff!  
 Fürchte Stürme nicht noch Riff;  
 Segel führen dich nach Süden,  
 Hoffnungslicht erquickt den Müden —  
 Lande, liebe, lebe dort  
 An dem allerschönsten Ort!

„Es würde uns nicht wundern, wenn der Rembrandtdeutsche über seine Leser folgendes Urteil fällte: die Juden — gemein, die Pastoren — albern, die Professoren — unverschämt, das Durchschnittspublikum — blöde, die Jugend — leichtfertig, die Katholiken — ernst und oft bescheiden.“

„Die Professoren fressen Staub und die Juden fressen Kot; wer von beiden nährt sich nun besser?“

„Dem Dummen geschieht ganz recht, wenn er betrogen wird; dieser Satz ist grundgemein und grundjüdisch.“

In Einklang mit der Unechtheit seines Zynismus, der verstiegenen Pathetik, die vor Brutalität nicht zurückschreckt, steht die Gewaltsamkeit, mit der Langbehn seine Lehren an Rembrandt exemplifiziert oder auf das Niederdeutsche bezieht. Rücksichtslos wird hier der Gedankengang zurechtgebogen oder sprunghaft gewendet, um die Nutzanwendungen auf Rembrandt ziehen zu können.

„Es ist, als wenn einem ein Schinken ins Haus getragen wäre, an dem man lange zu zehren hat“, äußerte sich ein Leser des Rembrandtbuches über dasselbe. Dies erinnert an noch etwas anderes. Bacon heißt im englischen Speckseite. Wir finden eine starke innere Verwandtschaft zwischen Bacon und dem Rembrandtverfasser. Vielleicht ist ein Schinken noch delikater als eine Speckseite. Jedenfalls sind beide sehr niederdeutsch.“

Ebenso wie der Ausdruck seiner Gefühlswelt durchaus rational und unecht wirkt, wird man auch diese ungewöhnlichen Grobheiten nicht allzu ernst zu nehmen brauchen. Auch sie sind allzu übersteigert; man wird immer wieder an Produkte Pubertierender erinnert, wenn man diese Werke Langbehns liest, obschon sie sich durch das ausgesprochen starke rationalistische Moment grundlegend von ihnen trennen. Aus den Gedichten geht auch schon die Neigung zu Alliterationsbildungen hervor, zu Wortspielereien, zum Gleichklang. Öfter gelingen ihm auf diesem Wege aber auch sehr hübsche Formulierungen. Manchmal tauchen Sätze von geradezu dramatischer Anschaulichkeit auf.

„Lieber Mozart, Ihr Don Juan ist sehr schön, aber er ist nichts für meine Wiener“, sagte Josef II. vor hundert Jahren. „Lieber Deutscher, Ihr Rembrandtbuch ist sehr schön, aber es ist nichts für meine Berliner“, könnte Wilhelm II. gegenwärtig sagen.“

„Schopenhauer und Ibsen käuzen, wie zwei gewaltige Eulen, auf den Trümmern dieses Jahrhunderts.“

Weitaus am interessantesten ist sein großer nationalpädagogischer Versuch, das Buch „Rembrandt als Erzieher“. Dieses Buch ist schlechthin einmalig in seiner Anlage und seinem Stil. Es ist in ununterbrochenem Fortgang geschrieben, lediglich an den Rändern finden sich Absatzvermerke wie „Bauer und Künstler“, „Bauer und König“, „Bildung“ usw., aber auch diese erst in späteren Auflagen. Ein großes Wissen auf allen nur denkbaren Gebieten steckt darin. Das Ganze ist aber vor allem in seinen ersten Auflagen geradezu ein Irrgarten. Momme Niessen sagt selbst gelegentlich, daß es etwas Labyrinthisches hat. Alles macht einen einfallsmäßig aneinandergereihten Eindruck. Klare Linien, die etwa durch das ganze Buch durch liefen, finden sich nicht. Womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß es nicht etwa klar würde, worauf der Verfasser hinaus will. Alle von ihm vorgebrachten Ansichten werden mit äußerster Schärfe und allem Nachdruck vertreten, wobei das eine sehr deutlich wird: Immer wird alles zugespitzt auf ein extremes Entweder — Oder. Diese Antithesensucht läuft durch das ganze Buch. Auch noch in anderer Weise findet dieser extreme Denk dualismus seinen Ausdruck. Langbehn operiert dauernd mit Gegenüberstellungen und Analogisierungen von 2 Dingen; er exemplifiziert immer ein Ding durch ein anderes, etwa nach dem Schema: ebenso wie — so, wie dies — so auch, die eine Seite — die andere Seite, entweder — oder usw. Als Beispiele seiner Schreibweise seien einige Absätze seines Buches wiedergegeben.

„Der erdgeborene Niederdeutsche ist ein erdgeborener Aristokrat; in dem heutigen Deutschland hat aber der Niederdeutsche durch seine Hauptvertreter Bismarck und Moltke politisch wie militärisch die Führung übernommen; es ist nur naturgemäß, daß die geistige Strömung dem nachfolgt und sich gleichfalls in aristokratischer Richtung entwickelt. Moltke hat das deutsche Heer für die „vornehmste“ Institution im deutschen Reiche, wohl im doppelten Sinne jenes Wortes, erklärt; ebenso muß, im gleichen doppelten Sinne des Wortes, die deutsche Kunst, die vornehmste Institution im Reiche des deutschen Geistes sein. Wo Aristokratie im heimischen Volksgeist wurzelt, da ist sie nicht verhaßt; hierin könnte das alte Holland manchen Politikern von heute eine gute Lehre geben. Die einstigen holländischen Generalstaaten hatten eine durchaus aristokratische Verfassung, mit der aber gerade das niedere Volk sehr zufrieden war. Auch Rembrandt ist, trotz seines derb-sinnlichen Äußeren, ein ausgesprochener Geistesaristokrat; man erkennt dies am besten, wenn man seine Werke, mit denen der holländischen Kleinmaler, den Vertretern eben jenes niederen Volkes in der Kunst, vergleicht. Auch seine Freundschaft mit dem späteren Bürgermeister Six von Amsterdam, dem Haupte einer hocharistokratischen Familie und danach auch eines hocharistokratischen Gemeinwesens, ist hierfür bezeichnend.“

„Architektonik und Seele, Symmetrie und Rhythmus sind diejenigen beiden Eigenschaften, welche vor allem dem griechischen Kunstwerk eignen sollen; und welche endlich dem modernsten aller Kunstwerke, dem heutigen Staat eignen sollen. Jede Statue hat ihr Stand- und Spielbein. Die schon erwähnte doppelartige Charakterrichtung der Hohenzollern, auf das Große und auf das Kleine, auf das Enthusiastische und auf das Nüchterne entspricht einer solchen Forderung; vermittelt derselben sind sie dahin gelangt, wo sie sich jetzt befinden. Die Politik als Kunst spaltet sich nach zwei Seiten. Was Shakespeare als die höchste Aufgabe jedes Künstlers bezeichnet hat: Der Besonnenheit und der Leidenschaft zugleich Rechnung zu tragen, ist auch die Aufgabe eines jeden Politikers, gerade weil und insofern er Künstler ist. Er kämpft mit doppelter Front; zugleich nach der festen und nach der freien, nach der konservativen, wie nach der liberalen Seite. Er balanciert. Wenn sich zentripetale und zentrifugale Kräfte gleichmäßig betätigen, wird der Staats- wie der Weltkörper am sichersten seine Bahn wandeln. Rembrandt in seiner Eigenschaft als Holländer, und die Holländer in ihrer Eigenschaft als Seebauern, verkörpern noch mehr als andere Niederdeutsche die erdsprungene wie erdumfassende Doppelseigenschaft dieses Stammes: zu beharren und fortzuschreiten. In Preußen und auch im neuen Deutschland hat bisher die erstere Richtung immer den Ton angegeben; es scheint angemessen, nun auch einmal die andere Seite des Volkscharakters politisch wirken zu lassen. Evolution, nicht Revolution ist der Beruf der Deutschen. Ein Ding entwickeln, heißt, es auf eine breitere Basis stellen, welche aus ihm selbst heraus gewachsen ist; in diesem Sinne soll sich Preußen entwickeln; und zwar jetzt nicht nach außen, sondern nach innen hin. Über Weichsel und Oder müssen auch Weser und Rhein zu Worte kommen. Das Aufrechterhalten der eigenen Persönlichkeit ist der Grundzug des holländischen, des niederdeutschen, des deutschen Geistes; „je maintiendrai“ lautet der Wahlspruch Oraniens. Aufrecht ist die Haltung des preußischen Soldaten, aufrecht ist die Gesinnung des preußischen Bürgers, aufrecht sollte auch der Mut jedes Deutschen sein. Das Stramme, Stracke, Gerade, wie es sich in der äußeren Haltung jedes preußischen Kriegers ausspricht, ist von jeher der Grundzug der preußischen Politik nach innen wie nach außen gewesen; sie ist ihr, wie Deutschland zum Segen geworden; „die Geradheit hat Gott selbst ans Herz genommen“ bekundet Goethe. Geradheit des Geistes und der Gesinnung



ist ein ausgeprägt deutscher Zug; in ihr spricht sich der deutsche Beruf Preußens aus; diese Charaktereigenschaft gilt es nun in einer besonderen Art weiter zu bilden. Eine stählerne Feder in gestrecktem Zustand ist stark; aber in gebogenem Zustand ist sie noch stärker. Zu dem Element des Geraden — der Symmetrie — welches bis jetzt in Preußen herrschte — muß nunmehr das Element des Schrägen — des Rhythmus hinzutreten, welches jeglichem organischen Leben erst die Vollendung gibt. „En beeten scheef, het Gott lev“ sagt, jenen Goetheschen Spruch ergänzend und einschränkend, ein ebenso weises wie liebenswürdiges niederdeutsches Sprichwort; es kann und darf jetzt auch für Preußen gelten, nachdem es ganz Niederdeutschland in sich aufgenommen hat; *Graecia capta saevum cepit victorem*.“

„. . . . Und der Preußengeist greift noch weiter; er ist sogar dem Menschengeist ein wenig verwandt; ja, wenn man will, dem Weltgeist. Denn der aufrechte Gang macht, wie gesagt, erst den Menschen; das preußische Exerzierreglement aber hat den Deutschen körperlich wie sittlich gelehrt, wieder aufrecht zu gehen; die preußische Politik hat ihn wieder berechtigt, anderen Nationen gegenüber sein Haupt gerade zu tragen.“

„Die falsche Objektivität ist vor allem zu bekämpfen. Kaltblütigkeit ist nützlich und auch ein Frosch hat kaltes Blut; aber die Froschperspektive ist darum doch nicht die richtige Perspektive, um die Welt zu beurteilen. Das vorige Jahrhundert in seinem Idealismus, sah die Welt aus der Vogelperspektive an; dieses in seinem Spezialisismus, sieht sie aus der Froschperspektive an; hoffentlich wird das nächste, in seinem Individualismus, sie aus der für den Menschen einzig berechtigten: nämlich aus der menschlichen Perspektive ansehen.“

„Das alles Organische beherrschende Prinzip der Zelle mit ihrem Zellkern, ist hier aufs soziale Gebiet übertragen. Und dieses berührt sich wieder mit kosmischen Verhältnissen; der Bauer, der auf Grundbesitz begründet ist und ein Stück der Erdoberfläche sein Eigen nennt, tritt dadurch in ein ganz direktes Verhältnis zum Erdzentrum; und durch dieses wieder zum Weltzentrum, wie zum Herrn der Welt. Er steht Gott und der Natur nahe. Ein Bauer muß fromm sein; ein gottloser Städter läßt sich allenfalls ertragen; aber ein gottloser Bauer ist etwas Abscheuliches. Andererseits haben wieder Sonne und Mond so gut einen Hof um sich, wie jeder Bauer und jeder König den seinigen; im organischen Bau der Welt berührt sich auch das Entfernteste; eben darauf beruht die Harmonie desselben.“

In äußerst charakteristischer Weise geht aus diesen Abschnitten die Denkweise Langbehns hervor: Paaren und Zweiteilen, Analogisieren und Gegenüberstellen. Weiter wird die oft ganz äußerliche Art der Fortführung des Fadens erkennbar, die ganz erhebliche Beziehungen zur schizophrener „Reihung“ hat, wobei sich hinter den anscheinend rein äußerlich verbundenen Wortreihen oft ganz bizarre Einfälle verbergen. Sie geben dem Gedankengang ausgesprochen den Charakter des Flächigen, auf einer Ebene Liegenden, des Hintergrundlosen. Für die „Reihung“ sind diese Momente ja wesentlich mitkonstituierend. Man darf aber andererseits nicht übersehen, wie diese äußerliche Gedankenführung, die Neigung zu Antithesen, Wortspielereien, Alliterationen einen Reichtum an bizarren Einfällen hervorruft. Sie erstaunen immer wieder und verleihen dem Ganzen den Ausdruck einer scheinbar ungewöhnlichen Beweglichkeit, Lebendigkeit des Denkens. Doch sind auch die Stellen nicht selten, bei denen die aufgezeigten einfachsten Grundformen sich bis zur Erstarrung des Ganzen, bis zur Stereotypie auswirken.

„Das meiste in der Welt wird durch inkommensurable Größen gemacht: Liebe, Ehre, Frömmigkeit sind Dinge, die sich nicht mit dem Zollstab ausmessen lassen; sie sind es, die über das Schicksal des einzelnen Menschen wie der gesamten

Menschheit entscheiden; und inkommensurable Größen entscheiden auch im geistigen Leben. Die Welt ist zwar inkommensurabel für den ganzen Menschen; weil dieser selbst eben eine inkommensurable Größe ist. Gleiches kann nur durch Gleiches, Inkommensurables nur durch Inkommensurables, Organisches nur durch Organisches erkannt werden. Das ist ein Grundsatz nicht der höheren, sondern der „höchsten Mathematik“. Der Mensch, welcher eine organische Einheit ist, kann auch die Welt nur als eine organische Einheit auffassen, verstehen, erkennen. Der Mensch ist das Maß aller Dinge.“

*Der Spielmann.*

Ein Spielmann bin ich, Spielmannskind  
 Und Spielmannsvater auch;  
 Und Spielmannsbruder nennt man mich  
 Nach altem Spielmannsbrauch.

Ein Spielmann will ich und euch  
 Den Spielmannsdienst versehn;  
 Aus Spielmannsliedern lernt ihr leicht  
 Den Spielmannsmut verstehn.

Mit Spielmannsernst und Spielmannsscherz,  
 Mit süßem Spielmannston  
 Erquickt ich eure Seelen oft  
 Mit Spielmannsweise schon.

So laßt mich Spielmann weiter ziehn  
 Und fragt mich nicht, wohin —  
 Mein Spielmannsschicksal treibt mich fort,  
 Weil ich ein Spielmann bin.

Man steht, insgesamt gesehen, hier einem eigenartigen Reichtum an Einfällen, Zuspitzungen, Vergleichen gegenüber, trotzdem andererseits deutlich wird, daß unter Umständen ganz äußerliche, einfache Linien den Gedankengang beherrschen. Als Grundgesetz über allem steht der auf die äußerste Spitze getriebene Denkdualismus. Es ist so, als ob diese Struktur des Denkens überhaupt mit der notwendigen Setzung von zwei Dingen, wenn über eins etwas ausgesagt werden soll, hier in geradezu grotesker Weise nicht nur auf die Spitze getrieben, sondern auch ad absurdum geführt wird. Auf die relative Bereicherung, die die Reihung bei gewissen hebephrenen Denkstörungen mit sich bringt, haben wir selbst aufmerksam gemacht. *Beringer* hat hervorgehoben, wie gerade die Denkstörung den Hebephrenen dazu bringt, den Denkgegenstand von vielerlei Seiten her zu betrachten und demgemäß Einfälle vorzubringen, die zunächst verblüffen. Wie einfache Denkschemen sowohl ganz äußerlich als auch im inneren Aufbau einem Stil und einer Denkweise das wesentliche Gepräge geben können und auf der anderen Seite eine Lockerung des ganzen Denkgefüges den Eindruck eines großen Einfallreichtums und ungewöhnlich beweglichen Denkens vermittelt, geht aus den oben angeführten Beispielen wohl anschaulich hervor. Zu dieser Denkweise gehört ein affektives und Gefühlsverhalten, das brüchig und unecht ist, nur im „vorgestellten“, aber kaum je in lebendigem, gehabten Gefühl lebt. Dieser Rationalismus ist in hohem Maße für Langbehn charakteristisch. Er spricht sich auch darin aus, daß er für sich sehr häufig die Eigenschaften „naiv, kindlich, rein, naturhaft“ usw. in Anspruch nimmt. Damit legte er gerade auf Eigenschaften Beschlag, die seiner ganzen Denkweise und seinem brüchigen Leben widersprechen. Wie alle Schizophrenen hatte er für seine ihm eigentümlichen Stilcharaktere sofort rationale Gründe bereit, wenn ihm in Kritiken usw. Vorwürfe gemacht wurden.

„Manche sog. Kritiker waren albern genug, die gelegentlich alliterierende Schreibweise des Rembrandtdeutschen für eine Spielerei zu halten. Sie ahnten

nicht, daß jede Sprache sich gesetzlich entwickelt und daß gleichklingende Worte, in einer größeren oder geringeren geschichtlichen Wurzeltiefe ihres Wachstums, auch stets sinnverwandt sind. Ja sie waren so ungebildet, nicht zu wissen, daß der sich — unter und über der Erde — so weit ausdehnende deutsche Sprachbaum diese Eigentümlichkeit ganz besonders stark und deutlich aufzeigt, sowie, daß sich gerade aus ihr die früheste deutsche Poesie und somit die früheste deutsche Geistesbildung entwickelt hat.“

„Alliteration ist eine deutsche Tätigkeit; sie ist ein Akt der Synthese; eben darum wendete wohl der Rembrandtdeutsche in seinem Buche vorzugsweise dies technische Mittel an. Der bis jetzt äußerste Gipfel des deutschen Baumes sog damit Saft aus seiner letzten Wurzelspitze. Wer das Ende eines Dings mit seinem Anfang verbindet, wer dadurch die Zirkulation des Lebens wiederherstellt und fördert und beschleunigt, der ist wahrhaft konservativ. Denn er konserviert das individuelle Leben eines Organismus. So geschah es hier.

Sind die kritischen Reporter der heutigen deutschen (?) Tageszeitungen wohl solchen Feinheiten gewachsen? Kaum.“

Langbehn ist bei der außerordentlich hohen Selbsteinschätzung, die er für sich und seine Werke hatte, trotz dieses hohen Grades von Bewußtheit nie auf einer Selbstironisierung zu ertappen. Sicher liegen aber von der Bewußtheit her Beziehungen vor zu der Selbstironisierung und Selbstverhöhnung, wie sie bei manchen, und gerade den produktiven, kompliziert strukturierten Schizophrenen häufiger angetroffen wird. Ein Spitzenbeispiel hierfür stellt das Bild des Malers X. dar<sup>1</sup>. Langbehn nahm sich selbst immer bitter ernst und blieb in der Haltung des Volkspädagogen unerschütterlich. Seine hohe Selbsteinschätzung prägt sich in folgenden Zeilen aus:

„Der Verfasser vom ‚Rembrandt als Erzieher‘ hat zwei Wahrheiten ausgesprochen, die er selbst in seinem Buch wie seinen Liedern aufs klarste bestätigt: einmal, daß die Kindernatur, nicht nur sittlich heilig, sondern auch künstlerisch vornehm ist; dann daß volle Sinnlichkeit, ohne eine Spur von Gemeinheit, immer höchst vornehm ist. Der letztere, unglaublich tiefe Satz, ist den Deutschen offenbar noch nicht eingegangen. Freilich wird er Leuten von einer schmutzigen Phantasie nie einleuchten.“

„Die ‚40 Lieder eines Deutschen‘ tauchen wie eine reine Lotosblume auf aus dem stinkenden Schlamme der heutigen deutschen Literatur.“

„Die heutige deutsche Lyrik oder das Sperlingsgezwitscher, das man so nennt, wurde durch die ‚40 Lieder‘ plötzlich harmonisch unterbrochen. Sie vergegenwärtigen uns wieder einmal den ‚Nachtigallengesang im Dunkeln‘, von dem Hölderlin so schön spricht.“

Es ergibt sich so ein eigenartiges, kompliziertes Gesamtbild, das mit manchen Zügen die psychologische Struktur schizophrener Endzustände einsichtiger macht. Das Mit- und Nebeneinander von Lebensunfähigkeit und Weltverbesserertum, von Kindlichkeit, Zartheit, Schutzlosigkeit und Unechtheit, Kälte, extremer Aggressivität, autistischer Ablehnung, von Reichtum, Bizzarie des Denkens und Flachheit, Untiefe und Unverbindlichkeit gibt für den ganzen Komplex die hauptsächlichen Züge ab. Man sieht von diesem Typus aus Fäden laufen zu manchen Endzuständen, die lediglich deshalb schwerer durchsichtig sind, weil sie in ihrer Unproduktivität keine objektiven Darstellungen hervorbringen, von denen aus ein Eindringen in ihre psychologische Struktur möglich oder wenigstens leichter wäre. Man erinnert sich der Weltverbesserer, die nie die Konsequenzen aus ihren Predigten ziehen; derjenigen, die nur von Milch und Eiern leben wollen, da alles „feinlich“ und „zärtlich“ sein muß usw. Dieser

<sup>1</sup> Es stellt den Maler an einer Hauswand urinierend dar. Ein Schildchen an der Mauer trägt die Aufschrift, daß der Porträtierte verrückt sei.

eigenartige Typus schizophrener Sensitivität mit seiner Brüchigkeit, Tiefenlosigkeit, Bewußtheit, die als kindliche Naivität imponiert in ihrer Schutzlosigkeit und den Eindruck des Übersensiblen in ihrer Differenziertheit macht, stellt unserer Meinung nach einen wesentlichen Grundtypus schizophrener Gemütslebens dar. Erschlossen aus dem Ausdruck künstlerischer Produktion macht er umgekehrt die Eigenart der Werke und ihrer Hersteller anschaulich deutlich.

Es gilt nun, den Versuch zu machen, die Grundlinien dieser aufgezeigten großen Komplexe weiter zu verfolgen. Nicht die ganze schizophrene Künstlerschaft läßt sich unter diese Typen zählen, aber als wesentliche Kennzeichen lassen sich einer oder mehrere der geschilderten Züge wiederfinden. Es können weiterhin Linien, die zur sonst bekannten schizophrenen Symptomatik hinführen, aufgewiesen werden, während es andererseits gilt, weitere charakteristische Merkmale schizophrener Kunst aufzusuchen.

Das Ornamentale, Flächenhafte, keine leeren Stellen Duldende schizophrener Malerei ist oft betont worden. Die Geometrisierung, fast rechnerische Stilisierung, die eigentümliche Statik einer großen Zahl schizophrener Malereien ist bei der Sichtung einer Sammlung sehr auffällig<sup>1</sup>. Setzt man in Vergleich dazu die Darstellungen von Halluzinationen, wie sie der Maler des Heiligen Rockes, der Maler vom Welthirten usw. lieferten, so ist man auch hier durch die eigenartige Ruhe und Bewegungslosigkeit der Bilder sehr beeindruckt. Bei den Bildern des Rockmalers kommt besonders gut zum Ausdruck, daß zwar dauernde Veränderung herrscht, denn immer verändern sich die Falten wieder, aber eine eigentliche Bewegung gibt es nicht. Wir möchten sagen, es ist ein Sichwandeln, aber nicht ein Sichbewegen. Es fehlt der Veränderung das ihr eigentümliche dynamische Moment, die zuständige dynamische Tendenz, wie SCHELER sagt, die diese Veränderung erst zur Bewegung werden läßt. Auch in den Malereien des PFEIFFERSchen Falles ist diese eigenartige Ruhe in den Bildern, die diese Künstlerin von ihren phantastischen Gesichterscheinerungen lieferte, ausgeprägt.

Nach zwei Richtungen scheinen diese Merkmale bedeutsam, in ihren Beziehungen zu den Halluzinationen und zur Phantasie der Schizophrenen. Die Bilder des PFEIFFERSchen Falles z. B. ähneln nicht nur, sondern sind völlig den optischen Vorgängen gleich, wie sie als Farbenspiel, als entopische Vorgänge, als Illusionen und Halluzinationen im Mescalindrausch in Fülle vorzukommen pflegen. Physiologische Grundmechanismen oder doch deren pathologische Änderung gehen hierbei mit diesen Erscheinungen einher, z. B. der Verlust des Bewegungsehens. Vielleicht sind diese Grundmechanismen und ihre Störungen wiederum Ausflüsse von Umwandlungen des ganzen physiologischen Grundgeschehens der Persönlichkeit oder es bestehen hier doch wenigstens Beziehungen. Aber dies ist vorläufig nur eine Konstruktion, wenn wir auch sagen möchten, daß hier ein Problem zu liegen scheint, das vielleicht tief in die Problematik schizophrener Persönlichkeitsveränderung hineinführt. Bei dem Falle PFEIFFERS ist besonders interessant, wie die Malerin bei dem späteren Ausbau und der im Laufe der Jahre erfolgten Hinwendung zu figürlicher Darstellung von den Grundelementen dieser optischen Erlebnisse nie loskam. Immer wieder tauchen in der Ausschmückung der Figuren die gleichen eigenartigen Verschnörkelungen und Verzierungen auf, die den aus sich selbst herauswachsenden Linien der entopischen Farbenspiele völlig gleich sind. Diese eigenartige Wandlung ohne Bewegung, dies losgelöst Wachsende, gibt den ganzen Darstellungen eine eigentümliche Lautlosigkeit, die bei dem Maler der Rockfalten oder des Welthasen

<sup>1</sup> Für den Problemkreis Wahrnehmung und Halluzination verweisen wir ausdrücklich auf die STEIN-MAYER-GROSSsche Darstellung in diesem Handbuch II. Dort sind manche hier zur Sprache kommende Fragen schon eingehend erörtert.

auch spürbar ist. Uns bedeutet der Ausdruck „Lautlosigkeit“ mehr als ein literarisches Schmuckwort. Wir versuchen damit das eigenartige Ferne, schemenhaft Unwirkliche, Unlebendige zu kennzeichnen, dem man unbeteiligt und doch angezogen gegenübersteht wie einem stillen Farbenspiel, das an die Wand geworfen ist. Natürlich gibt es auch einfachere Darstellungen halluzinatorischer Erlebnisse; Teufelsfratzen, Lichtstreifen, teppichartige Bilder oder Selbstverfertigungen von allerlei Apparaten, Nadeln, mit denen der Kranke seiner Meinung nach gequält wird usw. Dies alles ist einfache, gewissermaßen natürlichere Darstellung und Konkretisierung halluzinatorischer Vorgänge. Wesentlich für das spezifisch Schizophrene sind aber vor allem die zuerst angezogenen Darstellungen, weil sie eigenartige, eben spezifisch schizophrene Charaktere viel deutlicher zum Ausdruck bringen. Vergleicht man z. B. die geistvollen, beweglichen Spielereien JEAN COCTEAUS aus Wolkenlinien u. dgl. mit diesen schizophrenen halluzinatorisch oder illusionär determinierten Darstellungen, so wird der hier herrschende Unterschied sichtbar.

Weiterhin gelangt in diesen eigenartigen Bildern wohl am besten die spezifisch schizophrene Phantasie zum Ausdruck. Die Steifigkeit, Verschrobenheit, Leblosigkeit, das Bildassoziative derartiger Darstellungen ist keinem der früheren Autoren entgangen. Doch sollen die Denkstörungen, der fehlende Leitgedanke, die mangelnde Obervorstellung, die bei manchen derartigen Gestaltungen, z. B. den Kontaminationen, den Zusammenstellungen heterogener Inhalte zum Ausdruck kommen, hier jetzt außer Betracht bleiben. Diese Momente sind genugsam bekannt, und es kommt uns ja hier nicht darauf an, etwa die schizophrene Kunst nach ihrer Denkstruktur allein zu untersuchen. Wir wollen vielmehr versuchen, den Typus schizophrener Phantasie zu umschreiben, der hier zum Ausdruck kommt. Damit finden wir wieder einen festen Orientierungspunkt, der ein Zurechtfinden in der Fülle der Möglichkeiten erlaubt.

Wir ziehen auch jenen Bildertypus mit in die Betrachtung ein, wie er sich besonders charakteristisch bei der Malerin der Märchenbilder PFEIFFERS darstellt und wie er mit seiner krausen, barocken, aufgelockerten Strichführung häufig zu finden ist. Diese verkrausten, verschnörkelten Bilder stellen keinen Widerspruch gegen die obengenannten Charaktere dar. Auch bei ihnen kommt vielleicht gerade durch das technische Mittel der eigenartigen Strichführung der Charakter des Unwirklichen, Märchenhaften, einer gewissen Zeitferne und Unlebendigkeit des Geschehens sehr gut zur Darstellung. Man wird sofort an die Unanschaulichkeit des phantastischen Inhaltes Oetzels z. B., an die geometrische Flächenhaftigkeit bei Oett, an das Ausschüßherauswuchernde der Formen bei der Malerin PFEIFFERS, des Lemgoer Plastiklers, erinnert. Denn das Wuchernde, das Maßlose des Schmucktriebes, von dem PFEIFFER spricht, das Allesausfüllen und keine leeren Stellen Dulden bedeutet ja für den Betrachter durchaus nicht etwa ein Mehr an Anschaulichkeit. Im Gegenteil, gerade durch sie kommt das Moment des Wirklichkeitsfernen, das Fehlen lebendiger Anschaulichkeit charakteristisch zum Ausdruck. Wohl ist der Stimmungsgehalt dieser Bilder ein anderer, wie z. B. beim Welthirten, bei dem die Statik des Geschehens sich auch auf den Stimmungshintergrund erstreckt. Der Welthase schwebt auch stimmungsmäßig in einer hintergrundslosen Luftlosigkeit, gewissermaßen im luftleeren Raum, während der andere Bildertypus unter Umständen eine unruhige Stimmung verrät. Aber in der Art ihrer Phantastik und der Charaktere des Unanschaulichen, Leblosen, statisch Flächenhaften, Zeit- und Wirklichkeitsfernen der Darstellung begegnen sich alle Bilder. Überläßt man sich einmal ganz diesem Eindruck, so wird sogar die Unräumlichkeit dieser Darstellungen gar nicht mehr so verwunderlich. Es ist ein Ausschüßselbstwachsen des Geschehens da, das ebenso, wie es zeitfern zu sein scheint,

auch in sich unräumlich ist, d. h. keine Bindung an einen festen Raum ohne weiteres mit sich bringt. Die räumliche feste Einordnung gehört nicht primär schon zu den Faktoren, die die Darstellung konstituieren. Sie ist nicht primär

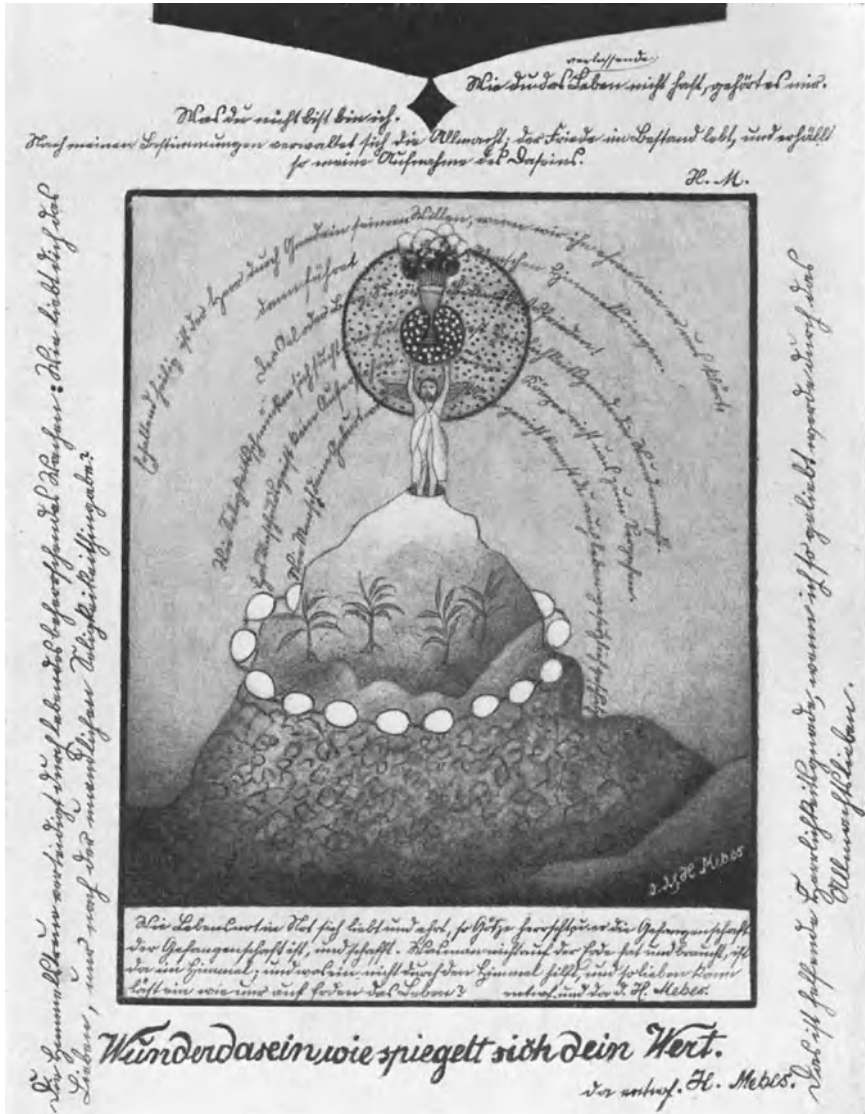


Abb. 6. Mit Symbolik überladenes Bild. Zeichnung und Schrift gehen im Bildaufbau zusammen. Fall 34. Vgl. PRINZHORN S. 121. (Ebenso Abb. 7.) Verkl. 7 : 6.

einbezogen. Ihre Überwindung wird entweder gar nicht versucht, alles wächst bis zur völligen Ausfüllung der Fläche, oder die Einordnung des Dargestellten gelingt durch einfachste räumliche Grundlinien; Symmetrie, einfachste Geometrisierung setzen ein, ja zu den Bildern selbst wird ein Rahmen gemalt, was man beim Durchblättern einer Sammlung gerade bei Schizophrenen

sehr häufig findet. Aber selbst dieser Rahmen ist meist noch ein Spielen mit allerlei Formen und nicht etwa nur in seiner nächsten Funktion als Raum- und Bildbegrenzung vorhanden. Die Darstellungen bewegen sich in Verbindung

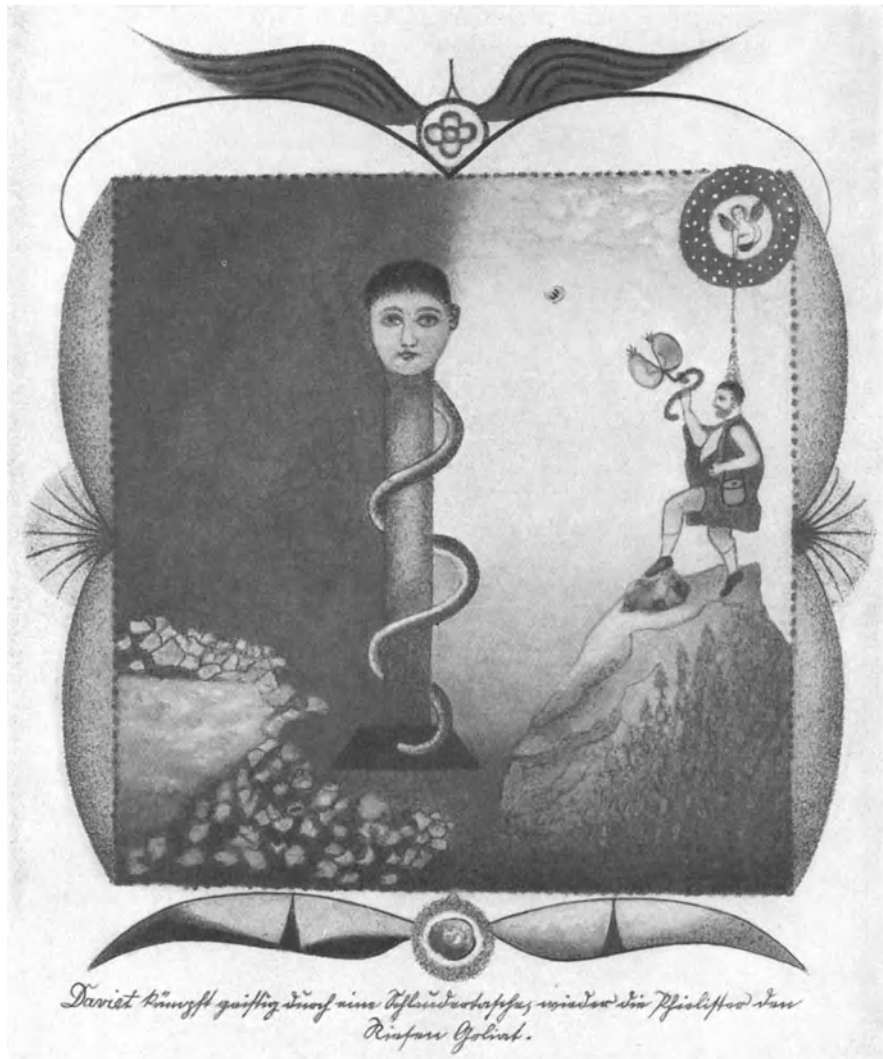


Abb. 7. (S. Abb. 6). Verkl. 7:6.

mit einfacher Raumeinordnung zu einem Stil schemenhafter, steifer Geometrisierung hin. Auf der anderen Seite beim völligen Absehen von aller räumlichen Einordnung kommt der Charakter des Spielerischen, Krausen, der verwirrt, am besten zum Ausdruck. Und doch behält alles für den Betrachter durchaus etwas statisch Unlebendiges, Unbewegtes. Daß hier keine Widersprüche liegen, sondern daß hier im Gegenteil Grundeigenschaften schizophrener Phantasie zum Ausdruck kommen, wird einleuchtend, wenn man sich der Statik der Oettschen Bilder z. B. erinnert, der auf der anderen Seite

die völlig uneinfühlbare Getriebenheit, aus der heraus sie geschaffen werden, gegenübersteht. Gerade das Zusammensein von innerlicher Leere, affektivem Resonanzverlust, dem Fehlen alles Schwunges, aller emotionalen Bewegtheit und der Auslieferung an ein Geschehen, das aus sich heraus abläuft, wird einsichtig und kommt in seinem Widerspiel gerade bei der Phantasie, den Phantasmen, um mit PALAGYI zu sprechen, am besten zum Ausdruck. Hier greift auch das bei der Lyrik *Langbehns* herausgestellte rationale Moment ein. Schizophrene Phantastik, wenn sie sich vom Stimmungshintergrund herauslöst, hat oft die Züge des Bewußten, Bewußtseins hellen. Diese Charaktere insgesamt machen die Produktion des Schizophrenen auch so unvergleichbar. Gewiß lassen sich Analogien bilden zu mythischen Darstellungen, es lassen sich Parallelen finden zu überstilisierten Werken u. dgl., aber gerade das, was



Abb. 8. Phantastische Auflockerung eines ornamentalen Vorwurfs. Fall 244 Franz Pohl.  
Vgl. PRINZHORN S. 271. Verkl. 4 : 1.

das schizophrene Werk auszeichnet, das Zusammendasein, das Widerspiel ohne Widerspruch ist in seiner Eigenart damit um so nachdrücklicher als spezifisch Schizophrene zu kennzeichnen. Über den möglichen Analogien einzelner Charaktere darf das Anderssein der Gesamtverhaltensweisen nicht vergessen werden.

Besonders wichtig wird diese methodische Einstellung bei den naheliegenden, oft beschriebenen Analogien mit den magischen, mythischen, primitiven Darstellungsweisen und Daseinsformen. Daß es auch dem Schizophrenen einmal gelingt, ganz stark zu formulieren oder bildend darzustellen, was in ihm vorgeht, ist nicht das spezifisch Schizophrene. Wenn dann Analogien zu sonstigen Kunststilen und -arten auf den ersten Blick deutlich zu werden scheinen, so darf doch nie bei solchen Darstellungen der grundlegend andersartige Charakter im allgemeinen und die ganz andere Einordnung bestimmter, zu Analogien herausfordernder Charaktere in die von allem zu unterscheidende Gesamtverhaltensweise des Schizophrenen außer acht gelassen werden. Ebenso wie es vom schizophrenen Denken Beziehungen zum Traum gibt und doch der Schizophrene kein Träumender ist, ebenso gibt es Beziehungen zwischen den märchenhaften, beziehungsreichen, symbolischen



Darstellungen und den primitiven. Sie unterscheiden sich dennoch, weil die Grundhaltung und Stellung des Schizophrenen eine ganz eigenartige, nur aufzeigbare, aber nicht mehr einfühlbar und verständlich zu machende ist. Man kann nun antworten: Die Primitiven stehen uns in dieser Beziehung genau so fremd gegenüber — aber dann ist methodisch eine Gleichsetzung um so weniger angebracht. Das große Verdienst von REISS, STORCH usw. liegt darin, die möglichen Analogien und herstellbaren Beziehungen gesehen zu haben, ebenso wie es KRAEPELIN für den Traum tat.

Noch ein anderer Bereich wäre gegen die schizophrene Phantasie abzugrenzen. Sogar bis in die illustrierten Wochenschriften sind in den letzten Jahren Bilder gelangt, die in Hypnose oder im Trancezustand gemalt wurden. Natürlich finden sich auch hier Stilelemente, die gleichförmig sind. Quellende, man möchte fast sagen verquollene Formen, die auch den Charakter des Ausschiherausbrechens haben, reichliche Verwendung symbolhafter Elemente, phantastische Tiermenschen oder Menschentiere usw. Und doch täuschen auch solche Gleichheiten nicht über die völlig andersartige Grundhaltung, die sich in diesen Darstellungen ausdrückt, hinweg. Häufig sind sie eindrucksvoll durch die geschmackvolle Farbgebung. Die Farben in den ihnen eigenen Qualitäten und ihrem Eigenleben treten dann ganz in den Vordergrund, wenn nicht astrologische Symbolisierungen u. dgl., man ist versucht zu sagen, alles verderben oder wenn nicht Sexualsymbolik in mehr oder minder platter Form zum Ausdruck kommt. Aber hier ist nichts von dem oben skizzierten statischen Farbenspiel, nichts vom Widerspiel eines Wirklichkeitsfernen, Zeitlosen, nichts von einem trotz aller Darstellung doch unanschaulich bleibenden Märchenhaften mit der gleichzeitig vorhandenen flächenhaften, sogar geometrischen Raumeinordnung. Nirgendwo ist das spezifisch schizophrene Grundverhalten im Zusammensein und dem Gegeneinanderspielen seiner Komponenten spürbar. Den Trancemalereien kann man sich in passiver Haltung überlassen, man kann sich in sie hineinträumen, aber die schizophrene Darstellung bleibt auch dann immer noch fern, im Grunde uneinfühlbar. Zwar werden vielleicht einzelne Komponenten jeweils auch für den Betrachter nachvollziehbar erscheinen, aber niemals das schizophrene Sowohl-als-auch.

Noch aus einem weiteren Grunde ist der schizophrenen Phantasie und den Darstellungen halluzinatorisch-illusionärer Momente erhöhte Beachtung zu schenken. Diese Darstellungen sind nämlich ein Erweis dafür, wie stark derartige Vorgänge unter Umständen den Schizophrenen beeindrucken. Ihre Wirkung ist so stark, daß sie für eine ganze Produktion im Laufe des Lebens den Grundton abgeben können, wie z. B. bei dem mehrfach angeführten PFEIFFERSCHEN Fall.

Bei dieser Malerin ist besonders eindringlich, wie ihre Stilmittel aus den Erfahrungen der akuten Psychose stammen. Man hat hier doch wohl ein gewichtiges Anzeichen zu sehen für das Verhältnis der erlebnisreichen Phasen des Prozesses zu den Zeiten der Ruhe, in denen eine prozeßhaft veränderte Persönlichkeit vor uns steht. Natürlich ist dieses Verhältnis: Schub und Ruhepausen schwankend — labil, aber für die künstlerische Produktion der Schizophrenen ist es sehr bedeutsam, die erlebnisreichen Zeiten und die mehr oder minder langen Atempausen zwischen ihnen voneinander zu trennen.

Zu verschiedenen Problemen eröffnet sich von hier aus ein Zugang. Es sind die Zeiten der Prozeßruhe, der Konsolidierung, in denen hauptsächlich die Schizophrenen künstlerisch produktiv sind. Vielfach treten sie, wie PRINZHORN schon betont, sehr rasch mit einer guten Technik und ganz bestimmten Motiven auf den Plan, ohne daß der Weg des Erwerbs dieser Fähigkeiten ohne weiteres durchschaubar wäre. Wenn die akute Psychose die Spannungen zwischen Drängen zum Ausdruck und Unvermögen, die adäquaten Ausdrucksträger und -mittel

zu finden mit sich bringt, bedeuten also die Ruhezeiten ein Wiederzusammenfinden der auseinandergerissenen Persönlichkeit und die Wiederherstellung einer Einheit, einer sogar meist stark ausgeprägten Individualität. Vergleiche geben hier z. B. die FLECKschen Schilderungen von Endzuständen ab. Betrachtet man die eigenartigen Bilder, die GRUHLE meint, wenn er von der ursprünglichen, unbegreiflichen Unruhe spricht, die Bilder vom geheimnisvollen Weg usw., die PRINZHORN abgebildet hat, dann überzeugt man sich davon, daß hier Erlebnisqualitäten ihren Ausdruck finden, die im wesentlichen aus den Zeiten akuter Prozeßeinbrüche stammen. Noch mehr wird dies zur Gewißheit, wenn man verfolgt, wie der Maler des Würgeengels z. B. im Laufe der Jahre dazu übergeht, seine schon sehr durchgeformten Bilder zu verwaschen und ihnen damit den Ausdruck des Düstern, Ungestalteten, Unfaßbaren wieder verleiht, den sie nach der akuten Psychose gezeigt hatten. Immer in Andeutungen, skizzenhaft, wirft er schließlich alles hin und verwischt alles wieder. Mit der einfachen Erklärung etwa: Der Prozeß bedingt einen weiteren Verfall, wird man der großen Ausdruckskraft, die diesen Werken innewohnt, nicht gerecht. Weltuntergang erleben viele Schizophrene, aber wieviele mehrmals? Spätere Einbrüche der Psychose pflegen doch im allgemeinen kaum mehr einen einmal habenden Erlebnisreichtum zu wiederholen. Alle die Umweltveränderungen z. B., die man von akut Hebephrenen erfahren kann, erlebt er kaum mehr in diesem Ausmaße und vor allem nicht mehr mit der erstmaligen Resonanzfähigkeit wieder. Die oben angezogenen Beispiele sind doch ein sehr bedeutsamer Hinweis dafür, wie sehr der Kranke den Eindruck der großen Erlebnisse behält, wie erheblich sie in ihm nachwirken und wie sogar der akute Eindruck *das* Erlebnis für den ganzen weiteren Daseinsweg werden kann. Er zehrt gewissermaßen davon, so wie, wenn ein Vergleich erlaubt ist, etwa bei vielen Menschen das Junggewesensein die einzige erheblichere Gefühlsbereicherung ihres ganzen Lebens bedeutet. Auch JASPERS betont eindringlich die einmalige Daseinshöhe beim akuten Beginn.

Einen ausgezeichneten Beitrag zu diesem Problem bietet der Fall, den MASCHMEYER ausführlich beschrieb. Dieser Hebephrene stellt insofern einen gewissen Übergang zu den Endzuständen dar, als er — ein vorher geübter Zeichner und Kopist — schon sehr bald nach der ersten Erregung zur Darstellung seiner Erlebnisse kam. Es ist charakteristisch, wie er in einem einzigen Bilde der ganzen Fülle seiner Erlebnisse, Weltuntergang, Anbruch neuer Zeiten, eigener Berufung usw. Ausdruck verlieh. Alles ist dargestellt in einer „Zusammenchau“, bei der jeder Einzelgegenstand, z. B. eine Pyramide, eine zerbrochene Säule einen bestimmten Symbolgehalt hat, wie etwa Untergang der heutigen Weltauffassung, Anbruch neuer Zeiten. Ganz große Horizonte sind also abgesteckt und ganz gewaltige Ereignisse symbolisch komprimiert an ein paar nüchtern zur Anschauung gebrachten Gegenständen dargestellt. Überlegt man sich kurz, welche Fülle großartiger Einsichten und umstürzender Ereignisse überhaupt dargestellt werden sollen, so kann man nur sagen: jedes einzelne dieser Geschehnisse wahrhaft zum Ausdruck zu bringen, stellt fast eine Lebensaufgabe dar. So gesehen bleibt gewissermaßen der einzige Ausweg, daß zu Allegorisationen übergegangen wird, zu denen dann ein erklärender Katalog gehört. Es wird hier aber auch klarer, daß offenbar das Werk für den Schizophrenen im allgemeinen etwas ganz anderes bedeutet wie für den gesunden Künstler. Die in keiner Weise an sich dem Wert der Produktion nach gerechtfertigte Selbsteinschätzung, die schizophrene Künstler oft für ihre Werke haben, ist häufig betont worden. Man meint damit festzustellen, daß der Schizophrene kein Gefühl mehr dafür habe, wie banal unter Umständen das

von ihm produzierte Werk ist, und denkt dabei offenbar an Einbußen von Wert- und Qualitätsbewußtsein. Aber vielleicht muß man diese Frage ganz anders betrachten. Geht man von der Erlebnisfülle aus, die dargestellt werden soll, und sieht man nun, wie jeweils ein ganzer Erlebniskomplex, z. B. Weltuntergang, durch einen einzigen Gegenstand, wie eine geknickte Säule dargestellt wird, so leuchtet das Verhältnis von Darstellung und Darzustellendem ganz anders auf. Nicht Ausdruck in echtem Sinne ist hier gesucht und gefunden. Vielmehr manifestiert sich das Auszudrückende nur durch irgendeinen konkreten Gegenstand. Es handelt sich eben nur um Symbolträger und nicht um Ausdrucksträger in dem Sinne, wie sich etwa in der geballten Faust der



Abb. 9. Beispiel für geschlossenen Eindruck bei scheinbarer Sinn- und Zusammenhanglosigkeit der Teile. Fall 17 Karl Brendel. Vgl. PRINZHORN S. 122. Figur etwa 20 cm hoch.

Zorn darstellt oder wie der gemalte düstere Himmel Ausdruck der eigenen Traurigkeit wird. Hier beim Schizophrenen ist der Gegenstand lediglich Fixpunkt für einen ganzen Erlebniskomplex. Innere Beziehung kann noch bestehen, braucht es aber nicht. Nur lediglich darauf kommt es an, daß überhaupt ein Punkt, ein Gegenstand gegeben ist, der zum äußeren Träger für die Erlebnisse wird. Ob nun dieser Träger gefunden wird im Sinne einer auftauchenden ursprünglichen Wahnbeziehung oder auf dem Umwege über eine äußerliche Ähnlichkeitsbeziehung oder auf sonstigen Wegen, ist für unsere Frage nicht von Belang. Der banale Vers ist Träger für einen großen lyrischen Gehalt, wie z. B. ebenso die Säule für den Weltuntergang. Diese Erlebnisfülle, die hinter diesen Symbolträgern steht und ihren Hintergrund bildet ist das Bedeutsame für den Schizophrenen. Die schaut er an, die bewegt ihn. Der Träger selbst spielt keine Rolle als ein eigenes Ding mit eigenen Gesetzen, eigenen Werten, sondern er existiert nur in der Identifizierung: Träger und Gehalt. Darum wird der Träger ebenso hoch bewertet wie das durch ihn Vertretene. Denn das Darzustellende ist das, was das Bewußtsein des Schizophrenen erfüllt. Natürlich herrschen in diesen ganzen Zusammenhängen keine kausalen oder auch nur einfühlbaren Beziehungen. Nicht etwa, weil er Weltverbesserer ist, hat der Hebephrene von sich eine hohe Meinung und darum schätzt er weiterhin seine Darstellung so hoch ein.

Das Ganze stellt einen Gesamtkomplex dar, in dem die wesentliche Dominante das Erlebnis, z. B. Weltuntergang ist. Darum ist die Aufzeigung einer Diskrepanz zwischen Werthhaftigkeit des Trägers und dem Gehalt unwesentlich und trifft nicht das Richtige. Adäquation, Aufgehen des Gehalts in Ausdruck wird ja auch gar nicht erstrebt. Diese Forderung stellen heißt, das Verhalten des Schizophrenen mit normalen Maßstäben messen.

Aus dem Erlebnisreichtum der akuten Phase ist wohl auch die „Symbolsucht“ der Schizophrenen abzuleiten, die nun in allem und jedem Gegenstande Symbole für Inhalte sehen, die sie selber bewegen. Das Diffuse dieser Bedeutungen und ihr Anhängen an irgendwelchen Träger hat doch erhebliche Analogien zu der Art, wie der Künstler MASCHMEYERS, wenn auch hier noch sinnvoll, Ausdruck für seine Primärerlebnisse findet. Übersieht man z. B. die Symbolbeladung der Bilder des schizophrenen Uhrmachers, den PRINZHORN auch bringt, so sieht man, wie ein ganzes System aus diesen symbolischen Darstellungen geworden ist.

Die Systematisierung und Rationalisierung stellt dasselbe Widerspiel dar, wie wir es für die Denkstörung und den Logizismus geschildert haben. Hier entspricht der großen ungestalteten Erlebnisfülle das Symbolsystem, das sich ebenso von innerer Verbundenheit bis zur Äußerlichkeit verflachen kann, wie die Überlogik von der extremsten Antithetik bis zur Paragraphierung herabsinkt. Ein in etwa ableitbarer Sinnzusammenhang eröffnet sich damit auch dafür, daß der Schizophrene gewöhnlich einmal einen bestimmten Ausdrucksstil findet, der dann gleichförmig bleibt, ohne daß eine Tendenz zur Änderung, Entwicklung spürbar wäre. Das, was zu sagen ist, ist eben einmalig, und die eine gefundene Ausdrucks- oder Darstellungsform dafür genügt. Uns ist nur ein einziger Maler bekannt, der in späterem Alter aus einer geradezu paradigmatisch schizophrenen



Abb. 10 a (s. Abb. 9).

Figur etwa 25 cm hoch.

Abb. 10 b (s. Abb. 9).

Ausdrucksform und Motivsetzung heraus noch einmal zu einem völlig einfühlbaren, „normalen“, der Größe in keiner Weise entbehrenden Altersstil gekommen ist. Zwar findet sich die malerische Delikatesse seiner Jugendwerke nicht mehr, aber dieser Altersstil ist ungleich monumentaler, und dazwischen liegt eine jahrzehntelange Periode mit allen Anzeichen eines zerstörenden Prozesses: Stereotypien, Manieren, Strichauflockerung, die übrigens technisch in ausgezeichneter Weise den dargestellten Gegenständen den Charakter des Unwirklichen, Immateriellen verleiht.

Von diesem aufgezeigten Verhältnis zwischen akutem Einbruch und Ruhephasen laufen Beziehungen zur Psychologie der schizophrenen Haltungen, Attitüden, der Aussparungen, zu dem Festhalten gewisser Aktvollzüge, den umschriebenen Einstellungen z. B. auf sprachlichem Gebiet. Ebenso bestehen aber auch Beziehungen zur schizophrenen Grundstimmung, der spezifisch der Charakter des Unruhevollen anhaftet. GRUHLE hat darauf hingewiesen, daß dieses Stimmungsverhalten ursprünglich und nicht weiter zurückführbar ist.

Für die Frage der Wirkung schizophrener Kunst auf das Publikum ist, wie GRUHLE schon bemerkt hat, außerordentlich charakteristisch der Rembrandt-deutsche mit seinem Buche „Rembrandt als Erzieher“. Der leidenschaftliche

Aufruhr, den dieses Buch bei seinem Erscheinen (1890) erregt hat, ist heute kaum mehr nachfühlbar. Sicher ist nicht alles an dieser überwältigenden Wirkung auf die Rechnung der schizophrenen Eigentümlichkeiten des Werkes zu setzen. Langbehn erweist sich z. B. in diesem Buche als großer Bismarckverehrer, als Gegner Wilhelms II., als großer Judenfeind, nimmt also Positionen ein, die zur damaligen Zeit auf Resonanz und extremes Für und Wider rechnen konnten. Wohl kaum haben diese Dinge mit seiner Schizophrenie als solcher etwas zu tun. Anders ist es aber mit der Gesamthaltung, die in dem Buche zum Ausdruck kommt und mit anderen Eigentümlichkeiten. Charakteristisch für ihn sind: extremste Haltung gegen seine ganze Zeit, an der nichts Gutes gelassen wird, erbarmungslose Kritik aller sozialen und politischen Verhältnisse, des Schul- und Universitätswesens usw.; und auf der anderen Seite die Propagierung eines extremen Individualismus, der mit allen guten Eigenschaften ausgestattet, man ist versucht zu sagen, behängt wird. Mit allem Heroischen, Niedersächsischen, Germanischen, Urdeutschen usw. wird dieser Individualismus in reichlich unklarer Weise in Zusammenhang gebracht und das Ganze wird in nie notwendig und schlüssig erscheinender Art an Rembrandt exemplifiziert. Die extrem individualistische Haltung erscheint, wenn man deuten darf, als Ausfluß eines psychotischen Autismus mit der Gebärde der Weltverbesserung. Die Eigentümlichkeiten des Stils tragen vielfach spezifisch schizophrene Gepräge. Die oben schon erwähnte Häufung schlagwortartiger Wendungen, prägnanter Aperçus, eigenartig verschrobener Formulierungen, merkwürdiger Vergleiche, die extreme Entweder-oder-Form lassen, auch wenn man das Buch mehrmals liest, nicht ohne weiteres wieder los. In dieser eigenartigen Grundhaltung liegt für den Leser ein Zwang zu einer Stellungnahme, und sei es auch nur, daß er kopfschüttelnd das Buch aus den Händen legt. Und trotzdem ist das ganze Buch unverbindlich in dem Sinne, daß man zwar auf Stellungnahmen hingedrängt wird, und sich dauernd zu Entscheidungen angetrieben fühlt, aber nie recht weiß, wohin man sich eigentlich wenden soll. Die Gewaltsamkeit, mit der Kritik und Forderung vorgebracht werden, die übertriebene Härte, mit der Vergleiche und Analogien gebildet werden, der Reichtum an eigenartigen Einfällen, sprunghaften Assoziationen ergeben insgesamt eine Atmosphäre von Unruhe, Antrieben zu Entscheidungen, Ablehnung und Bejahung, also eine eigentümliche Lage von Aufruhr, Unbefriedigung im Leser, doch bleibt es bei Verheißungen ohne Erfüllungserlebnisse. Nirgendwo kann deutlicher werden als hier, wie sich die Ambivalenz in hohem Grade auf den Leser überträgt und wie diese im Leser ausgelöste Spannung einen wesentlichen Faktor für die Wirkung schizophrener Kunst auf den Gesunden darstellt. Daß auch ganz bestimmte schizophrene Merkmale eines Kunstwerkes durch ihre Eigenart besonders wirksam sein können, wird spürbar, wenn z. B. der schon angeführte Maler X. durch seine Stereotypen in ganz hervorragender Weise eine Menschenmenge in ihrer Massenhaftigkeit zur Darstellung bringt.

Eine große Rolle hat die schizophrene Produktion in bezug auf die Stilmittel und Darstellungsweise der expressionistischen Kunst gespielt. Analogien wurden aufgestellt und teils bejaht, teils abgelehnt. Für den einen waren die Schizophrenen Wegbereiter, für den anderen wurde die expressionistische Kunst so abartig und einer Anteilnahme unwert wie die schizophrene.

Vielerlei Teilfragen gehen hier durcheinander. Es ist natürlich durchaus möglich, daß eine bestimmte Haltung eines Schizophrenen gerade zu der Zeit, in der er lebt, besonders wirksam ist. Betrachten wir noch einmal kurz Langbehn, seine Zeit und seine Wirkung auf sie. Es ist die Zeit großer Kulturkritik (NIETZSCHE, BURCKHARDT, LAGRANGE) und leidenschaftlicher Erörterung des Individualismus (NIETZSCHE, STIRNER usw.). Da tritt nun Langbehn auf als

extremer Individualist, kraß in seinen Forderungen und Vorwürfen, gewaltsam mit der Exemplifizierung seiner Lehren an einem Vorbilde. Vieles begegnet seiner Zeit und findet Resonanz in ihr, vieles gehört hinein in den Streit des Tages. Ganz anders ist aber die Frage gestellt: Wie kam gerade Langbehn zu seinen Anschauungen? Daß ein schizophrener Autismus bei einem geistvollen, viel belesenen und großer Einsichten fähigen Manne nach außen als extremster Individualismus und auf die Spitze getriebener Widerstand gegen seine Zeit in Erscheinung tritt, daß die Antithetik seines Denkens in der keine Übergänge kennenden Entweder-Oder-Form in sittlichmoralischen Fragen z. B. auch zum Ausdruck kam, hat zwar sinnvolle Beziehungen zu seiner Zeit, aber trotzdem stecken darin die Elemente seiner schizophrenen Persönlichkeitsveränderung. Das eine widerspricht hier ja dem anderen nicht. Ganz anders ist die Sachlage, wenn man z. B. die Plastiken bei PRINZHORN, „Militarismus“ usw. ansieht. Was hier imponiert, ist die sehr gute plastische Lösung einer bestimmten künstlerischen Aufgabe. Das Eindrucksvolle geht also hier von der Erfüllung eines Gesetzes aus, das im Kunstwerk selbst liegt. Plastisch ist das Werk sehr gut. Forderungen, die dem plastischen Kunstwerk als solchem eignen, ist Genüge getan. Und trotzdem zeigt es schizophrene Eigentümlichkeiten in seinen Einzelheiten. Hier liegt der richtige Ansatz PRINZHORNS, wenn er von der Gestaltungskraft ausging. Wenn ein Kunstwerk, welches es auch immer sei, die Wesensgesetze seiner speziellen Art erfüllt, dann ist es ein Kunstwerk und trotzdem bleibt es nicht nur das Werk eines Schizophrenen, der Persönlichkeit des Herstellers nach, sondern es bleibt immer noch übrig, seine schizophrenen Eigentümlichkeiten nachzuweisen. So hat METTE in seinen feinen Analysen die schlechthin vom Emotionalen her bestimmte Ausdrucksform seiner schizophrenen Dichter und ihre Deckung mit manchen Gedichten nichtschizophrener Künstler aufgewiesen, die nach demselben Ausdrucksgesetz bestimmt sind. Aber trotzdem hat METTE die Eigenart der schizophrenen Dichtungen klar umschrieben. Auf die weitere Möglichkeit, wie gerade eine bestimmte schizophrene Stileigentümlichkeit geeignet ist, eine umschriebene künstlerische Aufgabe besonders eindringlich zur Lösung zu bringen, haben wir oben schon bei dem Maler X. hingewiesen. Wieder ein anderes Moment ist es, wenn GRUHLE am Beispiel einiger Gedichte auf die eigenartige, in ihnen zum Ausdruck kommende Stimmung abhebt. Ebenso hat PRINZHORN einmal von der ihnen eigentümlichen Gesamtwirkung der schizophrenen Kunstwerke gesprochen. Die Grundkomponenten dieses Eindrucks; den sie vermittelten, haben wir aus den Eigentümlichkeiten der Phantasie, des Stiles, der Ambivalenz herauszustellen uns bemüht. Dieser dem Schizophrenen eignende spezifische Ausdrucksgehalt verfehlt auch auf den Gesunden seine Wirkung nicht und ist der beste Erweis für etwas ganz spezifisch schizophren Schöpferisches, Andersartiges, dem durch den Verfall in allen möglichen Einzelheiten kein Abbruch getan wird. Ebenso wie man einmal schizophren träumen kann, wenn dieser Ausdruck erlaubt ist, ebenso kann unter ganz bestimmten Bedingungen auch beim Normalen einmal etwas zur Darstellung kommen, in dem sich gewisse dem Schizophrenen eignende Stileigentümlichkeiten ebenfalls finden. An das Wesentliche schizophrener Kunst reichen diese Analogien aber nicht heran. Daher sind die von PFEIFFER wiedergegebenen Bilder seines experimentierenden Malers eben nicht schizophren.

Die Gesamtheit von Charakteren der schizophrenen Kunst gilt es auch immer festzuhalten, wenn Analogien zur Kinderkunst, zur Volkskunst und der Kunst der Primitiven auftauchen. Das Hin und Her solcher Beziehungen, die Analogien und die trotzdem zutage tretenden Unterschiede hat für die Kinderkunst z. B. MARTHA ENG in ausgezeichneter Weise aufgewiesen. Weder ist der Primitive ein Kind noch umgekehrt, und doch kommen bei beiden

allgemein menschliche Verhaltensweisen zum Ausdruck, die aber jeweils ihr Gesicht ändern, wenn sie beim Kinde oder wenn sie beim Primitiven in Erscheinung treten. Das gleiche gilt für den Schizophrenen. Es ist hier ganz scharf zu trennen, was dem Kinde und dem Schizophrenen, dem Schizophrenen und dem Primitiven, dem Kinde und dem Primitiven eignet, und was sie alle voneinander trennen läßt, sie spezifisch grundlegend voneinander scheidet, und was etwa nun schließlich dem Menschen als solchem eigentümlich ist. Alles gleich von vorneherein in eine archaische Tiefe zu versenken, verdunkelt nur das Blickfeld. Dies gilt besonders vom Inhaltlichen. Wenn triebhaft Bedingtes sich in der schizophrenen Kunst ungehemmter auswirkt, bleibt eben die Frage immer noch, ob dies ein spezifisch schizophrenes Merkmal im allgemeinen ist oder ob nicht erst in der Gesamtheit, in der es in Erscheinung tritt, das wesentliche Moment liegt. Daß wir der letzteren Meinung sind, glauben wir dargestellt zu haben. Denn die Einlagerung der Inhalte z. B. nach ihrer Triebbedingtheit scheint uns in dem Gerüst der dargestellten Grundverhaltensweisen und Eigentümlichkeiten schizophrener Kunst jederzeit möglich zu sein.

# Theorie der Schizophrenie.

Von

HANS W. GRUHLE

Heidelberg.

Die Überschrift ist doppeldeutig. Man kann unter der Theorie der Schizophrenie den Versuch verstehen, alle Symptome der Schizophrenie auf einen Generalnenner zu bringen. Dieser Versuch ist schon früher — mit negativem Ergebnis — gemacht worden (GRUHLE 1929) und wurde hier im Kapitel Psychopathologie kurz wiederholt. Dort wurde auch der Versuch BERZES besprochen, hinter den primären Symptomen eine Grundstörung psychologischer Art aufzuzeigen, die nach der Meinung des Autors die schizophrenen Symptome erklärt: die Hypotonie des Bewußtseins. Aber dabei bliebe ja die weitere Frage noch offen, woher denn wiederum dieses Grundphänomen stamme. Und so werden an dieser Stelle unter dem Titel der Theorie die Anschauungen kurz zusammengestellt, die sich die gegenwärtige Forschung über das Wesen und die Entstehung des *Gesamtleidens* bildete.

Im Kapitel „Geschichtliches“ wurden die verschiedenen Theorien zusammengetragen, die man sich seit etwa 150 Jahren über Wesen und Entstehung des Irreseins überhaupt schuf. In diesem langen Zeitraum hat man eine kausale Gruppenbildung unter den großen Psychosen erfolgreich versucht. Man hat die seelischen Begleiterscheinungen rein körperlicher Erkrankungen (Infektionen, Stoffwechselerkrankungen usw.) als somatogene, symptomatische Psychosen zusammengefaßt (BONHOEFFER). Man hat die Schädeltraumata, Geschwülste und Blutungen des Gehirns, die Luespsychosen usw. herausgeschält. Man hat von der Epilepsie zahlreiche Formen als symptomatisch abgespalten. Aber geblieben sind 3 endogene Psychosen, deren Natur aufzuklären noch niemand gelang: die idiopathische Epilepsie — wenn es sie gibt — das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie.

Es ist etwas entmutigend zu sehen, daß jene Kontroversen, die sich 1800—1850 abspielten, sich fast unverändert 1900—1930 wiederholen, nur daß sich dieselben Gedanken nicht mehr mit dem Irresein schlechtweg, sondern mit den drei endogenen Psychosen und zumal ihrem Hauptstück, der Schizophrenie, beschäftigen. Die Argumente, mit denen sich die wissenschaftlichen Gegner bekämpfen, sind nicht besser, diese selbst nicht klüger geworden. Selbst der Einbruch des Freudianismus in die Lehre von den organischen Psychosen erscheint kaum neu, wenn man sich HEINROTHS und IDELERS erinnert. Damals war die zu Hilfe gerufene Psychologie moralisch und religiös gefärbt, im Freudianismus ist sie in ähnlich unsachlicher Weise von sagenhaften Trieben und anderer Magie unterbaut.

*Ein positives Wissen über Wesen und Ursprung der Schizophrenie besitzen wir nicht.*

Wohl die Mehrzahl der heute lebenden Psychiater betrachtet die Schizophrenie als eine organische, eine somatische Psychose. Griffe man jenen Vorschlag JAKOBIS von 1830 auf, von Körperkrankheiten mit und solchen ohne



psychische Störungen zu sprechen, und fügte man diesem Vorschlag noch den weiteren hinzu, die psychogenen Erkrankungen davon zu sondern, so wäre also die Schizophrenie eine der *körperlichen Erkrankungen mit seelischen Störungen*. Aber innerhalb dieser Gruppe hätte sie mit der idiopathischen Epilepsie und mit dem manisch-depressiven Irresein zusammen deshalb eine Sonderstellung, weil man *tatsächlich kein körperliches Leiden findet*, und weil man vergeblich nach einer äußeren Ursache sucht. In der medizinischen Zunftsprache wäre die Schizophrenie also als ein kryptogenes, idiopathisches körperliches Leiden mit seelischen Symptomen zu bezeichnen. Aber bei dieser Annahme bleibt der Spekulation noch ein weiter Spielraum, ob man etwa an irgend eine allgemeine Körpererkrankung denkt, wie es z. B. die Arthritis deformans ist, welche in einer genetisch nicht näher zu ergründenden Spezifikation eben nur die Gelenkflächen erfaßt. Speziell bei der Schizophrenie dachte man an intestinale Intoxikationen (WAGNER VON JAUREGG, BRUCE, HUNTER, BUSCAINO, REITER) oder allgemein an eine Stoffwechselstörung (KRAEPELIN, seit der 5. Aufl. 1897). So würde dieses unbekanntes Körperleiden der Schizophrenie also speziell das Gehirn „ergreifen“ und schädigen. Dabei bliebe völlig ungewiß, ob dieses angenommene Gift ein spezifischer (allen Schizophreniefällen gemeinsamer) Stoff wäre, auf den das Gehirn eben *immer* mit einer Schizophrenie reagiere, oder ob nur gewisse disponierte Gehirne darauf ansprechen. In diesem zweiten Falle würde also zu einem Gen (oder mehreren) der Gehirnanlage sich das eine Gen (oder mehrere) des Körpergiftes gesellen müssen, um das Leiden zu ergeben. In KRETSCHMERS Ausdrucksweise wäre also etwa die schizothyme Veranlagung das Gehirn-Gen. Dabei wären noch folgende Denkmöglichkeiten zu unterscheiden: 1. das Gehirn-Gen ist nicht spezifisch, das Gift-Gen ist spezifisch; 2. beide sind spezifisch; 3. das Gehirn-Gen ist spezifisch, das Gift-Gen nicht. STEINER hat in besonderem Kapitel ja von den körperlichen Symptomen der Schizophrenie gesprochen. Aber diese sind — so unbestimmt sie auch erscheinen — im wesentlichen cerebral bedingt, und nur wenige Anzeichen sprechen für eine *allgemeine* Beteiligung des Körpers (starke Gewichtsveränderungen, plötzlicher Bartwuchs bei Frauen). Aber selbst *diesen* Beobachtungen gegenüber wäre ja noch der Einwand berechtigt, solche Änderungen könnten auch durch die regulierenden Zentren des Hirnstammes veranlaßt sein.

Kurz, der Spekulation ist hier freier Spielraum gelassen. *Wir wissen nichts*. Wenn KLEIST nicht nur an eine Beteiligung des Gehirns überhaupt, sondern an eine Erkrankung bestimmter Zentren des extrapyramidalen Systems denkt (ERDHEIM, ASCHNER, REICHARDT, KÜPPERS), so lassen sich diese Annahmen ja nur durch jene (katatonischen) Fälle mit motorischen Symptomen stützen (siehe HOMBURGERS Motorikkapitel). Viele Hebephrenien u. dgl. weisen ja keine Symptome auf, die eine besondere Beteiligung jener Hirnstammzentren vermuten lassen. Dazu kommt das bisherige Versagen histopathologischer Untersuchungsweisen (siehe STEINERS Kapitel über die Anatomie). Wenn etwa einzelne Autoren glauben, doch bestimmtere Formulierungen vermuten zu dürfen, so handelt es sich um ganz vage Vermutungen. Wenn z. B. FREDERICK MOTT annimmt, die Ursache der Schizophrenie liege in Unterentwicklung der Sexualdrüsen zusammen mit einer parenchymatösen Degeneration der Neurome in einigen Gehirnteilen, so schweben solche Annahmen vollkommen im Leeren. Das gleiche gilt von der Hypothese CARRIÈRES, es gebe ein spezielles Schizophrenie-Rindengebiet.

Bekannt man sich zu der These, die Schizophrenie sei ein idiopathisches Gehirnleiden, so ist selbst unter dieser Voraussetzung die MOREL-MAGNAN-SAURY-GAUTHIERSche und neuerdings KLEISTSche Auffassung als einer *Heredodegeneration* nur eine unter anderen. Denn weder die Erblichkeitsformel ist gefunden

— man kann zu den Erbsubersuchungen noch viel skeptischer stehen, als es BERINGER in seinem Kapitel tut — noch ist das Problem der Degeneration so eindeutig geklärt, daß zwei Forscher mit diesem Worte das Gleiche meinen. Mancher Autor ist der Ansicht, daß die Verschiebung der Entstehungsfrage in den Stammbaum nur eine Ausrede ist, die unsere Unkenntnis auch die Vermutung hegen, daß die Vorbedingungen zur Entstehung der Schizophrenie erst in der speziellen Keimgründung, das heißt in der biologischen Auseinandersetzung beider Keimzellen miteinander *gesetzt* werden.

Diejenigen Autoren, die an die organische Natur des schizophrenen Leidens glauben, mag es cerebral oder allgemein somatisch bedingt sein, unterscheiden sich voneinander noch im Hinblick auf die Wirksamkeit äußerer Faktoren des Lebens, des Schicksals.

Die reinen Organiker sehen in der Schizophrenie ein körperliches Leiden, das nach eigener (unbekannter) Gesetzlichkeit abläuft und sich um das Schicksal des Kranken nicht kümmert. Dabei sei unter diesem zusammenfassenden Worte Schicksal die ganze seelische Persönlichkeit mit ihren Gaben, ihrer Bildung, mit Temperament, Charakter, Konflikten, Erlebnissen usw. zusammen gemeint. Alle diese genannten Momente liefern den schizophrenen Funktionen nur den Gehalt. Die Symptome des schwachsinnigen Schizophrenen (Pfpofhebephrenie) sehen anders aus als die des klugen gebildeten Kranken; der erregte Katatoniker wird sich natürlich mit seinen speziellen Erlebnissen und Komplexen beschäftigen; der paranoid Demente wird in seinen Wahn persönliche Schicksale verflechten; der Halluzinierende wird nur dann die Worte der Jungfrau Maria halluzinieren können, wenn er als Christ von der Jungfrau etwas weiß. Kürzer gefaßt: *die Gaben, die Bildung, die Erlebnisse ändern am Ablauf der Psychose selbst nichts*. Die Anhänger dieser These sind ähnlich wie bei der idiopathischen Epilepsie zu der Konzession bereit, daß äußere Erlebnisse durch ihre *Nebenwirkungen* den Verlauf des Leidens beeinflussen können. Bei einer Feuersbrunst bekommt ein Epileptiker aus seiner Aufregung heraus vielleicht einen roten Kopf und strengt zudem durch die Löscharbeit seinen Körper noch schwer an, so daß diese Alterationen seines Blutkreislaufes in dem krampfbereiten Gehirn einen Anfall oder eine Serie auslösen. In ähnlicher Weise konnte man bei Ausbruch des Krieges Schizophrene kennen lernen, die als verschrobene, aber in ihrem Dorf nicht weiter auffällige Endzustände ihre Arbeit und ihre sonstigen sozialen Verpflichtungen regelmäßig erfüllten. Als sie aber eingezogen, in eine fremde Gegend versetzt, unter anders sprechende Kameraden geraten, ausgebildet werden sollten, brach ein neuer Schizophrenieschub aus und führte sie in die Anstalt. Ebenso wenig wie das spezielle Erlebnis einer Feuersbrunst als einer Feuersbrunst zum epileptischen Anfall führt, ebenso wenig führt nach der Anschauung dieser Gruppe von Forschern der Krieg als Krieg zu einem neuen schizophrenen Schub. Noch einmal sei diese Anschauung präzisiert: *Das schizophrene Leiden kümmert sich in seinem Ablauf nicht um Persönlichkeit und Schicksal*.

Freilich sind jedem erfahrenen Psychiater zahlreiche Fälle bekannt, bei denen äußere Einflüsse plötzlich einen Symptomwandel auch im Sinne der Besserung herbeiführen. Ein stuporöses, unreines, Nahrung verweigerndes Mädchen spricht seit Wochen kein Wort. Die Mutter kommt zu Besuch; als die Kranke das hört, will sie sich nicht anziehen lassen. Man führt die Mutter ans Bett. Sie sagt: „so steh doch auf Marie, zieh Dich an und komm mit heim.“ Das Mädchen bleibt zwar stumm, zieht sich aber korrekt an und geht mit der Mutter unauffällig nach Hause, fügt sich in die Ordnung und fängt nach etwa einer Woche an, langsam wieder zu sprechen. — Wer in solchen Erfahrungen eine Beeinflussung des Leidens, des organischen Prozesses, durch die Außenwelt

sieht — in letzter Zeit hat ja besonders KLAESI auf diese seltsamen Wandlungen hingewiesen — hält sich wohl zu sehr an die Außensymptome: der Krankheitsprozeß kann trotz dieses äußeren Symptomwandels unbeeinflußt weitergehen.

Aus der Gruppe dieser reinen Organiker neigen einige Forscher noch zu einer anderen Formulierung: Die Schizophrenie sei ein organisches, von äußeren Umständen unabhängiges Leiden. Sie bringe einige Symptome, wie schon oben formuliert, unabhängig von Person und Schicksal hervor, z. B. die Wahnfunktion, den Stupor, die katatonen Schübe. Aber abgesehen von diesen akuten Symptomen ändere das Leiden die ganze Persönlichkeit um, bald leicht, bald schwer. Kommt der Prozeß zum Stillstand, so sucht sich die umgewandelte schizophrene Persönlichkeit gleichsam neu zu konstituieren (BERZE). Es ist begreiflich, daß ein solches umgeändertes Individuum auf seine Eindrücke ganz anders reagiert als in gesunden Tagen. Es reagiert schizophren. Die Annahme solcher *schizophrener Reaktionen* trägt doppelten Sinn: entweder der schizophrene Prozeß ist noch frisch, und während dessen reagiert der Kranke auf ein Erlebnis abnorm, so wie das neu an Endokarditis erkrankte Herz auf eine Körperanstrengung abnorm reagiert. Oder der schizophrene Prozeß steht, und der Kranke reagiert abnorm aus seiner veränderten Grundhaltung heraus, so wie das geschwächte, von seiner akuten Endokarditis geheilte Herz abnorm reagiert. Mit dieser schizophrenen Reaktion ist keinesfalls die Schizophrenie als Reaktion zu verwechseln (siehe unten). BERZE versteht unter „reaktiver Schizophrenie“ die pathologische Reaktion eines inaktiven Schizophrenieprozesses, schwächt dann aber diese Abgrenzung ab. Unter einer „komplizierten Schizophrenie“ faßt er die pathologischen Reaktionen einer aktiven Prozeßschizophrenie zusammen. (14) Schon REIL sagt 1803 in seinen Rhapsodien (S. 34): „Der Narr ist im Anfall ein anderes, und ein anderes Wesen im Nachlaß“.

Im Kapitel „Geschichte“ ist schon darauf hingewiesen worden, daß es auch heute eine Gruppe von Autoren gibt, die den Standpunkt des alten Heidelberger Psychiaters FRIEDRICH GROOS teilen. Schon BLEULER gehört in gewissem Sinne dazu, wenn er einen „eigentlichen Krankheitsprozeß“, ähnlich dem der Paralyse annimmt (S. 228), (gleich dem somatischen Plus von GROOS). Dazu kommt aber nun die Wirkung der gelockerten oder abgespaltenen Komplexe, die das einzelne Symptom verständlich erscheinen läßt. (Das psychische Minus, bei GROOS die Leidenschaften.) Die Symptome sind also dieser Gruppe von Forschern nicht schlechtweg hinzunehmende Erscheinungen des organischen Grundprozesses, sondern sie sind im weitesten Sinn psychogen und müssen nur richtig gedeutet werden. So ist der Autismus das Ergebnis der Tendenz eines Komplexes, sich von den anderen zu lösen und sich so der Gesamtpersönlichkeit zu bemächtigen, daß diese nur in einer Wunscherfüllung lebt (S. 304), sie „hat sich einer Art Nirvana genähert“ (S. 300). Diese Störung, dieser Zustand sei vom Gesunden, vom Hysterischen nur gradweise verschieden. WILMANNs formuliert 1922 (S. 332): BLEULERS Fehler sei der Fehler FREUDs, die Ansicht, daß grundsätzlich alles Psychische sinnvoll determiniert sei.

Dem reinen Organiker kommen diese, ursprünglich natürlich aus dem FREUDschen Gedankenkreise stammenden Ideen und Deutungen höchst unwahrscheinlich, ja wie magisch romantische Spielereien vor. HEINROTH und IDELER lehrten im Prinzip nicht anders.

H. W. MAIER bekennt sich zu einer Mittelstellung zwischen der psychogenen und der organischen Theorie. Er glaubt an schizophrene Verläufe, die sich lediglich aus dem anatomischen Prozeß ergeben. Er hält es aber auch für möglich, daß dieser Prozeß im einzelnen Falle nur schwach entwickelt ist und nicht fortschreitet, daß er aber den Kranken doch so sehr schwäche, daß dieser störende äußere Einflüsse und innere Konflikte nicht mehr vertrage. „So kommt

es jedesmal im Anschluß an diese zu vorübergehenden psychotischen Zuständen, wobei die organische Komponente den schizophrenen Charakter des Syndroms bewirkt.“ H. W. MAIER (1927, S. 9) nennt dies „psychogene schizophrene Reaktionen“, er meint, daß der Kranke durch das äußere Erlebnis (intolerant gegen dieses) einen katatonischen Stupor oder hebephrenen Verwirrheitszustand bekommt, „der, ganz gleich wie die äußere Behandlung ist, nach einigen Wochen abklingt und dem früheren, relativ gesunden Zustand wieder Platz macht“. Diese Ansicht kompliziert die Frage der sogenannten schizophrenen Reaktion derart, daß man nun vier Bedeutungen dieses Wortes zu unterscheiden hat:

1. Schizophrenie *als* Reaktion (siehe unten).

2. Reaktion eines an akuter Schizophrenie leidenden Kranken auf ein äußeres Ereignis, z. B. Verschlimmerung eines leichten schizophrenen Erregungs- und Verwirrheitszustandes durch die Teilnahme an revolutionären Versammlungen, aber auch Verschlimmerung durch ein intercurrentes körperliches Leiden. (= KURT SCHNEIDERS biologische Reaktion, s. auch diesen Band S. 113.)

3. Reaktion eines Schizophrenen, dessen Krankheitsprozeß zum Stillstand gekommen ist, auf ein äußeres Ereignis. Diese Reaktion erscheint nur dadurch symptomatisch abnorm, daß der Reagierende eben kein Gesunder sondern ein verschrobener leichter Endzustand ist. Die *Tatsache* seiner Reaktion ist *nicht* abnorm.

4. Reaktion eines Kranken auf ein äußeres Erlebnis in dem Sinne, daß ein neuer schizophrener (katatonischer) Schub durch dieses Erlebnis ausgelöst wird, dann aber eigengesetzlich abläuft. (Theorie HANS W. MAIER, auch teilweise MAYER-GROSS 1922, die Aufstellungen POPPER-KAHNS scheinen sich hiermit nicht ganz zu decken.)

POPPERS Reaktionsbegriff wird nicht deutlich, auch BERZE ist nicht sicher, ihn recht zu begreifen. Auch KAHNS Erläuterungen lassen sich kaum verstehen. Durch das Auftreffen irgendwelcher Milieufaktoren auf den Genotypus soll das Rad der Schizophrenie ins Rollen kommen (?). Entweder hat der Kranke seine Schizophrenie, dann ist diese, sonst Auslösung genannte Umweltsbeziehung relativ uninteressant. Oder der Kranke reagiert auf die Umwelt mit einer Schizophrenie, erst dann bekommt der Ausdruck Schizophrenie als Reaktion einen Sinn. Ausdrücke wie „conditionelle schizoforme Reaktionsweise“ (KAHN) scheinen mir die Sachlage nur zu verwirren. (Siehe auch KRONFELD: Z. Neur. 74.)

Die erste dieser vier Meinungen wird heute hauptsächlich von BUMKE vertreten: Die Schizophrenie sei eine exogene Erkrankung. Diese Formulierung gibt leicht zu Mißverständnissen Anlaß. Wenn man die Worte endogen und exogen verwendet, kann man dieses innen und außen vom Standpunkt des Gehirns oder des sonstigen Körpers meinen, man kann aber auch einerseits Anlage und andererseits erworbene Schädigung damit treffen wollen. Im Anschluß an BONHOEFFERS exogene Reaktionen hat sich — so sehr es zu begrüßen wäre — kein völlig einheitlicher Sprachgebrauch entwickelt (s. BUMKES Lehrbuch, JACOBI-KOLLE). Es dürfte sich empfehlen, unter endogen alles zu verstehen, was sich aus inneren eigenen Bedingungen entwickelt. Aber kommt dieser Fall realiter jemals vor? Die weit verbreitete Meinung der Juristen, daß bei einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen zu einer Wirkung *jede* dieser Ursachen notwendig und der anderen gleichwertig sei, wird im allgemeinen vom Biologen nicht geteilt. Denkt man an ein Leiden, das, dispositionell bereit, auf recht verschiedene äußere Anlässe hin aktiv einsetzt, so wird man der Disposition die Hauptbedeutung beimessen, zumal man Einzelfälle kennt, in denen die Mitwirkung der Außenreize sehr geringfügig zu sein scheint. Trotzdem ist folgende Meinung sehr beachtenswert: „Das Leben der Geschöpfe kann bloß aus sich selbst und sozusagen nur durch eigenen Antrieb zum Abnormen nicht übergehen. Daher muß

bei jeder Abnormität und sollte sie auch zu den tiefsten und innerlich begründetsten gehören, irgendetwas Hinzugekommenes, dem Leben der Geschöpfe an sich Fremdes, angenommen werden, wodurch sie entstanden sei“ (BARTELS 1829, S. 208).

Stimmt man dem bei, so wird man also *unter endogen alles verstehen, was ganz vorwiegend innerer Disposition (Anlage) entstammt, unter exogen alles, was ganz vorwiegend auf äußere Einflüsse zurückzuführen ist*. Insoweit würde diese Formulierung mit jener BUMKES (Lehrbuch 1924) leidlich übereinstimmen. Wenn aber BUMKE weiter folgert, endogen gehöre mit funktionell geradeso zusammen, wie exogen und organisch (S. 585), so wird wohl nicht jeder dieser Meinung unbedingt beipflichten. Wenn es richtig ist, daß ein Gliom einer versprengten Keimanlage entspringen kann, so ist es endogen und organisch. Eine allgemeine Überempfindlichkeit, wie man sie z. B. im Kriege oft beobachten konnte, die durch langes Entbehren von Ruhe und Schlaf, durch unablässiges Telephonieren und dazu durch Ruhr oder dgl. bedingt war, wird als exogen und funktionell bezeichnet werden müssen.

Wenn also BUMKE die Schizophrenie für eine exogene (organische) Peak-tionsform erklärt, so meint er eine *nicht* oder nicht wesentlich auf Anlage beruhende Erkrankung, einen groben Eingriff in das Hirngeschehen (KLEISTS heteronome Störung). Freilich schillert dabei die Verwendung des Wortes Reaktion hin und her. Wenn ein Trauma einem Menschen den Schädel spaltet, so pflegt man diese Spaltung meist nicht als eine Reaktion zu bezeichnen. Ein „grober Eingriff in das Hirn geschehen“ wäre also eigentlich keine Reaktion. Aber abgesehen von diesen terminologischen Schwierigkeiten ist BUMKES Stellung zum Schizophrenieproblem eindeutig klar: die schizophrenen Symptome seien allgemeine Reaktionsformen, mit denen das Gehirn auf ganz verschiedene Schädlichkeiten antworte. — In seiner neuesten (3.) Auflage 1929 verwendet BUMKE andere Fassungen. Einzelne schizophrene Zustandsbilder könnten zu den *allgemeinen Reaktionsformen* gehören, die das Gehirn für *verschiedene* Schädlichkeiten bereit hält. Von einer engeren Gruppe glaubt BUMKE aber, sie sei wegen ihrer Vererblichkeit eine sichere Krankheitseinheit. Freilich käme diese engere Schizophrenie nur in manchen Fällen ganz allein — autochthon — zum Ausbruch, in anderen Fällen müsse eine andere Schädigung, z. B. eine Infektion als auslösender Umstand hinzutreten, und im dritten Falle müsse eine andersartige, anders bedingte Psychose einsetzen, um die schizophrene Anlage und ihre Symptome zu entbinden.

Aus dem gesamten Inhalt dieses Bandes dürfte klar hervorgehen, daß die frühere Meinung BUMKES von den Verfassern *nicht* geteilt wird. Die hier vertretene Grundanschauung lautet:

*Die Schizophrenie ist eine endogene (anlagemäßige) Hirnerkrankung, bei der es offen bleibt, ob die primäre Ursache encephalogen oder nicht encephalogen (somato-gen) ist.*

Dabei könnte man sich trotzdem mit der HOCHESchen Syndromenlehre (allgemein bereitstehende Symptomkuppelungen) einverstanden erklären: diese Syndrome könnten von verschiedenen äußeren Anlässen und eben auch von der inneren Ursache des spezifischen schizophrenen Prozesses ausgelöst werden.

BUMKE löst sich aber noch radikaler von KRAEPELINSchen Gedankengängen, indem er sich ganz allgemein gegen das Dogma wendet, die Einheit der psychischen Krankheiten bezöge sich immer auch auf Verlauf und Ausgang. Demgegenüber hält die hier mitgeteilte Grundanschauung am KRAEPELINSchen Krankheitseinheitsgedanken fest.

Eine Gruppe von Forschern, insbesondere solche, welche der FREUDSchen Psychoanalyse nahestehen, glauben überhaupt nicht an einen organischen (körper-

lichen) Schizophrenieprozeß, sondern sie betrachten die schizophrenen wie psychopathische Symptome, z. B. wie eine sog. Neurose. Jener Gesichtspunkt, den JUNG, BLEULER, GROSS in die Theorie einführten, daß der Kranke sich in den Autismus flüchte, um mit seinen Wahnideen allein zu sein, — daß er sich in die Wahnideen flüchte, um aus der unglücklichen Realität der Welt in eine Welt holden Scheins zu entweichen — wird von einzelnen Autoren auf die gesamte Schizophrenie angewandt (z. B. JUNG 1919, MAC DOUGALL 1930). In anderen Worten: *die Schizophrenie sei eine psychogene Erkrankung*. Die Anhänger dieser Meinung suchen also das gesamte Leiden mit allen seinen Symptomen verständlich abzuleiten. Da dies auf direktem Wege natürlich nicht möglich ist, wird die ganze große Apparatur FREUDScher Deutungskunst in Szene gesetzt. Die Ergebnisse ähneln oft — natürlich in modischer Fassung — so genau der romantischen Psychologie, etwa HEINROTHS, daß man beschämt zugestehen muß, daß hier die verflossenen 100 Jahre keinen Fortschritt gebracht haben. Aber selbst jene Psychiater, die die organische Natur des Grundleidens anerkennen und nur im einzelnen Symptom den symbolischen Gehalt zu finden trachten, handeln vollkommen aus dem Geiste der FREUDSchen Einstellung heraus, so daß näheres Eingehen bedeuten würde, eine Gesamtkritik der FREUDSchen Magie aufzurollen. Nur um diesen Standpunkt durch einige Beispiele zu klären, sei erwähnt, daß z. B. sexuelle Halluzinationen auf Liebeswünsche hindeuten sollen — daß auf einen Onanienkomplex nicht nur die schamlosen Inhalte der Stimmen zurückzuführen seien, sondern diese selbst — daß der halluzinatorische Vorwurf eines Kranken, er sei ein Herodes, der nach außen hin projizierte Selbstvorwurf über die Inzestphantasie sei.

Schon im Kapitel „Psychopathologie“ wurde besonders beim Wahn der sehr verschiedenen Auffassungen gedacht, denen die Autoren huldigen. Hier sei nur nochmals ein Beispiel erwähnt: Bei einem schizophrenen Eifersuchtswahn behandelt der Kranke seine Ehefrau schlecht. Dies ist der Tatbestand, der doppelt aufgefaßt werden kann. Der Anhänger der organischen Theorie lehrt, daß der Kranke als ein primäres unverständliches Symptom seines schizophrenen Leidens einen Wahn bekommt. Daß dieser Wahn gerade den Eifersuchtsinhalt gewinnt, könnte darin begründet liegen, daß im Charakter des Kranken Eifersuchtsdispositionen vorkommen, und daß sich nun die Wahnfunktion dieser Disposition bemächtigt. Vielleicht ist es aber besser, wenn diese Eifersuchtsfähigkeit nicht *vor* dem Einsetzen des Krankheitsprozesses wirklich *nachgewiesen* wurde, auf ihre Annahme zu verzichten und ebenso wie beim „Verfolgungs“- oder „Weltbeglückungsinhalt“ die Unmöglichkeit einzugestehen, diese Inhaltlichkeit verständlich abzuleiten. Hat der Kranke einmal seinen Eifersuchtswahn, so geht aus ihm sekundär verständlich hervor, daß er seine Frau schlecht behandelt; — genau so wie mancher Beschimpfung halluzinierende gegen die schimpfenden Stimmen laut wiederschimpft. — Der „Psychiker“, um den Namen der romantischen Psychiaterschule aus dem Beginn des vorigen Jahrhunderts auch hier sinngemäß anzuwenden, nimmt als das Primäre das Bedürfnis des Kranken zur Entwertung der Ehefrau an; — dies sei evident; denn er behandle sie ja schlecht. Aus diesem Bedürfnis gehe nun der Wahn hervor, sie sei untreu. Denn, da der Kranke in der Realität des Lebens keinen hinreichenden Grund findet, die Frau schlecht zu behandeln, da er sie aber doch schlecht behandeln *will*, so muß er sich einen Wahn schaffen, der ihm dann die zureichende Motivierung zur Mißhandlung liefert. Was hier am Wahnbeispiel erläutert wurde, gilt für die gesamte Symptomatik. So sagt MAC DOUGALL (S. 204): Die Schizophrenie sei eine Störung, die durch Verdrängung entstehe oder zum mindesten mit Verdrängung verbunden sei.

Genau wie vor 100 Jahren sich die Psychiker und Somatiker befehdeten, verfahren die Gegner auch heute. Die Somatiker beschränken sich auf das, was sie wirklich finden. In den Grenzen, die der Verwendung der Begriffe primär und sekundär bei der Symptomatik gesetzt sind (siehe das historische Kapitel), versuchen sie die Symptome statisch und genetisch zu verstehen oder, wenn dies nicht geht, kausal zu erklären. Man wirft der phänomenologisch genannten Richtung vor, sie mache zu zeitig Halt, sie beschränke sich auf die reine Beschreibung. Das ist unrichtig: Schon JASPERS hat in seiner Psychopathologie das statische Verstehen dem genetischen gegenübergestellt. Ein Vorwurf besteht gegen diese Forscher zu Recht: Sie wollen zum Zwecke des Verstehens der funktionalen Symptome nicht Triebe, Neigungen, Bedürfnisse des Kranken erfinden. Die krankhaften Hauptfunktionen sind organisch und kausal bedingt; nur ihre spezielle Anfüllung mit Gehalt ist aus Charakter und Schicksal verständlich. Den Psychikern gilt der Vorwurf, sie seien Dichter und entwürfen einen seelisch verständlichen Gesamtzusammenhang aller Symptome, der zwar außerordentlich einleuchten könne, sich aber in keinem Punkte erweisen lasse. Manche Autoren — besonders OTTO KANT hat neuerdings diese Richtung verteidigt — beschreiben einfühlungsmäßig Zusammenhänge, die in genau gleicher Form schon bei IDELER stehen könnten.

Die theoretischen Möglichkeiten der Schizophrenieentstehung seien also hier nochmals kurz aufgeführt.

1. Endogenes spezifisches *Körpergift*:
  - a) Reaktion eines normalen Gehirns auf dieses Gift.
  - b) Reaktion eines allgemein geschwächten Gehirns auf dieses Gift.
  - c) Reaktion eines heredodegenerierten Gehirns auf dieses Gift.
2. Endogene verschiedene *Körpergifte*, die aus einem spezifisch heredodegenerierten Gehirn die schizophrene Symptomkoppelung hervorbringen.
3. Spezifische *Hirnerkrankung*
  - a) hereditär
  - b) anlagemäßig, aber nicht hereditär
4. Psychogene Erkrankung
  - a) bei einer spezifischen Anlage = exogen + endogen.
  - b) ohne diese = exogen.

Man könnte dieses Schema auch so vereinfachen:

1. Exogen (reaktiv)
  - A. somatogen.
  - B. psychogen.
2. Endogen (idiopathisch)
  - A. encephalogen.
  - B. nicht encephalogen.

BONHOEFFERS symptomatische Psychosen sind also somatogen exogen. Wenn sich SPECHT gegen die Verwendung der Kategorien exogen und endogen aussprach, so tat er es mehr aus Tatbestandsgründen: sie seien symptomatisch nicht voneinander zu trennen. Aber es hat immer zu großen Mißverständnissen Anlaß gegeben, wenn man Realanalysen und Gesichtspunktanalysen miteinander verwechselte. Wenn eine äußere Ursache erst dann eine abnorme seelische Reaktion hervorbringt, wenn das Gehirn anlagemäßig, d. h. endogen abnorm ist, dann kommen eben — wie so häufig — realiter endogene und exogene Causae oder Conditiones zur Gesamtwirkung zusammen. Wenn sich die Meinungsverschiedenheit, die früher (1913) an die Namen BONHOEFFER-SPECHT geknüpft war, darauf erstreckte, ob die endogenen von den exogenen Störungen durch bestimmte Symptomenkomplexe *realiter* unterschieden seien, so änderte der Ausgang dieses Streites nichts an der Frage der Berechtigung der *Gesichtspunkte*.

Die Grundanschauung, die dieses Gesamtwerk über die Schizophrenie unterbaut, lautet: *die Schizophrenie ist ein endogenes, organisches Leiden, bei dem die Frage ob encephalogen oder nicht, unentschieden bleibt.*

Der anfängliche Widerstand KRAEPELINS gegen die Aufnahme der KAHLBAUMSchen Katatonie beruhte unter anderem auf der einwandfreien Erkenntnis, daß katatonisch-motorische Störungen auch bei nicht schizophrenen Erkrankungen vorkommen. Weder das katatone, noch ein anderes körperliches oder seelisches Einzelsymptom erschien pathognostisch, der Gesamtverlauf und das Ende gab den Ausschlag. Immerhin kamen manche Symptome und deren Verbände so regelmäßig bei der Schizophrenie vor, daß man ihnen das Eigenschaftswort schizophren auch außerhalb des Leidens beließ und also von einem schizophrenen Symptomenkomplex bei Paralyse (oder dgl.) sprach. Daraus ergab sich also folgerichtig die Formulierung einer originären und einer symptomatischen Schizophrenie, nicht anders als man bei der Epilepsie die originäre (= idiopathische essentielle genuine) von der symptomatischen Form zu unterscheiden gelernt hatte. Treibt jemand die Konsequenz seines Denkens soweit, daraufhin die Schizophrenie als eine Erkrankung sui generis zu verneinen und sie nur noch als Symptomenkoppelung, als Symptomgestalt gelten zu lassen, so muß man logisch zustimmen, freilich mit der Einschränkung, daß man dann genau wie bei der Epilepsie zahlreiche Fälle kennt, bei denen bis heute keine Aufklärung gelang, wovon denn die Symptomengestalt Ausdruck sei. Sicherlich ist die Vermutung berechtigt, daß man in einigen Jahrzehnten die genuine Epilepsie ganz in symptomatische Formen auflösen wird, aber bis dahin müssen wir an einem Restbestand genuiner Epilepsie festhalten, wie wir heute noch an einer — häufigen — idiopathischen Schizophrenie neben einer — seltenen — symptomatischen Schizophrenie festhalten müssen. Bei Hirnarteriosklerose, Paralyse, Hirnlues, alkoholisiertem Korsakow, Epilepsie, Encephalitis wurden schizophrene Bilder beschrieben (WILMANN-RANKE, GRUHLE-RANKE, SCHRÖDER, HÄFNER, KRAFF, PLAUT, STEINTHAL, VORKASTNER, GIESE, KRISCH, JABLONSKY, WYRSCH, TOKAY, OBREGIA, DIMOLESCU, CARRIÈRE, WARSTADT). An dem von WILMANN schon 1922 klar dargelegten Sachverhalt hat sich bis heute nichts geändert. Doch sind über die Berechtigung der Annahme einer symptomatischen Schizophrenie die Meinungen der Autoren sowohl aus sachlichen als methodischen Gründen heute noch sehr geteilt. Z. B. ist SEELERT (1929) dagegen; BERZE macht sehr folgerichtig darauf aufmerksam, daß — je nach dem allgemeinen theoretischen Standpunkte des einzelnen Forschers — auch die essentielle Schizophrenie wahrscheinlich „symptomatisch“ ist. Es sei also nochmals so klar als möglich formuliert:

Nach dem heutigen Stand des Wissens nennen wir idiopathische, essentielle Schizophrenie diejenige Mehrzahl der Fälle, bei denen es *nicht* gelingt, ein *anderes* körperliches Leiden aufzudecken; symptomatisch sei jener schizophrene Symptomenkomplex genannt, der sich bei einer anderen bekannten Erkrankung findet.

Die Unzufriedenheit der heutigen Forschung, so verschiedenartige Verläufe, so verschiedengradige Ausgänge mit dem einen Namen der Schizophrenie zu decken, hat häufig zu der Klage geführt: die Schizophrenie sei kein einheitliches Leiden, sondern eine *Gruppe* von Erkrankungen. Diese Skepsis ist mehrdeutig. Nach den oben mitgeteilten Theorien der Verursachung kann man damit meinen, daß verschiedene *Ursachen* wirksam sind, oder daß die gleiche Ursache unter verschiedenen *Bedingungen der Konstitution* Verschiedenes liefert, oder daß *äußere Faktoren* den Verlauf ganz verschieden gestalten. Da die Psychologie des Leidens jetzt im wesentlichen sorgsam erforscht erscheint, da wenig Aussicht besteht, von der Konstitutionsseite her neue Aufklärung zu gewinnen, wird wohl am ehesten die Aufdeckung neuer *körperlicher* Symptome Licht bringen können.



## Literatur.

### A. Historisches. (Bis 1900.)

ALBERS, JOH. FR. HERMANN: Memoranda der Psychiatrie. Weimar 1855. — AMELUNG, F.: Über die näheren materiellen Bedingungen der psychischen Krankheiten. Z. Anthropol. 1, 150—197 (1826). — AMELUNG, F. u. F. BIRD: Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten, Bd. 1, S. 290. Darmstadt u. Leipzig 1832. — ARMSTRONG, JOHN: Lectures on the morbid anatomy . . . of . . . diseases. London: Joseph Rix 1834. — ARNDT, RUDOLF: Lehrbuch der Psychiatrie. Wien-Leipzig 1883. — ARNOLD, TH.: Observations on the nature, kinds, causes and prevention of insanity, lunacy, or madness. Leicester 1782. Deutsch von ACKERMANN, 2 Bde. Leipzig: Jacobäer 1784. — AUTENRIETH, JOH. H. F.: Handbuch der empirischen menschlichen Physiologie. Tübingen 1801.

BARTELS, ERNST: Pathogenetische Physiologie. Cassel-Marburg 1829. — BAYLE, A. L. J.: (a) Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Maladies mentales. Paris 1826. (b) Nouvelle doctrine des maladies mentales. 52 p. Paris-Montpellier 1825. (c) Recherches sur l'arachnitis chronique . . . Paris 1822. — BELHOMME: (a) Considérations sur l'appréciation de la folie usw. Paris 1834. (b) Suite des recherches sur la localisation de la folie. Paris 1836. — BENEKE, EDUARD: (a) Lehrbuch der Psychologie als Naturwissenschaft, 2. Aufl. Berlin: Mittler 1845. (b) Pragmatische Psychologie. 2 Bde. Berlin: Mittler 1850. — BENEKE, F. E.: Beiträge zu einer rein seelenwissenschaftlichen Bearbeitung der Seelenkrankheitskunde usw. Leipzig: Reclam 1824. — BERGMANN: Beiträge zur Psychologie. Hildesheim 1833. — BINDER: Über motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie. Arch. f. Psychiatr. 20 (1889). — BIRD, FRIEDRICH: (a) Faktische Beiträge usw. Friedreichs Magazin 1830, H. 4, 75—104. (b) Tatsächliche Bemerkungen über Sinnestäuschungen, in bezug auf den Wahnsinn. Friedreichs Magazin 1831, H. 6, 194—214. (c) Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten . . . Berlin: G. Reimer 1836. — BIUNDE, FRANZ XAVER: Versuch einer systematischen Behandlung der empirischen Psychologie. Trier 1831. 3 Bde. — BLUMRÖDER: Über das Irresein oder anthropologisch-psychiatrische Grundsätze. Leipzig 1836. — BONNET, CHARLES: Essay de Psychologie. London 1755. Deutsch von DOHM. Lemgo 1773. — BOTTEX: Du siège et de la nature des maladies mentales. Lyon 1833. — BROSIUS, C. M.: Über die Sprache der Irren. Allg. Z. Psychiatr. 14 (1857). — BROUSAIS, F. I. V.: De l'irritation et de la folie, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique, 590 p. Paris et Bruxelles 1828. — BURDACH: Vom Baue und Leben des Gehirns. Leipzig 1826. — BURROWS, GEORGE MAN: (a) An inquiry into certain errors relative to insanity etc. London 1820. Übersetzt von HEINROTH. Leipzig 1822. (b) Commentaries on the causes etc. of insanity, 716 p. London 1828. — BUZORINI, L.: (a) Grundzüge einer Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten usw., 178 S. Stuttgart u. Tübingen 1832. (b) Untersuchungen über die körperlichen Bedingungen der verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten. Ulm 1824.

CALMEIL: De la paralysie considérée chez les aliénés etc. Paris 1826. — CHARPENTIER: Démence précoce. Psychiatr. Kongr. Rouen 1890. — CHIARUGI, VINCENZO: Abhandlung über den Wahnsinn überhaupt und insbesondere. Aus dem Ital. (Firenze 1793—94. Della pazzia in genere e in specie.) Leipzig: Meyer 1795. 708 S. — CLARUS, JOH. CHRIST. AUG.: Beiträge zur Erkenntnis und Beurteilung zweifelhafter Seelenzustände. Leipzig: Gerh. Fleischer 1828. 332 S. — COMBE, A.: Observations on mental derangement etc. Edinburgh u. London 1831. — CONRADI, J. G. H.: Commentatio de mania sine delirio. Göttingen 1827. — CORNACHINI: Della pazzia. Siena 1758. — COX, MASON: Practical observations of insanity. London 1804. — CRICHTON, ALEX.: An inquiry into the nature and origin of mental derangement etc. London 1798. Übersetzt von HOFFBAUER 1810. — CROWTHER: Practical remarks on insanity etc. London 1811. — CULLEN, GULIELMUS: (a) Synopsis nosologiae methodicae. Amstelodami: De Tournes 1775. (b) First lines of the practice of physic, 2 Bde. Edinburgh 1777 u. 1796. Deutsch: Leipzig 1800.

DACQUIN: La philosophie de la folie. Paris 1792 (2. Ausg. 1804). — DAGONET: Traité élémentaire . . . 1863. — DELBRÜCK: (a) Über die unter Sträflingen der Anstalt zu Halle beobachteten Geisteskrankheiten usw. Allg. Z. Psychiatr. 11 (1854). (b) Zwei Fälle von Verbrecherwahnsinn usw. Allg. Z. Psychiatr. 14 (1857). — DIEZ, CAROLUS AUGUSTUS:

(a) De mentis alienationum sede et causa proxima commentatio medica usw., 71 p. Freiburg 1828. (b) Über die nosologische Einteilung der psychischen Krankheiten. Friedreichs Magazin 1831, H. 7, 39—64. — DUBUISSON: Des vésanies. Paris 1816.

EMMINGHAUS, H.: Allgemeine Psychopathologie. Leipzig: F. C. W. Vogel 1878. — ERHARD, J. B.: (a) Über die Melancholie. M. Wagners Beitr. 2 (1796). (b) Versuch über die Narrheit und ihre ersten Anfänge. M. Wagners Beitr. 1794, 100—143. — ESCHENMAYER, E. A. VON: Grundriß der Psychiatrie. Nasses Jahrbücher für Anthropol. 1, 46—105 (1830). — ESQUIROL: (a) Note sur la monomanie homicide. Paris 1827. (b) Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Bearb. von HILLE. Leipzig 1827. (c) Maladies mentales. Deutsch von BERNHARD, Berlin 1838, 2 Bde.

FALRET: Artikel: Responsabilité leg. des aliénés. Extr. du dict. encyclopaed. de Dechambre 1876. — FANTONETTI: Della pazzia, saggio teorico-pratico. Milano 1830. — FAWCETT, BENJAMIN (ein Geistlicher): Observations on the nature, causes and cure of Melancholy etc. Shrewsbury 1780. Deutsch von J. F. LEHZEN. Leipzig: Weidmann u. Reich 1785. — FEUERSTEIN, J. H.: Die sensitiven Krankheiten oder die Krankheiten der Nerven und des Geistes. Leipzig: Herbig 1828. — FINKELNBURG: Über Osteomalacie bei Irresein. Allg. Z. Psychiatr. 17 (1860). — FISCHER, K. P.: Grundzüge des Systems der Anthropologie. Erlangen 1850. — FLEMMING, C. F.: (a) Beiträge zur Philosophie der Seele. Berlin 1830. (b) Über die organischen Bedingungen der psychischen Erscheinungen Z. Beurteilung u. Heilung der krankh. Seelenzustände 1, 119—178 (1838). — FLOURENS: Recherches sur les propriétés du système nerveux. Paris 1824. — FODERÉ: Traité du délire usw., 2 Bde. Paris 1817. — FRANCKE, FRANZ: Über den Anteil des Körpers an Erzeugung psychischer Krankheitszustände. Nasses Z. 1824, 2. — FREUSBERG: Über motorische Symptome bei einfachen Psychosen. Arch. f. Psychiatr. 17 (1886). — FRIEDREICH, I. B.: (a) Skizze einer allgemeinen Diagnostik der psychischen Krankheiten. Würzburg: Strecker 1829. 165 S.; 2. Aufl., 1832. (b) Versuch einer Litterärgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Würzburg: Strecker 1830. (c) Synopsis librorum de Pathologia et Therapia morborum psychicorum. Heidelberg 1830, 84 S. (d) Systematische Litteratur der ärztlichen und gerichtlichen Psychologie. Berlin 1833. (e) Handbuch der gerichtlichen Psychologie. Leipzig 1835. (f) Historisch-kritische Darstellung der Theorien über das Wesen und den Sitz der psychischen Krankheiten. Leipzig: Wigand 1836. (g) Zur psychiatrischen Literatur des neunzehnten Jahrhunderts 1801—1836. Regensburg 1842. (h) Über Begriff und Einteilung der psychischen Krankheitszustände. Henkes Z. Staatsarzneikde 10, Erg.-Bd.

GAITSKELL: On mental derangement etc. Bath 1834. — GAULTIER DE BEAUVALLON, ROBERT: Les Hallucinations. Paris 1883. — GAUTHIER: De la démence précoce, Paris 1883. — GEORGET, M.: (a) De la folie. Paris: Crevot 1820. Übersetzt von HEINROTH. Leipzig: Weidmann 1821. (b) Discussion médico-légale sur la folie. Paris 1826. (c) Nouvelle discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale usw. Paris 1828, 103 S. Deutsch von J. A. WAGNER. Würzburg 1830, 85 S. — GMELIN, EBERHARD: Materialien für die Anthropologie. Tübingen: Cotta 1791, 416 S. — GREDING, JOHANN ERNST: Sämtliche medizinische Schriften. Greiz 1790—91, 2 Bde. — GRIESINGER, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1845; 4. Aufl. Braunschweig 1876. — GROHMANN: (a) Körperkrankheiten sind mit Geisteskrankheiten genau verwandt, und diese sind nur die Symptome und Dispositionen der ersteren. Friedreichs Magazin 1831, H. 6, 65—78. (b) Mitteilungen zur Aufklärung der Kriminalpsychologie. Heidelberg 1833. — GROOS, FRIEDRICH: (a) Betrachtungen über moralische Freiheit, Unsterblichkeit der Seele und Gott. Tübingen 1818. (b) Über etwas nicht Mönchisches sondern Sokratisches, was der Heilkunst Not thut. Nasses Z. Anthropol. 1824. (c) Über Spontaneität, moralische Freiheit und Notwendigkeit. Nasses Z. Anthropol. 1824. (d) Untersuchungen über die moralischen und organischen Bedingungen des Irreseins und der Lasterhaftigkeit. Heidelberg: Karl Groos 1826. (e) Etwas aus und über die Irrenanstalt in Heidelberg. Ann. ges. Heilk. 3, 51. Karlsruhe 1827. (f) Über das Wesen der Seelenstörungen und ein daraus hergeleitetes Einteilungsprinzip. Heidelberg: Osswald 1827. (g) BENEKES Beiträge. Heidelberg. Jb. 20 (1827). (h) ESQUIROLS allgemeine und spezielle Pathologie usw. Heidelberg. Jb. 20 (1827). (i) Schriften gegen die Zulässigkeit der Todesstrafe. Heidelberg. Jb. 20 (1827). (k) Entwurf einer philosophischen Grundlage für die Lehre von den Geisteskrankheiten. Heidelberg: Karl Groos 1828, 96 S. (l) Psychologische Fragmente, 1828. (m) Ideen zur Begründung eines obersten Prinzips für die psychische Legalmedizin, 159 S. Heidelberg: Engelmann 1829. (n) Die Lehre von der Mania sine delirio, 131 S. Heidelberg 1830. (o) Der Geist der psychischen Arzneiwissenschaft in nosologischer und gerichtlicher Beziehung. Friedreichs Magazin 1831, H. 6, 1—48. (p) Kritisches Nachwort über das Wesen der Geistesstörungen. Heidelberg 1832. (q) Die geistige Natur des Menschen. Bruchstücke zu einer psychischen Anthropologie. Mannheim: Heinr. Hoff 1834. — GUISLAIN: (a) Traité sur l'aliénation mentale. Amstelod. 1826. (b) Traité sur les phrénopaties. Brüssel 1833, übersetzt von WUNDERLICH 1838.

HAGEN, FRIEDR. WILH.: (a) Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. Erlangen: Besold. (b) CHORINSKY. Erlangen: Besold 1872. — HAINDORF, ALEXANDER: Versuch einer Pathologie und Therapie der Geistes- und Gemütskrankheiten. Heidelberg 1811. — HALLARAN: (a) An inquiry into the causes producing the extraordinary addition to the number of insane. Cork 1810. (b) Practical observations on the causes and cure of insanity, 2. Aufl. Cork 1818. — HARPER, ANDREAS: A treatise on the real cause and cure of insanity. London 1789. Deutsch von CONSBRUCH, Marburg 1792. — HARTMANN: Der Geist des Menschen in seinen Verhältnissen zum physischen Leben, 2. Aufl. Wien 1832. — HASLAM, JOHN: (a) Obs. on insanity, with practical remarks on the disease. London 1794; deutsch STENDAL 1800. (b) Obs. on madness and melancholy etc. London 1798. (c) Considerations on the moral management of insane persons. London 1817. — HATTINGEN, J. G.: De morbis viscerum pectoralium in vesanorum cadaveribus etc. Bonn 1828. — HECKER, EWALD: (a) Die Hebephrenie. Virchows Arch. 52 (1871). (b) Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie. Virchows Arch. 52 (1871). — HEINROTH, J. C. A.: (a) Beiträge zur Krankheitslehre. Gotha: Perthes 1810. (b) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Leipzig: F. C. W. Vogel 1818. (c) Beilagen zur Übersetzung von M. GEORGET, Über die Verrücktheit. Leipzig: Weidmann 1821. (d) Lehrbuch der psychisch-gerichtlichen Medizin. Leipzig 1825. (e) Anweisung für angehende Irrenärzte. Leipzig 1825. (f) Unterricht in Selbstbehandlung bei beginnenden Seelenkrankheiten. Leipzig 1834. — HENKE: Handbuch der speziellen Pathologie, Bd. 2, 8. Abt., 3. Absch. Gemütskrankheiten. Berlin 1808. — HOFFBAUER, JOH. CHRISTOPH: (a) Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände, 3 Bde. 1802—1807. (b) Grundriß der Erfahrungsseelenlehre, 2. Ausg., 130 S. Halle: Hemmerde u. Schwetschke 1810. — HOHNBAUM, KARL: (a) Einige Worte über das Verhältnis von Leib und Seele. Nasses Z. 1819, 31—35. (b) Psychische Gesundheit und Irresein in ihren Übergängen. Berlin: G. Reimer 1845. — HORN, ERNST: Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung. Berlin 1818. — HOWITZ, F. G.: Om Affindighed og Titreguelse, et Bidrag til Psychologica og Retslæren, 117 p. Kjöbenhavn 1824.

IDELER, K. W.: (a) Biographien Geisteskranker. Berlin: Schröder 1841. (b) Der religiöse Wahnsinn. Halle: Schwetschke 1847. (c) Der Wahnsinn. Bremen: Schlodtmann 1848. — IRWING, KARL FRANZ VON: Erfahrungen und Untersuchungen über den Menschen, 2. Aufl., 4 Bde. Berlin: Realschulbuchhandlung 1777—1785.

JACOBI, MAXIMILIAN: (a) Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten. Elberfeld 1830. (b) Fortgesetzte Erörterungen zur Begründung der somatisch-psychischen Heilkunde. Z. Beurteilung u. Heilung der krankh. Seelenzustände 1, 34. Berlin 1838. (c) Über die Tobsucht. Leipzig 1844. — JÄGER, J. N.: Seelenheilkunde, 2. Aufl. Leipzig 1846. — JAKOB, LUDW. HEINR.: Grundriß der Erfahrungsseelenlehre, 318 S. Halle: Hemmerde u. Schwetschke 1791. — JAKOBI: Die Hauptformen der Seelenstörungen in ihren Beziehungen zur Heilkunde, 1844. — JANET, PIERRE: L'automatisme psychologique. Essai de psychol. expér. sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Alcan 1889 (und weitere Auflagen). — JESSEN, P. W.: Von dem Begriff und Wesen der psychischen Krankheiten. Z. Beurteilung u. Heilung der krankh. Seelenzustände 1, 271—292 (1838).

KAHLBAUM, K.: (a) Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Danzig 1863. (b) Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin: Aug. Hirschwald 1874. (c) Über die nosogenetisch sekundären oder sympathischen Seelenstörungen. Ber. 50. Verslg Naturforsch. München, S. 322—324. München: Straub 1877. (d) Über cyclisches Irresein. Breslau. ärztl. Z. 1882. — KIESER, D. G.: Elemente der Psychiatrik. Breslau-Bonn 1855. — KLOEKHOF, CORN. ALB.: Sämtliche Schriften. Aus dem Lateinischen ins Deutsche von J. C. F. LEUNE, 2 Bde. Leipzig: Schneider 1789 u. 1790. — KNIGHT, PAUL SLADE: Observations on the causes symptoms and treatment of derangement of the mind. London 1827. Deutsch von ENGELKEN, 156 S. Köln: Schmitz 1829. — KRAEPELIN, EMIL: Psychiatrie, 2. Aufl. Leipzig: Abel 1887. — KUSSMAUL, ADOLF: Die Störungen der Sprache. Leipzig: F. C. W. Vogel 1877.

LANGDON, DOWN: On some of the mental affections of childhood and youth, 1887. — LANGERMANN, JOANNES GOD.: Dissert. de methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda. Jena 1797. — LEFÈVRE, CHARLES: Etude clinique des néologismes en médecine mentale. Diss. Paris. Paris: Jouve 1891. — LEGRAIN: Délire des dégénérés, 1886. — LEHMANN, F.: Zur Pathologie der katatonen Symptome. Allg. Z. Psychiatr. 55 (1898). — LEIDESDORF, MAX: Lehrbuch der psychischen Krankheiten, 2. Aufl. Erlangen: Enke 1865. — LEUPOLDT, J. M.: Über den Entwicklungsgang der Psychiatrie usw. Erlangen: Heyder 1833. — LEURET: Fragmens psychologiques sur la folie. Paris 1834. — LOEWENHARDT, S. E.: Kritische Beleuchtung der medizinisch-psychischen Grundsätze. Berlin: Logier 1861. — LOMBROSO, C.: Sull' arte nei pazzi. Arch. Psychiatr. e Szi. leg. 1 (1880). — LORRY, ANNAEUS CARL: De Melancholia et morbis melancholicis. Paris 1765, 2 Bde. Von

der Melancholie und den mel. Krankheiten. Aus dem Latein. übersetzt von KRAUSE. Frankfurt u. Leipzig: Andreae 1770.

MAASS, J. G. E.: Versuch über die Einbildungskraft, 452 S. Halle: Michaelis u. Bispink 1792. — MARCÉ: *Traité pratique des maladies mentales*, 1862. — MARSHAL: *The morbid anatomy of the brain in mania and hydrophobia*. Ed by Sawrey. London 1815; deutsch von ROMBERG. — MARTINI: *De la folie considérée dans sa source, ses formes, ses développements*. Paris 1824. — MARTINI, E.: Veränderung der Ausdrucksweise bei Irren. *Allg. Z. Psychiatr.* 13 (1856). — MASIUS: *Commentatio de Vesania in genere et praesertim de insania universali*. Göttingen 1796. — MAUDSLEY, HENRY: *Physiology and Pathology of Mind*, 1867; deutsch von BÖHM. Würzburg 1870. — MAYO: *Remarks on insanity*. London 1817. — MERINGER u. MAYER: *Versprechen und Verlesen*. Stuttgart 1895. — MEYNERT, TH.: (a) *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, 1. Hälfte*. 1884. (b) *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie*, 1890. — MOREAU: *Psychologie morbide*, 1859. — MOREL: *Traité des maladies mentales*, 1860. — MÜNCH: *Praktische Seelenlehre*, 1801. — MURATORI, LUD. ANT.: *Della forza della fantasia umana*, 4. Aufl. Venedig 1766 (1. Aufl. 1745); deutsch von RICHERZ. Leipzig: Weygand 1785.

NASSE, FR.: *Die Aufgabe der Erforschung und Heilung der somatisch-psychischen Zustände. Z. Beurteilung u. Heilung der krankh. Seelenzustände 1*. Berlin 1838. — NEISSER, CLEMENS: (a) *Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkt*. *Zbl. Nervenheilk.* 15 (1892). (b) *Diskussionsbemerkungen zu einem KAHLBAUMSchen Fall von Pseudoparanoia*. *Allg. Z. Psychiatr.* 49 (1893). (c) *Klinische Demonstrationen. Eine besondere Form von Wahnbildung*. *Allg. Z. Psychiatr.* 49 (1893). (d) *Diskussion über Paranoia in dem Berliner Verein für Psychiatrie*. *Allg. Z. Psychiatr.* 51 (1895). (e) *Paranoia und Schwachsinn*. *Allg. Z. Psychiatr.* 53 (1897). (f) *Über die Sprachneubildungen Geisteskranker*. *Allg. Z. Psychiatr.* 55 (1898). — NEUMANN, CARL GEORG: *Die Krankheiten des Vorstellungsvermögens systematisch bearbeitet*. Leipzig: Cnobloch 1822. — NEUMANN, HEINRICH: (a) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Erlangen: Enke 1859. (b) *Die Theorie und Praxis der Blödsinnigkeitserklärung*. Erlangen: Enke 1860. (c) *Leitfaden der Psychiatrie*. Breslau 1883. — NICOLAI: *Gedanken von der Verwirrung des Verstandes*. Kopenhagen 1758.

ÖEGG, JOSEPH: *Die Behandlung der Irren in dem K. Juliushospital zu Würzburg*, 384 S. Sulzbach: Seidel 1829. — OSTERMEIER: *Zwillingsirresein*. *Arch. f. Psychiatr.* 23 (1892).

PARGETER: *Observations on maniacal disorders*. London 1792. — PERFECT, WILLIAM: *Auserlesene Fälle von verschiedenen Arten des Wahnsinns*. Aus dem Engl. von MICHAELIS. Leipzig: Hilscher 1789. *Das Original „Select cases ...“*. Rochester 1787. — PICK, A.: *Über primäre Demenz im jugendlichen Alter*. Berlin: Fischer 1891. — PINEL, PH.: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 9. Jahr der Republik; deutsch von WAGNER. Wien 1801. — PRICHARD: *Treatise on insanity and other disorders affecting the mind etc.* London 1835. — PROST: *Coup d'oeil physiologique sur la folie etc.* Drei Hefte. Paris 1806—1807. — PURKINJE, J.: *Beobachtungen und Versuche zur Physiologie der Sinne*, 2 Bde. Prag: Calve 1823; Berlin: Reimer 1825.

REICHARDS: *Vermischte Beiträge*, Bd. 3. 1781. — REIL, JOH. CHRISTIAN: (a) *Erkenntnis und Cur der Fieber*. Halle 1802. (b) *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen*, 504 S. Halle: Curt 1803. (c) *Kleine Schriften*. Halle 1817. — REIL u. HOFFBAUER: *Beyträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege*, Bd. 1. Halle 1808; Bd. 2. Halle 1812. — REIL u. KAYSSLER: *Magazin für die psychische Heilkunde*. Berlin: Lange ab 1805. — RINGSEIS, JOH. NEPOMUK v.: *System der Medizin*. Regensburg: Manz 1841. — ROUSSEAU, ERNEST-ÉMILE: *De la folie à l'époque de la puberté*. Thèse de Paris 1857. — RULAND: *Medizinisch-psychologische Betrachtungen über die Begriffe von Gemütskrankheiten usw.* Würzburg 1801. — RUSH: *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. Philadelphia 1812.

SANDBERG: *Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia*. *Allg. Z. Psychiatr.* 52 (1896). — SAURY, H.: *Étude clinique sur la Folie héréditaire*. Paris 1886. — SCHAUMANN, I. C. G.: *Psyche oder Unterhaltungen über die Seele*, 640 S. Halle: Waisenhaus 1791. — SCHINDLER: *Über Geist, Seele und Körper*. *Z. Anthrop.* 1826, 229—248. — SCHMID, KARL CHRIST. ERH.: *Empirische Psychologie*, 568 S. Jena: Cröcker 1791. — SCHOLZ, FRIEDRICH: *Handbuch der Irrenheilkunde*. Leipzig: Mayer 1890. — SCHUBERT, GOTTHILF HEINRICH VON: *Die Krankheiten und Störungen der menschlichen Seele*. Stuttgart: Cotta 1845. — SCHÜLE, HEINRICH: *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Leipzig: F. C. W. Vogel 1878. — SCOTT, D.: *Edinburgh med. J.*, Juli 1828. — SÉGLAS, J.: *Des troubles du langage chez les aliénés*. Paris: Rueff 1892. — SEYMOUR: *Observations on the medical treatment of insanity*. London 1832. — SIMON, MAX: (a) *L'imagination dans la folie*. *Ann. méd.-psychol.* 1876. (b) *Die Einbildungskraft im Irresein, eine Studie über Zeichnungen, Pläne, Beschreibungen und Anzüge der Irren*. Ref.: *Allg. Z. Psychiatr.* 36 (1880). (c) *Les écrits et les dessins des aliénés*. Paris 1888. — SNELL, L.: *Über die*

veränderte Sprechweise und die Bildung neuer Worte im Wahnsinn. *Allg. Z. Psychiatr.* **9** (1852). — SFAZIER, KARL: Der neue Origenes oder Geschichte seltsamer Verirrung eines religiösen Schwärmers, 132 S. Berlin: Akad. Buchh. 1792. — SPIELMANN, JOHANN: Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien 1855. — SPURZHEIM, I. G.: Observations sur la folie, Paris 1818. Beobachtungen über den Wahnsinn und die damit verwandten Gemütskrankheiten. Nach dem Engl. u. Französ. bearbeitet durch E. VON EMBDEN. Hamburg: Perthes u. Besser 1818. — STARK: Pathologische Fragmente, 2 Bde. Weimar 1824 u. 1825. — SYER: A dissertation on the features and treatment of insanity. London 1827.

TANZI, EUGENIO: I neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico. *Riv. sper. Freniatr.* **15** (1889); **16** (1890). — TARDIEU: Traité médico-legal sur la folie, 1872. — TEMPLE: Practice of Physic. London 1792.

VERING: Von den psychischen Krankheiten und ihrer Heilart. Leipzig 1821. — VOISIN: Des causes morales et physiques des maladies mentales usw. Paris 1826.

WACHSMUTH, ADOLPH: Allgemeine Pathologie der Seele. Frankfurt: Meidinger 1859. — WAGNER, MICHAEL: (a) Beiträge zur philosophischen Anthropologie, 2 Bde. Wien: J. Stahl u. Co. 1796. (b) Über Osteomalacie und Geistesstörung. *J. Psychiatr.* **9** (1890). — WALTHER: Ideen zur Construction und Reconstruction der psychischen Deflexe. Amberg 1808. — WENZEL: Versuch einer praktischen Seelenarzneikunde. Grätz 1801. — WERNICKE, C.: (a) Der wissenschaftliche Standpunkt in der Psychiatrie. Cassel 1880. (b) Grundriß der Psychiatrie, Bd. 1. 1894; Bd. 2. 1896. — WHYTT, R.: Observations on the nature, causes and cure etc., 2. Aufl. Edinburgh 1765; deutsch Leipzig 1766. — WIDEROE: Primary dementia of puberty. *Brit. med. J.* **1898**. Ref.: *Jber. Neur.* **2** (1898). — WIENHOLT, ARNOLD: Heilkraft des tierischen Magnetismus nach eigenen Beobachtungen, 3 Bde. Lemgo: Meyer 1802—1805. — WILLIS, FRANCIS: A treatise of mental derangement etc. London 1823; deutsch von AMELUNG. Darmstadt 1826. — WINDBÜCHLER, I. G.: Versuch einer Diagnose und Ätiologie der psychischen Krankheiten, 65 S. Wien 1829. — WINKELMANN: Beobachtungen über den Wahnsinn usw. Berlin 1806.

## B. Literatur ab 1900.

Das Verzeichnis erstrebt die Aufzählung aller wesentlichen Arbeiten zu dem Thema, welche seit BLEULERS Schizophrenien (1911) erschienen sind. Ältere Arbeiten sind nur angeführt, soweit sie bei BLEULER nicht erwähnt sind.

ABBOT, E. ST.: MEYERS theory of the psychogenic origin of dementia praecox a criticism. *Amer. J. of Insan.* **68** (1911). — ABÉLY: Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la dem. préc. *Ann. méd.-psychol.* **88 II** (1930). — ABÉLY, P.: Dém. précoce à évolution rapide. Impulsion homicide: premier symptôme. *Ann. méd.-psychol.* **87 II** (1929). — ABÉLY, XAVIER: Les stéréotypies. Diss. Toulouse 1916. — ABRAHAM, K.: Zwei Fehlhandlungen einer Hebephrenen. *Internat. Z. Psychoanal.* **7** (1921). — ADAM, FR.: Accès confusionnels chez un persécuté persécuteur. *Annal. méd.-psychol.* **71** (1913). — ADLER, ARTHUR: (a) Über die mutmaßlichen Beziehungen einiger katatonen Symptome zur Medulla oblongata. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **23** (1921/22). (b) Kurze, vorläufige Mitteilung über einen positiven Rindenbefund bei Katatonie. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **23** (1922). — ADLER and MOLER: Some considerations of the significance of physical constitution in relation to mental disorder. *Neuric. J. of psychol.* **7**. — AGUGLIA, E.: Abito morfologico e sistema endocrino-simpatico nella demenza precoce. *Riv. ital. neuropat. ecc.* **15** (1922). — ALBERTS, D.: Contributo allo studio delle lesioni istopatologiche nella corteccia cerebrale dei dementi precoci. *Note Psichiatr.* **IV. s. 3**, 8—28. — ALBÈS, A.: De quelques particularités observées dans un état hallucinatoire chez un paralytique général. *Ann. méd.-psychol.* **1913 I**, 285. — ALBRECHT: (a) Gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten. *Z. Neur.* **11** (1912). (b) Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. *Z. Neur.* **22** (1914). — ALEXANDROVSKIJ, A.: Kreatiningehalt im Blute bei Dementia praecox und Encephalitis epidemica chronica (russ.), 1928. *Zbl. Neur.* **52** (1929). — ALFORD, L.: (a) Dementia praecox as a type of progressive degeneration. *J. nerv. Dis.* **58** (1923). (b) Epilepsy and Dementia praecox considered as types of abiotrophie. *Zbl. Neur.* **53** (1929). — ALLENDE-NAVARRO, F. DE: La barrière ecto-mésodermique du cerveau à l'état normal et pathologique avec considérations spéciales sur la schizophrénie et l'épilepsie. *Schweiz. Arch. Neur.* **16** (1925). — ALLERS, R.: (a) Tatsachen und Probleme der Stoffwechselfathologie in ihrer Bedeutung für die Psychiatrie auf Grund neuerer Arbeiten. *Z. Psychol. u. Neur.* **16** (1910). (b) Ergebnisse stoffwechselfathologischer Untersuchungen bei Psychosen. II. Der Stoffwechsel bei Dementia praecox. *Z. Neur. Ref.* **6** (1913). (c) Nervensystem und Stoffwechsel. *Z. Neur. Ref.* **19** (1920). — ALT: Im deutschen Heere während der Kriegszeit aufgetretene psychische Störungen. *Z. ärztl. Fortbildg* **1915**. — ALTER, W.: Irrtümer bei Geisteskrankheiten. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **17** (1916). — ALZHEIMER: (a) Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. *Z. Neur. Orig.* **1** (1910). (b) Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. *Dtsch. Ver. Psychiatr. Breslau* **1913**;

Allg. Z. Psychiatr. **70** (1913). — AMEGHINO, A.: Begriff der Dementia praecox. Rev. Criminologia etc. **9** (1922). — AMEGHINO, ARTURO et LANFRANCO CIAMPI: Sulla patogenesi della demenza precoce. Quad. Psychiatr. **11** (1924). — ANSALONE, G.: Beitrag zur pathologischen Histologie der Dementia praecox. Cerebro **2**, No 6, 361—368. — ANTHEAUME et MIGNOT: Remarques sur la stéréotypie graphique. Encéphale **1** (1906). — ANTON: Dr. BERNHARD ASCHNERS Buch über die Blutdrüsenkrankungen des Weibes usw. Z. Neur. Ref. **18** (1919). — APPEL, KENNETH E.: Affective and schizophrenic features in one case. Arch. of Neur. **22** (1929). — APPEL, K. E. and C. B. FARR: The specific dynamic action of protein in relation to mental disease. J. nerv. Dis. **70** (1929). — ARCHAMBAULT-GUIRAUD: Modification de l'écriture au cours de la démence précoce paranoïde. Encéphale **7 I** (1912). — ARDIN-DELTE, COUDRAY: Un nouveau cas de „Dementia precocissima“. Bull. med. Algérie, 25. Aug. 1913. — ARONOWITSCH, G.: Über den Verlauf kataleptoïder Erscheinungen bei Katatonie im Schlaf. Psychiatrie, Neurologie und exper. Psychologie, 1922, Nr. 2. — ASCHAFFENBURG: (a) Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen. Z. Neur. **14** (1912). (b) Degeneratives Irresein und Dementia praecox bei Kriminellen. Naturforsch. verslg Münster **1912**. (c) Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Berlin: Guttentag 1912. (d) Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Handbuch der Psychiatrie, 1915. (e) Schizophrenie, schizoide Veranlagung und das Problem der Zurechnungsfähigkeit. Z. Neur. **78** (1922). — ASCHNER: Die Blutdrüsenkrankungen des Weibes. Wiesbaden 1918. — AUBRY, E.: Psychoses de l'enfance à forme de démence précoce (Dementia precocissima). Encéphale **5 II** (1910). — AUBRY, M. et H. BARUK: Les troubles vestibulaires dans la catatonie et l'hébéphrénocatatonie. Ann. Mal. Oreille **48** (1929).

BAATH: Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Febr. 1924, 4. verm. Aufl. Berlin: Franz Vahlen 1926. — BÄNZIGER, HANS: Die Frage der Schizophrenie bei einem Mitglied der Sekte Anton Unternährers. Z. Neur. **110** (1927). — BAGENOFF: Dégénérescence et démence précoce. Arch. de Neur. **1**, April, 219. — BARR, M.: (a) Wassermannreaktion in Dementia praecox. Alienist a. Neur. **35**, Nr 1, 1. (b) Genesis of certain phenomena in psychoanalytical study of case of paranoid dementia praecox and case of hysteria. Illinois med. J., Okt. **1915**. (c) Klinische Vorlesungen der gerichtlichen Psychiatrie. Aschaffenburgs Mschr. **14** (1923). — BAJENOFF: Quelques réflexions sur les folies gemellaires et familiales. Arch. de Neur. **35**, 213. — BAKODY, AURÉL v.: (a) Über die prognostische Bedeutung der katatonischen Symptome bei Amentia. Gyógyászat (ung.) **52** (1912). (b) Die Wirkung des Cocains auf das vegetative Nervensystem bei Schizophrenie. 12. Jverslg. Ges. dtsch. Nervenärzte Halle a. S., 13. u. 14. Okt. 1922. Zbl. Neur. **30** (1922). (c) Organotherapeutische Resultate bei Schizophrenie nebst kombinierter Strychnotoninkur. Psychiatr.-neur. Wschr. **29** (1927). — BALIETTI, LUIGI: La varietà eboidofrenica della demenza precoce. Note psichiatri. **16** (1928). — BALLER: Spannungserscheinungen am Gefäßsystem und ihre diagnostische Verwertbarkeit für die Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. **68** (1911). — BALLET et GALLAIS: Etat simulant la démence précoce. Signe d'Argyll Robertson. Revue neur. **1912** 1, 317. — BAMFORD, C. B.: Considerations on Dementia praecox as a physical disease. J. ment. Sci. **75** (1929). — BANKWITZ, WERNER: Katamnesen von in den Jahren 1900—1920 von Jena nach Blankenheim überführten 247 Dementia praecox-Fällen. Diss. Jena 1922 (1923). — BANSE, H.: Eine unter dem Bilde der Katatonie verlaufende Psychose bei Hirnlues. Allg. Z. Psychiatr. **71** (1914). — BARASCH, H.: Zur Symptomatologie der chronischen Paranoia. Diss. Kiel 1911. — BARAT, L. et TH. CHASLIN: Le langage in Traité de Psychologie de GEORGES DUMAS. Paris: Alcan 1923. — BARBÉ, A.: (a) Les difficultés du diagnostic différent entre la démence précoce et la psychose périodique. Encéphale **7 I** (1912). (b) Confusion mentale et catatonie. Ann. méd.-psychol. **81 I** (1923). — BARBE et BENON: Délire systematisé hallucinatoire chronique sans démence. Paris psychiatr. Ges. Encéphale **3**. — BARBE et GUICHARD: Démence precoce ou psychose périodique. Paris. psychiatr. Ges. Encéphale **6** (1911). — BARBÉ-LEVY-VALENSI: Catatonie sans démence au délire. Paris. psychiatr. Ges., 25. April 1912. Encéphale **7** (1912). — BARBIÉRI, P.: (a) Sulla reazione nera (di Buscaino) nelle urine dei dementi precoci. Biochimica e Ter. sper. **11** (1924). (b) Die Bedeutung des Histamins in der Pathogenese der Dementia praecox. Riv. sper. Freniatr. **48** (1924). — BARBO: Osteomalacie. Allg. Z. Psychiatr. **66** (1909). — BARR, E. S. and R. GRANT BARRY: The effect of producing aseptic meningitis upon dementia praecox. New York State J. Med. **26** (1926). — BARRANCOS, ARISTIDES: Über einen seltenen Selbstmordtrieb. Rev. Criminología **15** (1928). — BARRET, ALBERT M.: Heredity relations in schizophrenia. Amer. J. Psychiatr. **7** (1927). — BARUK, H. et H. DE JONG: Le test du „néo-intellect“. Les troubles du contrôle de „l'action“ et des réactions du système nerveux central chez les déments précoces. Ann. méd.-psychol. **87 I** (1929). — BARUK, H. et P. MEIGNANT: Crise de catalepsie hystérique. Catalepsie, sommeil pathologique et catatonie. Encéphale **23** (1928). — BARUK, H. et F. MOREL: Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphrénocatatonie. Les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection. Ann. méd.-psychol. **86 II**

(1928). — BASHENOFF u. MARIE: Die Lehren von der Vererbung der Dementia praecox. Münch. med. Wschr. 1914 I, 789. — BASSI, A.: (a) Alterazioni midollari in due casi di demenza precoce catatonica. Ann. de Manic'prov. 1910 Perugia 4, 145—173. (b) Sull'anatomia patologica della demenza precoce. Ann. Freniatr. 21, 97 (1911); Neur. Zbl. 31 (1912). — BAUSCH: Zum Vorkommen elementarer Krämpfe bei Katatonie. Mschr. Psychiatr. 50 (1921). — BAUSCH, WILHELM: Untersuchungen über Körperbau und Psychose. Z. Neur. 94 (1925). — BEAUSSART: (a) Débilité intellectuelle et morale avec simulation surajoutée où démence précoce? Bull. Soc. clin. Med. ment. 4 (1911). (b) Délire systematise de persécution. Interprétations, hallucinations auditives, visuelles, psychomotrices: pseudo-hallucinations. Phénomène autoscopiques. Bull. Soc. clin. Med. ment. 4, 278. — BECHTEREW, W.: Wahnidee der hypnotischen Beeinflussung oder Paranoia suggestiodelira. Russ. Arzt 12, 111. — BECKER: (a) Stuporlösung durch Cocain. Psychiatr.-neur. Wschr. 23 (1921/22). (b) Versuche mit Xifalmilchinjektionen bei Geistes- und Nervenkranken. Allg. Z. Psychiatr. 78 (1922). — BECKER (Anstalt Weilmünster): Ist die Dementia praecox heilbar? Klin. psychiatr. u. nerv. Krkh. 7 (1912). — BECKER, THEOPHIL: Fehldiagnosen durch Überbewertung katatonischer Symptome. Z. Neur. 94 (1925). — BECKER, W.: Zur Diagnose der Dementia praecox. Fortschr. Med. 34 (1916/17). — BÉLOHRADSKÝ, K.: Klinisches Bild der Schizophrenie. Sborn. lék. (tschech.) 27 (1926). — BENDER, WILHELM: Arbeitstherapie, besonders bei alten Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. 87 (1927). — BENDERS: Präsenium und Psychosen. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 59 (1915). — BENEDEK, LADISLAUS: Stellungnahme eines Schizophrenen zum beginnenden Krankheitsvorgang. Jb. Psychiatr. 44 (1925). — BENEDEK, L. u. ST. DEAK: (a) Unterschiede zwischen dem Blutsrum bei Paralyse und Dementia praecox in bezug auf die Auslösung von Immnhämolysinen. Dtsch. med. Wschr. 39 (1913). (b) Unterschied zwischen dem Blutsrum von Paralytikern und Praecoxen in bezug auf die Auslösung von Immnhämolysinen. Arch. f. Psychiatr. 51 (1913). — BENON, R.: (a) Démence précoce. Aggravation par la guerre. Progrès méd. 50. (b) Simulation et démence précoce (hypothyrie chronique). Bull. méd. 35 (1921). (c) Stupeur. Astasie-abasie. Démence précoce. Gaz. Hôp. 95, No 103 (1922). (d) Psychiatrie militaire. Syndromes, Evaluations. Gaz. Hôp. 95 (1922). (e) Délire et démence précoce. Bull. méd. 36 (1922). (f) Démence précoce et vagabondage. Ann. Hyg. publ. et Méd. lég. 38 (1922). (g) Débilité intellectuelle congenitale et démence précoce. J. des Pract. 37 (1923). (h) Délire remettent et démence précoce. J. des Pract. 37 (1923). (i) La démence précoce (Hypothyrie chronique). Schweiz. Arch. Neur. 15 (1924). (k) Démence précoce. Asthénie chronique. Débilité mentale. Bull. méd. 1928 II. — BERGER: Trauma und Psychose. Berlin 1915. — BERGER, H.: Zur Pathogenese des katatonischen Stupors. Münch. med. Wschr. 68 (1921). — BERGMANN, VON: Die vegetativ Stigmatisierten. Z. klin. Med. 108. — BERINGER, KURT: (a) Experimentelle Psychosen durch Meskalin. Z. Neur. 84 (1923). (b) Beitrag zur Analyse schizophrener Denkstörungen. Z. Neur. 93 (1924). (c) Denkstörungen und Sprache bei Schizophrenen. Z. Neur. 103 (1926). (d) Der Meskalinrausch. Berlin: Julius Springer 1927. (e) Experimentelle Prüfung des Hautsinns bei Schizophrenen. 55. Wanderverslg südwestdtsch. Neur. u. Psychiatr. Arch. f. Psychiatr. 92 (1930). (f) Über ein ungewöhnliches Anfallssyndrom bei postencephalitischem Parkinsonismus. Z. Neur. 136 (1931). — BERINGER u. DÜSER: Über Schizophrenie und Körperbau. Z. Neur. 69 (1921). — BERINGER, K. u. W. MAYER-GROSS: Der Fall *Hahnenfuß*. Ein Beitrag zur Psychopathologie des akuten schizophrenen Schubs. Z. Neur. 96 (1925). — BERKLEY: An abstract of the results obtained in the treatment of catatonia by partial thyroidectomy and thyrolecithin. Fol. neur.-biol. 2, 157—166. — BERKLEY, HENRY, J.: Dementia praecox. Amer. J. Psychiatr. 8 (1929). — BERLIN-BECK, GRETE: Wann und wie beginnt die Dementia praecox? Diss. Leipzig 1922 (1923). — BERLIT, B.: Heilung bzw. weitgehende Besserung einiger Fälle von Katatonie. Allg. Z. Psychiatr. 78 (1922). — BERNDT: Dementia praecox mit psychischem Feminismus. Jb. Hamburg. Staatskr.anst. 14 I, 141 (1910). — BERNDT, U. u. H. KOLLE: Zur Afeniltherapie der Schizophrenie. Münch. med. Wschr. 73 (1926). — BERSCH, ERICH: Über die Beziehungen zwischen Körperbau und Mißbildungen. Münch. med. Wschr. 1928 I. — BERTOLANI, ALDO: La sindrome catatonica. Riv. sper. Freniatr. 49 (1926). — BERTOLANI DEL RIO, M.: Demenza precoce e manifestazione di spasmofilia. Riv. sper. Freniatr. 45, H. 1/2, 125—144 (Neustadt). — BERTSCHINGER u. MAIER: Auslösung von Schizophrenie nach Kopfverletzungen. Z. Neur. 49 (1919). — BERZE, J.: (a) Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig u. Wien 1910. (b) Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hebephrenen überhaupt. Leipzig-Wien: Fr. Deuticke 1914. (c) Die Schizophrenie im Lichte der Assoziations- und Aktionspsychologie. Allg. Z. Psychiatr. 75 II (1919). (d) Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Allg. Z. Psychiatr. 77 (1922). (e) Beiträge zur psychiatrischen Erblichkeits- und Konstitutionsforschung. I. Allg. Teil. Z. Neur. 87 (1923). (f) Beiträge zur psychiatrischen Erblichkeits- und Konstitutionsforschung. II. Schizoid, Schizophrenie, Dementia praecox (Vorstudie zur Untersuchung

der Schizosen). Z. Neur. **96** (1925). (g) Zur Phänomenologie und zur Theorie des Beziehungswahnes. Allg. Z. Psychiatr. **84** (1926). (h) Zur Ätiologie der Schizophrenie. Wien. med. Wschr. **1927**. (i) Hereditätsfragen bei Psychosen. Wien. med. Wschr. **1927**. (k) Psychologie der Schizophrenie. (Die schizophrene Denkstörung. Psychologische Theorie der Schizophrenie.) Jverslg dtshc. Ver. Psychiatr. Wien, Sitzg 13.—14. Sept. 1927. (l) Psychologie der schizophrenen Prozeß- und der schizophrenen Defektsymptome. Wien. med. Wschr. **1929 I**. — BERZE, JOSEF u. HANS W. GRUHLE: Psychologie der Schizophrenie. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neur. u. Psychiatr. Herausgeg. von O. FOERSTER und K. WILMANN, H. 55. Berlin: Julius Springer 1929. — BETTGE, WALTER: Die gerichtsärztliche Bedeutung der Hebephrenie. Diss. Breslau 1926. — BETTZICHE, FRITZ: Untersuchungen über den Stoffwechsel der Schizophrenen. Z. Neur. **124** (1930). — BETZ, W.: Psychologie des Denkens. Leipzig: Joh. Ambros. Barth 1918. — BEVIS, W.: Psychological traits of the southern negro with observations as to some of his psychoses. Amer. J. Psychiatr. **1** (1921). — BEYER, ERNST: Zur Frage: Jugendirresein und Kriegseinflüsse. (Zum gleichnamigen Aufsatz von ARTHUR KRONFELD in der Ärztl. Sachverst.Ztg. **1926**, H. 11, 145). Ärztl. Sachverst.Ztg **32** (1926). — BEYERHOLM, OTTO: Gastro-intestinale Störungen bei Dementia praecox. Hosp.tid. (dän.) **1929 I**. — BEYREIS: Katatonie in Schüben. Diss. Kiel 1911. — BICKEL, H.: (a) Zur Anatomie und Ätiologie der Dementia praecox. Mschr. Psychiatr. **28** (1910). (b) Über Alteration und Perseveration im psychischen Geschehen. Verslg südwestdtsch. Neur. u. Irrenärzte, Mai **1913**. Neur. Zbl. **1913**. — BILLER: Über die Wirkung des Adrenalins auf das Gefäßsystem Geisteskranker mit besonderer Berücksichtigung der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Bonn 1915 (Neustadt). — BINDER, HANS: Zum Problem des schizoiden Autismus. Z. Neur. **125** (1930). — BINSWANGER, K.: Über schizoide Alkoholiker. Z. Neur. **60** (1920). — BINSWANGER, LUDWIG: (a) Psychologische Tagesfragen innerhalb der klinischen Psychiatrie, Or. Z. Neur. **26** (1914). (b) Geschehnis und Erlebnis. Zur gleichnamigen Schrift von ERWIN STRAUS. Mschr. Psychiatr. **80** (1931). — BINSWANGER, OTTO: Betrachtungen über Volksart, Rasse und Psychose im Thüringer Lande. Arch. f. Psychiatr. **74** (1925). BIRNBAUM, H.: Die gestörte Erlebnisfähigkeit bei der Schizophrenie als Ausgangspunkt von therapeutischen Versuchen. Z. Neur. **129** (1930). — BIRNBAUM, K.: (a) Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerierten. Zbl. Neur. **28** (1909). (b) Der Konstitutionsbegriff in der Psychiatrie, Or. Z. Neur. **20** (1913). (c) Der Aufbau der Psychose. Allg. Z. Psychiatr. **75** (1919). (d) Die Strukturanalyse als klinisches Forschungsprinzip, Or. Z. Neur. **53** (1920). (e) Kriminalpsychopathologie. Berlin: Julius Springer 1921. (f) Von der Geistigkeit des Geisteskranken und ihrer psychiatrischen Erfassung. Z. Neur. **77** (1922). (g) Der Aufbau der Psychose. Berlin: Julius Springer 1923. (h) Über neuere Forschungsbestrebungen in der Psychiatrie in ihrer klinischen Bedeutung. Mschr. Psychiatr. **54** (1923). — BLEULER: (a) Extrakampine Halluzinationen. Psychiatr.-neur. Wschr. **1903**, Nr 25. (b) Frühe Entlassungen. Psychiatr.-neur. Wschr. **6** (1905). (c) Endzustände der Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. **65** (1908). (d) Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten, Or. Zbl. Neur. **28** (1909); N. F. **20**, 32 Jg. (e) Zurechnungsfähigkeit und Krankheit. Zbl. Nervenheilk. **1909**. (f) Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Psychiatr.-neur. Wschr. **12** (1910). (g) Das Faxensyndrom. Psychiatr.-neur. Wschr. **1910/11**. (h) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen. ASCHFAFENBURGS Handbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien 1911. (i) Das autistische Denken. Z. Neur. Ref. u. Erg. **4** (1912). (k) Antwort auf die Bemerkung JUNGS zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Jb. psychoanalyt. u. psychopath. Forschg. **3** (1912). (l) Geisteskrankheit ohne forensische Konsequenzen und einige andere Grenzfälle. Vjschr. gerichtl. Med. **44** (1912). (m) Die Kritiken der Schizophrenien. Z. Neur. Orig. **22** (1914). (n) Lehrbuch der Psychiatrie, 1916—1930. (o) Mendelismus bei Psychosen, speziell bei der Schizophrenie. Schweiz. Arch. Neur. **1** (1917). (p) Störung der Assoziationsspannung, ein Elementarsymptom der Schizophrenie. Eine Hypothese. Allg. Z. Psychiatr. **74** (1918). (q) Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Allg. Z. Psychiatr. **76** (1920/21). (r) Körperliche und geistige Konstitution. Naturwiss. **9** (1921). (s) Bericht über KRETSCHMERS Körperbau und Charakter. Münch. med. Wschr. **68** (1921). (t) Naturgeschichte der Seele und ihres Bewußtwerdens. Berlin: Julius Springer 1921. (u) Schizophrenie und Militärversicherung. Schweiz. Arch. Neur. **10** (1922). (v) Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Z. Neur. **78** (1922). (w) L'origine et la nature des hallucinations. Encéphale **17** (1922). (x) Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. **84** (1926). (y) La schizophrénie. (Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç., Genève-Lausanne, 2.—7. Aug. 26.) Revue neur. **2** (1926). (z) Die ärztlichen Anzeigen für frühe Entlassungen in: RÖMER, KOLB, FALTTHAUSER: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten, S. 144 f. Berlin: Julius Springer 1927. (aa) Syntonie-Schizoidie-Schizophrenie. J. Psychol. u. Neur. **38** (1929). (bb) Vererbungsprobleme bei Schizophrenen. Z. Neur. **127** (1930). — BLEULER-MAIER: Kasuistischer Beitrag zum psychologischen Inhalt schizophrener Symptome. Z. Neur. **43** (1918). — BLOK, A. M.: Psychoanalytische Betrachtung über einen Fall von Dementia paranoides. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1928 I**. —



- BLUME, G.: (a) Die Untersuchung der Handschrift in der Psychiatrie. *Z. Neur.* **103** (1926). (b) Über Heilfieberbehandlung mit Saprovitin bei Schizophrenie. *Arch. f. Psychiatr.* **86** (1929). (c) Weitere Versuche mit Saprovitin-Behandlung bei Schizophrenie. *Allg. Z. Psychiatr.* **92** (1929). — BLUMENFELD, ÜL.: Ein atypischer Fall von manisch-depressivem Irresein. Berlin 1911. — BLUMENTHAL: Psychosen bei Hydrocephalus, Meningitis serosa, Hirnschwellung und Pseudotumor, *Or. Z. Neur.* **64** (1921). — BOAS: Heredity in head-form. *Amer. Anthropol., N. S.* **5** (1903). — BOAS, M. and F. BOAS: The head-forms of the Italians as influenced by heredity and environment. *Amer. Anthropol., N. S.* **15** (1913). — BÖHMER: Untersuchungen über den Körperbau des Verbrechers. *M Schr. Kriminalpsychol.* **19** (1923). — BOHNEN: Beiträge zur Kenntnis der Involutionsparanoia. *Allg. Z. Psychiatr.* **76** (1920). — BOLLIG, HEINRICH: Die Schizophrenie in ihren Beziehungen zum Kriegsdienst und Unfall. Diss. Würzburg 1928. — BOLTEN, G. C.: Über die Bedeutung der Blutantitrypsine für die psychiatrisch-neurologische Diagnostik. *M Schr. Psychiatr.* **43** (1918). — BOND and ABBOT: A comparison of personal characteristics in dementia praecox and manic-depressive psychosis. *Amer. J. Insan.* **68** (1912). — BONDURANT, E.: Dementia praecox associated with Uncinariasis. *J. nerv. Dis.* **45** (1917). — BONHOEFFER: (a) Die symptomatischen Psychosen, 1910. (b) Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? *Allg. Z. Psychiatr.* **68** (1911). (c) Die Differentialdiagnose der Hysterie und psychopathischen Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. *Med. Klin.* **1915**. (d) Psychogene Kontraktur bei Katatonie. *Berl. Ges. Psychiatr., Sitzg 19. Juni 1916*. (e) Die exogenen Psychosen. *Arch. f. Psychiatr.* **58** (1917). — BORDA, J. R.: Contribución al estudio de las lesiones celulares de la corteza cerebral en la demencia precoz. *Arch. Psiquiatr. y Criminología* **12** (1913). — BOREL, A.: La schizophrénie. *Progrès méd.* **53** (1925). — BOREL, A. et G. ROBIN: Les Réveries morbides. *Ann. méd.-psychol.* **1924 I**. — BORING, E.: (a) Learning in dementia praecox. *Psychologic. Monogr.* **15**, Nr 2, Princeton N. J. (1913). *Psychol. Review Company*. (b) Introspection in Dementia praecox. *Amer. J. Psychol.* **24** 145—170. — BORNSTEIN, A.: Stoffwechsel der Geisteskranken. *Münch. med. Wschr.* **1913**, Nr 36, 1994. — BORNSTEIN, M.: (a) Über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. *Z. Neur. Orig.* **5** (1911). (b) Zur Frage der kombinierten Psychosen, *Orig. Z. Neur.* **13** (1912). (c) Über einen eigenartigen Typus der psychischen Spaltung. *Z. Neur.* **36** (1917). — BORNSTAJN, M.: (a) Zwangsneurose und Schizophrenie. *Neur. polska* **6** (1922). (b) Schizophrene Symptome im Lichte der Psychoanalyse. *Internat. Z. Psychoanal.* **12** (1926). (c) Der klinische Standpunkt der Schizophrenie und eine neue Theorie ihrer Pathogenese. *Roczn. psychiatr.* **1927**. (d) Hypochondrische (somato-psychische) Form der Schizophrenie. *Księga Jubileuszowa Edwarda Flataua (poln.) u. franz. Zusammenfassung, 1929*. — BOROWIECKI, ST.: Katalepsie, Echopraxie und Befehlsautomatie. *Polski czasopismo lek.* **1**, Nr 9, 140—142; Nr 10, 161—162; Nr 11, 173—180 (1921). — BOSCH, GONZALO and ENRIQUE MO GATTI: Gedanken über Dementia praecox. *Bol. Inst. psiquiatr. Fac. Ci. méd. Rosario* **1** (1929). — BOSS, M.: Zur Frage der erbbiologischen Bedeutung des Alkohols. *M Schr. Psychiatr.* **72** (1929). — BOSTROEM, A.: (a) Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (WERNICKE) und ihre klinische Stellung. *Z. Neur.* **60** (1920). (b) Encephalitische und katatone Motilitätsstörungen. *Klin. Wschr.* **3** (1924). (c) Zur Frage des Schizoids. *Arch. f. Psychiatr.* **77** (1926). (d) Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse. *Arch. f. Psychiatr.* **86** (1929). (e) Über organisch provozierte endogene Psychosen. *Z. Neur.* **131** (1930). (f) Arbeiten im 2. und 8. Band des Handbuches für Geisteskrankheiten, 1930. — BOULENGER: Poésie et démence. *J. de Neur.* **42** (1910). — BOUMAN: Über eigentümliche Formen familiärer Psychosen. *Psychiatr.-neur. Bl. (holl.) Festbündel* **1918**. — BOUMAN, K. HERMANN: Die pathologische Anatomie des Zentralnervensystems bei Schizophrenie. *Psychiatr.-neur. Bl. (holl.)* **32** (1928). — BOUMAN, L.: (a) Involutions- und präsenile Psychosen. *Psychiatr.-neur. Bl.* **33** (1929). (b) Paranoia. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **1931**. — BOURGUIGNON, GEORGES: Variations de la chronaxie dans différents états fonctionnels, spontanés et expérimentaux, sans lésion organique. (A propos de la communication de M. Dide.) *Revue neur.* **34 I** (1927). — BOURGUIGNON, G. et G. D'HEUCQUEVILLE: Chronaxie et troubles profonds. *Ann. méd.-psychol.* **89 I** (1931). — BOUYER, HENRI: (a) Notes pour servir d'introduction à l'étude positive des hallucinations. *Ann. méd.-psychol., Dez.* **1926**. (b) L'état mental des hallucinés et ses deux facteurs. *Encéphale, Juni* **1927**. — BOVEN, W.: (a) Un nouveau fait acquis touchant l'hérédité de la démence précoce. *Korresp.bl. Schweiz. Ärzte* **47**, 605. (b) Similarité et Mendelisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive. Thèse de Lausanne **1915**. (c) Caractère individuel et aliénation morbide etc. *Schweiz. Arch. Neur.* **6** (1920). (d) Etude sur les conditions du développement au sein des familles, de la schizophrénie et de la folie maniaque-dépressive. *Schweiz. Arch. Neur.* **8** (1921). (e) La complexion des schizophrènes. faits et hypothèses touchant les rapports du physique et du moral dans la schizophrénie. *Ann. méd.-psychol.* **84 II** (1926). — BOWMAN, KARL M.: (a) Schizophrenie deterioration: biochemical studies and presentation

of case. Arch. of Neur. 7 (1922). (b) Endocrin and biochemical studies in schizophrenia. J. nerv. Dis. 65 (1927). Zbl. Neur. 48. (c) Parathyroid therapy in schizophrenia. J. nerv. Dis. 70 (1929). BOWMAN, K. M. and C. C. FRY: Basal metabolism in mental disease. Arch. of Neur. 14 (1925). — BOWMAN, K., J. EIDSON, ST. BURLADGE: Biochemical studies in ten cases of dementia praecox. Boston med. J. 187 (1922). Ref. Z. Neur. 31 (1923). — BOWMAN, K. M. u. A. E. RAYMOND: Körperliche Befunde bei Schizophrenie (amer.). Zbl. Neur. 53 (1929). BRANN, ANNE-MARIE: Zur Psychologie der schizophrenen Denkstörung. Z. Neur. 112 (1928). BRATZ: (a) Gesonderte Formen der erblichen Belastung. Allg. Z. Psychiatr. 67 (1910). (b) Obergutachten über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Jugendirresein (Dementia praecox, Schizophrenie) und dem Militärdienst. Entsch. Reichsversorg.gerichts 3, Lief. 5 (1924). (c) „Auslösung“ der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins durch äußere Einflüsse. Psychiatr.-neur. Wschr. 1928 II. — BRAUCHLE, ALFRED: Persönliche Eigenart und Schizophrenie. Diss. Freiburg i. Br. 1924. — BRAUNERT, F.: Über Krampfanfälle bei Dementia praecox. Diss. Greifswald. Bielefeld 1918. — BREIGER, E.: Die körperlichen Frühsymptome der Dementia praecox. Med. Klinik 11 (1915). — BRESLER: (a) Der Zwiesinn. Psychiatr.-neur. Wschr. 14 (1912/13). (b) Gutachten über einen Fall von Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. 17 (1915/16). (c) Entsteht Dementia praecox durch Schädel- bzw. Gehirnverletzung? Psychiatr.-neur. Wschr. 18 (1916/17). (d) Besprechung der Arbeit von FORD ROBERTSON, Chronische Infektion bei Dementia praecox. J. ment. Sci., Jan. 1922; Psychiatr.-neur. Wschr. 24 (1922/23). — BRESOWSKY, M.: (a) Ungewöhnliche hebephrenische Endzustände. Mschr. Psychiatr. 57 (1925). (b) Amentia und schizophrene Reaktion. Psychiatr.-neur. Wschr. 28 (1926). (c) Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia praecox. Mschr. Psychiatr. 68 (1928). — BRIAND et VIGOUROUX: Psychose familiale. Bull. Soc. clin. et Méd. ment. 3, 68. — BRIGGS, L.: Recent researches in mental medicine especially in the Etiology and Treatment of Dementia praecox etc. Lancet-Clin., Jan. 1928. — BRILL, A. A.: (a) Psychotic children: Treatment and prophylaxis. Amer. J. Psychiatry 5 (1926). (b) Schizophrenia and psychotherapy. Amer. J. Psychiatry 9 (1929). — BRISSOT, M.: Psychose hallucinatoire chronique. Idées de persécutions, de négation et délire ambitieux. Ann. méd.-psychol. 79 (1921). — BROWN, R.: Dementia praecox. Proc. roy. Soc. Med. 7, Nr 3, sect. psychiatr., 18. — BRUGGER, CARL: (a) Die erbbiologische Stellung der Pfropfschizophrenie. Z. Neur. 113 (1928). (b) Zur Frage einer Belastungstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. 118 (1929). (c) Genealogische Untersuchungen an Schwachsinnigen. Z. Neur. 130 (1930). — BRUNSWICK, MACK RUTH: Ein Nachtrag zu FREUDs „Geschichte einer infantilen Neurose“. Internat. Psychoanalyt. Verlag Wien 1929. — BUCKLEY, G.: The Katatonic symptom-complex. Report of a case occurring in a middle-aged male. Amer. J. Insan. 68 (1911). — BÜCHLER, PAL.: Die Untersuchung des vegetativen Nervensystems bei Nerven- und Geisteskranken mit besondere Berücksichtigung der Dementia praecox und der Dementia paralytica. Orv. Hetil. 65; Z. Neur. 26 (1921). — BÜHNER, FRITZ: Statistische Untersuchungen über die Kindheit späterer Schizophrener. Diss. Marburg 1921. — BÜRGER, H.: (a) Über amnestische Anomalien bei Schizophrenen. Verslg dtsh. Ver. Psychiatr. Kassel, Sitzg 1.—2. Sept. 1925. (b) Beiträge zur Psychopathologie schizophrener Endzustände. II. Mitteilung. Über die Entstehung paraphrener Wahnbildungen und über Erinnerungstäuschungen. Z. Neur. 102 (1926). (c) Gedankenentzug, Sperrung, Reihung. Zum Problem der schizophrenen Denkstörungen. Z. Neur. 111 (1927). — BÜRGER, H. u. W. MAYER-GROSS: (a) Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. Z. Neur. 106 (1926). (b) Über Zwangssymptome bei Encephalitis lethargica und über die Struktur der Zwangserscheinungen überhaupt. Z. Neur. 116 (1928). — BÜRGER-PRINZ, STRAUSS, KAILA: Experimenteller Beitrag zum Problem der Lagereflexe des Menschen. Arch. f. Psychiatr. 92 (1930). — BÜSCHER: Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken. Z. Neur. Ref. 24 (1921). — BUMKE, HEDWIG: Die Beschleunigung der Blutgerinnungszeit bei Dementia praecox. Mschr. f. Psychiatr. 40 (1916). — BUMKE, O.: (a) Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. 12 (1910/11). (b) Gerichtliche Psychiatrie im Handbuch der Psychiatrie, herausgeg. von ASCHAFFENBURG. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1912. (c) Plethysmographische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Verslg südwestdtsch. Irrenärzte Straßburg 1912. (d) Körperliche Symptome der Dementia praecox. Med. Sekt. schles. Ges. vaterländ. Kultur Breslau, Sitzg 17. Nov. 1916. (e) Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden 1919. (f) Kultur und Entartung. Berlin 1922. (g) Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wschr. 3 (1924). (h) Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. 1929. (i) Über intermediäre Bildungen in der Psychiatrie, eine Frage an die Genealogen. Mschr. Psychiatr. 68 (1928). — BUMKE u. KEHRER: Plethysmographische Untersuchungen an Geisteskranken. Arch. Psychiatr. 47 (1910). — BUNEJEFF: Über schizoide Neurotiker. Z. Psychol., Neur. u. Psychiatr. 2 (1923). — BURKHARDT, H.: Über ein diskordantes eineiiges Zwillingspaar. Z. Neur. 121 (1929). — BURR, CH.: (a) The biography of a patient with paranoid Dementia praecox. Amer. J. Insan. 69 (1912). (b) A case of Dementia praecox

with autopsy. N. Y. med. J. **98** (1913). — BUSCAINO, V. M.: (a) Lesioni provocate dall'istamina nei centri nervosi del coniglio. Riproduzione sperimentale della sindrome biologica comune a la demenza precoce etc. Riv. Pat. nerv. **27** (1922). (b) Le cause anatomo-patologiche delle manifestazioni schizofreniche nella demenza precoce. Riv. Pat. nerv. **25**. (c) Nuovi dati sulla distribuzione e sulla genesi delle „zolle di disintegrazione a grappolo“ dei dementi precoci. Riv. Pat. nerv. **26**. Ref. Z. Neur. **27** (1922). (d) J dati attuali sull'anatomia patologica del sistema nervoso dei dementi precoci. Corteccia cerebrale e sostanza bianca sottostante. Riv. Pat. nerv. **26**. (e) Componenti neurologiche della demenza precoce catatonica. Quad. Psychiatr. **11** (1924). (f) Ammine tossiche presenti, in circolo, in dementi precoci, mancanti in maniaci e in melancolici. Rass. Studi psichiatr. **12** (1923). Ref. Z. Neur. **35** (1924). (g) Vergiftung mit abnormen Aminen als pathogenetischer Faktor bei amyostatischen Symptomenkomplexen, bei Amentia, Dementia praecox und gewissen Infektionskrankheiten. Rev. Sud Amer. **7** (1924). (h) Nuovi dati sulla genesi patologica delle zolle di disintegrazione a grappolo. Reperti in un caso di demenza precoce catatonica. Riv. Pat. nerv. **29** (1924). (i) Neue Tatsachen über die pathologische Histologie und die Pathogenese der Dementia praecox, der Amentia und der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Schweiz. Arch. Neur. **14** (1924). (k) Untersuchungen über die Pathogenese der extrapyramidalen Symptome, der Amentia und der Dementia praecox. Now. psychjatr. (poln.) **2** (1925). (l) Neue Ergebnisse über die toxische Pathogenese der Dementia praecox, der Amentia und der postencephalitischen Symptomenkomplexe. Psychiatr.-neur. Wschr. **27** (1925). (m) Risultati delle ricerche d'istopatologia del sistema nervoso di dementi precoci fatte nel biennio 1924—1925. (Con un'appendice sulle „zolle di disintegrazione a grappolo“.) Rivista sintetico-critica. Riv. Pat. nerv. **31** (1926). (n) Die neuesten Untersuchungen über die Ätiologie und die Pathogenese der Amentia und der Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. **1929 I**, Acta psychiatr. (Københ.) **4** (1929). (o) Ricerche istoneuropatologiche, encefalografiche e del liquor in dementi precoci. Triennio 1926—1928. (Con un'appendice sulle „zolle di disinte grazione a grappolo“.) IV. Rivista sintetico-critica. Riv. Pat. nerv. **34** (1929). — BUSCHER, J. DE: Un cas de démente précoce présentant le syndrome paranoïaque à l'état de pureté. J. de Neur. **29**, No 10 (1929). — BYCHOWSKI: (a) Über den Verlauf und die Prognose der Encephalitis lethargica. Neur. Zbl. **40**, Erg.-Bd. (1921). (b) Autismus und Regression in modernen Kunstbestrebungen. Allg. Z. Psychiatr. **78** (1922). (c) Metaphysik und Schizophrenie. Eine vergleichende psychologische Studie. Mschr. Psychiatr. **21**, Beih. (1923). — (d) Zur Wirkung großer Cocaingaben auf Schizophrene. Mschr. Psychiatr. **58** (1925). (e) Über Psychotherapie der Schizophrenie. Roczn. psychjatr. H. 8 und französ. Zusammenfassung; Nervenarzt **1** (1928). (f) Ein Fall von oralem Verfolgungswahn. Internat. Z. Psychoanal. **15** (1929).

CAMIA, M.: Vedute odierne intorno all' eboidofrenia. Riv. Pat. nerv. **32** (1927). — CAMINO, JULIO: Zur Schizophreniebehandlung. Med. iberica **1929 II**. — CAMPBELL: The schizophrenic maladjustment. J. of Neur. **10**, 237. — CANNON and DE LA PAZ: Emotional stimulation of adrenal sekretion. Amer. J. Physiol. **28** (1911). — CAPGRAS, J.: (a) Une persécutée démoniaque. Bull. Soc. clin. et Méd. ment. **4**, 360. (b) Ecrits et poésies d'une démente précoce. Encéphale **6**, Paris. psychiatr. Ges. **1911**. (c) Réformes de déments précoces. Soc. méd.-psychol., Sitzg 29. April 1918, 24. Juni 1918 u. 29. Juli 1918. Ann. méd.-psychol. **1918**. (d) Sonnette et poésie du dément précoce. Encéphale No 1. (e) Manie intermittente et délire systematisé chronique. Encéphale **16** (1921). — CAPGRAS et ABELY: Un cas atypique de psychose hallucinatoire chronique. Encéphale **16** (1921). — CAPGRAS et CRINON: Guérison apparente d'une démente précoce. Rev. de Psychiatr. **16**, 187. — CAPGRAS et MOREL: (a) Démence précoce chez deux soeurs. Arch. de Neur. **1**; Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **7** (1914). (b) Démence précoce et alcoolisme chronique. Bull. Soc. clin. de méd. ment. **7** (1914). — CARP, E. A. D. E.: (a) Über die Verarbeitung eines aktuellen Konfliktes in dem Inhalt einer schizophrenen Psychose. Psychiatr. Bl. (holl.) **1925**. (b) Über cyclische Formen schizophrener Prozeßpsychosen und die Anwendung der phänomenologischen Methode. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **70 I** (1926). (c) Über die Anlage zu der manisch-depressiven Psychose und der schizophrenen Prozeßpsychose. Nederl. Mschr. Geneesk. **13** (1926). (d) Über die Frage der Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **70 II** (1926). (e) Über Formen von Hebephrenie mit einer zwangneurotischen Symptomatologie. Nederl. Mschr. Geneesk. **14** (1927). (f) Die Schizosen. Psychiatr. Bl. (holl.) **1927**. (g) Über den Schizophreniebegriff. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **71 I** (1927). — CARRIÈRE, REINHARD: (a) Schizophrenie im Verlauf malaria-behandelter Paralyse und anderer chronischer Hirninfektionen. Allg. Z. Psychiatr. **91** (1929). (b) Über die Linksverschiebung im Blutbild der Schizophrenen. Vortrag Breslau, April 1931. Zbl. Neur. **60** (1931). — CARROLL, ROBERT: Aseptic meningitis in combating the dementia praecox problem. N. Y. med. J. a. med. Rec. **118** (1923). Ref. Z. Neur. **36** (1924). — MCCARTHY, J.: Dementia praecox and the adolescent psychoses from the organic visceral viewpoint as regards prognoses and therapy. Amer. J. Psychiatr. **1** (1922). —

CARTNEY, MC.: Dementia praecox und endokrine Störungen. *Zbl. Neur.* **53** (1929). — CAZZAMALLI, F.: Contributo allo studio della „dementia praecox“. *Ricerche sfigmomanometriche e sfigmografiche. Riv. sper. Freniatr.* **39** (1913). — CELLIER, ANDRÉ: Le démembrement de la démence précoce. *Presse méd.* **32** (1924). — CÉNAC, MICHEL: De certains langages créés par des aliénés. *Diss. Paris: Jouve* 1925. — CERLETTI: Die pathologische Anatomie der Dementia. *Votr. psychiatr. Kongr. Perugia*, 3.—7. Mai 1911. — CESAR, OSORIO: Beitrag zum Studium der Drüsen mit innerer Sekretion bei der Dementia praecox. *Mem. Hosp. Juquery (port.)* **5/6**, u. französische Zusammenfassung, 1929. — CHARON, R. u. COURBON, P.: Influence du milieu et du travail sur les stéréotypies. *Nouv. iconogr. Salpêtrière* **2** (1914). — CHARPENTIER, P. L. J.: Un cas de démence précoce consécutif à la vaccination antityphoïdique. *Clinique* **20** (1925). — CHASLIN et CHATELIN: Délire érotique avec perversion sexuelle. *Ann. méd.-psychol.* **79** (1921). — CHASLIN et SEGLAS: Intermittence et démence précoce. *Nouv. iconogr. Salpêtrière* **24**, 215. — VON DER CHLJS: Infantilismus in der Malerei. *Imago (Wien)* **9** (1923). — CIAMPI, LANFRANCO u. ARTURO AMEGHINO: Über die behauptete Aminpathogenese der Dementia praecox. *Rev. Sud Amer. (span.)* **7** (1924). — CLARK: Atypical Modes of onset in dementia praecox. *Amer. J. Insan.* **71**, Nr 1. — CLAUDE, HENRI: (a) Sur la catatonie. *Paris méd.* **14** (1924). (b) Etats schizomaniques et automutilation. *J. de Prat.* **38** (1924). (c) Schizomanie et mélancolie. *Progrès méd.* **53** (1925). (d) Démence précoce et schizophrénie. *Paris méd.* **15** (1925). (e) Démence précoce et schizophrénie. (Congr. des alién. et neurol. de France et des pays del angue franç., Genève-Lausanne, 2.—7. 8. 26). *Revue neur.* **33 II** (1926). (f) A propos de la schizoïdie et de la schizophrénie. *Ann. méd.-psychol.* **84** (1926). (g) Mysticisme et schizophrénie. *J. des Prat.* **40** (1926). (h) Paralysie générale et schizophrénie. *J. de Neur.* **27** (1927). — CLAUDE, H. et H. BARUK: (a) L'épreuve du somnifène dans la catatonie. *Encéphale* **23** (1928). (b) Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. *Encéphale* **23** (1928). (c) La catatonie. Etude clinique et physiologie pathologique. *Presse méd.* **1928 II**; *Zbl. Neur.* **53** (1929). — CLAUDE, H., H. BARUK et M. AUBRY: (a) Les troubles vestibulaires dans la démence précoce catatonique. *C. r. Soc. Biol. Paris* **96** (1927); *Zbl. Neur.* **48** (1928). (b) Contribution à l'étude de la démence précoce catatonique: Inexcitabilité labyrinthique au cours de la catatonie. *Revue neur.* **34** (1927). — CLAUDE, HENRI, HENRI BARUK et GEORGES MÉDAKOVITCH: Le métabolisme basal dans la catatonie et l'hébéphrénocatatonie. *Encéphale* **23** (1928). — CLAUDE, H., H. BARUK et A. THÉVENARD: (a) Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. *Encéphale* **22** (1927). (b) Les réflexes de posture locale et les réflexes d'attitude chez les déments précoces catatoniques. *C. r. Soc. Biol. Paris* **97** (1927); *Zbl. Neur.* **48**. — CLAUDE, HENRI et A. BOREL: (a) Evolution Delirante d'un Symbolisme préalablement adapté chez une Schizoïde constitutionnelle. *Ann. méd.-psychol.* **81 I** (1923). (b) Une „Curieuse“ Discordance Evolution d'un Etat Schizoïde Constitutionnel vers le Type Hébéphrénique. *Ann. méd.-psychol.* **81 I** (1923). — CLAUDE, H., A. BOREL et GILBERT ROBIN: (a) Discordance entre l'Activité Intellectuelle et l'Activité Pragmatique sous l'Influence d'un Complexe Affectif. Aspect Schizoïde. *Ann. méd.-psychol.* **81 II** (1923). (b) Considerations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque. Génèse des idées délirantes. *Encéphale* **18** (1923). (c) Une Auto-Mutilation Revelatrice d'un Etat Schizomaniac. *Ann. méd.-psychol.* **1 I**, 331 (1924). (d) Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. *Encéphale* **19** (1924). (e) Un nouveau procédé d'investigation psychologique: l'éthérisation. *Encéphale* **19** (1924). — CLAUDE, HENRI, GEORGES BOURGUIGNON et HENRI BARUK: (a) La chronaxie dans la démence précoce. Individualisation des formes catatoniques par la chronaxie. *Bull. Acad. méd. Sci. Paris* **97** (1927); *Zbl. Neur.* **47**. (b) Signe de Babinski transitoire dans un cas de démence précoce. *Revue neur.* **34** (1927). — CLAUDE et BROUSSEAU: (a) Un Cas de Délire à l'Evolution vers le Type schizophrénique. *Ann. méd.-psychol.* **81 I** (1923). (b) Considerations sur la nature des „démences précoces“. *Bull. méd.* **38** (1924). — CLAUDE, HENRI, E. MINKOWSKI et TISON: Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques. *Encéphale* **20** (1925). — CLAUDE, HENRI et GILBERT ROBIN: (a) L'indifférence et le négativisme schizomaniac. *Ann. méd.-psychol.* **83** (1925). (b) Sur une nouvelle forme de puérilisme mental. Le puérilisme schizomaniac. *Encéphale* **20** (1925). (c) La discrimination entre la démence précoce et la schizophrénie. Un nouveau moyen d'investigation: L'éthérisation. *Encéphale* **20** (1925). — CLAUDE, HENRI, GILBERT ROBIN et PIERRE ROBINOVITCH: La schizomanie simple. *Ann. méd.-psychol.* **83 II** (1925). — CLAUDE, H., P. SCHIFF et A. DIMOLESCO: Les modifications leucocytaires dans la démence précoce après injections massives de nucléinate de soufre. *C. r. Soc. Biol. Paris* **101** (1929). — DE CLERAMBAULT: (a) Interpretations délirantes avec conscience de la maladie. Debuts ambitieux. Episode amnésique. Traumatisme cephalique dans l'enfance. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **6**, 100. (b) Phobie chez un persécuté. Sentiments obsédants et opération antérieurement. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **3**, 27 (1910). — CODER, H. et R. LAFORGUE: L'arriération affective dans les états de dissociation psychique: La Schizonoïa. *Bull. méd.* **39** (1925). — COERPER: Die Habitusformen des Schulalters. *Z. Kinderheilk.* **33** (1922). — COLES, W. C.: Recoveries in dementia praecox.

Westborough State Hosp. Papers 1 (1912). — COLIN, HENRI: (a) Démence précoce. Arch. de Neur. 2, 122. (b) L'évolution de la hétérophrénie. Bull. Soc. de Méd. ment. 5 (1912). — COMBERG, H.: Katatonie und Gravidität. Diss. Kiel 1919. — COOKE: Appearance of funfuss oculi in general paresis, manic-depressive insanity and dementia praecox. Ophthalm. 13 (1). — CORIAT, L.: Recent trends in the psychopathology of dementia praecox. Amer. J. Insan. 70 (1914). — CORNWELL, W.: (a) A study of the auto- and somatopsychic Reaction in four cases of dementia praecox. Amer. J. Insan. 66, 529. (b) Cyanosis in dementia praecox. J. amer. med. Assoc. 59, Nr 25, 2206. — COSSA: Reflexions sur la formation psychologiques ou psychogénèse des délire. Ann. méd.-psychol. 1924 II. — COSTANTINI: Nuovo contributo allo studioclinico della „dementia precocissima“. Riv. sper. Freniatr. 37, H. 1/2, 305. — COTTON, H.: Fatty degeneration of the cerebral cortex in the psychoses, with special reference to dementia praecox. J. of biol. Chem. 22 (4), 492. — COURBON, PAUL: (a) Démence précoce et psychose maniaque-dépressive, contribution à l'étude des psychoses associées. Encéphale 1913 I, No 8. (b) Le stouporeux de l'œuvre Saint-Marc de Strasbourg. Revue neur. 1 (1924). — COURBON, P. et É. BAUER: (a) Des signes physiques neurologiques dans les psychoses. Ann. méd.-psychol. 1924 I. (b) Syndrome non démentiel de catatonie. Soc. méd.-psychol., Sitzg 28. Jan. 1924. Ann. méd.-psychol. 1924 I. — COURBON, PAUL et JEAN MAGNAND: Schizomanie ou psychose maniaque-dépressive? Encéphale 22 (1927). — COURTOIS, A.: Sur certaines modifications du liquide céphalorachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, la dépression mélancolique. Ann. méd.-psychol. 87 II (1929). — CRAMER, A.: Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. Berl. klin. Wschr. 24 (1902). — CRINIS, MAX DE: Über die Beeinflussung des histologischen Bildes des Zentralnervensystems durch humorale Veränderungen. Mschr. Psychiatr. 58 (1925). — CROUZON, JUSTIN-BESANÇON et PAUL DUCAS: Syndrome catatonique et paralysie générale. Revue neur. 35 II (1928). — CUYLITS, CH.: Les aliénés voleurs. Bull. Soc. Méd. Belg. 180 (1913). — CYASLIN, CHATELIN et MEYERSON: Note sur quelques cas anormaux de mélancolie. Ann. méd.-psychol. 79, No 5, 425—436 (1921).

DALMA, GIOVANNI: La meningite asettica nel trattamento della demenza precoce. Giorn. Psychiatr. clin. 54 (1926). — DAMAYE, H.: (a) Confusion mentale avec délire de persécutions (Autopsie). Arch. internat. Neur. 32, 15. (b) Etats mélancoliques avec idées de persécution. Origine tuberculeuse. Autopsie. Rev. de Psychiatr. 14 (1910). (c) Le syndrome de démence précoce et les psychoses toxi-infectieuses. Arch. de Neur. 34 (1912). (d) Considérations sur la schizophrénie et ses associations. Ann. méd.-psychol. 85 II (1927). (e) Un cas d'hystéro-catatonie; l'hystéro-schizophrénie. Ann. méd.-psychol. 87 I (1929). — DARASZKIEWICZ, L.: Kontraktur der unteren Gliedmaßen bei Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. 84 (1926). — DAULBERG, VELLA: Typen schizoïder Reaktion. Allg. Z. Psychiatr. 92 (1930). — DAVIDENKOF: (a) Syndrome catatonique nettement amélioré à la suite d'une strumectomie. Encéphale 6 (1911). (b) Über den Einfluß der partiellen Strumektomie auf psychomotorische katatonische Erscheinungen. Psychiatr. Gegenw. (russ.) 5, 51; Z. Neur. Ref. 3 (1911). — DA VILLA, F. C.: Sulla demenza precoce. Riv. sper. Freniatr. 52 (1929). — DAWSON, W.: A study of the endocrine autonomic disorders of dementia praecox. J. ment. Sci. 69 (1923). — DELACROIX, HENRI: Le langage et la pensée. Paris: Alcan 1924. — DELGADO, H.: Die Verleugnung der Vaterschaft als psychotisches Symptom. Rev. Psiquiatr. y Discipl. conexas 4 (1922). — DELGADO, HONORIO F. u. JOSÉ R. MONTOYA: Beziehungen zwischen den Körperbau- und den Psychosenformen. (Manisch-depressives Irresein und Schizophrenie.) Rev. Psiquiatr. y Discipl. conexas 5 (1924). — DELMAS, F.-ACHILLE: Le signe du miroir dans la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 87 I (1929). — DELMAS et BOUDON: A propos des déments neuro-épithéliales à prédominances régionales. Syndrome paralytique au cours d'une démence hétérophrénico-catatonique. Paris. psychiatr. Ges., Febr. 1913. Encéphale 8. — DELMAS-MARSALAT, PAUL: (a) Les causes de la catatonie dans la démence précoce. J. de Neur. 27 (1927). (b) Les réflexes de posture élémentaires. Paris: Masson & Co. 1927. — DEMOLE, V.: Essai de traitement de la démence précoce par le somnifène. 59. Verslg schweiz. Vers. psychiatr. Zürich, 27. u. 28. Nov. 1920. Schweiz. Arch. Neur. 8 (1921). — DENY et KLIPPEL: Encéphalite épidémique et apparence de démence précoce. Revue neur. 38 (1922). — DERCUM: Essential feature of symptomatology and prognosis in dementia praecox. N. Y. med. J. 1913, 425. — DERCUM, F. X. and A. G. ELLIS: An examination of the ductless glands in eight cases of dementia praecox. J. nerv. Dis. 40 II (1913). — DÉRÉCIVI: Contributions à l'étude de la constitution somatique des aliénés. Bull. Soc. roum. Neur. etc. 4. — DÉSCI: Über die Zwangsbewegungen bei Geisteskranken. Orv. Hetil. 1904, Nr 7 (ung.); Ref. Jahresber. Neur. 8 (1904). — DETENHOFF, TH.: Über die schizoide Konstitution. Mschr. Psychiatr. 55 (1924). — DEVINE, H.: (a) The clinical significance of catatonic symptoms. J. ment. Sci. 6 (1914). (b) An expiation process in a case of schizophrénia. J. of Neur. 2 (1921). (c) A study of hallucinations in a case of schizophrénia. J. ment. Sci. 67 (1921). — DEY et LONG-LANDRY: Psychose hallucinatoire, paranoïa ou obsession. Encéphale 8, 77; Paris psychiatr. Ges. 11. Dez. 1912. — DIDE u. CARRAS:

- Dyspsychie complexe chronique. Manie avec délire d'interprétations euphoriques. Arch. de Neur. **34**, 162. — DIDE, MAURICE et G. FAGES: Hypoglycémie cyclique dans les psychoses constitutionnelles et spécialement dans la démence précoce. Revue neur. **29 II** (1923). — DIDE et GIRAUD: Psychiatrie du médecin praticien. Paris: Masson & Co. 1922. — DIDE, GUIRAUD, LAFAGE: Syndrome parkinsonien dans la démence précoce. Soc. Neur. Paris, 3.—4. Juni 1921. Revue neur. **37** (1921). — DIELMANN: Über die akute Alkoholhalluzinose. Allg. Z. Psychiatr. **86** (1927). — DIEHM: Die psychoneurotische Belastung der Geistesgesunden und Geisteskranken. Arch. Rassenbiol. **2** (1905). — DITTEN: Dementia praecox und Dienstbeschädigung. Z. ärztl.-soz. Versorgungswes. **3** (1923). — DIVRY, PAUL: La catatonie. Revue neur. **35 II** (1928). (b) Zur Frage der Bulbocapnikatalepsie. Zbl. Neur. **54** (1930). — DIVRY, P. et M. MOREAU: A propos de la catatonie tardive. J. de Neur. **29** (1929). — DOBROCHOTOW: Katatonie und Tuberkulose. Psychiatr. Gegenw. (russ.) **7** (1913). — DOBROTORSKI, N.: Die biologischen Methoden in der Psychiatrie (russ.). Psychiatr., Neur. u. exper. Psychol. **1** (1922). — DODEL, WILHELM: Über Calciumbehandlung schizophrener Erkrankungen. Münch. med. Wschr. **72** (1925). — DOMARUS, E. v.: (a) Über prälogisches Denken in der Schizophrenie. Z. Neur. **87** (1923). (b) Beispiele paralogischen Denkens in der Schizophrenie. Z. Neur. **90** (1924). (c) Über die Beziehung des normalen zum schizophrenen Denken. Arch. f. Psychiatr. **74** (1925). (d) Zur Theorie des schizophrenen Denkens. Z. Neur. **108** (1927). (e) Über die Halluzinationen der Schizophrenen. Z. Neur. **112** (1928). (f) Das Denken und seine krankhaften Störungen. Leipzig: Curt Kabitzsch 1929. — DONATH, JULIUS: Natrium nucleicum in der Behandlung der Dementia praecox. Z. Neur. Orig. **19**, 223 (1913). — DONNER, SVEN: Schizophrenie und Konstitution. Duodecim (Helsingfors) **44** und deutsche Zusammenfassung, 1928. — MAC DOUGALL, WILLIAM: Psychopathologie funktioneller Störungen. Leipzig: Joh. Ambros. Barth 1931. — DOUGLAS-SINGER: Dementia praecox. J. nerv. Dis. **39** (1912). — DRECKER, GRETE: Zur Fiebertherapie der Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **89** (1929). — DRYSDALE, H.: Juvenile psychosis. J. amer. med. Assoc. **63** (1914). — DUBOIS, R.: De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce (Soc. med. Psychol., 27. Okt. 1913.) Ann. méd.-psychol. **71 II** (1913). — DUCOSTE, M.: (a) Délire à base d'interprétations délirantes chez un dément paranoïde. Rev. de Psychiatr. **14** (1910). (b) Deux aliénés inventeurs. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **4**, 372. — DUFOUR, H.: Nouvelle présentation d'un malade, amené, il y a un an, avec le diagnostic de démence précoce de type cérébelleux. Procédé pour décélérer le clonus du pied. Soc. Psychiatr. Paris, 20. Jan. 1910. Encéphale **5** (1910). — DUNLAP, CHARLES B.: (a) Dementia praecox. Some preliminary observations on brains from carefully selected cases, and a consideration of certain sources of error. Amer. J. Psychiatr. **3** (1924). (b) The pathology of the brain in schizophrenia. „Schizophrenia“, New York: Paul B. Höber 1928. Veröff. Assoc. Res. nerv. Dis. **5**. — DUNTON, W. R.: (a) The cyclic forms of dementia praecox. Amer. J. Insan. **66** (1910). (b) The intermittent forms of dementia praecox. Amer. J. Insan. **67** (1911). (c) Predementia praecox. J. amer. med. Assoc. **59**, Nr 25, 2206. — DUPAIN: Une mystique thérapeute. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **4**, 100. — DUPAIN et PRUVOST: Des moyens de défense chez les persécutés. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **6**, 94. — DUPOUY et MONTASSUT: Un cas de „syndrome des sosies“ chez une délirante hallucinée. Soc. méd.-psychol., Sitzg 27. Okt. 1924. Ann. méd.-psychol. **1924 II**. — DUPRE-GELMA: Symptôme de Ganser chez un hétérophrénique. Paris psychiatr. Ges. Encéphale **5** (1910).
- EASTMAN, J. and N.: Thyroid surgery and the dementia praecox syndrome. Ann. Surg. **76**, Nr 4, 438—443. — EBBELL: Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. **21** (1919/20). — v. ECONOMO: Die hereditären Verhältnisse bei der Paranoia querulans. Jb. Psychiatr. **36** (1914). — EHRENWALD, HANS: Periodisch rezidivierende Katatonie bei einem Knaben, ein Beitrag zur Pathologie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. **78** (1926). — EISATH: (a) Paranoia, Querulantenwahn und Paraphrenie. Z. Neur. **29** (1915). (b) Paranoïder Symptomenkomplex und manisch-depressives Irresein. Z. Neur. **41** (1918). — ELFES, K.: Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs der Gravidität. Diss. Kiel. — ELMIGER: (a) Zwillingssirresein. Psychiatr. neur. Wschr. **1910/11**, Nr 8/9. (b) Ein Versuch zur Anwendung der MENDELSCHEM Regel auf die schizophrene Gruppe der Geistesstörungen. Psych.-neur. Wschr. **16** (1914/15). (c) Über schizophrene Heredität. Psychiatr.-neur. Wschr. **19** (1917/18). — EMERSON, H.: Note on the incidence of status-lymphaticus in dementia praecox. Arch. int. Med. **14**, Nr 6, 881. — ENDEMANN, FRIEDRICH: Geisteskrankheiten nach dem bürgerlichen Recht. STIER-SOMLO und ELSTER, Handwörterbuch der Rechtswissenschaft, S. 646. Berlin u. Leipzig: de Gruyter & Co. — ENDTZ, A.: (a) Zwei Fälle von Epilepsie mit schizophrenen Erscheinungen. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **67 I** (1923). (b) Über Träume von Schizophrenen. Internat. Z. Psychoanal. **10** (1924). — ENEBUSKE: Von der vasomotorischen Unruhe bei Geisteskranken. Z. Neur. **34** (1916). — ENG, HELGA: Kinderzeichen. Leipzig: Joh. Ambros. Barth 1927. — ENGE: Spontane Herzruptur bei einem Katatoniker. Beitrag zur Kenntnis der Entstehung spontaner Herzrupturen. Z. Neur. Orig. **15** (1913). — ENGELMANN, FRITZ: Über die kausale

Bedeutung exogener Momente in der Ätiologie schizophrener Erkrankungen. Arch. f. Psychiatr. 84 (1928). — ENKE, WILLI: (a) Die Konstitutionstypen im RORSCHACHSchen Experiment. Z. Neur. 108 (1927). (b) Experimental-psychologische Studien zur Konstitutionsforschung. Z. Neur. 118 (1929). — ENKE u. HEISING: Experimenteller Beitrag zur Psychologie der „Aufmerksamkeitsspaltung“ bei den Konstitutionstypen. Z. Neur. 118 (1929). — ENTRES: Zur Klinik und Vererbung der HUNTINGTONSchen Chorea, 1921. — EPPELBAUM, VERA: (a) Zur Psychologie der Dementia praecox. Neur. Zbl. 33 (1914). (b) Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. 68 (1911). — EPPELBAUM-STRASSER: Zur Psychologie des Jugendirreseins. Psychotherapie (russ.) 5, 1 (1914). — ERMAKOVA, H.: Schizophrenie — chronische epidemische Encephalitis — Akromegalie (russ.). Zbl. Neur. 53 (1929). — ERMAKOW: Le démente précoce pendant la guerre. Arch. de Neur. 33 II (1911). — ERNST, J.: (a) Prophylaxis in dementia praecox and other psychoses. Med. Rec. 88, 11, 430. (b) Dementia praecox complexes. Med. J. a. Rec. 128 (1928). — ESPOSITO, G.: Paranoia e psicosi maniaco-depressiva. Riv. ital. neuropat. ecc. 4 (1911). — ESSER, A.: (a) Artifizielles Hautemphysem bei Katatonie. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 10 (1927). (b) Über rein asthenische Endzustände bei Schizophrenie. Ärztl. Sachverst.ztg 34 (1928). — ETCHEPARE, B.: Über Pseudoödem bei der Dementia praecox (span.). Zbl. Neur. 43 (1926). — EWALD, G.: (a) Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomatischen Psychosen. Mschr. Psychiatr. 44 (1918). (b) Paranoia und manisch-depressives Irresein. Z. Neur. 49 (1919). (c) Untersuchungen über die fermentativen Vorgänge im Verlaufe der endogenen Verblüdungsprozesse usw. Arch. f. Psychiatr. 60 (1919). (d) Die ABDERHALDENSche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse in der Psychiatrie. Mschr. Psychiatr. 10, Beih. (1920). (e) Schizophrenie, Schizoid, Schizothymie. Z. Neur. 77 (1922). (f) Schizoid und Schizophrenie im Lichte lokalisatorischer Betrachtung. Mschr. Psychiatr. 55 (1924). (g) Das manische Element in der Paranoia. Arch. f. Psychiatr. 75 (1925). (h) Über die Motilitätspsychose. Arch. f. Psychiatr. 76 (1925). (i) Krankheitseinheit und Reaktionsform. Z. Neur. 99 (1925). (k) Das Verhältnis der „Degenerationspsychosen“ zu den großen Formenkreisen des Irreseins. Klin. Wschr. 6 (1927). (l) Mischpsychose, Degenerationspsychose, Aufbau. Mschr. Psychiatr. 68 (1928). (m) Psychosen bei akuten Infektionen, bei Allgemeinleiden und bei Erkrankung innerer Organe. Mit Anhang: Die Generationspsychosen des Weibes. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 7, Spez. Teil III 1928. (n) Die endogenen Psychosen. Fortschr. Neur. 1 (1929). (o) Dementia praecox und Schizophrenie. Z. Neur. 123 (1930). (p) Schizophrenie. Fortschr. Neur. 3 (1931). — EYRICH, MAX: (a) Zur Klinik und Psychopathologie der pyknischen Schizophrenen. Z. Neur. 97 (1925) (große Literaturangabe). (b) Zur Klinik und Psychopathologie der pyknischen Schizophrenen. Z. Neur. 97 (1925). (c) Bemerkungen zur Schizophrenielehre und zur verstehenden Psychologie bei Psychosen. Z. Neur. 127 (1930).

FANKHAUSER, E.: (a) Histologische Befunde bei Dementia praecox. Z. Neur. 8, 413 (1912). (b) Über die somatische Grundlage der Dementia praecox. Korresp.bl. Schweiz. Ärzte 44 (1914). (c) Über die Differentialdiagnose der Schizophrenie. Schweiz. med. Wschr. 52 (1922). — FARRAN-RIDGE, C.: Some symptoms referable to the basal ganglia occurring in dementia praecox and epidemic encephalitis. J. ment. Sci. 72 (1926); Zbl. Neur. 46. — FARRAR: Some factors in schizophrenic dementia. Psychiatr. Bull. 9, 223 (1916); Z. Neur. Ref. 13 (1917). — FASSOU, A.: Contribution à l'étude des états mélancoliques au début de la démence précoce. Thèse de Paris 1910. — FAUSER, A.: (a) Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der ABDERHALDENSchen Anschauungen und Methodik. Dtsch. med. Wschr. 38 (1912). (b) Weitere Untersuchungsergebnisse auf Grund des ABDERHALDENSchen Dialysierverfahrens. Dtsch. med. Wschr. 39 (1913). — FAUSER, A. and HEDDAEUS: Histologische Untersuchungen der innersekretorischen Drüsen bei psychischen Erkrankungen. Z. Neur. 74 (1922). — FEINSTEIN, WOLF: Die Erweiterungsreflexe der Pupillen und ihr Fehlen bei der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 85 (1928). — FELDMANN, S.: Über Erkrankungsanlässe bei Psychosen. Internat. Z. Psychoanal. 7 (1921). — FELL, EGBERT: The prognosis of dementia praec. A consideration of some of the factors involved. Chicago med. Rec. 43, Nr 2, 44—48. — FELSANI, G.: Sulla „dementia praecocissima“. Studio critico. Neurologica (Napoli) 43 (1926). — FERRARINI: Diagnosi differenziale fra demenza precoce e frenosi maniaco-depressiva. Rass. Studi psichiatr. 10, H. 1/2, 13—20. — FEUCHTWANGER, E.: Halluzinationen beim taubstummen Schizophrenen (mit Demonstration). Wiss. Sitzg dtsch. Forschsanst. Psychiatr. München, Sitzg 10. Febr. 1927. — FINCKH, OTTO: Psychogene Initialsymptome bei Schizophrenien. Arch. f. Psychiatr. 81 (1927). — FINKELSTEIN, DAVID: La constitution schizoide. Préface de HENRI CLAUDE. Paris: Jouve & Co. 1925 (1926). — FIRTH: The pupil and its reflexes in insanity. J. ment. Sci. 70 (1914). — FISCHER: Bemerkungen zur Schizophreniefrage. (Gründungsverstlg Ver.igg südosdtsh. Neur. u. Psychiatr. Breslau, Sitzg 27.—28. März 1926.) Arch. f. Psychiatr. 77 (1926). — FISCHER, E.: (a) Die Reboter Bastarde und das Bastardierungsproblem beim Menschen. Jena 1914. (b) Die Rassenmerkmale des Menschen als

Domestikationserscheinung. Z. Morph. u. Anthropol. **1914**. (c) Betrachtungen über die Schädelform des Menschen. Z. Morph. u. Anthropol. **24** (1924). (d) Rasse und Rasseentstehung beim Menschen. Ullstein 1927. — FISCHER, FRANZ: (a) Zeitstruktur und Schizophrenie. Z. Neur. **121** (1929). (b) Raum-, Zeitstruktur und Denkstörungen in der Schizophrenie. Z. Neur. **124** (1930). (c) Die Zeitstörung als schizophrenes Symptom. Schweiz. Arch. Psychiatr. **26** (1930). — FISCHER, HEINRICH: Die Rolle der inneren Sekretion und der Pathogenese der exogenen Psychosen. Mschr. Psychiatr. **55** (1924). — FISCHER, JOSEF: Über die Dementia praecox und ihre Beziehung zum Fehlen der Keimdrüsen. Diss. Bonn 1921. — FISCHER, M.: (a) Der Unsinn des Prinzen Pallagonia. Allg. Z. Psychiatr. **78** (1922). (b) Eugenik und offene Fürsorge für Geisteskranke. Z. psych. Hyg. **1** (1928). (c) Exogene Faktoren bei schizophrenen Psychosen. Arch. f. Psychiatr. **83** (1928). — FISCHER, SIEGFRIED: (a) Gasstoffwechselveränderungen bei Schizophrenen. I. Mitt. Differentialdiagnostische Bedeutung. Klin. Wschr. **6** (1927). (b) Gasstoffwechselveränderungen bei Schizophrenen. II. Mitt. Die Veränderungen des Gasstoffwechsels im Verlaufe der Krankheit und ihre Bedeutung für die ätiologische Forschung. Arch. f. Psychiatr. **83** (1928). — FITTIPALDI, ANTONIO: Contributo alla conoscenza delle sindromi psicopatiche da scompensio. Arch. gen. di Neur. **9** (1928). — FLECK, ULRICH: (a) Über Cocainwirkung bei Stuporösen. Z. Neur. **92** (1924). (b) Über Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenie. Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Wien, Sitzg 13.—14. Sept. 1927; Arch. f. Psychiatr. **85** (1928). — FLEISCHHACKER: Über Sprachuntersuchungen an Schizophrenen. Verigg Frankf. Neur. u. Psychiatr., Sitzg 12. Juni 1929. Ref. Zbl. Neur. **55** (1930). — FLEISCHHACKER u. SCHEIDERER: Über die Permeabilitätsquotienten für Calcium, Chlor und Brom usw. Mschr. Psychiatr. **75** (1930). — FLOURNOY, TH.: Des Indes à la planète Mars. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie. 2. édit. Paris: Alcan 1900. — FLOURNOY, HENRI: Le point de vue d'ADOLF MEYER sur la démence précoce. Encéphale **21** (1926). — FORSTER: Über JOSEPHSONS Bilder während der Krankheit. Z. bildende Kunst **1910**. — FORSTER u. SCHLESINGER: Über die physiologische Pupillenruhe und die Psychoreflexe der Pupille. Mschr. f. Psychiatr. **37** (1915). — DE FORTUNY et HANNARD: Un cas de psychose chronique à base d'interprétations avec délire d'imatination et réactions révéndicatrices. Rev. de Psychiatr. **15**, 90. — FOZ, ANTONIO: Die Erregbarkeit bei der Dementia praecox. Bol. Inst. psiquiátr. Fac. Ci. méd. Rosario **1** (1929). — FRACASSI, T.: Ein Fall von Kataplegie. Rev. méd. Rosario **18** (1928). — FRAENKEL: Der Genitalbefund bei Dementia praecox nebst psychologischen Betrachtungen über den Infantilismus genitalium. Mschr. Geburtsh. **50** (1919). — FRÄNKEL, FR.: Über die psychiatrische Bedeutung der Erkrankungen der subcorticalen Ganglien und ihre Beziehungen zur Katatonie (Stuttgart). Z. Neur. **70** (1921). — FRÄNKEL, FRITZ u. ERNST JOEL: Beiträge zu einer experimentellen Psychopathologie. Der Haschichrausch. Z. Neur. **111** (1927). — FRANKHAUSER, K.: (a) Über die Unterarten der Dementia praecox an der Hand der URSTEINISCHEN Fälle. Z. Neur. Orig. **6**, 263 (1911). (b) Zur Schizophreniefrage. Ein offenes Wort. Psychiatr.-neur. Wschr. **1928** II. (c) Schizophrenie und Paranoia. Psychiatr.-neur. Wschr. **1929** I. — FREDGOLD, A. F.: Mental deficiency (Amentia). J. ment. Sci. **69** (1923). — FREEMAN, WALTER: Lipoid degeneration products in the thalamus and globus pallidus in schizophrenia with a note on calcification. „Schizophrenia“, New York: Paul B. Höber 1928. Veröff. Assoc. Res. nerv. Dis. **5**. — FREUD: (a) Psychoanalytische Bemerkungen über einen Fall von Paranoia. Jb. Psychiatr. **3** (1911). (b) Mitteilung eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia. Gesammelte Werke, Bd. 5. 1924. (c) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Gesammelte Werke, Bd. 8. 1924. — FRIEDLAENDER: Die Beurteilung schizophrener Erkrankungen auf Grund der Kriegserfahrungen. Z. Neur. **48** (1919). — FROMMER, K.: (a) Ein durch seinen Verlauf und seine Spätgenesung beachtenswerter Fall von Katatonie. Z. Neur. Orig. **25** (1914). (b) Dementia praecox und paralysis agitans. Allg. Z. Psychiatr. **71** (1914). — FROSTIG, JAKOB: (a) Das schizophrene Denken. Phänomenologische Studien zum Problem der widersinnigen Sätze. Leipzig 1929. (b) Beitrag zur Phänomenologie der autistischen Gestalts- und Wortneubildung. Z. Neur. **125** (1930). — FUCHS, AD.: Die diagnostische Bedeutung von Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. **19** (1917/18). — FUCHS, W.: (a) Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psych.-neur. Wschr. **12** (1910/11). (b) Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Psych.-neur. Wschr. **13** (1911/12). (c) Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Psych.-neur. Wschr. **14** (1912/13). — FÜNFELD, F.: (a) Anatomisches zur Auffassung der Schizophrenie als psychischer Systemerkrankung. 49. Verslg südwestdtsh. Neur. u. Irrenärzte Baden-Baden, Mai 1924. (b) Über histologische Untersuchungen des Thalamus bei Katatonie. Klin. Wschr. **3** (1924). (c) Über anatomische Untersuchungen bei Dementia praecox mit besonderer Berücksichtigung des Thalamus opticus. Z. Neur. **95** (1925). (d) Über Hirnbefunde bei Schizophrenie und bei „atypischen“ Psychosen. 51. Verslg südwestdtsh. Neur. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Sitzg 29. u. 30. Mai 1926. (e) Über die pathologische Anatomie der Schizophrenie und ihre Bedeutung für die Abtrennung „atypischer“, periodisch



verlaufender Psychosen. Mschr. Psychiatr. **63** (1927). — FURBUSH, EDITH M.: The social significance of dementia praecox. J. ment. Sci. **69**, 243 (1923). — FURSAC, ROGUES DE: Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Paris 1905.

GALANT: Konstitutionstypenlehre der Frau. Anat. Anz. **63**. — GALANT, J.: Die pyrogene Therapie bei Dementia praecox. Russk. Klin. **11** u. deutsche Zusammenfassung 1929. — GALANT, JOHANN SUSMANN: Über Personenverwechslung bei Geisteskranken. Allg. Z. Psychiatr. **82** (1925). — GALLAIS, A.: Délire interpretato-hallucinatoire systématique, chronique sans affaiblissement démentiel. Ann. méd.-psychol. **70** (1912). — GAMPER, F.: Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Rückbildungsalter. Jb. Psychiatr. **40** (1920). — GANGLOFF, WILHELM: Idiopathische Osteopsathyrose und Geisteskrankheit. Z. Neur. **104** (1926). — GANS, A.: Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie. Beobachtungen an geisteskranken Javanern. Münch. med. Wschr. **69** (1922). — GANTER, RUDOLF: Ein mit Schizophrenie kombinierter Fall von Epilepsie. Arch. Psychiatr. **74** (1925). — GARVIN: Partial analysis of a case of hysteria or dementia praecox. N. Y. neur. Soc. 1. Okt. 1912; J. nerv. Dis. **39** (1913). — GASSET and KOLLOY: The relation of physical constitution to general intelligence, social intelligence and emotional instability. J. of exper. Psychol. **11**. — GAUPP, LUDWIG: Zur Beurteilung der Beziehungen zwischen Schizophrenie und den psychischen Störungen nach Encephalitis epidemica. Allg. Z. Psychiatr. **91** (1929). — GAUPP, R.: (a) Kritik zur Lehre KLEISTS. Allg. Z. Psychiatr. **66**, (1909). (b) Die Klassifikation in der Psychopathologie. Z. Neur. **28** (1915). (c) Dienstverweigerung aus religiösen und politischen Gründen. Württemberg. med. Korresp.bl. **88** (1918). (d) Kritische Anmerkungen zum Aufsatz von HOPPE über „Dementia praecox und Dienstbeschädigung“. Z. Neur. **41** (1918). (e) Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den „Wahn“. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Z. Neur. **69** (1921). (f) Paranoia. Klin. Wschr. **1924**, 2. — GAUPP, R. u. FRIEDR. MAUZ: Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Z. Neur. **101** (1926). — GAUTHIER, M. M. I.: La démence précoce dans l'armée. Arch. Méd. mil. **91** (1929). — GAYER, ISABELLA: Über einen Fall von Schizophrenie. Internat. Z. Individualpsychol. **5** (1927). — GEHRIG, H.: Beitrag zur Dienstbeschädigungsfrage bei Dementia praecox. Diss. Berlin. Hamburg: W. Gante 1921. — GEHUCHTEN, PAUL VAN: Encéphalite épidémique et démence précoce. Le Scalpel **75** (1922). — GEISSLER: Eine Eiweißreaktion im Blute Geisteskranker. Münch. med. Wschr. **57** (1910). — GELLER, FR.: Über Eierstocksfunction bei Dementia praecox auf Grund anatomischer Untersuchungen. Arch. Gynäk. **120** (1923); Z. Neur. **36** (1924). — GELMA, E.: (a) L'état actuel de la question de la démence précoce. Rev. méd. Est. **50** (1922). (b) Les psychoses, à l'éclosion subite, de la prison préventive, au cours de l'information judiciaire. Ann. méd.-psychol. **1924 I**. — GENIL-PERRIN et BOUTET: Corps étrangers de l'intestin chez un dément précoce catatonique, suivi d'évacuation par un abcès péritonéo-pariétal. Paris. psychiatr. Ges., 20. Nov. 1913; Encéphale **8 II** (1913). — GEORGI: Körperbau und seelische Anlage. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 3, Teil 3. Berlin: Julius Springer 1928. — GEORGI, F.: Zur Biologie des Blutplasmas Geisteskranker. Arch. f. Psychiatr. **71** (1924). — GEORGI, MYSLIWIEC u. WELKE: Schlesischer Beitrag zum Körperbau-Psychoseproblem. Gründungsversgl. Ver. gg. südoestdtsch. Neur. u. Psychiater Breslau, Sitzg. 27.—28. März 1926. Arch. f. Psychiatr. **77** (1926). — GERSON, W.: (a) Zur Frage der Reaktionstypen. Arch. f. Psychiatr. **73** (1925). (b) Zur Frage der schizophrenen Sprachneubildung und des schizophrenen Denkens. Z. Neur. **113** (1928). — GIACANELLI, VITTOR UGO: Sopra un caso di demenza precocissima. Ann. Osp. psychiatr. prov., Perugia **18** (1924). — DE GIACOMO, U.: Die Glykämie bei der Dementia praecox (ital.). Zbl. Neur. **42** (1926). — GIBBS, CHARLES E.: (a) Relation of puberty to behavior and personality in patients with dementia praecox. Amer. J. Psychiatry **3** (1923). (b) Sex development and behavior in female patients with dementia praecox. Arch. of Neur. **9**, Nr 1, 73—87 (1923); Amer. J. Psychiatry **3** (1924). — GIBBS, CH.: Nebennierenrinde und Blutcholesterine bei Dementia praecox (amer.). Zbl. Neur. **43** (1926). GIBBS, CH. and LEMCKE D.: Study in basal metabolisme in dementia praecox and manic-depressive psychoses. Arch. int. Med. **31** (1923). — GIESE: Über klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie. Z. Neur. **26** (1914). — GILJAROWSKY, W. u. P. SINOWJEW: Fall von präseniler Erkrankung mit katatonischen Erscheinungen. Psychiatr. Gegenw. (russ.) **7** (1913). — GIRAND, P. et H. DAUSSY: Syndrome catatonique et lésion des noyaux gris centraux. Ann. méd.-psychol. **1924 I**. — GLASER, G.: Versuche mit der Definitionsmethode an chronisch Paranoiden. Mschr. Psychiatr. **51** (1922) (großes Literaturverzeichnis). — GLAUS: Über das Vorkommen von Paralyse bei Schizophrenie. Z. Neur. **132** (1931). — GLAUS, A. u. J. ZUTT: Beitrag zur Frage der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei den Schizophrenien. Z. Neur. **82** (1922). — GLOEL: Die Prognose der Dementia praecox. Jkurse ärztl. Fortbildg **13** (1922). — GÖRING: Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer und soziologischer Beziehung. Berlin: Julius Springer 1915. — GOETTE, K.: Über die Darstellung des Encephalogramms und seine Grenzen des Normalen und Pathologischen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110** (1929). — GOLANT-RATNER, RAISSA: Die Goldsolreaktion bei

Dementia praecox. Vorl. Mitt. Münch. med. Wschr. 71 (1924). — GOLDSCHMIDT: Einführung in die Vererbungswissenschaft. Leipzig 1923. — GOLDSTEIN, KURT: (a) Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Arch. Psychiatr. 46 (1910). (b) Über den Einfluß motorischer Störungen auf die Psyche. Allg. Z. Psychiatr. 82 (1925). — GOLDSTEIN, M.: Die Gelenkreflexe und ihre klinische Bedeutung. Z. Neur. 61 (1920). — GOLDSTEIN u. REICHMANN, F.: Über die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Neur. Zbl. 33 (1914). — GOLLA: (a) Paranoide Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein. Ostdtsh. Psychiaterverslg Breslau, 7. Dez. 1912. (b) Reflexstörungen bei Katatonie. Breslau. psych.-neur. Ges. 26. Jan. 1914. — GOODALL, EDWIN: Considerations bearing upon the Psychoses. J. ment. Sci. 69 (1923). — GORDON, A.: (a) Differential diagnosis between manic depression and dementia praec. J. nerv. Dis. 39 (1913). (b) Hallucinosis as a clinical entity. J. nerv. Dis. 68 (1928). — GORDONOFF, T. u. F. WALTHER: Über das vegetative Nervensystem und seine Beeinflussung durch pharmakologische Gifte bei Katatonikern. I. Mitt. Klin. Wschr. 1929 I. GRABFIELD: Variations in sensory threshold for faradic stimulation in psychopathic subjects. III. Dementia praecox. Boston med. J. 173 (6). — GRAFE: Beiträge zur Kenntnis der Stoffwechselferlangsamung (Untersuchungen an stuporösen Zuständen). Dtsch. Arch. klin. Med. 102, 15. Ref. Z. Neur. 3, 742 (1911). — GRASSBERGER: Der Einfluß der Ermüdung auf die Produktion in Kunst und Wissenschaft. Leipzig u. Wien 1912. — GRASSL: Dementia praecox bei Zwillingen. Arch. Rassenbiol. 14 (1922). — GRAVESTEIN-BRIEDÉ u. STURMAN: Körperbau- und Charakteruntersuchungen bei melancholischen Frauen im klimakterischen und präsenilen Alter. Z. Neur. 116 (1928). — GREBELSKEJA: Psychologische Analyse eines Paranoiden. Jb. Psychoanalyse 4, 112/116. — DEL GRECO, FR.: (a) Il „Carattere“ nei dementi paranoidi. Il Manicomio 36 (1923). (b) Schizofrenie e costituzione somato-psichica. Note Psychiatr. 13 (1925). (c) Di alcuni schizofrenici pseudogeniali. Quad. Psychiatr. 14 (1927). — GREFF, ET. DE: Abstraction morbide et désagrégation de la personnalité. J. de Neur. 27 (1927). — GREFF, ET. DE et S. A. P. LOUVAIN: Un vagabond délirant méconnu pendant trente années. (Contribution à l'étude de la déliquance des schizophrènes.) Rev. Droit pénal et Criminol. et Arch. internat. Méd. lég. 7 (1927). — GREENE, R.: Dementia praecox and syphilis. Amer. J. Psychiatr. 1 (1922). — GREGOR: (a) Leitfaden der experimentellen Psychopathologie. Berlin 1910. (b) Bericht über neuere Erscheinungen auf dem Gebiete der experimentellen Psychologie und Psychopathologie. Z. Neur. 7 (1913). (c) Lehrbuch der psychiatrischen Diagnostik, 1914. (d) Intelligenzuntersuchungen mit der Definitionsmethode. Mschr. Psychiatr. 36 (1914). — GREGOR u. GORN: Zur psychopathologischen und klinischen Bedeutung des psychogalvanischen Reflexphänomens. Z. Neur. 16 (1913). — GREGOR u. LOEWE: Zur Kenntnis der physikalischen Bedingungen des psychogalvanischen Reflexphänomens. Z. Neur. 12 (1912). — GREGOR u. ZALOZIECKI: Diagnose psychischer Prozesse im Stupor. Klin. psych. u. nerv. Krankh. 3 (1908). — GREKER, R.: Die Reaktion auf Berührung bei Katatonikern nach der Methode der assoziativmotorischen Reflexe. Diss. St. Petersburg 1912. — GRIMALDI, LELIO: Sulla terapia della demenza precoce. (Auto-sangue, nucleinato di sodio, malaria.) Il Manicomio 42 (1929). — GRINEVIÉ, V.: Das vegetative Nervensystem bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein (russ.). Zbl. Neur. 51 (1929). — GROOS: Seelenleben des Kindes. Berlin 1904. — GROSS, OTTO: (a) Die cerebrale Sekundärfunktion. Leipzig: F. C. W. Vogel 1902. (b) Beitrag zur Pathologie des Negativismus. Psychiatr.-neur. Wschr. 5 (1903/04). — GRÜNTAL, ERNST: (a) Über die Entstehung des Haftens und anderer katatoniformer Erscheinungen in einem epileptischen Dämmerzustand. Mschr. Psychiatr. 55 (1924). (b) Über Ähnlichkeiten zwischen organischer und schizophrener Denkstörung. Z. Neur. 135 (1931). — GRÜNTAL, MAX: Über Schizophrenie im Kindesalter. Mschr. Psychiatr. 46 (1919). — GRÜNWALD: Encephalitis epidemica. Ref. Z. Neur. 25 (1921). — GRUHLE, H. W.: (a) Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie. Z. Neur. Ref. 2 (1910). (b) Die Bedeutung des Symptoms in der Psychiatrie. Z. Neur. 16 (1913). (c) BLEULERS Schizophrenie und KRAEPELINS Dementia praecox. Z. Neur. Orig. 17 (1913). (d) Selbstschilderung und Einfühlung. Z. Neur. 28 (1915). (e) Psychiatrie für Ärzte. Berlin 1918 (2. Aufl. 1922). (f) Die Psychologie der Dementia praecox. Z. Neur. 78 (1922). (g) Psychologie des Abnormen. Handbuch der vergleichenden Psychologie, Bd. 3, 1. München: Reichardt 1922. (h) Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophrener Erkrankter. Allg. Z. Psychiatr. 80 (1924). (i) Der Körperbau der Normalen. Arch. f. Psychiatr. 77 (1926). (k) Geisteskrankheiten und Strafrecht; in: STIER-SOMLO und ELSTER, Handwörterbuch der Rechtswissenschaft. Berlin u. Leipzig: Walter de Gruyter & Co. (l) Psychologie der Schizophrenie. Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Wien, Sitzg 13.—14. Sept. 1927. (m) Schizophrenie. Erg. Med. 10 (1927). (n) Psychologie der Schizophrenie. Monographien Neur. 55 (1929). (o) Die psychologische Analyse eines Krankheitsbildes. Z. Neur. 123 (1930); Schweiz. Arch. Psychiatr. 26 (1930). (p) Die Sprachstörungen der Schizophrenie. Ber. 12. psychol. Kongr. Jena 1932. — GRUHLE u. RANKE: Fall Bürklin. NISSLs Beitr. 1, 47 (1913). — GRUSZECKA, ANNA: Le transvitisme, la perte des limites de la personnalité et l'attitude mentale primitive dans la schizophrénie. Schweiz. Arch. Neur. 15 (1924). — GRYNFELTT: C. r. Soc. Biol. Paris 89

(1923). — GUBER-GRITZ, D. S.: Somatische Konstitution der Schizophreniker. Arch. f. Psychiatr. 77 (1926). — GUIERRE, F. M.: Contr. à l'étude du diagnostic de la démence précoce à son début. Diss. Bordeaux. — GUIJA-MORALES, E.: Veränderungen der psychischen Reaktion bei spontaner und bei therapeutischer Malariainfektion. Archivos Neurobiol. 9 (1929). — GUIRAUD, P.: (a) Les états de loquacité dans la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 10, S. T. 5, No 5, 544 (1914). (b) Conception neurologique du syndrome catatonique. Encéphale 19 (1924). (c) Catatonie et syndromes extrapyramidaux. Paris méd. 17 (1927). Zbl. Neur. 49. — GUIRAUD et DAUSSY: Syndrome catatonique et lésion des noyaux gris centraux. Ann. méd.-psychol. 1924 I. — GUIRAUD, P. et H. EY: Remarques critiques sur la schizophrénie de BLEULER. Ann. méd.-psychol. 84 (1926). — GUIRAUD, P. et R. SZUMLANSKI: Syndrôme thalamique transitoire chez un dément précoce. Ann. méd.-psychol. 85 I (1927). — GULLOTTA, S.: Untersuchungen über den Harn von Amnesia und Dementia praecox-Kranken. Arch. f. Psychiatr. 90 (1930). — GUNDERT: (a) Osteomalacie und Psychose. Allg. Z. Psychiatr. 81 (1925). (b) Erfahrungen mit Somnifen in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. 81 (1925). — GUREWITSCH: (a) Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. Zugleich Beitrag zur Lehre der kombinierten Psychosen. Z. Neur. 9, 359 (1912). (b) Bemerkungen zu URSTEINS Werk: Manisch-depressives Irresein und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Z. Neur. 13 (1912). (c) Motorik, Körperbau und Charakter. Arch. f. Psychiatr. 76 (1926). — GUREWITSCH, M. u. R. TRATSCHEW: (a) Beiträge zur Klinik der chronischen epidemischen Encephalitis. Extrapyramidale Anfälle. Extrapyramidaler Mutismus. Zentrale Parästhesien. Encephalitis lethargica bei einem Schizophrenen. Z. Neur. 99 (1925). — GUTSCH, W.: Beitrag zur Paranoiafrage. Z. Neur. 38 (1918).

HAACK, HANS: Insulin bei nahrungsverweigernden Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. 1929 I. — HABERKANT, JOH.: Osteomalacie und Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 45 (1909). — HADLICH, HEDWIG: Schizophrene Denkstörung. Psychol. Forsch. 15 (1931). — HAEFNER: Katatone Symptome bei progressiver Paralyse. Z. Neur. 68 (1921). — HAENEL, JOACHIM: Neurologische Erscheinungen bei Schizophrenen. Klin. Wschr. 1928 II. — HAGEMANN, ERICH: Körperbaumessungen bei Psychosen. Arch. f. Psychiatr. 74 (1925) (große Literaturangabe). — HALBERSTADT: (a) La démence précoce à évolution circulaire. Rev. de Psychiatr. 17, No 9, 353. (b) Phénomènes hystériques au début de la démence précoce. Revue neur. 20 II, 1910. (c) Hallucinations liliputiennes dans un cas de démence précoce au début. Arch. internat. Neur. 33 I. (d) Arithmomanie et hypermnésie élective dans un cas de démence vésanique. J. de Psychol. 9, 48. (e) Stéréotypie dans un cas de stupeur maniaque. Encéphale 5 (1910). (f) Hallucinations cryesthésiques dans un cas de démence précoce. Arch. de Neur. 34 (1912). (g) Un cas de démence précoce ayant présenté un état cataleptique de durée insolite. Ann. méd.-psychol. 70 (1913). (h) Notes sur les troubles de l'évaluation du temps chez les aliénés. J. de Psychol. 19 (1922). (i) La démence paranoïde. Etude nosologique. Ann. méd.-psychol. 82 (1924). (k) Contribution à l'étude médico-légale de la démence précoce à forme simple. Encéphale 19 (1924). (l) La forme hébéoïdophrénique de la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 83 (1925). (m) La schizophrénie tardive. Encéphale 20 (1925). (n) La démence précoce mélancolique. Revue neur. 32 (1925). (o) Rémissions, intermittences et évolution circulaire au cours de la démence précoce. Paris méd. 16 (1926). (p) Contribution à l'étude des hallucinoses chroniques. Ann. méd.-psychol. 84 (1926). (q) La démence précoce infantile. Revue neur. 33 II (1926). (r) Contribution à l'étude médico-légale de la démence précoce. Ann. Méd. lég. 7 (1927). (s) Obsessions et démence précoce. Encéphale 23 (1928). — HALBERSTADT et LEGRAND: Les „crises“ des déments précoces. Rev. de Psychiatr. 8, S. T. XVIII, No 4, 152. — HALL, GEORGE and CLARENCE A. NEYMANN: Studies of schizophrenic reactions. Trans. amer. neur. Assoc. 1922. J. nerv. Dis. 56 (1922). — HAMELINCK, M.: Untersuchungen über das sympathische und parasymphatische System bei einigen Fällen von Melancholie und Dementia praecox (franz.). Zbl. Neur. 53 (1928). — HANDELSMANN, JÓZEF: Versuche der Behandlung der Schizophrenie nach dem Verfahren von WALBUM. Warszaw. Czas. lek. 5 (1928). — HANSEN, MATTHIAS: Zur Lehre der Katatonie mit Stupor. Kiel 1910. — HANSEN, S.: Erblichkeitsverhältnisse bei Dementia praecox. Hosp.tid. (dän.) 65, Nr 2, 17—28. — HARPER-SMITH: Dementia praecox. Arch. of Neur. 5 (1911). — HARRINGTON, A.: Dementia praecox. Provid. med. J. 12, 52—66. — HARROWES, W. MCC.: Personality and psychosis: A study in schizophrenia. J. of Neur. 10 (1929). — HART, HENRY. H.: Psychosis in a child aged seven years. Arch. of Neur. 18 (1927). — HART and SPEARMAN: Mental tests of Dementia. J. abnorm. a. soc. Psychol., Okt./Nov. 1914. — HARTMANN, HEINZ: (a) Halluzinierte Flächenfarben und Bewegungen. Mschr. f. Psychiatr. 56 (1924). (b) Ein Beitrag zur Frage der katatonischen Pupillenstarre. Wien. klin. Wschr. 37 (1924). (c) Ein Beitrag zur Lehre von den reaktiven Psychosen. Mschr. Psychiatr. 57 (1924). — HARTMANN, HEINZ u. PAUL SCHILDER: Zur Klinik und Psychologie der Amnesia (mit besonderer Berücksichtigung der Grippepsychosen). Z. Neur. 92 (1924). — HASSMANN u. ZINGERLE: Untersuchungen bildlicher Darstellungen und sprachlicher Äußerungen bei Dementia praecox. J. Psychol.

u. Neur. 20 (1913). — HATTINGBERG, H. v.: Die systematischen Spaltungen der schizophrenen Psyche. Neur. Zbl. 33 (1914). — HAUCK: Gynäkologische Untersuchungen bei Schizophrenie. Mschr. Psychiatr. 47 (1920). — HAUNSTEIN, JAKOB: Studien mittels der WEICHARDTSCHEN Reaktion bei verschiedenen Geisteskrankheiten. Z. Neur. 25 (1914). — HAUPTMANN, ALFRED: (a) Untersuchungen über die Blutgerinnungszeit bei Psychosen. Vortr. 38. Wanderverslg südwestdtsh. Neur. u. Irrenärzte, Mai 1914. (b) Die Beschleunigung der Blutgerinnungszeit bei Katatonie. Z. Neur. 29 (1915). (c) Ein Weg, das Wesen der genuinen Epilepsie zu erforschen. Mschr. Psychiatr. 48 (1920). (d) Über die diagnostische Cutanreaktion bei Dementia praecox. Z. Neur. 23 (1921). (e) Diskussionsbemerkung zu KRETSCHMER: „Zur Psychopathologie der Keimdrüsenstörungen“. Z. Neur. 23 (1921). (f) Verminderte Durchlässigkeit der Blutliquorschranke bei Schizophrenie. Vorl. Mitt. Klin. Wschr. 4 (1925). (g) Die verminderte Durchlässigkeit der Blutliquorschranke bei Schizophrenie. Mschr. Psychiatr. 68 (1928). — HAUPTMANN-BUMKE: Biologische Blutuntersuchungen (mittels der ABDERHALDENSCHEN Dialysiermethode) bei Dementia praecox. Verslg südwestdtsh. Neur. u. Irrenärzte, Mai 1913. — HAURY: (a) Un cas de paresse pathologique. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 6, 313. (b) Un dément précoce engagé volontaire. Revue neur. 26 II 1913. — HAUSHALTER: Contribution à l'étude de la démence précoce dans l'enfance. Arch. Méd. Enf. 15 (1912). — HAUTRIVE, A., E. DARDENNE et P. FOCQUET: Symptômes schizophréniques et paralysie générale de seconde génération. J. de Neur. 28 (1928). — HAYES, EDMUND, DUNCAN, TRANCHELL: Some aspects of dementia praecox. J. ment. Sci. 1924 LXX. — HAYMANN: (a) Menstruationsstörungen bei Psychosen. Z. Neur. 15 (1913). (b) Schmerzen als Frühsymptome der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 74 (1925). — HECHST, BÉLA: Gehirnanatomische Untersuchung eines Hingerichteten. Zugleich ein Beitrag zur Histopathologie der Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. 89 (1929). — HEDENBERG, SVEN: (a) Über die synthetisch-affektiven und schizophrenen Wahnideen. Arch. f. Psychiatr. 80 (1927). (b) Beitrag zu der Frage des psychologischen Verständlichen und Nichtverständlichen in der Psychiatrie. Arch. f. Psychiatr. 90 (1930). — HEIDEMA: Blutzuckerbestimmungen bei psychiatrischen und neurologischen Patienten. Z. Neur. 48 (1919). — HEIDENHAIN, ADOLF: (a) *J. J. Rousseau*. Persönlichkeit, Philosophie und Psychose. Grenzfr. Nerv. u. Seelenleb. 1924, H. 117. (b) Der Fall *Kestner*. Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Z. Neur. 127 (1930). — HELLEMANN: Blutuntersuchungen bei Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. 67 (1910). — HEISE, HANS: Der Erbgang der Schizophrenie in der Familie D. und ihre Seitenlinien (Marburg). Z. Neur. Orig. 64 (1921). — HELLPACH: Das Pathologische in der modernen Kunst. Heidelberg: Winter 1911. — HENCKEL, K. O.: (a) Körperbaustudien an Geisteskranken. III. Konstitutioneller Habitus und Rassenzugehörigkeit. Z. Neur. 93 (1924) (große Literaturangabe). (b) Körperbaustudien an Schizophrenen. Z. Neur. 89 (1924). (c) Konstitutionstypen und europäische Rassen. Klin. Wschr. 1925 II. (d) Studien über den konstitutionellen Habitus der Schizophrenen und Manisch-Depressiven. Z. Konstit.lehre 11 (1925). (e) Schizophrenie und nordische Rasse. Z. Konstit.lehre 12 (1926). — HENDERSON, D.: Discussion on the prognosis of psychoses occurring during adolescence. Brit. med. J. 1923, Nr 3284. — HENKYS, E.: Jugendirresein eines Negers. Diss. Göttingen 1910. — HENRY, G. W.: Die motorischen Funktionen des Magen-Darmkanals bei Schizophrenen. Röntgenologische Beobachtungen (amer.). Amer. J. Psychiatr. 7 (1927); Zbl. Neur. 48 (1928). — HENSCHEN, S. E.: Über die Lokalisation einiger Gesichtshalluzinationen. Arch. f. Psychiatr. 75 (1925). — HENTIG, HANS v.: Über den Cäsarenwahnsinn, die Krankheit des Kaisers Tiberius. Grenzfr. Nerv.- und Seelenleb. 1924, H. 119. — HERFELDT: Zur Kasuistik des Irreseins bei Zwillingen. Allg. Z. Psychiatr. 57 (1900). — HÉRISSON-LAPARRE et PRUVOST: Démence précoce et tubercule du cerveau. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 9 (1913). — HERRERO, A.: La conciencia en la Paranoia persecutoria. Arch. españ. Neur. 1 (1910). — HERRMANN, G.: Beitrag zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis. Z. Neur. 87 (1923). — HERTZ, ARTUR: Über die Veränderung der Blutgerinnungszeit bei Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 71 (1924). — HERZ, E.: (a) Über heredodegenerative und symptomatische Schizophrenien. Mschr. Psychiatr. 68 (1928). (b) Zur Differentialdiagnose zwischen Verwirrtheiten, Motilitätspsychosen und Katatonie. Schweiz. Arch. Neur. 23 (1928). (c) Allgemeine Bemerkungen zum Studium der Bewegungsstörungen bei Geisteskrankheiten. Med. u. Film 1928, Nr 18. (d) Zur Frage der sog. Mischpsychosen. Z. Neur. 116 (1928). (e) Ein weiterer Beitrag zur Frage der „symptomatischen“ Schizophrenien. Z. Neur. 136 (1931). — HERZIG: (a) Zur Differentialdiagnose der Stupor- und Erregungszustände. Z. Neur. 36 (1917). (b) Zur Psychopathologie der Willensdefekte Geisteskranker und der sogenannten „moral insanity“. Z. Neur. 96 (1925). — HERZOG, H.: Über vasomotorisch-trophische Störungen bei Dementia praecox. Diss. Würzburg 1911. — HESNARD, A.: Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la démence précoce. J. de Psychol. 11 (1914). — HESNARD, A. et R. LAFORGUE: (a) Contribution à la psychologie des états dits schizophréniques. Encéphale 19 (1924). (b) L'évolution psychiatrique, psychanalyse-psychologie, clinique, Tome 1 u. 2. Paris 1927. — HEUYER, G.,

BADONNEL et BOUYSSOU: Les voies d'entrée dans la démence précoce. *Ann. méd.-psychol.* **87** I (1929). — HIERONYMUS: Über die hämolytische Kraft des Blutserums von Geisteskranken. *Z. Neur.* **22** (1914). — HIGIER, HEINRICH: Klinik der selteneren, frühinfantil erworbenen Demenzformen. *Z. Neur.* **88** (1924) (Literaturverzeichnis). — HILDEBRAND, PHILIPP: Ein Fall von Jugendirresein (Hebephrenie, Dementia praecox) im Alumnat der Grimmaer Fürstenschule aus dem Jahre 1555. *Allg. Psychiatr.* **82** (1925). — HILDEBRANDT: Funktionell, endogen, psychogen. Ein Beitrag zur allgemeinen Psychopathologie. *Z. Neur.* **53** (1920). — HILFIKER, KARL: (a) Die schizophrene Ichauflösung im All. *Allg. Z. Psychiatr.* **87** (1927). (b) Zur Kritik von FREUDs Auffassung der Vorstellungen Schizophrener und Primitiver. *Allg. Z. Psychiatr.* **89** (1928). — HINRICHSEN: (a) Zur Psychologie und Psychopathologie des Dichters. *Grenzf. Nerv. u. Seelenleb.* **1911**, H. 80. (b) Die Demenz der Dementia praecox-Kranken. *Ver. beil. dtsh. med. Wschr.* **1914**; *Korresp. bl. Schweiz. Ärzte* **44** (1914). (c) Krankheitsbewußtsein und Krankheitseinsicht bei der Dementia praecox. *Z. Neur.* **35** (1) (1917). (d) Demenz und Psychose. *Z. Neur.* **39** (1918). (e) Reaktive Phasen bei Dementia praecox. *Schweiz. Arch. Neur.* **11** (1922). (f) Gedichte eines Schizophrenen. *Z. Neur.* **111** (1927). (g) Die Stellungnahme des Schizophrenen zu seiner Krankheit. *Z. Neur.* **111** (1927). — HINSIE, LELAND E.: (a) The psychoanalytic treatment of schizophrenia. *Psychiatr. Quart.* **1** (1927). (b) The treatment of schizophrenia. *Psychiatr. Quart.* **3** (1929). — HIRSCH, E.: Permeabilität der Meningen bei Dementia praecox-Kranken. *Ver. dtsh. Ärzte, Prag, Sitzg* **30**, Okt. 1925. — HIRT, EDUARD: Zur Theorie der Trugwahrnehmungen. *Z. Pathopsychol.* **1** (1912). — HOCH, A.: (a) On some of the mental mechanisms in dementia praecox. *J. abnorm. a. soc. Psychol.* **5** (1910). (b) Review of BLEULERS Schizophrenia. *Rev. of Neur.* **10** (1912). (c) Personality and psychosis. *Amer. J. Insan.* **69** (1913). (d) Precipitating mental causes in dementia praecox. *Amer. J. Insan.* **70** (1914). — HOCH, TH.: Acute psychoses with symptoms resembling dementia praecox. *Amer. J. Psychiatr.* **1** (1922). — HOCHÉ: (a) Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. *Z. Neur.* **12** (1912). (b) Die paranoiden Erkrankungen. *Z. Neur.* **18**, **363** (1913). — HÖNIGSWALD, RICHARD: Die Grundlagen der Denkpsychologie. München: Ernst Reinhardt 1921. — HÖRMANN: Schizophrenie (Dementia praecox, Jugendirresein) und D. B. *Ärztl. Mschr.* **1926**. — HÖSSLIN, C. v.: (a) Beiträge zur Kenntnis des Verlaufs und Ausganges des manisch-depressiven Irreseins. *Zbl. Neur.* **20** (1909). (b) Die paranoiden Erkrankungen. *Z. Neur.* **18** (1913). — HOFF, HANS u. PAUL SCHILDER: Einige Bemerkungen über Haltungen- und Stellreflexe bei katatonen Bewegungsstörungen. *Wien. med. Wschr.* **77** (1927). — HOFFMANN, E.: Prognose und Heilung der Dementia praecox mit Berücksichtigung der Spontanheilung. *Diss. Leipzig*. — HOFFMANN, HERM.: (a) Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung endogener Psychosen seit dem Jahre 1900 unter besonderer Berücksichtigung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. *Z. Neur.* **17** (1919). (b) Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen usw. Berlin 1921. (c) Vererbung und Seelenleben. Berlin 1922. (d) Studie zum psychiatrischen Konstitutionsproblem. Ein Beitrag zum erbbiologisch-klinischen Arbeitsprogramm. *Z. Neur.* **74** (1922). (e) Über Temperamentsvererbung. München 1923. (f) Schizothym-Cyclothym. *Z. Neur.* **82** (1923). (g) Erbbiologische Persönlichkeitsanalyse, Bemerkungen und Ergänzungen zu J. LANGE: Der Fall Bertha Hempel. *Z. Neur.* **88** (1923). (h) Grundsätzliches zur psychiatrischen Konstitutions- und Erblichkeitsforschung. *Z. Neur.* **97** (1925). (i) Das sogenannte Gesetz der progressiven Entartung. *Z. Neur.* **101** (1926). (k) Bemerkungen zu vorstehender Erwidern von W. MAYER-GROSS. (Grundsätzliches zur psychiatrischen Konstitution- und Erblichkeitsforschung.) *Z. Neur.* **100** (1926). (l) Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis. (Psychosen bei den Eltern von Dementia praecox-Kranken). *Mschr. f. Psychiatr.* **32**, Beih. (1926). (m) Charakterantinomien und Aufbau der Psychose. Ein Beitrag zur dynamischen Betrachtungsweise (Fall: Margarethe König). *Z. Neur.* **109** (1927). HOFMANN-BANG, A.: Ein Fall von Diabetes mellitus bei einem Patienten mit Schizophrenie. *Acta psychiatr. (Københ.)* **3** (1928); *Zbl. Neur.* **50** (1928). — HOHMANN, LESLIE B.: Parergastic reactions and reaction types. *Schizophrenia. Arch. of Neur.* **21** (1929). — HOLLAENDER, P.: Démence précoce infantile (Dementia precocissima). *Genf.* — HOLLANDER, D', et de GREEFF: Les crimes, actes d'affranchissement du moi, prodromes d'états schizophréniques. *J. de Neur.* **29** (1929). — HOLLANDER, D', DE GREEFF et GH. ROUVROY: Les lésions cérébrales dans la démence précoce. *J. de Neur.* **29** (1929). — HOLMES, BAYARD: (a) The arrest and cure of dementia praecox. *Med. Rec.* **100**, Nr 6, 232—234; *Z. Neur.* **29** (1922). (b) Conditions of efficient research in dementia praecox. *Lancet clin.* **114** (20). (c) Dementia praecox studies. Adrenalin: A new diagnostic test for dementia praecox. *The alien and neur.* **36**, **4**, 449. (d) Dementia praecox and scientific research. *Med. Fourtnightly*, Nov. **1910**. (e) Outlook for dementia praecox. *Plaintiffs Plea. Amer. J. trop. Dis.*, Jan. **1914**. (f) Non-Mental Condition of dementia praecox as shown by ABDERHALDEN Reaction and HALVAR LUNDVALLS Remedy. *Lancet Clin.*, Jan. **1914**. (g) Nucleate of soda and dementia praecox. *Lancet Clin.*, Febr. **1915**. (h) Physical manifestations of dementia praecox. *Lancet Clin.*, Juli 1927. — HOLLÓS: Psychoanalytische Beleuchtung eines Falles von Dementia

praecox. Internat. Z. Psychoanal. **2**, 1914. — HOMBURGER, A.: Über die Entwicklung der menschlichen Motorik und ihre Beziehungen zu den Bewegungsstörungen der Schizophrenen. Z. Neur. **78** (1922). — HOOP, J. H. VAN DER: (a) Psychologie der Schizophrenie. Psychiatr. Bl. **32** (1928). (b) Über Autismus, Dissoziation und affektive Demenz. Z. Neur. **97** (1925). — HOPPE, A.: Dementia praecox und Dienstbeschädigung. Z. Neur. **41** (1918). — HORÁNSZKY, FERDINAND v.: Über einige neuere Behandlungsmethoden der Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **84** (1928). — HORN, P.: Dementia praecox und Unfall. Ärztl. Sachverst. Ztg. **29** (1923). — HORST, L. VAN DER: Experimentell-psychologische Untersuchungen zu KRETSCHMERS: „Körperbau und Charakter.“ Z. Neur. **93** (1924). — HORSTMANN, WILHELM: (a) Zur Psychologie konträrer Strebungen. Z. Neur. **25** (1914). (b) Über die psychologischen Grundlagen des Negativismus. Mschr. f. Psychiatr. **41** (1917). — HOSKINS, R. G.: Endocrine factors in dementia praecox. New England J. Med. **200** (1929); Zbl. Neur. **53** (1929). HOSKINS, R. G. and FRANCIS H. SLEEPER: (a) Basal metabolism in schizophrenia. Arch. of Neur. **21** (1929); Zbl. Neur. **53**. (b) Endokrinologische Studien bei Dementia praecox (engl.) Zbl. Neur. **55** (1930). — HOVEN, H.: Des accidents épileptiques au cours de la démence précoce. J. de Neur. **25** (1925). — HUDOVERNIG, KARL: Schizophrenia periodica und Behandlung der Schizophrenie. Psychiatr.-neur. Wschr. **29** (1927). — HÜBNER, A. H.: (a) Über paranoide Erkrankungen. Psychiatr. Ver. Rheinprov., Juni 1914. Allg. Z. Psychiatr. **72** (1916). (b) Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhaft Reize. Neur. Zbl. **24** (1905). (c) Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Pupillenreaktionen. Arch. f. Psychiatr. **41** (1906). — HUECK u. EMMERCH: Konstitutionstypen und chirurgische Krankheiten. Mitt. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. **40**. — HÜFLER: Über die katatonischen Anfälle. Allg. Z. Psychiatr. **65** (1908). — HÜLSKEN, H.: Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Diss. Kiel. — HULER: Vierjähriges Mädchen mit Dementia hebephrenica. Münch. med. Wschr. **1911**. — HUMMEL, E.: Mitteilungen über ungewöhnliche Sektionsergebnisse bei Geisteskranken. Psychiatr.-neur. Wschr. **16** (1914/15). — HUTTER, A.: (a) Das konstitutionelle Familienbild bei der Schizophrenie. (Eine Untersuchung nach der psychotischen und charakterologischen Belastung und nach dem Vererbungsmodus.) Z. Neur. **106** (1926). (b) Die Erbllichkeit der Schizophrenie. Psychiatr. Bl. **32** (1928).

IMHOF: Über Geisteskrankheit und Osteomalacie. Z. Neur. **14** (1913). — ISHAM: Dementia praecox. Womans-med. J., Aug. 1911. — ISSERLIN: (a) Über die Beurteilung von Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Z. Neur. **3** (1910). (b) Die Entwicklung des Simulationsbegriffes in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. **80** (1925). (c) Psychologie und klinische Psychiatrie. Z. Neur. **101** (1926). — ITTEN, W.: (a) Heilversuche mit Nucleininjektionen bei Schizophrenie. Mit einer vorläufigen Mitteilung über cytologische Blutbefunde bei dieser Krankheit. Z. Neur. Orig. **7** (1911). (b) Beiträge zur Psychologie der Dementia praecox. Diss. Zürich 1912. Jb. psychoanal. u. psychopath. Forschgen **5** (1913). (c) Zur Kenntnis hämatologischer Befunde bei einigen Psychosen. Z. Neur. **24** (1914).

JABLONSKY, ALBIN: (a) Über schizoide Reaktionen und Krisen. Gyógyószat (ung.) **1929 I**; Z. Neur. **119** (1929). (b) Die Schizophrenie und ihre kombinierten Fälle. Gyógyószat (ung.) **1928 II**. Ref. Zbl. Psychiatr. **53** (1929). — JACOB, A.: Über einen eigenartigen Krankheitsprozeß des Zentralnervensystems bei einer chronischen Psychose mit katatonen Symptomen. Z. Neur. Orig. **66** (1921). — JACOBI, WALTER: (a) Über therapeutische Versuche mit menschlichem Normalserum bei Dementia praecox-Kranken. Z. Neur. **56** (1920). (b) Zur Arbeit von SAGEL: Intracutane Rindereiweißreaktion bei Katatonie und Hebephrenie. Z. Neur. Orig. **64** (1921). (c) Zur Frage der schizophrenen Geistesstörung. Z. Neur. Orig. **64** (1921). (d) Capillarmikroskopische Untersuchungen bei Schizophrenen. Psychiatr.-neur. Wschr. **25** (1923). (e) Psychiatrisch-interferometrische Studien. Z. Neur. **83** (1923). (f) Über die Bedeutung des psychischen Traumas für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. **79** (1923). (g) Über den Calcium- und Kalium-Blutserumspiegel bei katatonen Erregungszuständen, chronischen Schizophrenen und Melancholien im Klimakterium. Mschr. Psychiatr. **59** (1925). (h) Über die Gefahren okkultur Strömungen der Gegenwart. Dtsch. med. Wschr. **51** (1925). (i) Cholesterinstoffwechsel und Konstitutionspathologie der Psychosen. Mschr. Psychiatr. **62** (1926). (k) Die psychische Wirkung des Cocains in ihrer Bedeutung für die Psychopathologie. Arch. f. Psychiatr. **79** (1927). (l) Das Encephalogramm bei Schizophrenen mit kürzerer Krankheitsdauer unter stereoskopischer Bildbetrachtung nach HASSELWANDER (mit plastischen Demonstrationen). Zbl. Neur. **50** (1928). (m) Studien zur Schweißsekretion bei Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. **87** (1929). — JACOBI, W. u. K. KOLLE: (a) Bemerkungen zu der Arbeit von HAUPTMANN: „Verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke bei Schizophrenie.“ Mschr. Psychiatr. **60** (1926). (b) Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstypus. Arch. f. Psychiatr. **76** (1926). — JACOBI, W. u. H. WINKLER: (a) Encephalographische Studien an chronisch Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. **81** (1927). (b) Encephalographische Studien

an Schizophrenen. Fortführung der in Bd. 81, H. 3 dieses Archivs für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten mitgeteilten Untersuchungen. Arch. f. Psychiatr. 84 (1928). — JACOBOWSKY, BERNHARD: Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei der Dementia praecox. Uppsala Läk.för. Förh. 30 (1924). — JACQUIN, G.: La signe de la poignée de main dans la démence précoce. Encéphale 8 II (1914). — JAENSCH, W.: Grundzüge einer Physiologie und Klinik der psychophysischen Persönlichkeit. Berlin: Julius Springer 1926. — JAHRMÄRKER: Endzustände der Dementia praecox. Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Berlin, 24. u. 25. April 1908. Allg. Z. Psychiatr. 65 (1908). — JAHRREISS, WALTER: Über Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. 77 (1926). — JAKOB: (a) Fall D.: Katatonie. J. Psychiatr. 28 (1922). (b) Spezielle Histopathologie des Großhirns. ASCHAFFENBURG'S Handbuch der Psychiatrie 1929, Allg. Teil, I. Abt., I. Teil, II. Bd. 1. T. — JAKOB, CHARLOTTE u. KURT MOSER: Messungen zu KRETSCHMER'S Körperlehre. Arch. Psychiatr. 70 (1924). — JAKUBSON u. GRINEVIÉ: Dementia praecox und Lues (russ.). Zbl. Neur. 53 (1929). — JANET, PIERRE: (a) Social excitation in religion. Psyche (Lond.) 1926. (b) A propos de la schizophrénie. J. de Psychol. 24 (1927). — JANOTA: Schöpfungen Geisteskranker. Zbl. Neur. 37 (1924). — JASCHKE, OTTO: (a) Über die Heilfießerbehandlung der Schizophrenie. Psychiatr.-neur. Wschr. 1929 I. (b) Die Behandlung der Nahrungsverweigerung mit Insulin. Psychiatr.-neur. Wschr. 1929 II. — JASER, RUDOLF: Über den Einfluß des Greisenalters auf die Gestaltung schizophrener Prozesse. Allg. Z. Psychiatr. 89 (1928). — JASPERS, KARL: (a) Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: „Entwicklung einer Persönlichkeit“ oder „Prozeß“? Z. Neur. 1 (1910). (b) Die Trugwahrnehmungen. Z. Neur. Ref. 4 (1911). (c) Zur Analyse der Trugwahrnehmungen. Z. Neur. 6 (1911). (d) Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Z. Neur. 9 (1912). (e) Über leibhaftige Bewußtheiten usw. Z. f. Pathopsychol. 2 (1913). (f) Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Z. Neur. Orig. 14 (1913). (g) Ref. über KRETSCHMER'S sensitiven Beziehungswahn. Z. Neur. 18 (1919). (h) Allgemeine Psychopathologie, 2. Aufl. 1920; 3. Aufl. 1922. (i) Psychologie der Weltanschauungen. Berlin: Julius Springer 1922. (k) STRINDBERG und VAN GEGH. 1. Aufl. Leipzig 1922; 2. Aufl. Berlin 1926. — JELGERSMA, G.: (a) Allgemeine Gesichtspunkte für die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Schizophrenie. Psychiatr. Bl. (holl.) 32 (1928). (b) Die Wahnbildung bei Schizophrenie. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1928 II. (c) Die Differentialdiagnose von Schizophrenie und manisch-depressiver Psychose. Psychiatr. Bl. (holl.) 33 (1929). (d) Das System der Psychosen. Z. Neur. 13 (1912). (e) Zweierlei Arten der Wahnbildung. Psychiatr. Bl. (holl.) 17, 54. (f) Die Symbole und die Schizophrenie. Psychiatr. Bl. (holl.) 1924, Nr 5. — JELIFFE, F.: Predementia praecox: The hereditary and constitutional features of the dementia praecox Make-up. J. ment. Dis. 38 (1913, Jan.). — JELIFFE, SMITH ELY: The mental pictures in schizophrenia and in epidemic encephalitis. Their alliances, differences and a point of view. Amer. J. Psychiatr. 6 (1927). — JESSNER, LUCIE: Eine in der Psychose entstandene Kunstsprache. Arch. f. Psychiatr. 94 (1931). — JISLIN: (a) Körperbau, Motorik, Handschrift. Z. Neur. 98 (1925). (b) Konstitution und Motorik. Z. Neur. 105 (1926). (c) Konstitution und Motorik. II. Zur Motorik der Schizophrenie. Z. Neur. 118 (1923). — JÖRGER, JOHANN: (a) Die Mobilmachung als krankheitsauslösendes Trauma bei Dementia praecox. Korresp.bl. Schweiz. Ärzte 44 (1914). (b) Über Dienstverweigerer und Friedensapostel. Z. Neur. 43 (1918). — JOHNSTON, DOUGLAS A.: Dementia praecox in twins. J. nerv. Dis. 62 (1925). — JONES, R.: Dementia praecox in Relation to Apraxia. J. ment. Sci. 58 (1912). — JONG, H. DE (a) Über Katalapsie und Bulbocapninwirkung. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 67 (1923). (b) Experimentelle und klinische Katatonie. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1929 I. — JONG, H. DE et H. BARUK: Etude comparative expérimentelle et clinique des manifestations du syndrome catatonique. Revue neur. 35 II (1928). — JOSEPHY: (a) Zur Histopathologie der Dementia praecox. 18. Jverslg nordwestdtsh. Psychiatr. u. Neur. Bremen, Sitzg 5. u. 6. Nov. 1921. (b) Zur Histopathologie der Dementia praecox. Hundertjahrfeier Ges. dtsh. Naturforsch. u. Ärzte Leipzig, 21. Sept. 1922. (c) Beiträge zur Histopathologie der Dementia praecox. Z. Neur. 86 (1923). (d) Zur Histopathologie und Therapie der Dementia praecox. Dtsch. med. Wschr. 50 (1924). (e) Dementia praecox in: Die Anatomie der Psychosen. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 11, Spez. Teil VII. 1930. (Ausführliche Literaturangabe zur Anatomie der Schizophrenie.) — JUDA, A.: Zum Problem der empirischen Erbprognosebestimmung. Über die Erkrankungsaussichten der Enkel Schizophrener. Z. Neur. 113 (1928). — JUDIN, T.: Partielle Thyreoidektomie bei Dementia praecox. Psychiatr. Gegenw. (russ.) 4, 149; Z. Neur. I Ref. 1910. — JUNG, C. G.: (a) The problems of psychogenesis in mental disease. Proc. roy. Soc. Med., Aug. 1919. (b) Kritik über E. BLEULER: Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Psychiatr.-neur. Wschr. 12, Nr 18/21; Jb. psychoanal. u. psychopath. Forschgen 3 (1912). — JUNG, FELIX: Psychische Störungen bei Lues cerebri. Allg. Z. Psychiatr. 80 (1925). — JUSTSCHENKO: Das Wesen der Geisteskrankheiten und deren biologisch-chemische Untersuchungen. Dresden u. Leipzig 1914.

KAFKA, FRANTIŠEK: (a) Amentia und oneiroides Zustandsbild im Beginn der Schizophrenie. Sborn. lék. (tschech.) 27 (1926). (b) Prager Statistik über Dementia praecox. Sborn. lék. (tschech.) 27 (1926). (c) Persönlichkeit und Schizophrenie. Autismus als Kriterium der Persönlichkeit. Sborn. lék. (tschech.) 27 (1926). — KAFKA, V.: Der Liquor des Schizophrenen. Zbl. Neur. 50 (1928); Psychiatr.-neur. Wschr. 1928 I. — KAHLMEYER: Blutuntersuchungen bei einem Fall von Dementia praecox mit periodischem Verlauf. Z. Neur. 24 (1914). — KAHN, E.: (a) Ref. über KRETSCHMERS sensitiven Beziehungswahn. Z. Neur. Ref. 20 (1920). (b) Noch einmal Polemisches zu KRETSCHMERS sensitivem Beziehungswahn. Z. Neur. 57 (1920). (c) Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. Z. Neur. 57 (1920). (d) Erbbiologisch-klinische Betrachtungen und Versuche. Z. Neur. 61 (1920). (e) Bemerkungen zur Frage des Schizoids. Jverslg Ver. bayer. Psychiater München, 30. u. 31. Juli 1921. (f) Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Z. Neur. Orig. 66 (1921). (g) Über die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, den Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. Z. Neur. 74 (1922). (h) Über Zurechnungsfähigkeit bei Schizophrenen. Aschaffenburgs Mschr. 14 (1923). (i) Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. Beitrag zu den erblichen Beziehungen der Schizophrenie und des Schizoids mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft schizophrener Ehepaare. Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. IV., herausgeg. von RÜDIN, Bd. 4, G. Z. 7. Berlin: Julius Springer 1923. (k) Erbbiologisch-psychiatrische Übersicht. Z. Abstammungslehre 38 (1925). (l) Erbbiologische Einleitung. Handbuch der Psychiatrie von ASCHAFFENBURG. Allg. Teil, I. Abt. 3. Teil. 1925. (m) Versuch einer einheitlichen Gruppierung aller schizophrenen Äußerungsformen des Irreseins. Allg. Z. Psychiatr. 84 (1926). (n) Über die Kombination von manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie. Jkurse ärztl. Fortbildg 17 (1926). (o) Welche Möglichkeiten bieten die Ergebnisse der experimentellen Vererbungslehre zur Erklärung des Auftretens verschiedener Symptome bei Geisteskranken, die auf gleicher erblicher Grundlage beruhen. Nervenarzt 2 (1929). (p) Über Wahnbildung. Arch. f. Psychiatr. 88 (1929). — KAHN, P.: Un cas délire de persécution chez un excité maniaque. Paris. psychiatr. Ges. 21. Nov. 1911; Encéphale 7 I (1912). — KAHN et GALLAIS: Tuberculose et démence précoce. Paris. Psychiatr. Ges., 17. April 1913; Encéphale 8, 482 (1913). — KAHN, PIERRE, BENDA: Encéphalite épidémique et syndrome de démence précoce. Encéphale 16 (1921). — KALTENBACH, HERBERT: Beiträge zur Liquoranalyse der Dementia praecox. Z. Neur. 98 (1925). — KALTENBACH-ROHRER: Körperbauuntersuchungen bei Schizophrenen und Manisch-Depressiven, sowie Zahnuntersuchungen bei Schizophrenen. Z. Neur. 112 (1928). KANAVAL, A. and L. I. POLLOCK: Partial thyroidectomy for catatonique dementia praecox. Amer. J. Insan. 66 (1910). — KANDINSKY: Über das Geistige in der Kunst. München 1912. — KANKELEIT: Die Unfruchtbarmachung aus rassehygienischen und sozialen Gründen. München: J. F. Bergmann 1929. — KANT, FRITZ: (a) Ein Beitrag zur Frage schizophrener Symptomenkomplexe (Fall Ernst Müller). Diss. Tübingen 1924. (b) Blutplasmauntersuchungen an Geisteskranken. Z. Neur. 95 (1925). (c) Über die Kombination reaktiver und charakterologischer mit phasischen und prozesshaften Faktoren in der paranoischen Wahnbildung. Ein Beitrag zur Frage der „Sensitiven Beziehungspsychose“. Arch. f. Psychiatr. 87 (1929). — KANT, OTTO: (a) Der Geisteszustand (erwachsener) chronischer Encephalitiker. Arch. f. Psychiatr. 72 (1924). (b) Zur Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen. Z. Neur. 104 (1926). (c) Zum Verständnis des schizophrenen Beeinflussungsgefühls. Z. Neur. 111 (1927). (d) Beiträge zur Paranoiaforschung. I. Z. Neur. 108 (1927). II. Z. Neur. 110 (1927). III. Z. Neur. 127 (1930). — KARPAS and POATE: Dementia praecox with tabes to be differentiated form general paralysis, tabetic form. J. nerv. Dis. 38 (1911). — KASANIN, J.: Blutzuckerkurven bei Geistesstörungen. II Schizophrenie (amer.). Zbl. Neur. 46 (1927). — KASTAN, M.: (a) Psychosen, Abbau und Fermentenspaltungsvorgänge. Dtsch. med. Wschr. 40 (1914). (b) Pathologische Selbstbeschuldigung bei Dementia praecox. Ver.beil. dtsch. med. Wschr. 1916, 42. (c) Asoziales Verhalten jugendlicher geistig abnormer Individuen in und nach dem Kriege. Arch. f. Psychiatr. 64 (1921). — KATTENTIED, B.: Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. (Die Erkrankungsverhältnisse in den Neffen- und Nichtenchaften von Paralytikerehegatten.) Z. Neur. 103 (1926). — KATZMANN, L. M.: Über die Eigentümlichkeiten einiger psychomotorischer Reaktionen bei Geisteskranken. Über die schriftliche psychomotorische Reaktion bei Schizophrenikern. Z. Neur. 119 (1929). — KAUDERS: Neue Erfahrungen und Ausblicke zur Organotherapie der Dementia praecox. Verslg dtsch. Ver. Psychiatr. Kassel, Sitzg 1. u. 2. Sept. 1925. — KEHRER: (a) Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Zbl. Neur. 25 (1921). (b) Der Fall Arnold. Studie zur neueren Paranoialehre. Z. Neur. 74 (1922). (c) Zur Pathologie der Pupillen. Z. Neur. 81 (1923). (d) Die Beziehungen zwischen der heutigen experimentellen Erbforschung und der genealogischen Neurologie. Nervenarzt 2 (1929). — KEHRER u. KRETSCHMER: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Springers Monographie 1924, H. 40. — KENT: Experiments on habits formation in Dementia praecox. Washington. Govern Hosp.



f. the Insane. Bull. Nr. 5, p. 21. — KENZIE, MC and MARSHALL: Observations on the nature of Dementia praecox. Brit. med. J. 2, 1456. — KERNER, N.: Zur Mortalität der Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. 12 (1910/11). — KIBLER: Experimental-psychologischer Beitrag zur Typenforschung. Z. Neur. 98 (1925). — KIELHOLZ, A.: (a) Zur Behandlung der Dementia praecox mit Natr. nucleicum. Z. Neur. Orig. 34 (1916). (b) Zur Genese und Dynamik des Erfinderwahns. Internat. Z. Psychonal. 9 (1923). — KIRBY, G.: (a) Prognostic principles in the biogenetic psychoses, with special reference to the catatonic syndrome. Amer. J. Insan. 69 (1913). (b) Dementia praecox, Paraphrenia and Paranoia. Review of KRAEPELINS later conception. Amer. J. Insan. 71 (1914). — KITABAYASHI, S.: The choroid plexuses in organic disease of the brain and in schizophrenia. J. nerv. Dis. 56 (1922). — KITABAYASHI u. MONAKOW: Schizophrenie und Plexus chorioidei. Schweiz. Arch. Neur. 4 (1919). — KLÄSI, JACOB: (a) Über Somnifen, eine medikamentöse Therapie schizophrener Aufregungszustände. Schweiz. Arch. Neur. 8 (1921). (b) Einiges über Schizophreniebehandlung. Z. Neur. 78 (1922). (c) Über die therapeutische Anwendung der „Dauernarkose“ mittels Somnifens bei Schizophrenen. Z. Neur. 74 (1922). (d) Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien. Berlin: S. Karger 1922. — KLARFELD, B.: Die pathologische Anatomie der Dementia praecox. Klin. Wschr. 2 (1923). — KLEMMET, F.: Akute Linkshändigkeit bei einem Fall von katatonischer Pfropfhepaphrenie. Mschr. Psychiatr. 29 (1911). — KLEIN, H.: Über das Wesen und die Behandlung der Schizophrenie. Serb. Arch. Med. 30 (1928). — KLEIST, K.: (a) Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen. Leipzig 1908 u. 1909. (b) Über Störungen der Rede bei Geisteskranken. Z. Neur. Ref. 3 (1911). (c) Die Streitfrage der akuten Paranoia. Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins. Z. Neur. 5 (1911). (d) Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Verslg bayer. Irrenärzte, Juni 1911. Z. Neur. Ref. 3 (1911). (e) Über chronische wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Kiel 1912. Allg. Z. Psychiatr. 69 (1912). (f) Über Bewußtseinszerfall. Allg. Z. Psychiatr. 70 (1913). (g) Die Involutionsparanoia. Allg. Z. Psychiatr. 70 (1913). (h) Aphasie und Geisteskrankheit. Münch. med. Wschr. 61 (1914). (i) Postoperative Psychosen. Berlin 1916. (k) Berichte über endogene Verblödungen. Klinischer Teil (mit Krankenvorstellung). 16. Tagg Ver. nordwestdtsh. Psychiatr. u. Neur. Rostock-Gelsheim, 27. Juli 1918. Allg. Z. Psychiatr. 75 (1919). (l) Autochthone Degenerationspsychosen. Z. Neur. 69 (1921). (m) Die psychomotorischen Störungen und ihr Verhältnis zu den Motilitätsstörungen bei Erkrankungen der Stammganglien. Mschr. Psychiatr. 52 (1922). (n) Wesen und Lokalisation der Paralogie. Sw.dtsch. Psychiaterverslg Erlangen, Sitzg 21. Okt. 1922. Zbl. Neur. 33 (1923). (o) Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). Klin. Wschr. 2 (1923). (p) Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. 82 (1925). (q) Episodische Dämmerzustände. Leipzig: Georg Thieme 1926. (r) Über zyklode Degenerationspsychosen, besonders Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen. 51. Verslg südwestdtsh. Neur. u. Irrenärzte, 29. u. 30. Mai 1926. Arch. f. Psychiatr. 78 (1926). (s) Gegenhalten (motorischer Negativismus), Zwangsgreifen und Thalamus opticus. Mschr. Psychiatr. 65 (1927). (t) Psychomotorische Störungen. Caudatum und Pallidum externum. Zbl. Neur. 47 (1927). (u) Zur gutachtlichen Bedeutung der ungewöhnlichen autochthonen Psychosen, sog. Degenerationspsychosen. Allg. Z. Psychiatr. 90 (1929). (v) Zur hirnpathologischen Auffassung der schizophrenen Grundstörung: Die alogische Störung. Schweiz. Arch. Psychiatr. 26 (1930). KLEIST u. HERZ: (a) Die Katatonie. Med. u. Film 1928, Nr 18. (b) Psychomotorische Akinesen bei Katatonie. Med. u. Film 1928, Nr 18. (c) Psychomotorische Dyskinesen bei Katatonie. Med. u. Film 1928, Nr. 18. (d) Psychomotorische Hyperkinesen bei Katatonie. Med. u. Film 1928, Nr. 18. — KLEPPER (Gießen): Die Unterscheidung von epileptischen und katatonischen Zuständen, speziell aus den Assoziationen. Klin. psych. Krkh. 6, 1. — KLEWENEBENIUS: Osteomalacie und Dementia praecox. Med. Klin. 7 (1911). — KLEWENEBERGER, O.: (a) Atypische und periodische Psychosen. Allg. Z. Psychiatr. 79 (1923). (b) Zur Beurteilung der Einwirkung des Krieges [D. B.-Frage (äußere Ursachen)] auf die Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 70 (1924). — KLIPPEL, DENY et FLORAND: Délire d'influence à début onirique. Encéphale 16 (1921). — KLIPPEL et WEIL: La réaction d'activation du venin de cobra; sa valeur pronostique chez les paralytiques généraux et les déments précoces. Semaine méd. 33, 481. — KLJUTSCHEW: Die Rolle der Syphilis in der Entstehung des Jugendirreseins. Russ. Arzt 11 (1912). — KLUGE, E.: Beiträge zur Symptomatologie der Schizophrenie. Orv. Hetil. (ung.) 66, Nr 33, 322—324. — KNAPP: Über körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. Arch. f. Psychiatr. 44 (1908). — KNAPP, ALBERT: Die Jugendpsychosen (Dementia praecox, hebephrenische Psychosen, Schizophrenie). Arch. f. Psychiatr. 82 (1927). — KNEMEYER: Die körperlichen Symptome der Dementia praecox. Diss. Königsberg 1915. — KNOLL, HANS: Experimentelle Untersuchungen über die Aktivität bei Geisteskranken. Allg. Z. Psychiatr. 80 (1925) (Literaturangabe). — KOCH, W.: Chemical studies of the brain in cases of dementia praecox. J. exper. Med., März 1911. — KÖHLER, E. v.:

Dementia praecox oder reaktive Depression? Vortr. 8. Verslg schweiz. neur. Ges. Luzern, 10. Nov. 1912. — KOEHLER, GEORG DIETRICH: Beiträge zu den Beziehungen zwischen der Funktionsstörung der Geschlechtsdrüsen und den schizophränen Erkrankungsformen. *Z. Sexualwiss.* 10 (1923). — KOEPPEN, M. u. A. KUTZINSKI: Systematische Beobachtungen über die Wiedergabe kleiner Erzählungen durch Geisteskranke. Berlin: S. Karger 1910. — KÖRTKE: Ein Dilemma in der Dementia praecox-Frage. Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. *Z. Neur.* 48 (1919). — KOESTER: Über die Häufigkeit des Vorkommens des Spasmus mobilis (wechselnde katatone Pupillenstarre) bei Schizophrenen. *Arch. f. Psychiatr.* 81 (1927). — KOGAN, I. M.: Äußerungen des Oedipuskomplexes bei Schizophrenie. *Internat. Z. Psychoanal.* 14 (1928). — KOGERER, HEINRICH: Psychotherapie der Psychose. *Z. Neur.* 96 (1925) (Literaturangabe). — KOHNSTAMM, O.: (a) Schizothymie und Cyclothymie. *Berl. klin. Wschr.* 51 (1914). (b) Schlaf, Hypnose und Schizophrenie. *Neur. Zbl.* 35 (1916). — KOLLARITS, JENÖ: Beziehungen zwischen Grippeparkinsonismus, katatonischem Stupor und Torticollis „mentalis“. Über polyvalente Einstellung des Zitter-, Spasmen- und Reflexmechanismus. *Schweiz. med. Wschr.* 53 (1923). — KOLLE, KURT: (a) Der Körperbau der Schizophrenen. Ein Beitrag zum Thema: „Körperbau und Charakter“. *Arch. f. Psychiatr.* 72 (1924). (b) Körperbauuntersuchungen an Schizophrenen. II. Mitt. *Arch. f. Psychiatr.* 75 (1925). (c) Erwiderung auf die Bemerkung KRETSCHMERS zu meiner Arbeit „Der Körperbau der Schizophrenen“. *Arch. f. Psychiatr.* 73 (1925). (d) Klinische Beiträge zum Konstitutionsproblem. II. Mitt. Schizophrene mit pyknischem Körperbau. *Arch. f. Psychiatr.* 78 (1926). (e) Forensische Bedeutung der sogenannten schizophrenen Reaktion. *Dtsch. Z. gerichtl. Med.* 10 (1927). (f) Die Beteiligung der manisch-melancholischen Anlage am Aufbau paraphrener und paranoischer Psychosen. *Z. Neur.* 131 (1930). (g) Die primäre Verrücktheit. Leipzig 1931. — KOLLIBAY-ÜTER, HANNA: Über die Jahreskurve geistiger Erkrankungen. *Z. Neur.* 65 (1921). — KONSTANTINU, TH.: Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten von Neffen und Nichten, Großneffen und Großnichten von Schizophrenen Thüringens. *Z. Neur.* 125 (1930). — KOPP, PAUL: Über die Leibempfindungen der Schizophrenen. *Diss. Köln* 1929. — KORELL, PAULA: Zur Symptomatologie der Hebephrenie. *Diss. Kiel* 1927. — KORNFELD, S.: Geschichte der Psychiatrie. NEUBURGER-PAGELS Handbuch der Geschichte der Medizin. Bd. 3. Jena: Gustav Fischer 1905. — KRABBE, KNUD: Myoclonie-schizophrenie familiäre. *Acta med. scand. (Stockh.)* 54, H. 5, 456—467. — KRAEPELIN: (a) Krankenvorstellungen (paranoide Erkrankungen und Dementia praecox). *Wiss. Sitzg dtsch. Forschungsanst. Psychiatr. München.* *Z. Neur. Ref.* 18 (1919). (b) Über paranoide Erkrankungen. *Z. Neur.* 11 (1912). (c) Ziele und Wege zur psychiatrischen Forschung. *Z. Neur.* 42 (1918). (d) Die Erforschung psychischer Krankheitsformen. *Z. Neur.* 51 (1919). (e) Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z. Neur.* 62 (1920). (f) Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl. Leipzig: Joh. Ambros. Barth 1909—15. — KRAMBACH, R.: Über chronische paranoide Erkrankungen (Paraphrenie und Paranoide). *Arch. f. Psychiatr.* 55 (1915). — KRAPP, EDUARD: (a) Epilepsie und Schizophrenie. Zur Frage der epileptiformen Anfälle bei Schizophrenen und zur Symptomatologie der epileptischen Ausnahmezustände; zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Kombinationen. *Arch. f. Psychiatr.* 83 (1928). — (b) Differentialdiagnostische Schwierigkeiten im Grenzgebiet von Epilepsie und Schizophrenie. *Zbl. Neur.* 48 (1928). — KRASUSKY: (a) KRETSCHMERS konstitutionelle Typen unter Kindern im Schulalter. *Z. Kinderheilk.* 82. (b) Erfahrungen durch das Vergleichsstudium der Konstitutionseigenheiten bei normalen Kindern, jugendlichen Rechtsbrechern und psychisch kranken Kindern. *Z. Kriminalpsychol.* 20 (1929). — KRAUSE: Über katatonische Symptome bei Dementia praecox-Kranken, mit besonderer Berücksichtigung militärforensischer Fälle. *Dtsch. mil. ärztl. Z.* 39 (1910). — KRAUSE, B.: Eine Verschiebung im Mischungsverhältnis Albumen-Globulin im Blutserum von Dementia praecox-Kranken. *Z. Neur.* 35 (1917). — KRAUSZ, LADISLAUS: Über Assoziationsprüfungen bei Dementia praecox. *Diss. Gießen* 1926. — KRETSCHMER, E.: (a) Keimdrüsenfunktion und Seelenstörung. *Dtsch. med. Wschr.* 47. (b) Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918, 1927. (c) Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche. *Z. Neur.* 45 (1919). (d) Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Bemerkungen zu KÖRTKEs Abhandlung. *Z. Neur.* 48 (1919). (e) Die psychopathologische Forschung und ihr Verhältnis zur heutigen klinischen Psychiatrie. *Z. Neur.* 57 (1920). (f) Über biologische Beziehungen zwischen Schizophrenie, Eunuchoidismus, Homosexualität und moralischem Schwachsinn. *Dtsch. Ver. psych. Jverslg Dresden*, 25. u. 26. April 1921; *Z. Neur.* 77 (1921/22). (g) Körperbau und Charakter. Berlin: Julius Springer 1921—1929. (h) Bemerkungen zu der Arbeit von KOLLE über Körperbau der Schizophrenen. *Z. Neur.* 94 (1925). (i) Lebensalter und Umwelt in ihrer Wirkung auf den Konstitutionstypus. *Z. Neur.* 101 (1926). (k) Der Körperbau der Gesunden und der Begriff der Affinität. *Z. Neur.* 107 (1927). (l) Experimentelle Typenpsychologie. *Z. Neur.* 113 (1928). (m) Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. *Bericht 4. allg. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie Bad Nauheim*, 11.—14. April 1929. Leipzig: S. Hirzel 1929. *Zbl. Neur.* 53, 630; *Z. Neur.* 121 (1929). — KREUSER, F.: (a) Zur Differential-

- diagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie. *Allg. Z. Psychiatr.* **70** (1913). (b) Über Geistesstörungen im höheren Lebensalter und ihre Genesungsaussichten. *Allg. Z. Psychiatr.* **71** (1914). — KREYENBERG, GERHARD: Das Junkerhaus zu Lemgo i. L. Ein Beitrag zur Bildnerei der Schizophrenen. *Z. Neur.* **114** (1928). — KRISCH, H.: (a) Die exogenen Reaktionstypen und das Dementia praecox-Problem. *Verslg dtsh. Ver. Psychiatr.* Kassel, Sitzg 1. u. 2. Sept. 1925. (b) Der heutige Stand der Lehre von den exogenen Reaktionstypen und deren klinische Auswertungsmöglichkeiten. *Mshr. Psychiatr.* **57** (1920) (großes Literaturverzeichnis). (c) Schizophrene Symptome bei organischen Hirnerkrankungen und ihre Bedeutung für das Schizophrenieproblem. *Allg. Z. Psychiatr.* **93** (1929); *Z. Neur.* **129** (1930). — KRISCH u. SPIEGEL: Sichtbarmachung latenter, experimentell hervorgerufener Tonusstörungen mit Bulbocapnin. *Z. Neur.* **122** (1929). — KRITZINGER, H. H.: Zwei neue physiologisch wichtige Perioden bei Dementia praecox und ihre Bedeutung für die Krisenjahre des Menschen. *Klin. Wschr.* **3** (1924). — KROH: Experimentelle Beiträge zur Typenkunde. *Z. f. Psychol.* **14**, Erg.-Bd. (1929). — KROLL, N.: Schizophrenie, innere Sekretion und einige Ausblicke hinsichtlich der Therapie und Prophylaxis. *Sovrem. Psychonevr.* (russ.) **3** (1926). — KRONFELD: (a) Das Erleben in einem Fall von katatoner Erregung. *Mshr. Psychiatr.* **35** (1914). (b) Bemerkungen zu den Ausführungen von BIRNBAUM. *Z. Neur.* **53** (1920). (c) Referat über KRETSCHMER: Körperbau und Charakter. *Z. Neur. Ref.* **26** (1921). (d) Über schizophrene Veränderungen des Bewußtseins der Aktivität. *Z. Neur.* **74** (1922). (e) Der künstlerische Gestaltungsvorgang in psychiatrischer Beleuchtung. *Klin. Wschr.* **4** (1925). (f) Zur Frage: Jugendirresein und Kriegseinflüsse. *Ärztl. Sachverst.ztg* **32** (1926). (g) Nochmals zur Frage: Jugendirresein und Kriegseinflüsse. *Erwiderung auf die Äußerungen der Herren BEYER u. WEILER.* *Ärztl. Sachverst.ztg* **32** (1926). (h) Beitrag zur Lehre von den Trugwahrnehmungen. *Psychol. u. Med.* **3** (1928). (i) Einige Bemerkungen über Schizophrenia mitis, vornehmlich in psychotherapeutischer Hinsicht. *Nervenarzt* **1** (1928). (k) Der Schizophreniebegriff in der französischen Psychiatrie der Gegenwart. *Allg. Z. Psychiatr.* **92** (1929). (l) Über den Wandel des Schizophreniebegriffes. *Mshr. Psychiatr.* **73** (1929). (m) Über die psychotischen Dyskinesien. *Psychologie und Medizin I.* (n) Perspektiven der Seelenheilkunde. Leipzig: Georg Thieme 1930. — KRÜGER: (a) Die Paranoia. *Monogr. a. d. Ges. Gebiet d. Neur. u. Psychiatr.* Berlin: Julius Springer 1913. (b) Über die Cytologie des Blutes bei Dementia praecox. *Z. Neur. Orig.* **14** (1913). (c) Über die Genese und klinische Bewertung der Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen in ihrem Verhältnis zueinander. *Z. Neur.* **51** (1919). — KRYSPIN-EXNER, WICHART: Beitrag zur Symptomatologie der Psychosen in den sogenannten Umbildungsjahren. *Arch. f. Psychiatr.* **69** (1923) (große Literaturangabe). — KUBITSCHKE, P. E. and F. A. CARMICHAEL: Experimental aseptic meningitis: Therapeutic and clinical studies. *Amer. J. Psychiatry* **8** (1928). — KÜNDEL, FRIEDRICH WILHELM: (a) Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen. *Diss. Berlin 1919* (1925). (b) Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen. *Mshr. Psychiatr.* **48** (1920). — KÜNSEMÜLLER, ADOLF: Ein Fall von Dementia praecox im Kindesalter. *Diss. Freiburg i. Br. 1922.* — KÜPPERS, E.: (a) Plethysmographische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. *Z. Neur. Orig.* **16** (1913). (b) „Körperliche“ und „katatonische“ Symptome bei Dementia praecox. *Verslg südwestdtsh. Neur. u. Irrenärzte, Mai 1913.* (c) Zur Psychologie der Dementia praecox. *Votr. Verslg südwestdtsh. Neur. Baden-Baden, Juni 1920.* (d) Über den Sitz der Grundstörung bei der Schizophrenie. *Z. Neur.* **78** (1922). (e) Der Mechanismus des schizophrenen Erlebens. *Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Wien, Sitzg 13. u. 14. Sept. 1927.* (f) Die psychologische Einheitlichkeit der Schizophrenie. *Schweiz. Arch. Psychiatr.* **26** (1930). — KÜRBITZ: (a) Die Zeichnungen geisteskranker Personen in ihrer psychologischen Bedeutung und differentialdiagnostischen Verwertbarkeit. *Z. Neur.* **13** (1912). (b) Psychische Störungen in der Haft. *Allg. Z. Psychiatr.* **82** (1925). — KURE, S.: (a) Dementia praecox. *Neurologia* **13**, H. 9 (jap.). (b) Die hebephrene Form in der Dementia praecox. *Neurologia* (jap.) **12**, H. 4; **13**, H. 8. — KURE, S. and SHIMODA: (a) On the brain of dementia praecox. *J. nerv. Dis.* **58** (1923). (b) Studies on dementia praecox. A statistical investigation of various conditions which might have affected the brain before the onset of the disease. *J. nerv. Dis.* **62** (1925).
- LADAME, CH.: (a) A propos de la „folie religieuse“. *Ann. méd.-psychol.* **79** (1921). (b) Betrachtungen über den Schlaf einer zirkulären Schizophrenen. *Z. Neur.* **82** (1923). — LÄGEL: (a) Betrachtungen über den inneren Zusammenhang der katatonischen Krankheitserscheinungen. *Allg. Z. Psychiatr.* **76** (1920). (b) Das psychoanalytische Problem bei der Schizophrenie. *Allg. Z. Psychiatr.* **88** (1928). — LAFORA: (a) Psychologische Studien über Kubismus und Expressionismus. *Arch. de Neurobiol.* **3**, No 2. (b) Nuevo tratamiento causal de la demencia precoz y concepcion de su patogenia. *Siglo méd.* **1918**. (c) Patogenia del suicidio en la demencia precoz. *Siglo méd.* **1917**, 12; *Z. Neur.* **20** (1920). — LAFORGUE, RENÉ: (a) Über Skotomisation in der Schizophrenie. *Internat. Z. Psychoanal.* **12** (1926). (b) Schizophrenie, Schizomanie und Schizonoia. *Z. Neur.* **105** (1926). (c) Schizophrenie

et schizonoïa. Rev. franç. Psychanal. 1 (1927). (d) Absperrungsmechanismen in der Neurose und ihre Beziehung zur Schizophrenie. Internat. Z. Psychoanal. 15 (1929). — LAGRIFFE: (a) Les troubles du mouvement dans la démence précoce. Congr. aliéné 1913. Encéphale 8 II (1913). (b) Recherches de physiologie pathologiques sur les troubles du mouvement dans la démence précoce. Rev. de Psychiatr. et Psychol. exper. 17 (1913). — LAIGNEL-LAVASTINE: (a) Etude anatomo-clinique d'une démente précoce syphilitique. Revue neur. 1914, No 2. (b) Plaques cytograisseuses du corps strié et altérations musculaires dans trois cas de démence précoce hébéphrénocatatonique. Encéphale 16 (1921). (c) Délire d'influence et psychose familiale. Encéphale 16 (1921). (d) Lésions du corps strié „plaques cyto-graisseuses“ et altérations vasculaires dans trois cas de démence précoce hébéphrénocatatonique. Zbl. Neur. 30 (1922); Encéphale 17 (1922). — LAIGNEL-LAVASTINE et PIERRE KAHN: Paranoïa et début possible de démence paranoïde. Encéphale 22 (1927). — LAIGNEL-LAVASTINE, PIERRE KAHN et PIERRE BOURGEOIS: Schizophrénie évoluant à la suite d'une intervention chirurgicale. Encéphale 22 (1927). — LA MOURE, CHARLES T.: Dementia praecox. Albany med. Ann. 43 (1922). — LAMPL, OTTO: Über Versuche, gewisse Formen der Schizophrenie mit Epiglandol außerhalb der geschlossenen Anstalt zu behandeln. Münch. med. Wschr. 1929 I. — LANDAUER, K.: Spontanheilung einer Katatonie. Internat. Z. ärztl. Psychoanal. 2 (1914). — LANDECKER: Die Möglichkeit der Konstitutionsverwandlung durch kombinierte Organ- und Strahlentherapie. Verh. I. internat. Kongr. Sexualforschg 2. — LANG: Über Associationsversuche bei Schizophrenen und den Mitgliedern ihrer Familien. Diss. Zürich. — LANGE, BRUNO: Sprachstörungen bei der Dementia hebephrenica. Berlin 1910. — LANGE, J.: (a) Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Springers Monogr. 31 (1922). (b) Periodische, zirkuläre und reaktive Erscheinungen bei der Dementia praecox. Z. Neur. 80 (1922). (c) Über Encephalitis epidemica und Dementia praecox. Z. Neur. 84 (1923). (d) Der Fall Bertha Hempel. Z. Neur. 85 (1923). (e) Ein schizophrener Bauerngeschlecht. Sekt.: Dtsch. Ver. Psychiatr. u. Ges. dtsch. Nervenärzte Innsbruck, Sitzg 26. Sept. 1925. (f) Über die Paranoïa und die paranoïsche Veranlagung. Z. Neur. 94 (1924). (g) Genealogische Untersuchungen an einer Bauernsippenschaft. Z. Neur. 97 (1925). (h) Klinisch-genealogisch-anatomischer Beitrag zur Katatonie. Mschr. Psychiatr. 59 (1925). (i) Zur Frage des schizophrenen Reaktionstyps. Münch. med. Wschr. 73 (1926). (k) Die Paranoïafrage. ASCHAFFENBURGS Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien: 1927. (l) Psychiatrische Zwillingsprobleme. Z. Neur. 112 (1928). (m) Zwillingspathologische Probleme der Schizophrenie. Wien. klin. Wschr. 1929 II. (n) Leistungen der Zwillingspathologie. Allg. Z. Psychiatr. 90 (1929). — LANGE, WILHELM: Hölderlin. Eine Pathographie. Stuttgart: Ferdinand Enke 1909. — LANGELÜDDECKE, ALBRECHT: (a) Zur Frage des archaisch-primitiven Erlebens und Denkens in der Schizophrenie. Z. Neur. 93 (1924). (b) „Rhythmische Kurven“ von metencephalitischen und schizophrenen Kranken. Kongr. nordwestdtsch. Psychiatr. u. Neur. Hamburg, Sitzg 30. Okt. 1926. (c) Archaisch-primitives Erleben und Denken und Schizophrenie. Psychiatr.-neur. Wschr. 28 (1926). (d) Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns. Allg. Z. Psychiatr. 84 (1926). — LANGFELDT, GABRIEL: (a) Die klinische und experimentelle Untersuchung des vegetativen Nervensystems mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens bei Dementia praecox. Norsk Mag. Laegevidensk. 86 (1925). (b) Clinical and experimental investigations on the relation between internal secretions and dementia praecox. Acta med. scand. (Stockh.) 16, Suppl. (1926). (c) Untersuchungen über die Wirkung einiger Extrakte aus endokrinen Organen bei Geisteskrankheiten. Med. Rev. 44 (1927). (d) Untersuchungen über das Vorkommen endokriner Störungen bei Dementia praecox. Dtsch. Z. Nervenheilk. 97 (1927). — LAPINSKI: Psychiatrische Begutachtungen. Verbrechen während der Dementia praecox simplex. Liječn. Vjesn. (serbokroat.) 45 (1923). — LAURENT, A.: Arriération mentale et démence précoce. Encéphale 6 II (1911). — LAUTIER, J.: (a) Le démembrément de la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 1924 I. (b) Catatonie et psychose périodique. Ann. méd.-psychol. 1924 II. — LAZELL, EDWARD: The group treatment of dementia praecox. Psychoanal. Rev. 8 (1921). — LEBZELTER: Konstitution und Rasse. Die Biologie der Person I. — LEGRAIN: (a) Trois déments précoces. Arch. de Neur. 2, 55. (b) Démence précoce. Arch. de Neur. 2, 120. (c) Deux guérisons manquées. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 3 (1910). (d) Pour servir à l'histoire de la démence précoce. Bull. Soc. de Méd. ment. 5 (1912). (e) Pour servir à l'histoire de la démence précoce (suite). Folie familiale. La démence et la dégénérescence. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 5 (1912). (f) Démence précoce et ramollissement cérébral. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 5 (1912). — LEIBBRAND: Musik und Psycho-pathologie. Psychol. u. Med. 3. — LELONG, P.: Evolution psychologique d'une schizophrène. Ann. méd.-psychol. 86 I (1928). — LEMEL, N. J.: Über die Behandlung der Dementia praecox. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 58 II (1914). — LEMOS, M.: Gigantisme, infantilisme et acromégalie. Nouv. Iconogr. Salpêtrière 24 (1911). — LENZ, FRITZ: (a) Entstehen die Schizophrenien durch Auswirkung recessiver Erbanlagen? Münch. med. Wschr. 68 (1921). (b) Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Fragestellung nach der erblichen

Bedingtheit der Schizophrenien. Arch. Rassenbiol. **15** (1924). — LEO, CHR.: Über Pflöpfhebephrenien. Diss. Greifswald 1921. — LEPEL, GERHARD F.: Schizophrenie bei ehemaligen Musterschülern. Z. Neur. **112** (1928). — LÉPINE et TATY: Tuberculose, démente catatonique, méningo-encéphalite. Encéphale **5 I** (1910). — LEROY: (a) Catatonie chez une femme de 45. ans. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **3** (1910). (b) Dessins d'un dément précoce avec état maniaque. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **4** (1911). (c) Les rémissions dans la démente précoce. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **8** (1912). (d) Un cas de démente précoce chez un malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. Soc. Méd.-psychol., 28. Okt. 1912. Ann. méd.-psychol. **70 II** (1912). (e) Deux cas de démente paranoïde, dont l'un survenu après la ménopause. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **6** (1913). — LEROY et CAPGRAS: Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes au cours de deux accès de folie périodique. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **3** (1910). — LEROY-GENIL-PERRIN: Ironie et imitation chez un catatonique. Ann. méd.-psychol. **71 I** (1913). — LEROY et MÉDAKOVITCH: Délire mystique chez deux jumeaux. Ann. méd.-psychol. **87 II** (1929). — LEROY et MONTASSUT: Psychose intermittente atypique simulant la démente précoce. Ann. méd.-psychol. **83 II** (1925). — LEROY et ROGUES DE FURSAC: Un ménage de syphilitiques, paralysie générale et démente précoce. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. **6** (1913). — LESCHKE: Bemerkungen zu der Arbeit von E. KÜPPERS: Plethysmographische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Z. Neur. Orig. **17** (1913). — LESSING: Innere Sekretion und Dementia praecox. Berlin: Karger 1921. — LEUPOLDT, C. v.: (a) Ätiologische Analysen. Z. Neur. **94** (1925). (b) Blutbilder bei Geisteskranken. II. Mitt. Arch. f. Psychiatr. **82** (1928). — LEUVEN, G.: Über Aufmerksamkeitsprüfungen. Psychiatr. Bl. (holl.) **1922**, Nr 1/2. — LÉVÊQUE: De la fugue chez les déséquilibrés et dans un cas de démente primitive de Delasiauve, démente précoce de KRAEPELIN. Ann. méd.-psychol. **71 I** (1913). — LEVI BIANCHINI, M. e JACOPO NARDI: Contributo alla malariaterapia della schizofrenia. Arch. gen. di Neur. **9** (1928). — LEVINGER, ERNST: Über die Bedeutung der Sexualität für den Mechanismus von Psychosen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre vom „Abbau der Funktion“. Z. Neur. **119** (1929). — LEVY-BRÜHL, L.: Das Denken der Naturvölker. Deutsch von JERUSALEM. Leipzig-Wien: Wilhelm Braumüller 1921. — LÉVY-DARRAS: De la pathogénie des hallucinations. Prat. Méd. franç., Juli **1927**. — LEVY-SUHL, MAX: Neue Wege in der Psychiatrie. Eine vergleichende Betrachtung des Seelenlebens der Wilden und der Geistesstörungen des Kulturmenschen nebst einer methodologischen Einleitung. Abh. Psychother. **1925**, H. 3. — LÉVY-VALENSI, J.: (a) Syntones, schizoides et schizophrènes, essai de schématisation. Paris méd. **15** (1925). (b) L'automatisme mental usw. Congr. Méd. alién. Blois 1927. Paris: Masson & Co. 1927. — LEVY-VALENSI et GENIL-PERRIN: Interprétations délirantes, fabulation et affaiblissement intellectuel précoce. Paris. psychiatr. Ges., 21. Mai 1913. Encéphale **8** (1913). — LEWIN, L.: Neue Wege und Ziele der Psychopathologie mit besonderer Berücksichtigung der Hysterie und Dementia praecox. Berl. Ges. Psychiatr. u. Nervenkrkh., Sitzg **13**. Okt. u. **10**. Nov. 1919. — LEWIS, NOLAN D. C.: Mechanisms in certain cases of prolonged schizophrenia. Amer. J. Psychiatry **9** (1929). — LEWIS, N. and G. DAVIES: A correlative study of endocrine imbalance and mental disease. J. nerv. Dis. **54** (1922); Zbl. Neur. **29**. — LEY, AUGUSTE: Démente précoce et traitement homofamilial. J. de Neur. **28** (1928). — LEY et MENZERATH: L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales. Ref. 6. belg. Kongr. Neur. u. Psychiatr. Brügge 1911. — LEYSER, E.: (a) Schlaf und Stupor. J. Psychol. u. Neur. **30** (1924). (b) Zur Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen. Z. Neur. **99** (1925). — LIBERT, L.: Les perversions instinctives au début de la démente précoce. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. Belg. **1912**. — LIEBERMEISTER, G.: Tuberculose und Psychosen. Arch. f. Psychiatr. **70** (1924). — LIENAU: (a) Über Jugendirrese. Sitzungsbericht. Neur. Zbl. **33** (1914). (b) Beitrag zur Kasuistik des katatonischen Stupors. 20. Jverslg norddtsch. Psychiatr. u. Neur. Kiel, Sitzg **25**. Okt. 1924 (1925). — LIEPMANN: Psychomotorische Studien zur Konstitutionsforschung. Z. Nervenheilk. **102** (1928). — LINDNER, TORSTEN: (a) Einige Bemerkungen zum aktuellen Schizophrenieproblem. Hygiea (Stockh.) **90** u. englische Zusammenfassung, 1928. (b) Lipidstudien STENBERGS bei manico-depressiven und schizophrenen Psychosen im Lichte der modernen Infektionstheorie. Acta psychiatr. (Københ.) **4** (1929). — LINDSAY: Dementia praecox with special reference to treatment. Illinois med. J., Okt. **1914**. — LIPMANN, O. u. H. BOGEN: Naive Physik. Leipzig: Joh. Ambr. Barth 1923. — LOBSTEIN, J.: Einige interessante Stammbäume. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **71 II** (1927). — LÖPFE: Über kindliche Schizophrenien. Schweiz. Arch. Neur. **14** (1924). — LOESSL, JOHANN u. JULIUS JÁKI: Über einen Fall von fast vollkommenem, selbstverstümmelndem Herauszerren des Colonschleimhautrohres bei einer Dementia praecox-Kranken. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **8** (1926). — LORENZ: Some observations on catatonia. Psychiatr. Quart. **4**, 95. — LORENZ, W.: Sugar tolerance in dementia praecox and other mental disorders. Arch. of Neur. **8** (1922). Zbl. Neur. **31** (1923). — LOEWENSTEIN: (a) Experimentelle Beiträge zur Lehre von den katatonen Pupillenver-

änderungen. Mschr. Psychiatr. **47** (1920). (b) Über den Nachweis psychischer Vorgänge und Suggestibilität für Gefühlszustände im Stupor. Z. Neur. **61** (1920). — (c) Über die Variationsbreite des Lichtreflexes und der Psychoreflexe der Pupillen. Arch. f. Psychiatr. **82** (1928). — LÖWENSTEIN, O. u. H. WESTPHAL: Kinematographische Untersuchungen über Störungen der Pupillenbewegung mit besonderem Hinblick auf den sog. Spasmus mobilis. Arch. f. Psychiatr. **82** (1928). — LÖWY: (a) Über Demenzprozesse und ihre Begleitpsychosen. Jb. Psychiatr. **31** (1910). (b) Aus dem differentialdiagnostischen Grenzgebiet zwischen hysterischen und schizophrenen Symptomen: Körperlicher Beeinflussungswahn bzw. „Halluzinationen der Körperorgane“ und der kinästhetischen Empfindungen, wohl in Beziehung zu hysteriformen Sensibilitätsstörungen, Parästhesien und zur Verarbeitung eines psychischen Explosionsschocks usw. Mschr. Psychiatr. **49** (1921). (c) Über Wahnbildung. Z. Neur. **76** (1922). (d) Dementia praecox, intermediäre psychische Schicht und Kleinhirn-Basalganglien-Stirnhirnsysteme. Mschr. Psychiatr. **20**, Beih. (1923). (e) Vergleichende Betrachtung einiger Fälle erotischer Wahnbildung (Gouvernantenwahn, Paraphrenie). Mschr. Psychiatr. **53** (1923). — LOURIÉ-OSSIP: La langage et la verbomanie. Paris: Alcan 1912, 275 S. LOWREY, L.: Variations in the diagnosis of dementia praecox and manic-depressive psychoses. J. nerv. Dis. **58** (1923). — LUBARSCHE: Individualanatomie. Die Biologie der Person, Bd. 1. — LUDLUM, S.: Psychologic characteristics in insanity. The thymus and the pituitary in dementia praecox. J. amer. med. Assoc. **61**, 936. — LÜCKERATH: Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Z. Psychiatr. **68** (1911). — LUGIATO-LAVIZZARI: La funzione circolatoria nei dementi precoci I. Giorn. Psychiatr. clin. **38**, H. 1 (1910); Riv. sper. Freniatr. **37** (1911). — LUKACS: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Klinikai füzetek **1907**, Nr 3; Ref. Neur. Zbl. **27** (1908). — LUMPP: Das Schicksal von 50 zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. Aus dem Männerzuchthaus Bruchsal. Bl. Gefängnisde **47** (1913). — LUNDBERG: Ein Fall von Paralysis agitans etc. Dtsch. Z. Nervenheilk. **19** (1901). — LUNDHOLM, HELGE: (a) An attempt to analyze the subjective reality-sphere of the schizophrenic, and a criticism of the „logic-tight compartment“ theory. J. nerv. Dis. **68** (1928). (b) Constitutional psychological factors in „functional“ psychoses. II. Dementia praecox. J. nerv. Dis. **68** (1928). — LUNDVALL, H.: Über Blutveränderungen bei Dementia praecox, nebst einem Versuch einer Art spezifischer Therapie. Kristiana: Nationaltrykkeriet 1912. — LURJE, W.: (a) Autismus und Buddhismus. Eine Parallele. Z. Neur. **70** (1921). (b) Das Denken der Schizophrenen. Fortschr. Med. **43** (1925). LUTHER: Erblichkeitsbeziehungen der Psychosen. Z. Neur. **25**, 71 (1914). — LUXENBURGER, HANS: (a) Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisterschaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittsbevölkerung. (Ein Beitrag zum Konstitutionsproblem). Z. Neur. **109** (1927). (b) Zur Frage der Korrelation zwischen Dementia praecox und Anfälligkeit gegen Tuberkulose. Verslg südwestdtsch. Neur. u. Irrenärzte Baden-Baden, Sitzg 11. bis 13. Juni 1927. (c) Referat über v. VERSCHUER. Zbl. Neur. **50** (1928). (d) Zur Methodik der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie. Z. Neur. **117** (1928). (e) Demographische und psychiatrische Untersuchungen in der engeren biologischen Familie von Paralytikerehegatten (Versuch einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung). Z. Neur. **112** (1928). (f) Über weitere Untersuchungen zur Frage der Korrelation von schizophrener Anlage und Widerstandsschwäche gegen die tuberkulöse Infektion. Z. Neur. **122** (1929). (g) Die wichtigsten neueren Fortschritte der psychiatrischen Erblichkeitsforschung. Fortschr. Neur. **1** (1929). (h) Grundsätzliches zur kausalen Prophylaxe der erblichen Geisteskrankheiten. Z. psych. Hyg. **2** (1929). (i) Die Bedeutung der Statistik für die psychiatrische Erblichkeitsforschung. Psychiatr.-neur. Wschr. **31** (1929). (k) Erblichkeit, Keimschädigung, Konstitution, Rasse. Fortschr. Neur. **2** (1930) (l) Psychiatrisch-neurologische Zwillingspathologie. Zbl. Neur. **56** (1930). (m) Theoretische und praktische Bedeutung der Zwillingsforschung. Nervenarzt **3** (1930). — LWOFF et TARGOWLA: Un cas de mutisme. Encéphale **16** (1921).

MAVILLE: (a) Démence précoce fruste avec phénomènes de dyspraxie. Revue neur. **23 I** (1912). (b) Démence précoce et apraxie. Rev. de Psychiatr. **16** (1912). — MCCARTNEY, JAMES LINCOLN: (a) Dementia praecox as an endocrinopathy. China med. J. **42** (1928). (b) Dementia praecox as an endocrinopathy with clinical and autopsy reports. Endocrinology **13** (1929). — MCDUGAL, W.: The nature of functional disease. Amer. J. Psychiatr. **1** (1922). — MAEDER, A.: (a) La langue d'un aliéné. Analyse d'un cas de glossalalie. Arch. de Psychol. **9** (1910). (b) Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Jb. psychoanal. Forschg **2** (1910). (c) Zur Entstehung der Symbolik im Traum in der Dementia praecox usw. Zbl. Psychoanal. **1** (1911). — MAGALHAES, LEMOS: Emotion-choc et confusion mentale (Amnésie, négativisme, autonégativisme et sensations internes dans la confusion mentale.) Revue neur. **35 II** (1928). — MAGENAU, O.: (a) Verlaufsformen paranoider Formen der Schizophrenie. Beitrag zur Paraphrenielehre. Z. Neur. **79** (1922). (b) Die Tuberkulose und die Gruppe der Schizophrenie. Z. Neur. **96** (1925). — MAGG, F.: Beitrag zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. **119** (1929). — MAIER, HANS, W.: (a) Über

katathyme Wahnbildungen und Paranoia. *Z. Psychiatr.* **13** (1912). (b) Unfallgutachten über Fälle von Dementia praecox. *Korresp.bl. Schweiz. Ärzte* **1912**, Nr 8. (c) Über Versicherungshebephrenien. *Z. Neur.* **78** (1922). (d) Zur Psychologie der Schizophrenie und deren therapeutischer Bedeutung. *Wien. med. Wschr.* **77** (1927). (e) Die psychiatrische Universitätspoliklinik in Zürich. RÖMER-KOLB-FALTHAUSER, Die offene Fürsorge usw., S. 85. Berlin: Julius Springer 1927. — MAIER, HANS u. RÖMER: Die Frühentlassung der Schizophrenen. *Zbl. Neur.* **53** (1929). — MAILLARD: Über den diagnostischen Wert von Reflexstörungen bei der Dementia praecox, besondere Form des Patellarreflexes in einem solchen Fall. *Sitzgsber. Neur. Zbl.* **29** (1910). — MAILLARD et LE MAUX: Paralysis générale précoce avec suggestibilité d'apparence catatonique. *Revue neur.* **1912 I**. — MAIN, DANIEL: Catatonic dementia praecox; physio-therapeutics, and results obtained in a series of 20 cases. *Amer. J. Psychiatr.* **2** (1923). — MAKAROW, W. E.: Über die anthropologische Genese der Körperbautypen im Zusammenhang mit der Veranlagung zu einigen Psychosen. *Arch. Psychiatr.* **75** (1925). — MANN, S. A.: The neutral Sulphur Excretion in Dementia praecox following Sodium Thiosulphate Ingestion. *J. ment. Sci.* **71** (1925). — MARCHAND: A propos du cas de M. Legrain Démence précoce et ramollissement cérébral. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **6** (1913). — MARCHAND, L.: Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce. *J. de Neur.* **28** (1928); *Ann. méd.-psychol.* **86 I** (1928). — LE MARCHAND et G. THOMAS: Trois cas de démence précoce survenue chez des épileptiques après disparation des crises convulsives. *Ann. méd.-psychol.* **1923 II**. — MARCUSE, HARRY: Doppelkernige Thalamuszellen bei Schizophrenie. *Z. Neur.* **95** (1925). — MARCUSE, HARRY u. FRANZ KALLMANN: Zur Sulfosinbehandlung der Paralyse und Schizophrenie. *Nervenarzt* **2** (1929). — MARGULIES, M.: Zur Salicyltherapie der Schizophrenie. *Med. Klin.* **23** (1927). — MARIE: (a) Influence des lésions cérébrales localisées sur la production et l'orientation des hallucinations. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **3** (1910). (b) Des dessins stéréotypés des aliénés. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **5** (1912). (c) Sur quelques dessins de déments précoces. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **5** (1912). (d) Trois cas de démence précoce dans la descendance de paralytiques généraux. *Encéphale* **24** (1929). (e) Etiologie spécifique de certaines démences précoces. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **33** (1929). — MARIE u. BAJENOFF: (a) Über die Beziehungen der Dementia praecox zur Degenerationsfrage. *Ref. Kongr. Irrenpflege, Moskau, Jan. 1914*. (b) Die Lehre von der Dementia praecox und Entartung. *Neur. Zbl.* **33** (1914). — MARIE et PAILHAS: Dessins curieux de déments précoces. *Arch. internat. Neur.* **1913 I**. — MARIE et PARHON: Note sur l'état des glandes à sécrétion interne dans quelques cas d'aliénation mentale. *Arch. de Neur.* **34** (1912). — MARIE et TOPORKOFF: Démence précoce et syphilis. *Arch. internat. Neur.* **48 II** (1929). *Zbl. Neur.* **54**. — MARKUS: Über Assoziationen bei Dementia praecox. *Arch. f. Psychiatr.* **48** (1911). — MARRO: Arte Primitiva e Arte Paranoica. *Torino 1916*. — MARTIN, ROUSSET, LAFORGUE: Fugues et impulsions dans la période prodromique de la démence précoce. *Arch. d'Anthrop. Criminol.* **26**, 346. — MASCHMEYER, ERNST: Ein Beitrag zur Kunst der Schizophrenen. *Arch. f. Psychiatr.* **78** (1926). — MASSELON, RENÉ: (a) Psychologie des Déments précoces. Thèse de Paris **1902**. (b) Délire systématisé à base d'obsession. *Ann. méd.-psychol.* **71 I** (1913). (c) Les voies d'invasion de la démence précoce. *Encéphale* **28 II** (1914—15). — MATECKI u. SZPIDBAUM: Die Konstitution der schizophrenen Juden. *Z. Neur.* **109** (1927). — MATERNA: Histologische Untersuchung von Hoden bei Dementia praecox. *Wien. klin. Wschr.* **1915**, 573. — MATHES: Die Konstitutionstypen des Weibes, insbesondere des intersexuellen Typus. — HALBAN-SEITZ: Biologie des Weibes, Bd. 3. — MATZDORFF, P.: Eine diffuse Geschwulst der weichen Hirnhäute. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung schizophrener Psychosen bei organischen Gehirnerkrankungen. *Z. Neur.* **86** (1923). — MAUZ, FRIEDRICH: (a) Über Schizophrene mit pyknischem Körperbau. *Z. Neur.* **86** (1923). (b) Über Schizophrene mit pyknischem Körperbau. Ein Beitrag zur klinischen Diagnostik und Prognostik. *Diss. Tübingen 1926*. (c) Die Prognostik der endogenen Psychosen. *Leipzig 1930*. — MAYER: Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Funktionen des Zwischenhirns. *Z. Neur.* **20** (1913). — MAYER, HERM.: (a) Über die Ätiologie der Dementia praecox. *Diss. Freiburg 1911*. (b) Ein Fall von Kinderpsychose. *Ver. Psychiatr. u. Neur. Wien*, 14. Nov. 1911. *Wien. klin. Wschr.* **24**. — MAYER, WILHELM: (a) Über paraphrene Psychosen. *Dtsch. Forschungsanst. Psychiatr. München, Sitzg 12. Mai 1921*. *Z. Neur.* **71** (1921). (b) Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion. *43. Vers. d. südwestdtsch. Irrenärzte, November 1913*. *Allg. Z. Psychiatr.* **71** (1914). — MAYER-GROSS: (a) Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. *Z. Neur.* **60** (1920). (b) Beiträge zur Psychopathologie schizophrener Endzustände. 1. Mitt. Über Spiel, Scherz, Ironie und Humor in der Schizophrenie *Z. Neur.* **69** (1921). (c) Zum Problem des „schizophrenen Reaktionstypus“. *Z. Neur.* **76** (1922). (d) Über das oneiroide Zustandsbild. *Verslg. südwestdtsch. Neur. u. Irrenärzte Baden-Baden, Mai 1922*. (e) Zur Frage der Demenz schizophrener Endzustände. *Jverslg dtsch. Ver. Psychiatr. Jena, Sitzg 20. u. 21. Sept. 1923*. (f) Selbstschilderungen der Verwirrtheit. *Berlin 1924*. (g) 25 Jahre Dementia praecox. *Klin. Wschr.* **1924 I**. (h) Über die sog. archaisch-primitive Schicht

in der Schizophrenie. 88. Jverslg dtsh. Naturforsch., Sekt. Dtsch. Ver. Psychiatr. u. Ges. dtsh. Nervenärzte Innsbruck, Sitzg 29. Aug. 1924 (1925). (i) Ametia. Klin. Wschr. 4 (1925). (k) Grundsätzliches zur psychiatrischen Konstitutions- und Erbllichkeitsforschung. Z. Psychiatr. 100 (1926). (l) Primäre und sekundäre Symptome in der Schizophrenie. Z. Neur. 124 (1930). — MAYER-GROSS u. H. STEIN: (a) Über einige Abänderungen der Sinnestätigkeit im Mescalinausw. Z. Neur. 100 (1926). (b) Pathologie der Wahrnehmung. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 1. 1928. — MAYER-GROSS, W. u. G. STEINER: Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung. Z. Neur. 73 (1921). — MAYNSKI: Die Konstitution in der Schizophrenie. Roczn. psychiatr. (poln.) 1927, H. 5. — MAZURKIEWICZ, J.: Somatische Untersuchungen psychisch Kranker. Now. lek. (poln.) 33, Nr 7, 100—102. — MEDOW: (a) Zur Erbllichkeitsfrage in der Psychiatrie. Z. Neur. 26 (1914). (b) Atypische Psychosen bei Oligophrenie. Mschr. Psychiatr. 58 (1920). (c) Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. (Erstarrende Rückbildungsdepression.) Arch. f. Psychiatr. 64 (1922). (d) Bewußtseinstrübungen bei Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 67 (1923). — MEGG: Beitrag zur Belastungstatistik der Durchschnittsbevölkerung. (Nähere Verwandtschaft in das Allgäu eingewanderter Oberpfälzer und Franken.) Z. Neur. 119 (1929). — MEGGENDORFER, F.: (a) Über Syphilis in der Aszendenz von Dementia praecox-Kranken. Dtsch. Z. Nervenheilk. 51 (1914). (b) Über die Rolle der Erbllichkeit bei der Paralyse. Z. Neur. 65 (1921). (c) Klinische und genealogische Untersuchungen über Moral insanity. Z. Neur. 66 (1921). — MELLUS, E.: The early diagnosis and treatment of dementia praecox. Boston med. J. 170, Nr 9, 313. — MENNINGER, K.: (a) Reversible schizophrénia. A study of the implications of delirium schizophrénoides and other post-influenzal syndromes. Amer. J. Psychiatry 1 (1922). (b) The schizophrénic syndrome as a product of acute infectious disease. Arch. of Neur. 20 (1928). — MENNINGER, WILLIAM C.: Pupillary anomalies in schizophrénia. Arch. of Neur. 20 (1928). Zbl. Neur. 52. — MENNINGER VON LERCHENTHAL, ERICH: (a) Zur Frage der Adrenalinunempfindlichkeit bei Dementia praecox. Mschr. f. Psychiatr. 57 (1925). (b) Zur pyrogenetischen Therapie der Dementia praecox. Z. Neur. 97 (1925). (c) Bericht über einen Versuch mit Saprovitán bei Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. 29 (1927). (d) Zur pyrogenetischen Therapie der Dementia praecox. II. Mitt. Z. Neur. 107 (1927). (e) Analyse eines schizophrénen Schriftstückes. Z. Neur. 107 (1927). (f) Zur Behandlung der Dementia praecox (Schizophrénie). Münch. med. Wschr. 1929 I. (g) Über die bemerkenswerten Heilungsvorgänge bei Psychosen. Allg. Z. Psychiatr. 90 (1929). (h) Beitrag zur Psychologie der Schizophrénie. Mit besonderer Berücksichtigung der Wortstereotypie. Z. Neur. 125 (1930). (i) Der gegenwärtige Stand der Fieber- und Infektionstherapie bei der Dementia praecox oder Schizophrénie. Zbl. Neur. 60 (1931). — MERLAND, A. et FLORENTIN: (a) Lésion de l'écorce cérébrale et des ganglions sympathiques dans un cas de démence précoce. C. r. Soc. Biol. Paris 89 (1923). (b) Lésions des glandes endocrines dans un cas de démence précoce. C. r. Soc. Biol. Paris 89 (1923). — METTE, ALEXANDER: Über Beziehungen zwischen Spracheigentümlichkeiten Schizophréner und dichterischer Produktion. Dessau 1928. — MEYER, A.: (a) The nature and conception of dementia praecox. J. of abnorm. Psychol. 5 (1910). (b) Constructive formulation of schizophrénia. Amer. J. Psychiatry 1 (1922). — MEYER, A., JELLIFFE, SMITH ELY, A. HOCH: Dementia praecox, Boston: R. G. Badger. — MEYER, E.: (a) Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. 66 (1909). (b) Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Berl. klin. Wschr. 47 (1910). (c) Körperliche Störungen bei Dementia praecox. Neur. Zbl. 31 (1912). (d) Weiteres über Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Neur. Zbl. 31 (1912). (e) Die Dementia praecox. Berl. Klin. 1919, H. 22. (f) Paranoische Formen des manisch-depressiven Irreseins. Arch. f. Psychiatr. 64 (1922). (g) Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Verslg dtsh. Ver. Psychiatr. Cassel, Sitzg 1. u. 2. Sept. 1925. Allg. Z. Psychiatrie 83 (1926). — MEYER, MAX: (a) Zur Frage der Adrenalinunempfindlichkeit bei Dementia praecox. Z. Neur. Ref. 13, 53 (1917); Mschr. Psychiatr. 41 (1917). — MEYERHOF, OTTO: Die Psychologie des Wahns. Diss. Göttingen 1910. — MICHEL JOHANN: Die körperlichen Störungen bei Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. 15 (1913). — MICHEL, RUDOLF: Zur Psychopathologie der Spitalsbrüder. Arch. Kriminol. 76 (1923). — MICHEL, RUDOLF, RICH. WEBER: Körperbau und Charakter (eine Studie zu KRETSCHMERS Forschungen). Arch. f. Psychiatr. 71 (1924). — MIGNARD, MAURICE: (a) La psychose dyspathique; Les phénomènes dyspathiques dans la psychose hébéphrénique. Encéphale 7 II (1912). (b) Sur la Psychopathogénie des Hallucinations. Ann. méd.-psychol. 1922 I. (c) Une Psychose Passionelle. Ann. méd.-psychol. 1923 I. (d) La Subduction Mentale Morbide. Ann. méd.-psychol. 1924 I. — MIGNARD et PROVOST: Confusion mentale et psychose discordante. Hébéphrénie. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 6 (1913). — MIGNOT, ROGER et ANDRÉ LEGRAND: Les troubles de la respiration dans la démence précoce. Arch. internat. Neur. 46 I (1927). Zbl. Neur. 46. — MIGNOT et PETIT: Corps étrangers du rectum chez un dément précoce. Oclusion complète et perforation secondaire du colon ilio-pelvien. Encéphale 8 II (1913). — MIKULSKI: Démence précoce, acromégalie atypique. Nouv. iconogr.



- Salpetrière 24 (1911). — MILLER, E.: Mental dissociation: Its relation to catatonia and the mechanism of narcolepsy. *Brain* 50 (1927). — MINKOWSKA, F.: Troubles essentiels de la schizophrénie. Evolution psychiatrique. Paris: Payot 1925. — MINKOWSKI, E.: (a) La schizophrénie et la notion de maladie mentale. *Encéphale* 16 (1921). (b) Recherches sur le rôle des „complexes“ dans les manifestations morbides des aliénés. *Encéphale* 17 (1922). (c) Etude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique. *J. Psychol. norm. et Path.* 20 (1923). (d) La Schizoidie et la Systonie de M. BLEULER, la Methode de RORSCHACH; le nouveau Service pour Enfants anormaux; le Placement Familial. *Ann. méd.-psychol.* 1923 I (e) BLEULERS Schizoidie und Syntonie und das Zeiterlebnis. *Z. Neur.* 82 (1923). (f) Les regrets morbides. Contribution à l'étude des attitudes schizophréniques. *Ann. méd.-psychol.* 83 II (1925). (g) Démence précoce schizophrénie, schizoidie. *Soc. méd.-psychol.*, Tome 84, Teil I. 1926. (h) La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie. Paris: Jouve 1926. (i) L'autisme et les attitudes schizophréniques. *J. Psychol. norm. et Path.* 24 (1927). (k) Sur le rattachement des lésions et des processus psychiques de la schizophrénie à des notions plus générales. *Rev. franç. Psychanal.* 1 (1927). (l) Contribution à l'étude du syndrome d'automatisme mental. Automatisme mental associé à un délire mélancolique. Automatisme mental et cénestopathie. *Ann. méd.-psychol.* 85 I (1927). (m) La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Bibliothèque scient. Paris 1927. (n) Kritische Analyse einiger Arbeiten über die Halluzinationen. *Nervenarzt* 2 (1929). — (o) Das Problem der primären und sekundären Symptome. *Mschr. Psychiatr.* 75 (1930). (p) Etude sur la structure des états de dépression. *Arch. Suisses de Neur.* 26 (1930). — MINKOWSKI, F. u. E.: Probleme der Vererbung von Geisteskrankheiten auf Grund von psychiatrischen und genealogischen Untersuchungen an 2 Familien. *Schweiz. Arch. Neur.* 12 (1923). — MINKOWSKI, E. et R. TARGOWLA: Contribution à l'Etude de l'Autisme (l'Attitude Interrogative). *Ann. méd.-psychol.* 1923 I. — MISKOLCZY, DESZÖ: (a) Über die Histopathologie der Schizophrenie. *Magy. orv. Arch.* 30 (1929). (b) Erbliche Verkürzung der Mittelhandknochen und Schizophrenie. (Zur Frage der Merkmalszusammenhänge.) *Arch. f. Psychiatr.* 87 (1929). (c) Ein Fall von Schizophrenie und Brachymetakarpie in einer Familie mit erblicher Fingerkontraktur. *Arch. f. Psychiatr.* 88 (1929). — MISKOLCZY, DESZÖ u. Géza SCHULTZ: Eidetik und Schizophrenie. *Mschr. Psychiatr.* 72 (1929). — MITA: Beitrag zur Kenntnis der Glykosurie bei Geisteskranken. *Mschr. f. Psychiatr.* 32 (1912). — MITTASCH: Individualpathologie. *Die Biologie der Person*, Bd. 1. — MODENA, G.: La sindrome demenza precoce in rapporto alla evoluzione della personalità psichica. *Riv. sper. Freniatr.* 39 (1913). — MÖCKEL: Die Behandlung der alten Schizophrenen durch die Arbeitstherapie. *Z. Neur.* 78 (1922). — MÖLLENHOFF: Zur Frage der Beziehungen zwischen Körperbau und Psychose. *Arch. f. Psychiatr.* 71 (1924). — MOHR: Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit. *J. f. Psychiatr.* 8 (1906/07). — MOLLWEIDE, K.: (a) Die Dementia praecox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie. *Z. Neur.* 9 (1912). (b) Zur Pathogenese der Dementia praecox. *Z. Neur. Orig.* 22 (1914). (c) Der sensorisch-motorische Dualismus GRIESINGERS als funktionelle Grundlage geistiger Erkrankungsformen. *Z. Neur.* 35 (1916). (d) Symptomenkomplexe und Krankheitsbilder in der Psychiatrie in ihren Beziehungen zu psychomotorischen und psychosensorischen Grundmechanismen. *Z. Neur.* 59 (1920). (e) Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredo-Degenerationen). Bemerkungen zu der Mitt. von KLEIST in Jg. 2, Nr. 21 dieser Wochenschrift. *Klin. Wschr.* 3 (1924). — MOLOČEK, A.: (a) Über die Beziehungen zwischen Rasse und konstitutionellen Körperstrukturformen bei schizophrenen Juden. *Sovrem. Psichonevr. (russ.)* 2 (1926). (b) Dysplast. Konstitution im Problem der Pfropf-Schizophrenie. *Ref. Zbl. Neur.* 50 (1928). — v. MONAKOW: Eine neue Form von Dysgenese der Plexus chorioidei laterales, als morphologische Basis der Dementia praecox (Katatonie). *Festschrift für S. RAMON y CAJAL*, Bd. 2, S. 159—196. — MONDENA, G.: La sindrome demenza precoce in rapporto alla evoluzione della personalità psichica. *Riv. sper. Freniatr.* 39, 468. — MONDIO, E.: (a) Sulla demenza precocissima. *Ann. di Neur.* 40, H. 1, 50—61 (1923). (b) Contributo clinico allo studio della demenza precoce „paranoico-fantastica“. (*Perizia psichiatrica.*) *Il Manicomio* 41 (1928). — MONTASSUT, M.: Amélioration d'une psychose hallucinatoire sous l'influence du traitement pyrétique et anti-infectieux. *Encéphale* 24 (1929). — MONTESANO, G.: (a) Beitrag zum Studium der Dementia infantilis. *Z. jugendl. Schwachsinn* 8 (1922). (b) Über den plötzlichen Tod bei Dementia praecox. *Riv. ital. Neuropat. ecc.* 5, H. 9 (c) I recenti lavori su le schizofrenie e le demenze precoci: La concezione unitaria delle varie forme. *Nuova riv. Clin. ed Assistenza psichiatr. e di Terap. applicata* 2 (1925). (d) Die neueren Arbeiten über die Schizophrenien und die Dementia praecox. Die unitäre Auffassung der verschiedenen Formen. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 92 (1926). — MORAVCSIK: Experimente über das psychogalvanische Reflexphänomen. *J. f. Psychol.* 18 (1912). — MOREL, FERDINAND: A case of compulsive migration. *Psyche a Eros* 2 (1922). — MORETTI: Sul valore terapeutico del nucleinato di sodio nella paralisi progressiva nella demenza precoce. *Rass.*

Studi psychiatr. **3** (1913). — MORGENTHALER, W.: (a) Blutdruckmessungen an Geisteskranken. *Allg. Z. Psychiatr.* **67** (1910). (b) Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken. *Schweiz. Arch. Neur.* **3** (1918). (c) Über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen. *Z. Neur.* **45** (1919). (d) Ein Geisteskranker als Künstler. Berlin u. Leipzig: E. Bircher 1921. (e) Das Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenie. *Z. Neur.* **100** (1926). — MORSE, M.: (a) Thalamic gliosis in dementia praecox. *Amer. J. Insan.* **72** (1). (b) The pathological anatomy of the ductless glands in a serie of dementia praecox-cases. *J. of Neur.* **4** (1923). — MORSELLI, ENRICO: Il problema della costituzione in relazione a sindromie schizofreniche. *Contributo clinico. Note Psichiatr.* **13** (1925). — MORSIER, G. et F. MOREL: Critique de la notion de schizophrénie. *Ann. méd.-psychol.* **87** II 1929. — MOSER, K.: (a) Zur Frage der Beeinflußbarkeit katatoner Stuporen durch subcutane Cocaininjektionen. *Arch. f. Psychiatr.* **66** (1922). (b) Über Schizophrenie bei Geschwistern. *Arch. f. Psychiatr.* **66** (1922). (c) Zur Schizophreniebehandlung mit Somnifendauernarkose. *Dtsch. med. Wschr.* **49** (1923). (d) Grundsätzliches und Kritisches zur Endo- und Exogenese der Schizophrenien. *Arch. f. Psychiatr.* **81** (1927). — MOSER, K. u. E. JACOBI: Zur Berufsfähigkeit defektgeheilter Schizophrener. (Zugleich ein Beitrag zum Vorkommen von Zwangszuständen bei Schizophrenen.) *Arch. f. Psychiatr.* **84** (1928). — MOSES, JULIUS: Die Bedeutung der Frühformen des Jugendirreseins für Schule und Schularzt. *Z. Schulgesdh.pfl.* **42**, 591—595 — MOTT, FREDERICK: (a) Studies in the psychology of dementia praecox. *Proc. roy. Soc. Med., Aug. 1920*. (b) Psychopathology of puberty and adolescence. *J. ment. Sci.* **67** (1921). (c) The reproductive organs in relation to mental disorder. *Brit. med. J.* **1922**, Nr 3195. (d) The genetic origin of dementia praecox. *J. ment. Sci.* **68** (1922). — MOTT and PRADOS Y SUCH: Further pathological studies in dementia praecox, especially in relation to the interstitialcells of LEXDIG. *N. Y. med. J. a. med. Rec.* **116**, Nr 5, 245—253. — MOTT, W.: Etat des organes sexuels dans la démence précoce en rapport avec l'origine genitale de cette affection. *Encéphale* **18** (1923). — LA MOURE: The value of systematic teaching in cases of dementia praecox. *Alienist a. Neur.* **31**, 404. — MUCH: *Psychiatrie und Serologie*. Berl. klin. Wschr. **47** (1910). — MÜLLER, FRITZ: Über das Erkrankungsalter der Dementia praecox mit Berücksichtigung der erblichen Belastung. *Allg. Z. Psychiatr.* **81** (1925). *Diss. Jena 1924* (1926). — MÜLLER, F. P.: Über die Erscheinung der Verwirrtheit. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **65**I (1921). — MÜLLER, G.: Anfälle bei schizophrenen Erkrankungen. *Allg. Z. Psychiatr.* **93** (1930). — MÜLLER, G. E.: Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsverlaufs. *Z. Psychol. I.* **1911**; *II. Erg.-Bd.* **9** (1913); *III. Erg.-Bd.* **8** (1917). — MÜLLER, HELMUT: (a) Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox, ihre Unterschiede und ihre Differentialdiagnose. Bericht über die Literatur der Jahre 1910—1920. *Zbl. Neur.* **28** (1922). (b) Echt periodische Formen der Dementia praecox. *Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Jena, Sitzg 20. u. 21. Sept. 1923*. — MÜLLER, HERMANN: Vier Bildnisse schizophrener Kranker. *Z. Neur.* **131** (1931). — MÜLLER, M.: (a) Die Dauernarkose mit Somnifen in der Psychiatrie. Ein Überblick. *Z. Neur.* **96** (1925). (b) Die Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen bei schizophrenen Endzuständen. *Mshr. f. Psychiatr.* **59** (1925). (c) Der RORSCHACHSche Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse. *Z. Neur.* **118** (1929). (d) Kasuistischer Beitrag zum Erbgang der Schizophrenie (Familie Farner und Familie Setzi). *Arch. Klaus-Stiftg* **2** (1927). (e) Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie. *Mshr. Psychiatr.* **57**, Beih. (1930). (f) Münchner psychiatrische und neurologische Klinik, Jahresbericht. *Arch. f. Psychiatr.* **80** (1927). — MÜNZER, FR. TH.: (a) Gibt es spezifische Antigene im Blut von Katatonikern. *Z. Neur.* **80** (1922). (b) Zur Pathologie der Dementia praecox. *Ver. dtsh. Ärzte Prag, Sitzg Mai 1925*. (c) Beiträge zur Pathologie und Pathogenese der Dementia praecox (Schizophrenie). *Z. Neur.* **103** (1926). (d) Über Veränderungen der männlichen Keimdrüsen bei Dementia praecox (Schizophrenie). Eine vorläufige Mitteilung. *Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Wien, Sitzg 13. u. 14. Sept. 1927*. — MÜNZER u. POLLAK: (a) Dementia praecox und innere Sekretion. *Ver. dtsh. Ärzte Prag, Sitzg 2. Nov. 1923*. *Zbl. Neur.* **35**. (b) Über Veränderungen endokriner Organe und des Gehirns bei Schizophrenie (Dementia praecox). *Z. Neur.* **95** (1925). — MUMFORD, P. B.: Die Zirkulation in den Händen bei Dementia praecox. *Zbl. Neur.* **43** (1926). — MUNZ: Die Reaktion des Pyknikers im RORSCHACHSchen psychodiagnostischen Versuch. *Z. Neur.* **91** (1924). — MURALT, A. v.: Die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenie. *Schweiz. Arch. Neur.* **14** (1924). — MURPHY, G.: Types of word-association in dementia praecox, manic-depressive and normal persons. *Amer. J. Psychiatry* **2** (1923). — MURPHY, GARDNER A.: A comparison of manic-depressive and dementia praecox cases by the free association method. *Amer. J. Insan.* **77**, Nr 4, 545—558. — MURPHY, JOHN P. H.: A comparative study of epilepsy and schizophrenia. *Med. J. a. Rec.* **128** (1928). *Zbl. Neur.* **51**. — MUTI, G.: Bildbeschreibungsversuche bei einem Fall von Dementia praecox. *Klin. Psychiatr. u. Nervenkrkh.* **8**, H. 1/2.

NACHMANSON, M.: *Genese und Struktur eines Falles von Schizophrenie*. *Schweiz. med. Wschr.* **1928** I. — NÄCKE: (a) Die Dauer der postmortalen mechanischen Muskel-

erregbarkeit bei chronischen Geisteskranken, speziell Paralytikern. *Z. Neur. Orig.* **7** (1911). (b) Einige Bemerkungen bezüglich der Zeichnungen und anderer künstlerischer Äußerungen von Geisteskranken. *Z. Neur* **17** (1913). — NADAL: Automatismes et dédoublement de la personnalité chez un dément précoce. *Ann. méd.-psychol.* **68** (1910). — NAGASAKA, GENICHI: Zur Pathologie der extrapyramidalen Zentren bei der Schizophrenie. *Arb. neur. Inst. Wien* **27** (1925). — NAITO, INASABURO: Das Hirnrindenbild bei Schizophrenie. *Arb. neur. Inst. Wien* **26** (1924). — G. NANDASCHER: Psychoses Guéries sous l'Influence d'une Maladie intercurrente. *Ann. méd.-psychol.* **1923 I.** — NATHAN: Schizoïdie, imagination et mythomanie. *Ann. méd.-psychol.* **84** (1926). — NAUMOFF, F. A.: Eine eigenartige Psychose im Zusammenhang mit einer Funktionsstörung des endokrinen Systems. *Arch. f. Psychiatr.* **88** (1929). — NAVILLE: Démences précoces congénitales. *Schweiz. Arch. Neur.* **14** (1924). — NAYRAC, PAUL: L'automatisme mental. *Congrès des médecins aliénistes Blois, Juli 1927.* Paris: Masson & Co. 1927. — NEISSER, CLEMENS: Zur Dementia praecox-Frage. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **11** (1909). — NELKEN, J.: (a) Über schizophrene Wortzerlegungen. *Zbl. f. Psychoanal.* **2** (1911). (b) Analytische Beobachtungen über die Phantasien der Schizophrenen. *Jb. Psychiatr.* **4** (1912). (c) Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. *J. Psychol. u. Neur.* **18** (1912). — NEUE: Frühform von Dementia praecox. *Ver. beil. dtsh. med. Wschr.* **1914.** — NEUBÜRGER: Über die Wirkung subcutaner Adrenalininjektionen auf den Blutdruck bei Dementia praecox. *Arch. f. Psychiatr.* **55** (1915). — NEUSSICHIN: Über das BUMKESCHE Phänomen bei der Dementia praecox. *Inaug.-Diss. Heidelberg* 1910. — NEUSTADT, RUDOLF: (a) Über Leberfunktionsprüfungen bei Katatonie; zugleich ein Beitrag zu den körperlichen Störungen Katatonen. *I. Mitt. Arch. f. Psychiatr.* **74** (1925). (b) Zur Auffassung der Psychosen bei Metencephalitis. *Arch. f. Psychiatr.* **81** (1927). — (c) Über Pflorpschizophrenie. *Arch. f. Psychiatr.* **82** (1927). (d) Die Psychosen der Schwachsinnigen. *Mshr. Psychiatr.* **48**, Beih. (1928). — NEWCOMER, H.: Blood constituents and mental state. *Amer. J. Psychiatry* **1** (1922). — NICOLAUER: Zur Frage der Spätkatatonie. *Breslau. psychiatr. Neur. Ges.*, 2. Dez. 1912. — NIESSL v. MAYENDORF: Ein Fall von umschriebener Halluzinose vom Gehirnmechanismus der Halluzination. *Z. Neur.* **90** (1925). — NISSEL, F.: (a) Fall Wähler. Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten, Bd. 1. Zwei Fälle von Katatonie mit Hirnschwellung. Berlin: Julius Springer 1913/14. — NIORADZE, GEORG: Der Schamanismus bei den sibirischen Völkern. Stuttgart: Strecker u. Schröder 1925, 121 S. — NITSCHKE, PAUL: (a) Über chronisch-manische Zustände. *Allg. Z. Psychiatr.* **67** (1910). (b) Zur psychotherapeutischen Würdigung der Beschäftigung Geisteskranker. *Z. psych. Hyg.* **4** (1931). (c) Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Geisteskrankheiten. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 4, 1929. — NITSCHKE-WILMANN: Die Geschichte der Haftpsychosen. *Z. Neur. Ref.* **3** (1911). — NOGA-NIKOLSKAJA: Dementia praecox paranoides. *Neur. Bote (russ.)* **20** (1913). — NOLAN, M.: Paraphrenia. *J. ment. Sci.* **68** (1922). — NOLAN, D. E. LEWIS: The constitutional factors in dementia praecox. *J. ment. Sci.* **70** (1924). — NOLAN, M. J.: The present-day knowledge of Psychiatry. *J. ment. Sci.* **70** (1924). — VON NOORDEN, WERNER: Der Kliniker CHRISTIAN FRIEDRICH NASSE. 1778—1851. Jena: Gustav Fischer 1929, 99 S. — NORTHCOTE, MURIEL, L. M.: The clinical investigation of the autonomic nervous system in fifty cases of schizophrenia. *J. ment. Sci.* **75** (1929); *Zbl. Neur.* **53**. — NOTKIN, J.: Epileptic manifestations in the group of schizophrenic and manic depressive psychoses. *J. nerv. Dis.* **69** (1929). *Zbl. Neur.* **53**. — NOUET, H.: Presbyophrenia of WERNICKE and psychopolneuritis. *Alienist a. Neur.* **34** (1913). — NOUET, H. et TREPSAT: Des contractures et retractions tendineuses dans la démence précoce catatonique. *Encéphale* **5 I** (1910). — NUNBERG, H.: (a) Diagnostische Assoziationsstudien XII. über körperliche Begleiterscheinungen assoziativer Vorgänge. *J. Psychol. u. Neur.* **16** (1910). (b) Der Verlauf des Libidokonfliktes in einem Falle von Schizophrenie. *Internat. Z. Psychoanal.* **7** (1921).

OBERHOLZER, EMIL: (a) Erblichkeitsverhältnisse und Erbgang bei Dementia praecox. *Vortr.* **48**. Verslg Ver. Schweiz. Irrenärzte Pirminsberg, 12. Mai 1913. (b) Über Shockwirkung infolge Aspiration und psychischen Shock bei Katatonie. *Z. Neur. Orig.* **22** (1914). — OBERHOLZER, H.: Die Dauerschlafbehandlung mit Somnifen und Luminal in der Psychiatr. Klinik Burghölzli-Zürich. *Z. Neur.* **110** (1927). — OBREGIA, AL., J. CONSTANTINESCU u. GH. CONSTANTINESCU: Studie über den vegetativen Tonus bei Dementia praecox. Veränderung des Tonus durch verschiedene Arzneipräparate (therapeutische Untersuchungen). *Spital (rum.)* **48** (1928). — OBREGIA, A. u. A. DIMOLESCU: Das Vorhandensein einer schizophrenen Phase bei einer allgemeinen Paralyse. *Rev. stiint. med.* **18** (1929). *Ref. Zbl. Neur.* **55** (1930). — OBREGIA-PARHON et URECHIA: Recherches sur les glandes génitales testicules et ovaires dans la démence précoce. *Encéphale* **8 I** (1913). — OBREGIA, URECHIA et POPEIA: Le coefficient d'Ambard dans la démence précoce. *C. r. Soc. Biol. Paris* **76** (1914). — OBREGIA et PITULESCO: La séro-réaction d'ABDERHALDEN dans la démence précoce. *C. r. Soc. Biol. Paris* **76**, No 1 (1914). — OERDER, HENNI: Kasuistische Beiträge zu den Psychosen des ausgehenden Kindesalters. *Diss. Bonn.* 1925

(1926). — OESTERREICH, KONSTANTIN: Einführung in die Religionspsychologie. Berlin: Mittler & Sohn 1917. — OETTLI: Das Gemeinschaftserlebnis der Schizophrenen. Z. Neur. 78 (1922). — OLINTO, P.: O diagnostico differential entre alguno casos de demencia precoce com loucura maniaco-depressiva. Arch. brasil. Neurol. 7 (1911). — OLIVER, J.: Emotional states and illegal acts in connection with schizophrenia. Amer. J. Psychiatry 1 (1922). — OLIVIER, H.: Der Körperbau der Schizophrenen. Z. Neur. 80 (1922). — OMORSKOW: Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 54 (1914). — OPPENHEIM: Zur Frage der Genese des Eifersuchtwahns. Zbl. f. Psychoanal. 2, 67. — OPPLER: Dauerschlafbehandlung mit Trional. Arch. f. Psychiatr. 77 (1926). — ORCHANSKY, G.: Die Bedeutung der sekundären psychischen Entartung in Entwicklung und Verlauf der Geisteskrankheiten. Diss. Charkow. — ORNSTEIN, J.: Der Blutharnstoff bei Dementia praecox. Zbl. Neur. 48 (1928). — ORTON, S. T.: (a) A study of the brain in a case of catatonic Hirntod. Amer. J. Insanity 69 (1913). (b) A study of the satellitic cells in 50 sel. Cases of mental disease. Brain 36 (1914). — OSERETZKY, N.: (a) Die motorische Begabung und der Körperbau. Allg. Z. Psychiatr. 58 (1901). (b) Zur Frage der katatonischen Anfälle bei Kindern. Mschr. Psychiatr. 61 (1926). — OSSIPOW, V. P.: Gemischte und kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie und ihre Entstehung. Z. Neur. 92 (1924). — OSSKE: Zur Prognose der Hebephrenie. Diss. Jena 1906. — OSTANKOW, P.: (a) Zur Ätiologie des Jugendirreseins. Rdsch. Psych., Neur. u. experim. Psychol. (russ.) 18 (1914). (b) Zur Klinik der Amentia. Z. Neur. 100 (1925). — OSTER, FRIEDRICH: Traubenzuckerinfusionen bei Nahrungsaufnahme verweigernden Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. 85 (1926). — OSTMANN: (a) Studien über das weiße Blutbild bei Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. 91 (1929). (b) Untersuchungen über die präpsychotische Persönlichkeit bei Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. 91 (1929). — OTTO-MARTENSEN, J.: Katamnestiche Erhebungen über 312 Fälle schizophrener Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsteilnehmerschaft (Jena). Diss. 1920 (1925). Allg. Z. Psychiatr. 77 (1921). — OVERBECK, H.: Zur prognostischen Beurteilung des Stupors bei Katatonie. Diss. Kiel. Bielefeld 1910. — OVERHAMM, G.: Zur Amenorrhöe schizophrener Frauen. Allg. Z. Psychiatr. 91 (1929).

PACTET et BOURLIHET: Syndrome catatonique chez un homme de 30 ans. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 3, 82 (1910). — PACTET et VIGOUROUX: Un cas de démente neuro-épileptiale. Bull. Soc. clin. de Méd. ment. 6 (1912). — PAGE, M.: Hébéphrénie et arsénobenzol. Presse méd. 31, No 76, 807, 808. — PAILHAS: Hypermnie étrange chez un dément précoce. Ann. méd.-psychol. 83 (1925). — PANSE, FRIEDR.: (a) Ein Fall von Moral insanity mit besonderer Berücksichtigung der Aszendenz. Z. Neur. 97 (1925). (b) Alkohol und Nachkommenschaft. Allg. Z. Psychiatr. 92 (1930). — PAOLI, N. DE: Paranoia, demenza precoce paranoidea e psicosi paranoide. Contributo clinico. Riv. sper. Freniatr. 36, 94. — PAFST: Dementia praecox im Krieg. Psychiatr. neur. Wschr. 20 (1918/19). — PARAVICINI, G.: Psycosi maniaco-depressiva, stupore catatonico et accessi epletiformi. Rass. Studi psichiatr. 1, 17. — PARHON, C. et M. BRISSE: Quelques observations sur les altérations hypophysaires chez les aliénés. Revue neur. 19, No 6, 710—712. — PARKER, G. H.: Dementia praecox in identical twins. J. nerv. Dis. 63 (1926). — PARKER, J.: Observations on a case of dementia praecox. J. ment. Sci. 58 (1912). — PARROT: Curieux dessins et écrits d'un persécuté halluciné sensoriel. Encéphale 2 (1907 I). — PASCAL, C.: (a) La démente précoce; étude psychologique médicale et médico-légale. Paris: Alcan 1911. (b) La démente précoce, étude clinique et médico-légale. Rev. Méd. Paris 1911, No 4. (c) Le signe de la main et le signe de la poignée de la main dans la démente précoce. Arch. de Neur. 36 I (1914). — PASCH, R.: Über die erblichen Verhältnisse in Psychopathenfamilien. Allg. Z. Psychiatr. 83 (1925). — PASTUREL: Dessins anatomiques et conceptions médicales d'un dément précoce. Encéphale 6 I (1911). — PAULSEN: Beobachtungen an eineigen Zwillingen. Arch. Rassenbiol. 17 (1925). — PAUNCE: „Tagebuchblätter“ eines Schizophrenen. Z. Neur. 123 (1930). — PECK, MARTIN: (a) A case of multiple personality: Hysteria or dementia praecox. J. abnorm. soc. Psychol. 17 (1922). (b) An attempt at psychogenic interpretation of some familiar mental disorders. Boston med. J. 189 (1923). — PEKELSKY, ANTONIN: Transitorischer Nystagmus bei Katatonie. Ist der Nystagmus willkürlich unterdrückbar? Rev. neuropsychopath. 18, No 5/6, 77—102. — PELLACANI, G.: (a) Ricerche sulla deviazione del complemento nella demenze precoce. Riv. Pat. nerv. 19, 154. (b) Su la nosologia delle demenze precoci. Cervello 3 (1924). (c) Refraktometrische Untersuchungen bei Dementia praecox und manisch-depressiven Psychosen (ital.). Zbl. Neur. 45 (1927). — PENNACCHI, FABIO: I gruppi sanguigni nella demenza precoce. Ann. Osp. psichiatr. prov. Perugia 22 (1928): Zbl. Neur. 55. — PENON, K.: Alte Anstaltsinsassen. Beitrag zur Kenntnis chronischer Psychosen. Groningen 1913. — PERELMANN, A.: (a) Zur Frage der Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie. Z. Neur. 100 (1925). (b) Über den Zustand der Pupillen bei der Schizophrenie (russ.). Zbl. Neur. 53 (1929). — PERELMANN, A. u. S. BLINKOW: Über einige Faktoren, welche die Verteilung der Körperbautypen bei den Schizophrenen, Kriminellen und geistig Gesunden beeinflussen. (Zum Problem: „Körperbau und Charakter.“) Arch. f. Psychiatr.

86 (1929). — PERNET: Über die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse. Berlin 1917. — PETRO, F.: Della pazzia analoga o gemellare. *Ann. Freniatr. Sci. affin.* **20** (1910). — PERKINS: Types of physical constitution in mental diseases. The schizophrenias. *Clin. Med. a. Surg.* **35** (1928). *Ref. Zbl. Neur.* **51** (1929). — PESTOTNIK, FRANÇOIS: Atrophie musculaire de type myopathique avec troubles schizomaniaques. *Guérison. Encéphale* **23** (1928). — PETIT, G.: Les pseudo-hallucinations aperceptives. Thèse 1913. — PFAHLER: System der Typenlehre. *Z. Psychol.* **15**, Erg.-Bd. (1929). — PFEIFER, RICH: Der Geisteskranke und sein Werk. Eine Studie über schizophrene Kunst. Leipzig: Alfr. Kröner 1923. — PFEIFFER, H. u. M. DE CRINIS: Das Verhalten der antiproteolytischen Serumwirkung bei gewissen Psychoneurosen usw. *Z. Neur.* **18** (1913). — PFEIFFER, STANDENATH u. WEEBER: Über den Peptidasehaushalt des Epileptikers. *Z. Neur.* **98** (1925). — PFERSDORFF: (a) Zur Analyse der Stuporzustände. *Vers. südwestdsch. Irrenärzte*, Mai 1910. *Arch. f. Psychiatr.* **47** (1910). (b) Zur Pathologie der Sprache. *Z. Neur.* **2** (1910). (c) Über die Verlaufsarten der Dementia praecox. *Mshr. Psychiatr.* **30** (1911). (d) Über Assoziationen bei Dementia praecox. *Vortr. Wanderverslg. südwestdsch. Neur. Baden-Baden* 1911. (e) Zur Kenntnis der mit Sinnestäuschungen einhergehenden Zustände. *Vortr. Verslg. südwestdsch. Neur. Baden-Baden* 1912. (f) Die Gruppierung der sprachlichen Assoziationen. *Mshr. Psychiatr.* **31** (1912). (g) Über Paraphrenien. *Dtsch. Ver. Psychiatr.* **1914**. — PFERSDORFF, CH. et JOST: Un cas de démence hypocondriaque. *Méd. Alsace et Lorraine* **5** (1926). — PFISTER, OSKAR: Ergebnisse des RORSCHACHSchen Versuches bei Oligophrenen. *Allg. Z. Psychiatr.* **82** (1925). — PFÖRRINGER, O.: Zum Wesen des katatonischen Symptomenkomplexes. *Mshr. Psychiatr.* **29** (1911). — PFÖRTNER: (a) Die körperlichen Störungen bei Jugendirresein. *Mshr. Psychiatr.* **28** (1910). (b) Die weißen Blutkörperchen beim Jugendirresein. *Arch. f. Psychiatr.* **50** (1912). — PIAGET, J.: La métaphysique d'un schizophrène. *Schweiz. Arch. Neur.* **22** (1928). — PÍCK, A.: (a) Zur Lehre vom Verhältnis zwischen pathologischer Vorstellung und Halluzination. *Mshr. Psychiatr.* **37** (1915). (b) Beeinflussung des Denkens und Handelns durch das Sprechen. *Z. Neur.* **38** (1918). (c) Bemerkungen zur Lehre von den Halluzinationen. *Mshr. Psychiatr.* **52** (1922). (d) Zur Zerlegung der Demenz. *Mshr. Psychiatr.* **54** (1923). — PICKERT, ADOLF: Untersuchungen über die psychischen Pupillenreflexe bei Geisteskranken. *Z. Neur.* **111** (1927). — PICQUE: A propos de la présentation faite en Novembre par MM. VIGOUROUX et PRUVOST. (Démence précoce et alcoolisme.) *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **9** (1913). — PIGHINI, GIACOMO: (a) Sur le contenu en cholestérine du liquide céphalorachidien chez quelques maladies mentales. *Arch. ital. de Biol. (Pisa)* **53** (1910). (b) Chemische und biochemische Untersuchungen über das Nervensystem unter normalen und pathologischen Bedingungen. Beitrag zur chemischen Zusammensetzung des Gehirns bei Dementia praecox. *Biochem. Z.* **113**; *Zbl. Neur.* **25**, 85 (1921). (c) Criminalità e demenza precoce. *Zacchia* **5** (1926). — PIGHINI and STATUTI: Metabolisme in dementia praecox. *Amer. J. Insan.* **67**. — PIGNÉDE et PAUL ABÉLY: Etat de la béatitude chez une schizophrène. Thème délirant imagitatif. Pseudo-hallucinations. *Fabulation. Divination de la pensée. Ann. méd.-psychol.* **87 I** (1929). — PILCZ, A.: (a) Über ein Bulbusdruckphänomen der Dementia praecox. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **18** (1917). (b) Zur Organotherapie der Dementia praecox. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **19** (1918). (c) Zwangsvorstellungen und Psychose. *Jb. Psychiatr.* **41** (1922). — PINTO, A.: Cholesterinurie bei Dementia praecox (ital.). *Zbl. Neur.* **52** (1929). — PLASKUDA, W.: Über Dementia praecox auf dem Boden der Imbezillität. *Allg. Z. Psychiatr.* **67** (1910). — PLATTNER: Somatogramme. Ein Beitrag zur Lehre der KRETSCHMERSchen Habitusformen. *Z. Neur.* **109** (1927). — PLAUT: (a) Über Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin 1915. (b) Über die Unterschiede in der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei verschiedenen Geisteskrankheiten. *Ref. Z. Neur.* **20** (1920). — PÖNITZ, KARL: Beitrag zur Kenntnis der Frühkatatonie. *Z. Neur. Org.* **20** (1913). — PÖTZL, O.: (a) Ein Fall von atypischer katatoner Dementia praecox, deren akute Attacken regelmäßig von Blutdrucksteigerung und starker Albuminurie begleitet sind. *Wien. klin. Wschr.* **23** (1910). (b) Zur Frage der Hirnschwellung und ihrer Beziehungen zur Katatonie. *Jb. Psychiatr.* **31** (1910). — PÖTZL, EFFINGER u. HESS: Über Funktionsprüfungen des vegetativen Nervensystems bei einer Gruppe von Psychosen. *Wien. klin. Wschr.* **23** (1910). — PÖTZL, O. u. C. A. WAGNER: (a) Über Veränderungen in den Ovarien bei Dementia praecox (Schizophrenie). *Z. Neur.* **88** (1924). (b) Verlauf einer weiblichen Schizophrenie nach Kastration und Homoiotransplantation. *Ver. dtsch. Ärzte Prag*, Sitzg. Jan. 1925. (c) Zur Frage der Beeinflussbarkeit von Schizophrenie (Dementia praecox) durch Keimdrüsen transplantation. *Med. Klin.* **21** (1925). — POHLISCH, K.: (a) Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. *Mshr. Psychiatr.* **29**, Beih. (1925). (b) Zur Pathogenese der akuten Halluzinose der Trinker. *Mshr. Psychiatr.* **63** (1927). — POLLAK, FRANZ: Über eine eigenartige Form von Traum- und Wahnentwicklung. (Psychische Störungen bei Männern, ausgelöst durch die Geburt eines Sohnes.) *Z. Neur.* **95** (1925). — POLLNOW, LUCIE: Beitrag zur Schriftuntersuchung bei Schizophrenen. *Arch. f. Psychiatr.* **80** (1927). — POLVANI, F.:

Sopra una forma di stereotipia frequente nei frenastenici. Riv. sper. Freniatr. **37** (1911). — POPPER, E.: (a) Zur Differentialdiagnose schizophrener und hysterischer Zustandsbilder. Mschr. Psychiatr. **46** (1919). (b) Der schizophrene Reaktionstypus. Z. Neur. **62** (1920). (c) Notiz zu KAHNS: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Z. Neur. **68** (1921). (d) Klinische Studien zur Genese der Schizophrenie. Mschr. Psychiatr. **50** (1921). — POSTURAL: Dessins anatomiques et conceptions médicales d'un dément précoce. Encéphale **4** (1911). — POVIZKAJA u. SSEWENOVA: Kopfschmerzen bei Schizophrenie (russ.). Zbl. Neur. **44** (1926). — PRADOSY, M. SUCH: The morbid histology of the testes in dementia praecox II. Proc. roy. Soc. Med. **15** (1922). — PREISIG, H.: Note sur le langage chez les aliénés. Arch. de Psychol. **11** (1911). — PRENGOWSKI: Zur Behandlung der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. **59** (1918). — PRINCE, A.: A propos du divorce pour cause d'aliénation mentale. Guérison Sociale de deux cas de schizophrénie de longue durée. Ann. méd.-psychol. **1923 I**. — PRINZHORN, HANS: (a) Bildneri der Geisteskranken. Berlin: Julius Springer 1922, 1923. (b) Gibt es schizophrene Gestaltungsmerkmale in der Bildneri der Geisteskranken? Schweiz. Arch. Neur. **10** (1922). (c) Bildnerische Gestaltung, Gesundheit, Krankheit. Zbl. Neur. **31** (1923). (d) Schizophrenie. Zur Geschichte des Wortes und zur Psychologie seines Einbruchs in das Zeitbewußtsein. Naturwiss. **13** (1925). (e) „Schizophrenie“ in „Um die Persönlichkeit“. Heidelberg: Kaufmann 1927. — PRIVAT DE FORTUNE, M.: Délire systématisé religieux à l'évolution chronique. Ann. méd.-psychol. **1923 I**. — PUCA, A.: Diagnosi differenziale fra catatonia e parchinsonismo. Riv. Neur. **2** (1929).

QUERCY, M.: Remarques sur une théorie Bergsonienne de l'hallucination. Ann. méd.-psychol. **1925 I**. — QUIN, F. W.: Dementia praecox, some suggestions for general Practitioner. New Orleans J. med. **1913**.

RABINOWITSCH, MIRJAM: Über die Beziehung des Generationsgeschäftes des Weibes zur Schizophrenie. Diss. Jena 1928. — RAD, v.: Dementia praecox. Ver. beil. dtsh. med. Wschr. **1912**. — RAECKE: (a) Zur Prognose der Katatonie. Arch. f. Psychiatr. **47** (1910). (b) Über hysterische und katatonische Situationspsychosen. Arch. f. Psychiatr. **55** (1915). (c) Das Vorbeihalluzinieren. Ein Beitrag zum Verständnis des Krankheits-symptoms des Vorbeiredens. Arch. f. Psychiatr. **65** (1922). — RÄHM, L.: Die Dauer der Anstaltsbehandlung der Schizophrenen. Psychiatr. neur. Wschr. **20** (1918/19). — RÄHNE, H.: Beiträge zur Symptomatologie der körperlichen Erscheinungen bei der Katatonie (stup. Form). Inaug.-Diss. Kiel (1916). Allg. Z. Psychiatr. **74** (1918). — RAITZIN, A.: Beitrag zum Studium der Dementia praecox. Ihre Behandlung mit der STEINACHSchen Methode. Semaine méd. **29**, No 50, 1238—1246. — RAKONITZ, EUGEN: Therapeutische Leberversuche bei schizophrenen Erkrankungen. Mschr. Psychiatr. **73** (1929). — RAMÓN y CAJAL, S.: (a) Sur quelques lésions du cervelet dans un cas de démence précoce. Trav. Labor. Recherches biol. Madrid **24** (1926). (b) Einige Läsionen des Kleinhirns in einem Fall von Dementia praecox. Bol. Soc. españ. Biol. **13** (1927). — RANCIER, G.: Contribution à l'étude de l'étiologie des démences précoces. Nancy 1910. — RAPHAEL, TH.: Reaction in dementia praecox to vagotonic and sympathicotonic criteria. Amer. J. Insan. **77**, Nr 4, 543, 544. — RAPHAEL, JOHN PURL PARSON: (a) Blood sugar studies in dementia praecox and manic-depressive insanity. Arch. of Neur. **5** (1913). (b) Metabolism studies in dementia praecox and manic-depressive insanity. II. Arch. of Neur. **8** (1922). — RAPHAEL, TH., PARSON, J. P. and M. WOODWELL: Schizophrenia catatonia with associated metabolic and vegetative features. Arch. of Neur. **9** (1923). — RAPHAEL, TH. and SHERMAN GREGG: Reaction in dementia praecox to the intravenous administration of non-specific protein. (Michigan). Amer. J. Psychiatry **1** (1922). — RAPHAEL, SEARLE and SCHOLTEN: Blutgruppen bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein (amer.). Zbl. Neur. **48** (1928). — RÁTH, A. ZOLTÁN: Muskelatrophie und Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. **78** (1926). — RAVIART, G. et P. NAYRAC: Sur la situation nosologique de la démence paranoïde. Ann. méd.-psychol. **83** (1925). — RAWLINGS, EVA: The intellectual status of patients with paranoid dementia praecox. Its relation to the organic brain changes. Arch. of Neur. **5** (1913). — RECK u. HAACK: „Pernocton“, ein neues injizierbares Schlaf- und Beruhigungsmittel — seine Anwendung bei erregten Geisteskranken. Allg. Z. Psychiatr. **91** (1929). — RECKTENWALD: (a) Über einen familiären fortschreitenden Muskelschwund in Verbindung mit schizophrener Verblödung. Z. Neur. **53** (1920). (b) Epilepsieartige Krampfanfälle im Verlaufe der Schizophrenie. Z. Neur. **58** (1920). — REDALIÉ, L.: (a) Les facteurs endo- et exogènes dans la schizophrénie et dans la psychose maniaque-dépressive. Encéphale **24** (1929). (b) Le problème de „schizoidosyntonie“ et la genèse de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive. Schweiz. med. Wschr. **1929 II**. — REDLICH, EMIL: Zur Charakteristik des von mir beschriebenen Pupillenphänomens. Mschr. Psychiatr. **49** (1921). — REHM, O.: (a) Fall H. und Fall Schr. Z. Neur. **47** (1919). (b) Psychische Veranlagung und Psychose. Z. Neur. **52** (1919). (c) Über Körpergewicht und Menstruation bei akuten und chronischen Psychosen. Arch. f. Psychiatr. **61** (1920). (d) Ein Fall von Dementia praecox in der Kindheit. Z. Behdlg Schwachsinnig. **31** (1911). —

- RÉJA, MARCEL: L'art chez les fous. Paris 1907. — REICHARDT, M.: (a) Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg, 1906. H. 1. (b) Über die Hirnanschwellung. Ref. Z. Neur. **3** (1911). (c) Hirn und Körper. Jena: G. Fischer. (d) Untersuchungen über das Gehirn. Arb. psychiatr. Klin. Würzburg H. 8. Jena 1914. (e) Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Lehrbuch. Jena 1918. (f) Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. 2. Aufl. 1921. (g) Schizophrenie und Kriegsdienst. Ärztl. Sachverst.ztg **33** (1927). — REICHMANN, FRIEDA: Über Pupillenstörung bei Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. **53** (1914). — REISS, E.: (a) Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Z. Neur. **2** (1910). (b) Zur Theorie der schizophrenen Denkstörung. Jverslg württemb. Nerven- u. Irrenärzte, Tübingen 1921. (c) Über schizophrene Denkstörung. Z. Neur. **78** (1922). — REITER, PAUL J.: (a) Extrapiramidal motor disturbances in dementia praecox. Acta psychiatr. (Københ.) **1** (1926). (b) Behandlung von Dementia praecox mit Metallsalzen a. m. WALBUM. I. Mangan. Vorl. Mitt. Z. Neur. **108** (1927). (c) Weitere Versuche mit Metallsalzbehandlung der Dementia praecox. II. Caesium-Cadmium. Z. Neur. **111** (1927). (d) Zur Pathologie der Dementia praecox. Gastrointestinale Störungen, ihre klinische und ätiologische Bedeutung. Kopenhagen (Leipzig) 1929. (e) Die bisherigen Ergebnisse der Versuche mit Metallsalzbehandlung nach WALBUM bei Dementia praecox. Psychiatr.-neur. Wschr. **1929 II**. — RENESSE, A. v.: Zur Differentialdiagnose zwischen Manie und Dementia hebephrenica. Berlin 1911. — REPOND, A.: (a) Über Störungen der musikalischen Reproduktion bei der Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. **70** (1913). (b) Ein Fall von Katatonie nach Sonnenstich. Mschr. Psychiatr. **38** (1915). (c) A propos de la thérapie de la schizophrénie. (Zürich, Sitz. v. 27. u. 28. Nov. 1921). Schweiz. Arch. Neur. **8** (1921). (d) Quelques remarques sur le traitement de la schizophrénie dans les asiles. Schweiz. Arch. Neur. **8** (1921). — (e) C. r. Congr. Méd. alien. et neur. France et Pays Langue franç., 30. Sitzg Genf-Lausanne 1926. Paris 1926. — REUTER, C.: Paranoide Symptome bei einem Kinde. Budapesti Orv. Ujsag. **9**, 579. — REVAULT D'ALLONNES, G.: (a) La Polyphrénie. Ann. méd.-psychol. **81 II** (1923). (b) La polyphrénie. Dislocation psychique. J. de Psychol. **21** (1924). — REZZA, A.: Alterazioni delle cellule gangliari del bulbo in un caso di demenza precoce con morte improvvisa. Riv. Pat. nerv. **18** (1913). — RIBETH: Über das Vorkommen von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein bei Geschwistern. Z. Neur. **31** (1916). — RICCI, P.: Su di un caso di „dementia praecocissima“. Note Psichiatr. **6** (1913). — RICKSHER: Détérioration in démentia praecox. Illinois med. J. April **1914**. — RIEBETH: Über das Vorkommen von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox bei Geschwistern. Z. Neur. **31** (1916). — RIEDEL, OTTO: Ein Beitrag zu schizophrener Kunst. Diss. Freiburg i. Br. 1925. — RIESE, WALTHER: (a) Über den „Stilwandel“ bei VINCENT VAN GOGH. Z. Neur. **98** (1925). (b) Zur Psychopathologie des Negativismus. Mschr. f. Psychiatr. **58** (1925). (c) VINCENT VAN GOGH in der Krankheit. München: J. F. Bergmann 1926. (d) Krieg und Schizophrenien nebst Bemerkungen zur Psychopathologie der Schizophrenen. Allg. ärztl. Z. Psychother. **1** (1928). (e) Krieg und Schizophrenie. Teile eines dem Versorgungsgericht D. erstatteten Gutachtens. Allg. ärztl. Z. Psychother. **2** (1929). (f) Über einige motorische Herdsymptome (Echoerscheinungen, Iteration, Perseveration). Psychologie und Medizin II. — RIGGENBACH: Somatopsychische Untersuchungen an Kindern von Schizophrenen im Kindesalter. Jverslg Ver. bayer. Psychiater München, Sitzg 2. Juli 1927. — RITTERSHAUS: (a) Die Irrengesetzgebung in Deutschland nebst einer vergleichenden Darstellung des Irrenwesens in Europa. Berlin u. Leipzig: de Gruyter & Co. 1927. (b) Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Allg. Z. Psychiatr. **68** (1911). (c) Frühsymptome der Dementia praecox. Z. jugendl. Schwachsinn **5** (1912). — RIVA: Contributo allo studio delle forme cliniche attribuite alla Demenza precoce e dei loro esiti. Riv. sper. Freniatr. **37** (1911). — RIXEN: Die gemeingefährlichen Geisteskranken im Strafrecht, im Strafvolzug und in der Irrenpflege. Berlin: Julius Springer 1921. — RIZZATTI, ENNIO: (a) La fine di un bandito, Giuseppe Musolino. Criminalità e demenza precoce. Arch. di Antrop. crimin. **45** (1925). (b) Sulla schizofrenia postencefalitica. Note Psichiatr. **14** (1926). — ROBERTI, CARLO EMANUELE: (a) Contributi alla patogenesi delle sindromi amenziali e schizofreniche. Riv. Pat. nerv. **32** (1927). (b) Contributo allo studio delle lesioni epatiche in amenti e dementi precoci. Rass. Studi psichiatr. **17** (1928). (c) Hämatologische und serologische Untersuchungen bei Dementia praecox (ital.). Zbl. Neur. **53** (1929). — ROBERTSON, GEORGE M.: Is dementia praecox a definite clinical entity? J. ment. Sci. **70** (1924). — ROBERTSON, W.: Chronic bacterial infection in cases of dementia praecox. J. ment. Sci. **68** (1922). — ROBINSON, G.: Etiology and Treatment of dementia praecox. J. Missouri State med. Assoc., Nov. **1911**. — RODENBERG, CARL-HEINZ: Über echte Kombinationen epileptischer und schizophrener Symptomenkomplexe. Allg. Z. Psychiatr. **92** (1929). — RODRIGUEZ-ARIAS, B. et M. ARTIGUES-SÉRVENT: Note sur le traitement de la démence précoce par la méthode de WALBUM. Ann. méd. psychol. **87 II** (1929). — RÖHM, HANS: Entwicklungsgang eines schizophrenen Hilfsschulkindes. Hilfsschule **22** (1929). —

RÖMER, H.: (a) Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. Psychiatr.-neur. Wschr. **13** (1911). (b) Die offene Geisteskrankenfürsorge und die wissenschaftliche Psychiatrie. In: RÖMER-KOLB-FALTTLHAUSER: Die offene Fürsorge usw., S. 378 f. Berlin: Julius Springer 1927. (c) Kritischer Beitrag zu der Serologie der Dementia praecox. Z. Neur. **78** (1922). — RÖMER-KOLB-FALTTLHAUSER: Die offene Fürsorge und ihre Grenzgebiete. Berlin: Julius Springer 1927. — ROESSLER, CHRISTOPH: Ein Beitrag zu der Frage: Zusammenhänge zwischen Rasse und Konstitutionstypen. Z. Neur. **95** (1925). — ROHDE, M.: Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Mschr. Psychiatr. **30** (1911). — ROHDEN, FRIEDR. v. u. W. GRÜNDLER: Über Körperbau und Psychose. Z. Neur. **95** (1925). — ROJAS: Konstitution und Psychose. Rev. argentina Neur. psychiatr. méd. lég. **2**. Ref. Zbl. Neur. **51** (1929). — ROMAGNA-MANOIA: Contributo al nosografismo delle psycosi catatoniche croniche ad inizio tardivo. Boll. Soc. Lancisiano Osp. Roma **30**, 1. — ROMBOUITS, J. M.: Über hysterische und schizophrene Erscheinungen. Nederl. Tijdschr. Geneesk. (holl.) **69 I** (1925). — RONČEVSKIJ, S.: Zum Studium der bedingten sekretorischen Reflexe bei Katatonikern (russ.). Zbl. Neur. **52** (1929). — RONCO, G.: Contributo allo teoria degenerativa della demenza precoce. Morgagni No 1, 19. — RORSCHACH, H.: (a) Psychoanalytische Bemerkungen über das Gemälde eines Schizophrenen. Zbl. f. Psychoanal. **3** (1913). (b) Analyse einer schizophrenen Zeichnung. Zbl. f. Psychoanal. **4** (1913). — ROSE, F.: A propos de la précipito-réaction du sang des déments précoces. Paris. psychiatr. Ges. Encéphale **6 I** (1911). — ROSENBACH: Über den nosologischen Wert der Dementia praecox. Psychol. Gegenw. (russ.) **4**, 61. — ROSENFELD, M.: (a) Der vestibuläre Nystagmus in seiner Bedeutung für die psychiatrische und neurologische Diagnostik. Berlin: Julius Springer 1911. (b) Zur klinischen Diagnose der Hirnschwellung. Z. Neur. **53** (1920). (c) Über atypische Psychosen. Arch. f. Psychiatr. **65** (1922). (d) Dementia praecox und Encephalitis. Med. germ.-hisp.-amer. **1** (1924). (e) Über das Vorkommen von Nystagmus bei Schizophrenie. Dtsch. med. Wschr. **52** (1926). (f) Der galvanische Nystagmus bei Bewußtseinsstörungen. Dtsch. Z. Nervenheilk. **97** (1927). (g) Was hat man unter persönlichen Eigenschaften im Sinne des § 1333 BGB. zu verstehen? Dtsch. med. Wschr. **55** (1929). (h) Die Beziehungen innersekretorischer Vorgänge zu psychopathologischen Phänomenen. Zbl. Neur. **57** (1930). — ROSENTHAL, CURT: Schizophrenie und postencephalitische Katalepsie. Allg. Z. Psychiatr. **79** (1923). — ROSENTHAL, H.: (a) Zur Methode der Schädelkapazitätsbestimmung mit Hinsicht auf einen Fall von Hirnschwellung bei Katatonie. Neur. Zbl. **33** (1914). (b) Über einen schizophrenen Prozeß infolge einer hirndrucksteigernden Erkrankung. Z. Neur. **25** (1914). (c) Über Anfälle bei der Dementia praecox. Z. Neur. **59** (1920). — ROSENTHAL, SCHULTHEISS u. RANKE: 2 Fälle von Katatonie mit Hirnschwellung. Nissls Beitr. **1**, H. 2 (1914). — ROSS, E.: (a) Metabolism in dementia praecox. Arch. int. Med. **13** (1914). (b) Some forms of Urinary Nitrogen affected by the administration of dosiccated Thyroid to dementia praecox-patients. Arch. int. Med. **12**, Nr 6, 746. (c) The Source of Urinary Indol-Acetic Acid in two dementia praecox-patients. Arch. int. Med. **12**, Nr 2, 231. — ROSSI, ENRICO: Psicismo schizofrenico. Appunti di critica clinica. Ann. di Neur. **41** (1928). — ROSSI, SANTIN-CARLOS: A propos de certains états d'aliénation curables simulant a schizophrénie. Encéphale **23** (1928). — ROTHMANN: Innere Sekretion und Dementia praecox. Z. Neur. **38** (1918). — ROTHSCHILD, SALLY: (a) Die primäre Insuffizienz der nervösen Organe. (Eine Hypothese.) Z. Neur. **91** (1924). (b) Das Gestaltungsprinzip und seine Bedeutung bei der Schizoidie. Z. Neur. **92** (1924). — ROUBINOVITSCH: (a) Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez un persécuté-persécuté. Paris. psychiatr. Ges. Encéphale **5 I** (1910). (b) La démence précoce. Progrès méd. **10**, 117; Neur. Zbl. **31** (1912). — ROUSSET et BOUVAT: Un cas de démence précoce à forme catatonique. Quelques recherches sur la psycho-réaction du sang chez les déments précoces. Arch. d'Anthrop. crimin. **28** (1913). — RUBENS: Über die Bedeutung der Schilddrüsenvergrößerung im jugendlichen Alter für die Konstitution. Z. Konstitutionslehre **13**. — RUBENSOHN, E.: (a) Endogene Psychosen (insbesondere Dementia praecox) und ihre Entstehungsursachen. Med. Klin. **23** (1927). (b) Einige kritische Bemerkungen zur Entstehungsursache der Schizophrenie und verwandter Krankheiten. Med. Klin. **23** (1927). — RUDNEW: Dementia praecox paranoides. Eine psychologische Untersuchung. Neur. Bote (russ.) **18** (1911). — RÜDIN, E.: (a) Zur Frage der gleichartigen Vererbung bei der Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. **69** (1912). (b) Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Berlin: Julius Springer 1916. (c) Über Vererbung geistiger Störungen. Z. Neur. **81** (1923). (d) Über rassenhygienische Familienberatung. Arch. Rassenbiol. **16** (1924). (e) Erblichkeit und Psychiatrie. Z. Neur. **93** (1924). (f) Klinische Psychiatrie und psychiatrische Erbbiologie. Z. Neur. **101** (1926). (g) Erbbiologisch-psychiatrische Streitfragen. Z. Neur. **108** (1927). (h) Über die Vorhersage von Geistesstörung in der Nachkommenschaft. Arch. Rassenbiol. **22** (1928). (i) Über psychiatrische Erbprognosebestimmung. Dtsch. med. Wschr. **1929**. (k) Praktische Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung. Arch. Rassenbiol. **24** (1930). — RÜMKE, H. C.: (a) Etwas über die phänomenologische



Methode und ihre Anwendung in der klinischen Psychiatrie. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **66** (1922). (b) Die Klinik der Schizophrenie. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **32** (1928). (c) Über Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie betrachtet. *Z. Neur.* **114** (1928). — RUNGE: (a) Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken und Gesunden. *Arch. f. Psychiatr.* **51** (1913). (b) Über Erfahrungen mit dem ABDERHALDENschen Dialysierverfahren in der Psychiatrie und Neurologie. *Arch. f. Psychiatr.* **58** (1917). (c) Encephalitis epidemica. *Neur. Zbl.* **39** (1920). — (d) Geistesstörungen des Umbildungsalters usw. *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 8. 1930.

SACRISTÁN, JOSÉ, M.: (a) Zur Kasuistik des halluzinatorischen Bewegungsehens. *Arch. de Neurobiol.* **4** (1924). (b) Über einen halluzinatorischen Reflex. *Arch. de Neurobiol.* **4** (1924). (c) Über die Wirkung des Cocains beim katatonischen Stupor. *Arch. de Neurobiol.* **5** (1925). (d) Über Cocainwirkung bei stuporösen Katatonikerinnen. *Allg. Z. Psychiatr.* **84** (1926). — SAGEL, W.: (a) Intracutane Rindereiweißreaktion bei Katatonie und Hebephrenie. *Z. Neur.* **53** (1920). (b) Eigene Erfahrungen über das weiße Blutbild und seinen Wert für die Psychiatrie. *Z. Neur.* **125** (1930). — SAIZ, G.: Dementia praecox und Paranoia hallucinatoria chronica. *Allg. Z. Psychiatr.* **68** (1911). — SALERNI: Sul tracciato miografico del riflesso rotuleo nella demenza precoce ed in altre psicopatie. *Giorn. Psychiatr. clin. Ferrara* **38**. — SALINGER, FRITZ: Über Sulfofinbehandlung schizophrener Psychosen. *Arch. f. Psychiatr.* **86** (1929). — SANCTIS, S. DE: Demenza ebefrenica-paranoide dei fanciulli. *Policlinico, sez. prat.*, **28**, H. 27, 926. *Riv. osped.* **11**, No 15, 335—343. — SANDRI: La formola emoleucocitaria nella Dp. *Riv. Path. nerv.* **10**. *Ref. Neur. Zbl.* **26** (1907). — SANTENOISE, D.: Recherches et considérations physiologiques sur l'excitation psychique et la demence precoce. *Ann. méd.-psychol.* **86 II** (1928). — SANZ: Über Konstitutionstypen in der Psychiatrie. *An. Acad. méd.-quir. españ.* **14**. *Ref. Zbl. Neur.* **50**. — SANZ, F.: Syndrome délirant et démentiel chez un enfant de 7 ans. *Bull. Soc. clin. de Méd. ment.* **5**, 35. — SAPAS, ELSA: Zeichnerische Reproduktionen einfacher Figuren durch Geisteskranke. *Schweiz. Arch. Neur.* **4** (1918). — SASA, KAZUO: Über das Zirkulationssystem bei Dementia praecox. *Trans. jap. path. Soc.* **16** (1928). — SASAKI: On the ages and heredity of dementia praecox. *Sei-i-Kwai med. J.* **29**, Nr 10 (1910). — SATTÀ, ALFONSO: Su di un fenomeno cardio-pupillare riscontrato in alcuni dementi precoci in seguito ad iniezioni endovenose di adrenalina (Nota prev.). *Studi sassar.* **3** (1925); *Zbl. Neur.* **42**. — SATTLER: Die Basedowsche Krankheit. Leipzig 1909. — SAUSSURE, R. DE: (a) Diagnostic différentiel entre la folie maniaque dépressive et la catatonie. *Encéphale* **19** (1924). (b) Les mécanismes de projection dans les névroses. *Ann. méd.-psychol.* **87 II** (1929). — SAUVAGE-NOLTING, W. J. DE: Über den Verfolgungswahn beim Weibe. *Internat. Z. Psychoanal.* **10** (1924). — LE SAVOUREUX: Quelques mot d'historique sur la demence precoce. *Rev. de Psychiatr.* **17**, No 2, 17. — SCARPINI: Ricerche istologiche sui centri nervosi in un caso di demenza precoce catatonica. *Rass. Studi psychiatr.* **2**, 1; *Neur. Zbl.* **31** (1912). — SCHÄRGEN, HEINRICH: Zur Anwendung der „Dauernarkose“ in der Psychiatrie. *Arch. f. Psychiatr.* **81** (1927). — SCHAIKEWITZ: Jugendirresein und das Bild der manisch-depressiven Anfälle. *Russ. Arzt.* **44** (1912). — SCHEER, VAN DER: (a) Catatonie treated by partial thyreoidektomie. *Fol. neurobiol.* **5** (1911). (b) Katatonie und partielle Thyreoidektomie. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **55**, 1 (1913). (c) Osteomalacie. *Arch. f. Psychiatr.* **50/51** (1913). (d) Beitrag zur Kenntnis der nichtpuerperalen Osteomalacie. *Z. Neur.* **26** (1914). (e) Die pathognostische Stellung der Blutdrüsen in der Psychiatrie. *Z. Neur. Ref.* **10** (1914). (f) Untersuchungen über Adrenalinmydriasis bei Geisteskranken und Gesunden. *Neur. Zbl.* **34** (1915). (g) Dementia praecox und innere Sekretion. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **59** (1915). (h) Menstruation und Psychosen. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **20** (1916). (i) Psychiatrie und die Einheitsdiagnose Schizophrenie. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **32** (1928). — SCHEFFER, C.: Über Autismus bei Patienten mit Dementia praecox. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **20** (4), 303. — SCHEIDEGGER, WERNER: Katatone Todesfälle in der Psychiatrischen Klinik von Zürich von 1900—1928. *Z. Neur.* **120** (1929). — SCHELICHOWSKY, S.: Endogene Psychosen und Lebensalter. *Z. Neur.* **121** (1929). — SCHEYER: Stupidität und Hebephrenie. *Berl. psychiatr. Ver.*, Dez. **1910**. — SCHIESE, P.: Ein Beitrag zur Symptomatologie der Inanition bei Katatonie. *Diss. Kiel* 1910. — SCHIFF, PAUL et A. COURTOIS: Un cas de schizophasie avec glossomanie et syndrome de jeu. *Encéphale* **23** (1928). — SCHIFF, P. u. ALFRED DIMOLESCU: Die Veränderung der Blutzellen durch hohe Dosen von Natrium nucleicum bei Dementia praecox. *Rev. Științ. med. (rum.)* **18** (1929). *Zbl. Neur.* **56**. — SCHILDER: (a) Wahn und Erkenntnis. Berlin: Julius Springer 1918. (b) Über Gedankenentwicklung. *Z. Neur.* **59** (1920). — (c) Das Körperschema. Berlin: Julius Springer 1923. (d) Seele und Leben. Grundsätzliches zur Psychologie der Schizophrenie und Paraphrenie usw. *Monographien Neur.* H. 35. Berlin: Julius Springer 1923. (e) Medizinische Psychologie. Berlin: Julius Springer 1924. (f) Psychologie der Schizophrenie vom psychoanalytischen Standpunkt. *Jverslg dtsch. Ver. Psychiatr.* Wien, Sitzg 13. u. 14. Sept. 1927; *Z. Neur.* **112** (1928). (g) Über das Hypnoseerlebnis der Schizophrenen. *Z. Neur.* **120** (1929). (h) Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Berlin: S. Karger 1930. — SCHILDER, PAUL u. NICOLAUS SUGÁR:

Zur Lehre von den schizophrenen Sprachstörungen. *Z. Neur.* **104** (1926). — SCHILDER u. WEIDNER: Zur Kenntnis symbolähnlicher Bildungen im Rahmen der Schizophrenie. *Z. Neur.* **26** (1914). — SCHILDER, PAUL u. MAX WEISSMANN: Ätherisierung Geisteskranker. *Z. Neur.* **110** (1927). — SCHILL, EMERICH: Respiratorische Untersuchungen bei katatonischer Schizophrenie. *Z. Neur.* **70** (1921). — SCHNAGEL, R.: Günstige Beeinflussung der Schizophrenie durch Erlebnisse (Emotionstherapie). *Z. Neur.* **129** (1930). — *Schizophrenia* (Dementia praecox). An investigation of the most recent advances, as reported by the Association for Research in Nervous and Mental Disease, Vol. 5, 17. New York 1928. — SCHLOMER, G.: Die Diagnose der Depressionszustände in der Praxis. *Z. ärztl. Fortbildg* **18** (1921). — SCHMELCHER, O. H.: Der Fall Engelhorn. *Z. Neur.* **78** (1922). — SCHMID: Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen. *Z. Neur.* **6** (1911). — SCHMIDT, K.: Klinische Erfahrungen mit der „Somnifendauernarkose“ bei schizophrenen Erkrankungen. *Z. Neur.* **99** (1925). — SCHMIDT, MAX: (a) Onychogryphose héréditaire congénitale, alopecie totale et schizophrénie. *Acta psychiatr.* (Københ.) **2** (1927). (b) Körperbau und Geisteskrankheit. Springer Monographien **56**. Berlin 1929. — SCHMIDT, W.: (a) Adrenalinwirkungen bei Dementia praecox. *43. Verslg südwestdtsch. Irrenärzte Karlsruhe*, 22. u. 23. Nov. 1913. (b) Adrenalinunempfindlichkeit der Dementia praecox. *Münch. med. Wschr.* **61** (1914). (c) Katatonie und innere Sekretion. *Neur. Zbl.* **3** (1914). (d) Schizophrenie und Dienstbeschädigung. *Mshr. Psychiatr.* **10** (1916). (e) „Eine moderne Visionärin“. Ein Beitrag zur Lehre von der künstlerischen Gestaltung. *Arch. f. Psychiatr.* **74** (1925). — SCHNEIDER, ADOLF: (a) Über Psychopathen in Dementia praecox-Familien. *Allg. Z. Psychiatr.* **79** (1923). (b) Studien über Sprachstörungen bei Schizophrenen (Schizophasien). *Z. Neur.* **108** (1927). — SCHNEIDER, CARL: (a) Über Gedankenentzug und Ratlosigkeit bei Schizophrenen. *Z. Neur.* **78** (1922). (b) Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. Über einige klinische Probleme der Schizophrenie, besonders über die Bedeutung des Temperaments. *Mshr. Psychiatr.* **57** (1925). (c) Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. I. Mitt. *Arch. f. Psychiatr.* **73** (1925). (d) Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. II. Mitt. Über Störungen der Sprache bei Schizophrenen. *Z. Neur.* **95** (1925). (e) Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. III. Mitt. Über die Unterschiede zwischen schizophrener Sprache und Aphasie und zur Theorie der schizophrenen Sprachstörungen. *Z. Neur.* **96** (1925). (f) Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. IV. Mitt. Über die allgemeine Theorie der schizophrenen Symptome. *Z. Neur.* **96** (1925). (g) Beiträge zur Lehre von der Schizophrenie. V. Mitt. Die Bewegungs- und Handlungsstörungen Schizophrener. *Mshr. Psychiatr.* **58** (1925). (h) Zur Methodik der psychopathologischen Analyse organischer Syndrome. *Arch. f. Psychiatr.* **76** (1925). (i) Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie. Leipzig: Georg Thieme 1930. (k) Über Sinnentrug. I. Beitrag. *Z. Neur.* **131** (1931). — SCHNEIDER, E.: Zur Frage der Blutgerinnungszeit bei Dementia praecox. *Mshr. Psychiatr.* **45** (1919). — SCHNEIDER, KURT: (a) Über Wesen und Bedeutung katatoner Symptome. *Z. Neur.* **22** (1914). (b) Schizophrene Kriegspsychosen. *Z. Neur.* **43** (1918). (c) Reaktion und Auslösung bei der Schizophrenie. *Z. Neur.* **50** (1919). (d) Verse einer Schizophrenen. *Z. Neur.* **48** (1919). (e) Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns. *Z. Neur.* **59** (1920). (f) Pathopsychologische Beiträge zur psychologischen Phänomenologie von Liebe und Mitfühlen. *Z. Neur.* **65** (1921). (g) Über die Notwendigkeit einer dreifachen Fragestellung bei der systematischen Erfassung von Psychosen. *Z. Neur.* **91** (1924). (h) Der Begriff der Reaktion in der Psychiatrie. *Z. Neur.* **95** (1925). — (i) Wesen und Erfassung des Schizophrenen. *Z. Neur.* **99** (1925). (k) Zwangszustände und Schizophrenie. *Arch. f. Psychiatr.* **74** (1925). (l) Die phänomenologische Richtung in der Psychiatrie. *Philosoph. Anz.* **1 II** (1926). (m) Zur Einführung in die Religionspsychopathologie. Tübingen: J. C. B. Mohr 1928. (n) Über primitiven Beziehungswahn. *Z. Neur.* **127** (1930). — SCHNEIDER, M.: Ein Beitrag zur Frage der manisch-depressiven Erscheinungsformen bei Dementia praecox. *Diss. Würzburg* 1915. — SCHNITZLER, J. G.: (a) Versuche mit der Darreichung von Schilddrüse bei der Dementia praecox. *Psychiatr. Bl.* (holl.) **20** (1916). (b) Mitteilungen über Behandlungsversuche der Dementia praecox mit Schilddrüsenpräparaten. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **60** (1916). *Ref. Z. Neur.* **13** (1917). — SCHOENHALS: Über einige Fälle von induziertem Irresein. *Mshr. Psychiatr.* **33** (1913). — SCHOLL: Die inhaltliche Beachtung von Form und Farbe und ihre typologische Bedeutung. *Z. Psychol.* **101** (1927). — SCHOLZ, W.: Charakter, Erlebnis und Wahnsinn bei der Paranoia. Eine Untersuchung an Fällen von Eifersuchtswahn. *Z. Neur.* **127** (1930). — SCHRIJVER, D.: (a) Blutzucker und Schizophrenie. *Z. Neur.* **87** (1923). (b) Die Metallsalzbehandlung der Dementia praecox ad modum Walbum. *Neurother.* **1928**. (c) Untersuchungen über die alimentäre Glykämie bei Psychosen, besonders bei Dementia praecox. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **67 I**, Nr 24. — SCHRIJVER-HERTZBERGER, SELINE: (a) Erblichkeitsverhältnisse bei Familien mit doppelseitiger psychotischer Belastung. *Z. Neur.* **86** (1923). (b) Erblichkeitsverhältnisse bei Psychosen mit einseitiger direkter Belastung. *Z. Neur.* **97** (1925). — SCHRIJVER, D. u. S. SCHRIJVER-HERTZBERGER: Untersuchungen über Leberfunktion der Schizophrenen. I. Mitt. *Z. Neur.* **93** (1924). — SCHROEDER, F.: Entwicklungs-

störungen des Gehirns bei Dementia praecox. Ein Beitrag zur Ätiologie dieser Psychose. *Z. Neur.* **4** (1911). — SCHROEDER, KNUD: Über Sulfosinbehandlung der Schizophrenie (Dementia praecox). *Ugeskr. Laeg. (dän.)* **1929 I.** — SCHRÖDER, M.: Todesursachen schizophrener Frauen. *Z. Neur. Orig.* **25** (1914). — SCHRÖDER, P.: (a) Von den Halluzinationen. *Mshr. f. Psychiatr.* **37** (1915). (b) Katatone Zustände bei progressiver Paralyse. *Mshr. Psychiatr.* **40** (1916). (c) Ungewöhnliche periodische Psychosen. *Mshr. Psychiatr.* **44** (1918). (d) Über die Halluzinose und vom Halluzinieren. *Mshr. Psychiatr.* **49** (1921). (e) Degenerationspsychosen und Dementia praecox. *Arch. f. Psychiatr.* **66** (1922). (f) Über katatone Symptome. *Jverslg pommer. Verigg Neur.*, 25. März 1922. (g) Über Gesichtshalluzinationen bei organischen Hirnleiden. *Arch. f. Psychiatr.* **73** (1925). (h) Über Degenerationspsychosen (Metabolische Erkrankungen). *Z. Neur.* **105** (1926). (i) Das Halluzinieren. *Z. Neur.* **101** (1926). (k) Fremddenken und Fremdhandeln. *Mshr. Psychiatr.* **68** (1928). — SCHROFF, ERWIN: Vorläufige Mitteilung über die Wirkung der Suggestion auf Nachbilder. *Psychol. Forschg* **7** (1926). — SCHULHOF, FRITZ: Schizophrenie, Schizobulie. Der Versuch einer möglichst scharfen Umgrenzung der beiden Krankheiten. Für Ärzte und Mediziner. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1928. — SCHULTE: Über Katatonie bei Zwillingen. *Berl. Ges. Psychiatr.*, Sitzg 12. März 1923. — SCHULTE, HEINRICH: Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. *Psychol. Forschg* **5** (1924). — SCHULTES: Über Zwillingpsychosen. *Allg. Z. Psychiatr.* **70** (1913). — SCHULTZ: (a) Hämatologische Untersuchungen im Dienste der Psychiatrie. *Dtsch. med. Wschr.* **39** (1913). (b) Blutuntersuchungen als klinisches Hilfsmittel auf psychiatrischem Gebiete. *Mshr. Psychiatr.* **35** (1914). (c) Neue körperliche Symptome bei Dementia praecox. *Münch. med. Wschr.* **1914**. (d) Beiträge zur somatischen Symptomatik und Diagnostik der Dementia praecox. *Mshr. Psychiatr.* **37** (1915). — SCHULTZ, J. H.: (a) Schizophrenie mit pyknischem Körperbau. *Z. Neur.* **88** (1924). (b) Über ein diskordantes eineiiges Zwillingpaar, Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. HANS BURKHARDT. *Z. Neur.* **123** (1929). (c) Zur Struktur scheinlogischer Evidenzen bei Schizophrenen. *Z. Neur.* **121** (1929). — SCHULZ, BRUNO: (a) Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Schizophrenen. *Z. Neur.* **102** (1926). (b) Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Geschwisterschaften und Elternschaften von 100 Hirnarteriosklerotikerehegatten. *Z. Neur.* **109** (1927). (c) Über die hereditären Beziehungen der Hirnarteriosklerose. *Z. Neur.* **120** (1929). (d) Über die hereditären Beziehungen paranoid gefärbter Alterspsychosen. *Z. Neur.* **129** (1930). — SCHUPPIUS: Die Erblichkeitsbeziehungen in der Psychiatrie. *Z. Neur.* **13** (1912). — SCHUSTER, J.: (a) Zur Kenntnis der Pathohistologie der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen. *Klin. Wschr.* **2** (1923). (b) Zur Pathoarchitektonik der Dementia praecox. *J. Psychol. u. Neurol.* **31** (1924). (c) Beitrag zur Pathoarchitektonik der Psychosen. Über die Pathoarchitektonik der Paraphrenie. *Arch. f. Psychiatr.* **71** (1924). (d) Zur Pathoarchitektonik der Paraphrenie. *I. Mitt. Arch. f. Psychiatr.* **72** (1925). (e) Zur Biologie der Schizophrenie. Budapest. — SCHWAB, F.: Selbstschilderung eines Falles von schizophrener Psychose. *Diss. Heidelberg* (1918). *Z. Neur.* **44** (1919). — SCHWAB, GEORG: Vorläufige Mitteilung über Untersuchungen zum Wesen der subjektiven Anschauungsbilder. *Psychol. Forschg* **5** (1924). — SCHWARZ, E.: Zwangsvorstellungen bei einem Hebephrenen. *Mshr. Psychiatr.* **38** (1915). — SCHWARZ, HANNS: Studie über den ungewöhnlichen Verlauf einer Katatonie. *Mshr. Psychiatr.* **59** (1925). SCHWECHTEN, W.: Assoziationsversuche zur Komplexforschung bei paranoider Demenz. *Z. Pathopsychol.* **3** (1919). — SCHWEIGHOFER: Die nervöse Anlage. I. Teil. *Z. Neur.* **109** (1927); II. Teil. *Z. Neur.* **112** (1928). — SCHWENNINGER, A.: Zur Psychologie des Autismus. *Z. Neur.* **78** (1922). — SEELERT: (a) Über paranoide Erkrankungen im Präsenium. *Berl. psychiatr. Ver.*, Sitzg 21. Juni 1913. (b) Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter. *Arch. f. Psychiatr.* **55** (1915). (c) Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen. *Mshr. Psychiatr.* **6**, Beih. (1919). (d) Mischung paranoischer mit depressiven Symptomen bei Psychosen höheren Alters. *Mshr. Psychiatr.* **52** (1922). (e) Erfahrungen zur Frage der Entstehung schizophrener Krankheits Symptome. *Mshr. Psychiatr.* **71** (1929). — SEGAL u. HINSIE: Die Cyanose der Dementia praecox. Eine Studie über die Gasverhältnisse des Blutes. *Zbl. Neur.* **44** (1926). — SEGELKE, K.: Forensische Beurteilung der Remissionen im Verlauf der Dementia praecox. *Diss. Freiburg i. Br.* 1913. — SEGLAS, J.: Délire des persécutions systematique, hallucinatoire, évoluant pendant 44 ans sans démence terminale. *Soc. méd. psychol.*, Okt. **1909**. *Ann. méd.-psychol.* **68** (1910). — SEGLAS et LOGRE: Des remissions dans la démence précoce. *Encéphale* **61** (1911). — SEHRT: Blockade und innere Sekretion. *Münch. med. Wschr.* **68** (1921). — SELZ, OTTO: (a) Über die Gesetze des geordneten Denkverlaufs. *Stuttgart 1913*. (b) Zur Psychologie des produktiven Denkens und des Irrtums. Bonn: F. Cohen 1922. — SERKO: Die Involutionsparanoia. *Mshr. Psychiatr.* **45** (1919). — SEVERIN: Über Adrenalinwirkung bei Schizophrenen und Gesunden. *Mshr. Psychiatr.* **40** (1916). — SHAW, W. S. JAGOE: The heredity of dementia praecox. *Brit. med. J.* **1928**, Nr 3534. — SHIMODA, M.: Einige Beiträge zur Histopathologie des Gehirns. *Mshr. Psychiatr.* **74** (1929). — SIDLER, A.:

Über die Beziehungen zwischen Erblichkeitsverhältnissen und Genese der erblichen Nervenkrankheiten. *Nervenarzt* 2 (1929). — SIEMENS, F.: Über neuere Anschauungen in der Psychiatrie. *Berl. klin. Wschr.* 54 (1917). — SIEMENS, H. W.: Einführung in die allgemeine und spezielle Vererbungspathologie des Menschen, 2. Aufl. Berlin 1923. — SIEVERT, L.: Über körperliche Erscheinungen der Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel 1919. — SIMMEL, ERNST: Psychoanalytische Gesichtspunkte zur Psychotherapie der Psychose (Schizophrenie). *Allg. ärztl. Z. Psychother.* 2 (1929). — SIMON, C.: The ABDERHALDEN-FAUSER Reaction in mental diseases with special reference to dementia praecox. *J. amer. med. Assoc.* 62, Nr 22, 1701. — SIMON, HERMANN: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. *Allg. Z. Psychiatr.* 87 (1927); 90 (1929). — SIMON, W.: Über 6 Fälle von Dementia praecox in einer Geschwistergruppe. Leipzig. — SINGER, H.: (a) Dementia praecox. *J. nerv. Dis.* 39 (1913). (b) Dementia praecox in the 8<sup>th</sup> edition of KRAEPLIN's textbook. *J. nerv. Dis.* 41 345 (1914). — SIOLI: (a) Über die A. WESTPHALSchen Pupillenstörungen bei Katatonie usw. *Neur. Zbl.* 29 (1910). (b) Die Abwehrfermente ABDERHALDENS in der Psychiatrie. *Arch. f. Psychiatr.* 55 (1914). (c) Beitrag zur Histologie der Dementia praecox. *Vortr. 89. Verslg psychiatr. Ver. Rheinprovinz.* 23. Nov. 1912. *Allg. Z. Psychiatr.* 66 (1909). SIPPPEL, PAUL: Die homöoplastische Ovarientransplantation bei Schizophrenie. *Klin. Wschr.* 4 (1925). — SIROTA, LEW.: Katatonie und organisch-nervöse Begleiterscheinungen. Inaug.-Diss. Berlin 1914. — SKLIAR, N.: (a) Über die katatonische Demenz und deren klinische Formen. *Arch. f. Psychiatr.* 67 (1922). (b) Über die klinische Stellung der Paraphrenien. *Arch. f. Psychiatr.* 70 (1924). — SMITH, JENS: (a) Einige Bemerkungen über die Erblichkeit der Dementia praecox und manisch-depressiven Psychose mit Rücksicht auf einen besonderen Fall. *Hospitid. (dän.)* 64, Nr 10, 152—158. (b) Catatonic states in manic depressive insanity. *Med. Rec.* 87 (1915). — SMITH, L.: (a) Dementia praecox and alcoholism. *J. amer. med. Assoc.* 57, 1310. (b) Mental diseases in the military services, with special reference to Dementia praecox. *Mil. Surgeon*, April 1911. — SMITH, J. FOREST and H. GARDINER HILL: The blood-sugar curve in cases of Dementia praecox. *J. ment. Sci.* 73 (1927). *Ref. Zbl. Neur.* 47 (1927). — SNESSAREFF, P.: Einige Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. I. russ. Kongr. Psychoneur. Moskau, psychiatr. Sek., 10.—15. Jan. 1923. — SOMMER, MAX: Zur Kenntnis der Spätkatatonie. *Z. Neur.* 1 (1910). — SOMMER, ROBERT: (a) Diagnostik der Geisteskrankheiten. Urban u. Schwarzenberg 1901. (b) Bemerkungen zu dem Aufsatz v. Dr. BECKER: Ist die Dementia praecox heilbar? *Klin. psychiatr. u. Nerv.hkh.* 7 (1912). (c) Die Beziehungen von Schizophrenie, Katatonie und Epilepsie. *Z. Neur.* 78 (1922). — SONNENBERG, ARTHUR: Über die inneren und äußeren Ursachen des Jugendirreseins unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsschädigungen (Halle). *Arch. f. Psychiatr.* 64 (1922). — SOREL, E., M. RISEK, E. SAY: Quelques Considérations sur le Développement des Psychoses Systematisées par Progressus Symbolique. *Ann. méd.-psychol.* 1922 I. — SOUKHANOFF: (a) Sur la folie gémellaire. *Ann. méd.-psychol.* 58 II (1900). (b) Démence précoce et alcoolisme. *Ann. méd.-psychol.* 3 I (1913). (c) La démence précoce et la syphilis. *Ann. méd.-psychol.* 69 I (1911). (d) Sur l'hébéphrenie intermittente. *Nevraxe* 14/15 (1913). — SOUTHARD, E. E.: (a) A study of the dementia praecox group in the light of certain cases showing anomalies or sclerosis in particular brain regions. *Amer. J. Insan.* 67, 119. (b) Topographic distribution of cortex-lesions and anomalies in dementia praecox with some account of their functional significance. *Amer. J. Insan.* 71 (3). — SOUTHARD and CANAVAN: Focal lesions of cortex of left angular gyrus in two cases of late catatonia. *Amer. J. Insan.* Jan. 1916. — SOUTZODIMITRESKO: Démence précoce et tuberculose. *Ann. méd.-psychol.* 68 (1910). — SPECHT: (a) Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. *Z. Neur.* 19 (1913). (b) Fall von Dementia praecox, keine Kriegspsychose. *Münch. med. Wschr.* 61 II (1914). — SPEER, ERNST: (a) Spezielle Psychotherapie bei Schizophrenie. *Z. Neur.* 109 (1927). (b) Beitrag zur Kritik der speziellen Psychotherapie bei Schizophrenie. *Allg. ärztl. Z. Psychother.* 1 (1928). (c) Schizophrenie Symbolik und Psychotherapie der Schizophrenie. *Zbl. Neur.* 53 (1929). — SPIEGEL: Die zentrale Lokalisation autonomer Funktionen. *Z. Neur. Ref.* 21 (1920). — SPIELMEYER: (a) Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. ASCHAFFENBURGS Handbuch der Psychiatrie, Bd. 5. 1912. (b) Die anatomische Krankheitsforschung in der Psychiatrie. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 11, Spez. Teil VII. 1930. — SPIELREIN, S.: Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie. *Diss. Zürich.* — SPINDLER, CHARLES: La forme hypocondriaque de la schizophrénie. *Strasbourg méd.* 88 (1928). — SPITZER, LEO: Die Wortbildung als stilistisches Mittel. Halle 1910. — SSUCHAREWA, G. E. Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen. *Mshr. Psychiatr.* 62 (1927). SSUCHAREWA, G. E. u. S. W. OSSIPOWA: Materialien zur Erforschung der Korrelationen zwischen den Typen der Begabung und der Konstitution. *Z. Neur.* 100 (1926). — STAHELIN, J.: Moralische Oligophrenie und Schizoidie. *Z. Neur.* 82 (1923). — STANFORD, GOODALL and KNOX: The passage of a barium sulphate meal in ten cases of dementia praecox. *J. ment. Sci.* 68 (1922). — STANOJEVIC, L.: Ergographische Untersuchungen bei schizophrenen Psychosen. *Mshr. Psychiatr.* 76 (1930). — STAROBINSKI, A.: (a) Un cas de délire

télépathique. Ann. méd.-psychol. **79** (1921). (b) Note sur les suicides des adolescents. Schweiz. Rdsch. Med. **22** (1922). — STAUDENMAIER, LUDWIG: Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Leipzig: Akad. Verlagsgesellschaft 1912. — STEARNS, A. W.: The prognosis in dementia praecox. Boston med. J. **167** (1912). — STECK, H.: (a) Neurologische Untersuchungen an Schizophrenen. Z. Neur. **82** (1923). (b) Kritisches zur Ätiologie der Dementia praecox (Erwiderung auf Dr. LEO WOLFERS Bemerkung zu meiner Arbeit: „Neurologische Untersuchungen an Schizophrenen“). Z. Neur. **92** (1924). — STEINAU-STEINRÜCK, J. v.: Zur Kenntnis der Psychosen des Schützengrabens. Z. Neur. **52** (1919). — STEINER: Encephalitische und katonische Motilitätsstörungen. Z. Neur. **78** (1922). — STEINKÜHLER, H.: Schizophrenie und Kriegsdienstbeschädigung. Diss. Marburg 1921. — STEINTHAL: Ein eigenartiger Fall KORSAKOFFScher Psychose. Z. Neur. **67** (1921). — STELZNER: Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. Allg. Z. Psychiatr. **71** (1914). — STENBERG, SVEN: Psychosis and blood lipoids. Quantitative Variations of total cholesterolin and total fatty in the blood. II. In dementia praecox. Acta med. scand. (Stockh.) **72** (1929); Zbl. Neur. **55**. — STERN, G.: Welche Möglichkeiten bieten die Ergebnisse der experimentellen Vererbungslehre dafür, daß durch verschiedene Symptome charakterisierte Nervenkrankheiten auf gleicher erblicher Grundlage beruhen? Nervenarzt **2** (1929). — STERN-PIPER, LUDWIG: Der psychopathologische Index der Kultur. Arch. f. Psychiatr. **74** (1925). — STERTZ, G.: (a) Psychiatrie und innere Sekretion. Z. Neur. **53** (1920). (b) Encephalitis und Katatonie. Mschr. Psychiatr. **59** (1925). (c) Beitrag zu dem Verhältnis von Kunstschaffen und Geisteskrankheit. Dtsch. Z. Nervenheilk. **100** (1927). — STIEFLER: (a) Die Seborrhoea faciei als ein Symptom der Encephalitis lethargica. Z. Neur. **73** (1921). (b) Über hypophysäre Fettsucht als Restzustand eines Falles von Encephalitis lethargica. Mschr. Psychiatr. **50** (1922). — STIER-SOMLO u. ELSTER: Handwörterbuch der Strafrechtswissenschaft. Berlin u. Leipzig: de Gruyter & Co. — STOCK, A.: Dementia praecox. Oklahoma State med. Assoc. J., April. — STOCKER, A.: (a) Schwere Ganglienzellkernschädigung in einem Fall von Dementia praecox. Z. Neur. **75** (1922). (b) Réve et associations libres d'un dément précoce. Progrès méd. **48**, No 49, 570—572. (c) Psychologie de la schizophrénie. Encéphale **23** (1928). — STÖCKER, W.: (a) Besteht zwischen einem katatonischen Stupor und Erregungszustand einerseits und einer Depression, vielmehr depressivem Stupor und einer Manie andererseits ein grundsätzlicher Unterschied, und worin besteht dieser? Z. Neur. **32** (1916). (b) Welcher Unterschied besteht zwischen Ideenflucht, depressiver Denkhemmung und schizophrener Störung des Denkens? Z. Neur. **48** (1919). — STOCKMEIER: Zur psychologischen Analyse der Dementia praecox. Z. Neur. **28** (1919). — STORCH, A.: (a) Gesichtspunkte zum Verständnis der schizophrenen Gedankenwelt. Jverslg württemberg. Nerv.- u. Irrenärzte Tübingen, 20. März 1921. (b) Über das archaische Denken in der Schizophrenie. Z. Neur. **78** (1922). (c) Bewußtseins- und Wirklichkeitsbereiche in der Schizophrenie. Ein phänomenologischer Versuch. Z. Neur. **82** (1923). (d) Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. Berlin: Julius Springer 1922. G. Z. **3**, 6. (e) Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz von LANGE LÜDDECKE. Z. Neur. **93** (1924). (f) Erlebnisanalyse und Sprachwissenschaft. Ein psychopathologischer Beitrag zu dem gleichnamigen Aufsatz von E. R. JAENSCH. Z. Psychol. **94** (1924). (g) Über den psychobiologischen Aufbau der Schizophrenie. Z. Neur. **101** (1926); Jverslg dtsh. Ver. Psychiatr. Wien, Sitzg 13. u. 14. Sept. 1927. (h) Wandlungen der wissenschaftlichen Denkformen und „neue“ Psychiatrie. Z. Neur. **107** (1927). (i) Die Welt der beginnenden Schizophrenie und die archaische Welt. Ein existenzial-analytischer Versuch. Z. Neur. **127** (1930). — STORZ, R.: Über Besserungs- und Heilungsaussichten bei Dementia praecox nach den Erfahrungen in der 2. oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg. Diss. Erlangen. — STRÄUSSLER: Über Haftpsychosen und deren Beziehungen zur Art des Beobachtungsmaterials. Z. Neur. **18** (1913). — STRANSKY, E.: (a) Zur Klinik und Pathogenese gewisser Angstpsychosen. Mschr. Psychiatr. **14** (1903). (b) Zur Lehre von der Dementia praecox. Zbl. Nervenheilk. **27** (1904). (c) Über Sprachverwirrtheit. ALTS Sammlung, Bd. 6. Halle a. S.: Carl Marhold 1905. (d) Über die Dementia praecox. Grenzfr. Nerv.- u. Seelenleb. **67**. Wiesbaden 1909. (e) Muskeldystrophie und Psychose. Z. Neur. **3** (1910). (f) Ref. über den derzeitigen Stand der Klinik der Dementia praecox. Jb. Psychiatr. **33**, 516 (1912). (g) Über den derzeitigen Stand der Klinik der Dementia praecox. Wien. klin. Wschr. **25** (1912). (h) Zur Entwicklung und zum gegenwärtigen Stande der Lehre von der Dementia praecox. Z. Neur. **8** (1912). (i) Kurze Bemerkung zu ZINGERLES Arbeit: „Zur Kenntnis der Störung des sprachlichen Ausdruckes bei Schizophrenie“. Neur. Zbl. **31** (1912). (k) Nachtrag zu dem Beitrag betr. „Dementia praecox“. Z. Neur. Orig. **9** (1912). (l) Der Zwiesinn. Einige Bemerkungen zu BRÉSLEERS gleichlautendem Aufsätze in Nr. 3 u. 4 dieser Wochenschrift. Psychiatr.-neur. Wschr. **14** (1912/13). (m) Über Schizophrenie (Dementia praecox). Med. Klin. **9** (1913). (n) Die paranoiden Erkrankungen. Z. Neur. **18** (1913). (o) Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. Leipzig: F. C. W. Vogel 1914. (p) Schizo-

- phrenie und intrapsychische Ataxie. Jb. Psychiatr. **36** (1914). (q) Schizophrenie und manisch-depressives Irresein. Weiterentwicklung ihrer Klinik in der Nachkriegszeit. Jb. ärztl. Fortbildg **12** (1921). (r) Zur Psychologie der Schizophrenie und deren therapeutischer Bedeutung. Einige Bemerkungen zu der gleichnamigen Veröffentlichung von Prof. Dr. HANS W. MAIER in Nr. 17 u. 18 der Wien. med. Wschr. Wien. med. Wschr. **77** (1927). (s) Zur Psychologie der Schizophrenie. Ein Nachwort zum Referate von J. BERZE auf der Wiener Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Allg. Z. Psychiatr. **89** (1928). (t) Zur Klinik und Kritik der Schizophrenie. Jb. Psychiatr. **46** (1929). (u) Ein bisher fast unbekannt gebliebenes Verdienst E. LUGAROS usw. Psychiatr.-neur. Wschr. **32** (1930). (v) Einige Grenzfragen des Schizophrenieproblems. Jb. Psychiatr. **48** (1931). — STRASSER-EPPELBAUM: Das autistische Denken im Bereich der Dementia praecox. Z. Neur. **28** (1915). — STRAUSS, ERWIN: Das Problem der Individualität. Die Biologie der Person, Bd. 1. — STRAUSS, HANS: Das Zusammenschrecken. J. Psychol. u. Neurol. **39** (1929). — STRECKER, ED.: (a) A preliminary study of the precipitating situation in 200 cases of mental disease. Amer. J. Psychiatr. **1** (1922). (b) Psychoses and potential psychoses of childhood. N. Y. med. J. **114** (1921). — STRECKER, EDWARD A. and GORDON F. WILLEY: An analysis of recoverable „dementia praecox“ reactions. Amer. J. Psychiatry **3** (1924). — STROHMAYER, W.: Zur Genealogie der Schizophrenie und des Schizoids. Z. Neur. **95** (1925). — STUURMAN, F. J.: (a) Bijdrage tot de kennis der schizofrenie. Psychiatr. Bl. (holl.) **23** (1919). (b) Die Psychosen der nächsten Verwandten einiger Schizophrenen. Z. Neur. **93** (1924). (c) Die Schizophreniefrage. Psychiatr. Bl. (holl.) **1927**. (d) Einige statistische Angaben über den Beginn und den Verlauf der Schizophrenie. Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1928 II**. (e) Die Erblichkeit der Schizophrenie. Psychiatr. Bl. (holl.) **32** (1928); Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1928 I**. — SUCHANOW, S.: (a) Gibt es eine Paranoia als selbständige Krankheitsform? Med. Rev. (russ.) **73** (1910). (b) Alkoholismus und Jugendirresein. Prakt. Arzt (russ.) **11**, 39. (c) Über intermittierende Hebephrenie. Prakt. Arzt (russ.) **12**, 1. — SULLIVAN, HARRY STACK: (a) Schizophrenia: Its conservative and malignant features. A preliminary communication. Amer. J. Psychiatry **4** (1924). (b) The onset of schizophrenia. Amer. J. Psychiatry **7** (1927). (c) Research in schizophrenia. Amer. J. Psychiatry **9** (1929). — SVENSON, FREY: Van föreställningarnas och Sinnesvillornas psykologi, 1919. (Zit. nach HEDENBERG). — SZEDLAK: Über Heilungen der Dementia praecox. Orv. Hetil. (ung.) **57** (1913).
- TAMBURINI, A.: Psicosi catatonica acuta e psicosi maniaco depressiva catatonica. Riv. sper. Freniatr. **37**, 369. — TARGOWLA et RUBENOVITCH: Syndrome schizophrénocatatonique suivi depuis quatorze ans. Encéphale **25** (1930). — TAROZZI, GIOVANNI: Demenza precocissima (DE SANCTIS) (schizofrenia prepuberale). Riv. Pat. nerv. **28** (1923). — TEENSTRA, PIETER EDGEE MARTEN: Über den Blutzuckergehalt bei Melancholie und Schizophrenie. Amsterdam 1929. Zbl. Neur. **54**. — TER-OGANNESSIAN: Psychoanalyse einer Katatonie. Psychiatr.-neur. Wschr. **14** (1912/13). — TER-OGANNESSIAN-BABIZKAJA: Versuch einer Analyse bei einem Fall von Schizophrenie. Diss. Zürich. — TEULIÉ, G.: Les rapports des langages néologiques et des idées délirantes au médecine mentale. Paris-Leipzig: Picard-Lorentz 1927. — THOMAS, W.: Dementia praecox und Vitamine (engl.). Zbl. Neur. **51** (1929). — THOMSEN: Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Allg. Z. Psychiatr. **64** (1907). — THOREK, MAX: The gonads and the large bowel in dementia praecox. A suggestion as to therapy. Clin. Med. a. Surg. **34** (1927); Zbl. Neur. **50** (1928). — THURZÓ, EUGEN v.: Humoralpathologische Untersuchungen bei Dementia praecox mit besonderer Rücksicht auf die pleohämolytische Reaktion. Z. Neur. **119** (1929). — THURZÓ, JENŐ: Serologische Diagnostik der jugendlichen Geistesstörung. Magy. orv. Arch. **30** (1929) u. deutsche Zusammenfassung. Zbl. Neur. **55**. — TIMOFEEV, N.: Untersuchungen des vegetativen Nervensystems bei schizophrener Demenz. Obozr. Psichiatr. (russ.) **4** (1929). — TIMOFEEV: Dementia praecox pseudoparalytica. Rev. Psychiatr. Neur. u. exper. Psychol. (russ.) **16**, 65. — TINDINGE, G.: Behandlung der Dementia praecox mit Metallosal Mangan. Ugeskr. Laeg. (dän.) **1929 II**. — TRETITA, G.: (a) Contributo allo studio della funzione circolatoria nella demenza precoce. Ricerche sulla pressione del sangue sistolica, diastolica differenziale; sul polso e sulla temperatura ascellare. Riv. sper. Freniatr. **44** (1921). (b) Contributo allo studio della funzione circolatoria nella demenza precoce. II. Riv. sper. Freniatr. Arch. ital. Mal. nerv. ment. **46** (1923). — TISSOT, F.: Automutilateur piqueur stéréotype. Encéphale **6 II** (1911). — TÖBBEN: Ein Beitrag zur Psychologie der zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilten und begnadigten Verbrecher. Mschr. Kriminalpsychol. **9** (1913). — TOGAMI, K.: Beiträge zur Lehre vom Stoffwechsel bei Psychosen. II. Mitt. Mschr. Psychiatr. **36** (1914). — TOKAY, LÁSZLÓ: Die schizophrene Form der Dementia paralytica. Orv. Hetil. (ung.) **1929 II**. Ref. Zbl. Neur. **55** (1930). — TOMASCHNY: Die körperlichen Erscheinungen bei der Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. **66** (1909). — TOMASINI: Le demenze originarie. Il Manicomio **26**, 1—18 (1910). — TOPORKOW, N.: Zur Frage der Ätiologie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. **73** (1925). — TORREN, J. VAN DER: (a) Een geval

- van manisch-depressive psychose (?) mit paranoide verschijnenselen. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **63** (II, 1) 10. (b) Ein Fall von Schizophrenie? *Z. Neur.* **39** (1918). (c) Autochthone Degenerationspsychosen. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **66** (1922). (d) Ein Fall von Hirnherderscheinungen nach der Somnifenkur. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **1928 I**. — TOULOUSE et MIGNARD: Comment caractériser et définir la démence. *Soc. méd.-psychol.*, Sitzg. **30**. März 1914 u. 25. Mai 1914. *Ann. méd.-psychol.* **1914 I**. — TOULOUSE et PUILLET: Confusion mentale à aspect de démence précoce. *Arch. de Neur.* **12**, 171, *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* **7** (1914). — TRAMER, M.: (a) Zur Genese psychischer Spaltungen. *Schweiz. med. Wschr.* **52** (1922). (b) Zur psychodynamischen Beziehung von Psychoanalyse und Schizophrenie an Hand eines Falles. *Schweiz. med. Wschr.* **54** (1924). — TRAVAGLINO, P. H. M.: (a) Démence précoce à un age assez avancé. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **6**, 439. (b) The social importance of schizophrenia for the native society. *Meded. Dienst Volksgezdh. Nederl.-Indië* **1925**, Nr 2. (c) Die Schizophrenie und die javanische Psyche. *Psychiatr. Bl. (holl.)* **1927**. — TRAVIS, LEE EDWARD: Rate of reflex conduction in a cataleptic patient. *Proc. Soc. exper. Biol. a. Med.* **25** (1928); *Zbl. Neur.* **50**. — TREADWAY: (a) Some observations on dementia praecox. *J. nerv. Dis.* **42** (1915). (b) Case of dementia praecox. *Illinois med. J.*, Okt. **1914**. — TREIBER: (a) Heilversuche mit Tuberkulininjektionen bei Dementia praecox. *Allg. Z. Psychiatr.* **70** (1913). (b) Frühsymptome der Dementia praecox. *Psychiatr. neur. Wschr.* **15** (1913/14). (c) Erfahrungen über die Entlassung Geisteskranker gegen ärztlichen Rat. *Allg. Z. Psychiatr.* **72** (1916). — TRÉNEL, M.: (a) Folie intermittente et psychose familiale. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* **5**, 205. (b) La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de BLEULER. *Revue neur.* **2**, No 19, 372. (c) Démence précoce et folie périodique. *Ann. méd.-psychol.* **70 II** (1912). (d) „Néologismes“. Artikel in *Nouv. prat. méd. chir. illustr.* **5**. — TRÉNEL et P. LÉLONG: Hypertonie ou catatonie. *Revue neur.* **35 II** (1928). — TREPSAT, L.: Dessins et écrits d'un dément précoce. *Encéphale* **8 II** (1913). — TRÉTIKOFF, C. et M. DE F. AMORIM: Démence précoce catatonique, datant de 21 ans, chez un syphilitique. *Mem. Hosp. Juquery (port.)* **1** (1924). — TROCHINE, G. J.: La Structure de la Psychose. *Ann. méd.-psychol.* **1924 II**. — TROELTSCH: Ein Meister der Lüge. *Arch. Kriminol.* **77** (1925). — TROTSENBURG, J.: Über die Ursache von Tabes dorsalis, Dementia paralytica und Dementia praecox. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **65 II**, Nr 5, 591—595. — TRÜELLE, V.: (a) Deux cas de stupeur. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* **3** (1910). (b) Trois déments précoces. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* **5** (1912). (c) Un cas d'amélioration considérable après 14 ans de délire. *Ann. méd.-psychol.* **70 I** (1912). — TSCHARNETZKY: Dementia praecox und Syphilis. *Psychiatr. Gegenw. (russ.)* **4**, 93. — TSCHERNING, RÜDIGER: Muskeldystrophie und Dementia praecox. Ein Beitrag zur Erblichkeitsforschung. *Z. Neur.* **69** (1921). — TUCKER, B.: Pituitary disturbance in its relation to the psychoses of adolescence. *J. amer. med. Assoc.* **71** (5), 330. — TUCZEK, KARL: (a) Analyse einer Katatonikersprache. *Z. Neur.* **72** (1921). (b) Prognostische Versuche an gemischterbigem Material (manisch-depressiv-Schizophrenen). 48. Jverslg südwestdtsh. Psychiatr. Tübingen, Sitzg 23. Okt. 1925 (1926). — TULLIO, BENIGNO DI: Pseudo-schizoidismo e pseudoschizofrenie nei criminali. *Zacchia* **5** (1926). — TURNBULL: A case of catatonia. *J. of Neur.* **2**, Nr 6, 154 bis 158. — TYSON and CLARK: Eye Syndrome and Dementia praecox. *Arch. of Ophthalm.* **41**, Mai.
- UBENAUF, K.: Capillaruntersuchungen an alten Schizophrenen. *Zbl. Neur.* **50** (1928). — UHLMANN: Serologische Befunde bei Granaterschütterung. *Münch. med. Wschr.* **13** (1916). — URECHIA, C.: Note sur l'état du noyau dentelé dans un cas de catatonie. *Revue neur.* **38** (1922). — URECHIA, C. et N. RUSDEA: La forme schizophrénique de la syphilis du cerveau et de la paralysie générale. *Encéphale* **16** (1921). — URSTEIN, M.: (a) Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Wien 1909. (b) Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. *Wien. klin. Wschr.* **25** (1912). (c) Manisch-depressives Irresein als Erscheinungsform der Dementia praecox. Wien 1912. (d) Ursachen und Wesen der Katatonie. *Med. kronika lek. (poln.)* **1913**, Nr 15. (e) Spätpsychosen katatonen Art. Eine klinische Studie. Wien u. Berlin: Urban u. Schwarzenberg 1913. (f) Die Bedeutung des ABDERHALDENschen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie und das korrelative Verhältnis der Geschlechtsdrüsen zu anderen Organen mit innerer Sekretion. *Wien. klin. Wschr.* **26** (1913). (g) Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie. *Mschr. Psychiatr.* **8**, Beih. (1922). — UYEMATSU, SHICHI: The platelet count and bleeding time in catatonic dementia praecox. *Amer. J. Psychiatr.* **1** (1922); *Z. Neur.* **27** (1922). — UYEMATSU and SODA: Blood analyses in cases of catatonic dementia praecox. *J. nerv. Dis.* **53** (1921).
- VALDIZAN, H.-DELGADO: Psychologische Faktoren der Dementia praecox. *Rev. psiquiatr. y discipl. conexas* **4** (1923). — VALKENBURG, G. T. VAN: Psychiatrisch-neurologische Bemerkungen aus dem Bürgerkrankenhaus. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **70 II** (1926). VALLEJO NÁGERA, A.: (a) Über einen Fall von „Dementia praecocissima“. *Pediatr. españ.* **18** (1929). (b) Pyretotherapie der Dementia praecox mit „Pyrifer“. *Siglo méd.* **83** (1929). — VALLEJO NÁGERA, A. u. J. VALDÉS LAMBEA: Beziehungen zwischen Schizophrenie und

- Tuberkulose. *Med. iberá* 1929 I; *Zbl. Neur.* 53. — VERGARA, E.: Il riflesso oculo cardiaco nelle malattie mentali. *Cervello* 1 (1922); *Z. Neur.* 29, (1922). — VERSCHUER, v.: Beitrag zur Frage Konstitution und Rasse, sowie zur Konstitutions- und Rassegeographie Deutschlands. *Z. Rassenbiol.* 20 (1928). — VERWORN: Zur Psychologie der primitiven Kunst. Jena: Gustav Fischer 1908. — VETLESEN: Paralysis agitans und Myxödem. *Z. Neur.* 26 (1914). — VIDONI, G.: (a) Contributo alla patogenesi della „Dementia praecox“. *Note Psichiatri.* 2, No 2. (b) Demenza precoce o lesioni del cervello? *Note Psichiatri.* 4, No 4. — VIEIRA DE MORAES et PERNAMBUCO: Considérations sur un cas de syndrome pluriglandulaire endocrinique associé à la démence précoce. *Arch. brasil. Med.* 1912, No 6. — VIERNSTEIN: Eigenschaften und Schicksale von 40 lebenslänglichen Gefangenen des bayerischen Zucht-hauses Kaisheim. *Z. Med.beamte* 27 (1914). — VIGOUROUX et HERRISON-LAPARRE: Démence précoce et tubercules de cerveau. *Bull. Soc. Anat. Paris* No 9, p. 456. — VIGOUROUX et PRINCE: (a) Un délirant persécuté à réactions dangereuses. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* 5, 9 (1912). (b) De la démence précoce. 3 observations cliniques. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* 5, 50 (1912). — VIGOUROUX, A. et P. PRUVOST: (a) Démence précoce et alcoolisme chronique. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* 6 (1913). (b) Alcoolisme chronique et démence précoce. *Arch. de Neur.* 1 (1914). — VIGOUROUX et TRENEL: Deux cas de délire polymorphe chez un frère et une soeur. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* 3 (1910). — VIGOUROUX et TRUELLE: Psychose familiale. *Bull. Soc. clin. et Méd. ment.* 3 (1910). — VILLAVERDE, JOSÉ MARÍA DE: (a) Zur Kenntnis der Zwillingsschizophrenie. *Siglo méd.* 84 (1929). (b) Über die Beziehungen zwischen Migräne und Schizophrenie (span.). *Zbl. Neur.* 55 (1930). — VILLINGER, WERNER: Über Frühschizophrenie. 49. Verslg südwest-dtsch. Neur. u. Irrenärzte Baden-Baden, Mai 1924. — VINCHON, JEAN: Un schizophrène conscient. *J. de Psychol.* 20 (1923). — VINCHON et MONESTIER: Nouvel exemple d'évaluation du temps par un schizophrène. *J. de Psychol.* 19 (1922). — VISSER, J. J.: Einige Fälle vereinten Vorkommens epileptischer und schizophrener Erscheinungen. *Psychiatr. Bl. (holl.)* 33 (1929); *Zbl. Neur.* 56. — VOGT: Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. *Allg. Z. Psychiatr.* 66 (1909). — VOGT, CÉCILE: Die topistisch-pathoarchitektonische Forschung in der Psychiatrie. *Z. Neur.* 100 (1925). — VOGT, OSKAR: Psychiatrische Krankheitseinheiten im Lichte der Genetik. *Z. Neur.* 100 (1925). — VORGT, L.: Über Dementia praecox im Kindesalter. *Z. Neur.* 48, (1913). — VOLOCHOV, N. (a): Zur Frage über die Schizophrenie bei Kindern. *Z. Neuropat. (russ.)* 22 (1929) (Deutsche Zusammenfassung). (b) Zur Frage der luischen Ätiologie der Schizophrenie. *Zbl. Neur.* 53 (1929). — VOLPI-GHIRADINI: Sulla presenza di stria cicatriziali pseudo-gravidiche in dementi precoci. *Atti Soc. med. leg. Roma* 1910 III. — VORKASTNER: Epilepsie und Dementia praecox. *Abh. Neur. usw. H. 4.* Berlin: S. Karger 1918.
- WADA, T.: (a) Beiträge zur pathologischen Anatomie einiger Psychosen. (Dementia praecox usw.) *Arb. neur. Inst. Wien* 18 (1910). (b) Zur Pathologie der Dementia praecox. *Ver. Psychiatr. u. Neur. Wien*, Febr. 1910, *Wien. klin. Wschr.* 23. — WÄLDER, ROBERT: Über schizophrenes und schöpferisches Denken. *Internat. Z. Psychoanal.* 12 (1926). — WALKER, H.: Zum Problem der empirischen Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungs-aussichten der Neffen und Nichten, sowie der Großneffen und Großnichten Basler Schizophrener. *Z. Neur.* 120 (1929). — WALKER, J.: (a) The reaction of the urine in 120 cases of mental disorder. *J. ment. Sci.* 69 (1923). (b) The significance of urea in dementia praecox. *J. ment. Sci.* 69 (1923). — WALTER, F. K. (a): Studien über den Liquor cerebrospinalis. *M Schr. Psychiatr.* 28 (1910). — (b) Die Blut-Liquorschranke. Leipzig: Georg Thieme 1929. (c) Über das Verhalten von Pulszahl und Blutdruck beim Katatoniker im unbeeinflussten Zustand und im pharmakologischen Versuch, zugleich ein Beitrag zur klinischen Physiologie und Physiopathologie des Kreislaufes, sowie zur klinischen Pharmakologie und zur allgemeinen und speziellen medikamentösen Therapie. *Arch. f. Psychiatr.* 89 (1930). — WALTER u. KRAMBACH: Vegetatives Nervensystem und Schizophrenie. *Z. Neur.* 28 (1915). — WALTHER, GERDA: Zur innerpsychischen Struktur der Schizophrenie. *Z. Neur.* 108 (1927). — WARNER, GEORGE L.: Malarial inoculation in cases of Dementia praecox. *Psychiatr. Quart.* 2 (1928). — WARSTADT: Kasuistischer Beitrag zur Pathogenese der Schizophrenie. *M Schr. Psychiatr.* 75 (1930). — WASNER: Psychosen aus dem Boden der angeborenen geistigen Schwächezustände. *Z. Neur.* 29 (1915). — WASSERMEYER: Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. 8. Jverslg. Ver. norddtsch. Psychiatr. u. Neurol., 9. August 1906. *Allg. Z. Psychiatr.* 63 (1906). — WATSON, H. FERGUSON: Sporadic cretinoid Amentia: Three cases in one family. *J. ment. Sci.* 70 (1924). — WEBER, H.: (a) Blutdruckmessungen bei Kranken mit manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. *Arch. f. Psychiatr.* 47 (1910). (b) Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. *Wien. klin. Rdsch.* 26 (1912). — WEDDIGE: Über frühes Auftreten von Dementia praecox mit Bemerkungen über Pfropfbephrenie. *Inaug.-Diss. Greifswald* 1914. — WEICHBRODT: Zur Dementia praecox im Kindesalter. *Arch. f. Psychiatr.* 59 (1918). — WEIDENREICH: Rasse und Körperbau. Berlin: Julius Springer 1927. — WEILER, KARL: (a) Untersuchung des Kniesehenreflexes beim Menschen. *Z. Neur.*



Orig. 1 (1910). (b) Untersuchung der Pupillen- und der Irisbewegungen beim Menschen. *Z. Neur.* 2 (1910). (c) Eine Entgegnung zur Frage: Jugendirreseinen und Kriegseinflüsse in dieser Zeitschrift 32, Nr 11. *Ärztli. Sachverst.ztg* 32 (1926). — WEILER, M.: Triebhandlung bei Dementia praecox. *Friedreichs Bl.* 64 (1913). — WEINBERG, IRMA: Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungs Aussichten der Vettern und Basen von Schizophrenen. *Z. Neur.* 112 (1928). — WEINBERG, W.: (a) Statistik und Vererbung in der Psychiatrie. *SOMMERS Klinik für psychiatrische und nervöse Krankheiten*, Bd. 5. 1910. — (b) Auslesewirkung bei biologisch-statistischen Problemen. *Arch. Rassenbiol.* 10 (1913). — WEISS, LEO: KRETSCHMERS „Körperbau und Charakter“. Eine kritische Betrachtung der bisherigen Ergebnisse. *Zbl. Neur.* 46 (1927). — WEISSENFELD, FELIX: (a) Die Auflösung des Begriffs „schizoid“ an Hand neuer somatisch psychischer Korrelationen. *Arch. f. Psychiatr.* 77 (1926). (b) Beiträge zum Problem: Körperbau und Charakter. *Z. Neur.* 96 (1925) (Literaturverzeichnis). — WELLS, F. L.: Mental causes in dementia praecox. 18. annual meeting of the Amer. psychol. association. *Psychol. Bull.* 7 (1910). — WESTERTERP, M.: Prozeß und Entwicklung bei verschiedenen Paranoiatypen. *Z. Neur.* 91 (1924) (große Literaturangabe). — WESTON, P.: Phenolsulphonaphthaleinabsorption from the subarachnoid space in paresis and dementia praecox. *Arch. of Neur.* 5, Nr 1, 58—63. — WESTPHAL, A.: (a) Über die Pupillenstörung bei Hysterie und Katatonie. *Allg. Z. Psychiatr.* 67 (1910). (b) Über Pupillenphänomene bei Katatonie, Hysterie und myoklonischen Symptomkomplexen. *Mshr. Psychiatr.* 47 (1920). (c) Über wechselnde Pupillenstarre („Spasmus mobilis“) bei Katatonie und Encephalitis epidemica. Mit Krankenvorstellungen. 99. Verslg psychiatr. Ver. Rheinprov. Bonn, Sitzg 26. Juli 1924. (d) Schizophrene Krankheitsprozesse und amyotrophische Lateralsklerose. *Arch. f. Psychiatr.* 74 (1925). — WESTPHAL, FRÉDÉRIC: La notion de schizoïdie et de schizomanie dans ses rapports avec la démence précoce et divers états psychopathiques. Etude clinique des schizoses. *Diss. Paris* 1928. — WETZEL, A.: (a) Über Massenmörder. Abh. aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie, Heidelberg. *Abh.* 1920, H. 3. (b) Das Weltuntergangserlebnis in der Schizophrenie. *Z. Neur.* 78 (1922). (c) Schizophrenie und soziale Gemeinschaft. *Z. Neur.* 127 (1930). — WEXBERG, ERWIN: Ein Fall von Dementia paranoides. *Internat. Z. Individ. psychol.* 2 (1924). — WEYGANDT: (a) Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München: J. F. Lehmann 1902. (b) Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. *Mshr. Psychiatr.* 22 (1907). (c) Psychiatrische Aufgaben nach dem Kriege. *Jkurse ärztl. Fortbildg* 1916, Maih. (d) Unfall und Dementia praecox. *Mitt. Hamburg. Staatsanst.* 15 (1916). (e) Kunst und Wahnsinn. *Woche* 1921, H. 22. (f) Kunstwerk und Psychopathologie. *Zbl. Neur.* 37 (1924). (g) Zur Frage der pathologischen Kunst. *Zbl. Neur.* 37 (1924); *Z. Neur.* 94 (1925). (h) Die pathologische Plastik des Fürsten Pallagonia. *Z. Neur.* 101 (1926). (i) Über pathologische Plastik. *Zbl. Neur.* 42 (1926). — WHITE: Dementia praecox. *Arch. of Diagnosis*, Okt. 1911. — WHITE, WILL: (a) Some considerations bearing on the diagnosis and treatment of dementia praecox. *Psychoanalytic. Rev.* 8; *Amer. J. Psychiatry* 1 (1921). (b) The language of schizophrenia. *Arch. of Neur.* 16 (1926). — WHITEHORN, J.: (a) Aporrhagma reactions in psychoses. *Amer. J. Psychiatry* 2 (1923). (b) The effect of glucose upon blood phosphates in schizophrenia. *Monographie Schizophrenia*. New York 1928. — WICHMANN, A.: Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie bzw. Psychogenie. *Arch. f. Psychiatr.* 64 (1922). — WIDMANN, J.: Gibt es bei Dementia praecox Schädeldeformitäten und welcher Art? Eine psychologische Studie. *Klin. psychiatr. u. Nerv.krkh.* 9 (1916). — WIERSMA, D.: Dementia praecox und psychische Energie. *Z. Neur.* 95 (1925). — WIGERT, V.: (a) Studien über die paranoischen Psychosen. *Z. Neur.* 40 (1918). (b) Studien über den Zuckergehalt des Blutes bei Psychosen mit depressivem Affekt. *Z. Neur.* 44 (1919). (c) Katatonie und Melanodermie. I. Die gegenwärtige Lage der Melanodermielehre. *Acta psychiatr. (Københ.)* 1 (1926). (d) Katatonie und Melanodermie. II. *Acta psychiatr. (Københ.)* 1 (1926). — WILCZKOWSKI, EUGENJUSZ: (a) Blutgruppenuntersuchungen bei Schizophrenie und progressiver Paralyse. *Klin. Wschr.* 6 (1927). (b) Untersuchungen der konstitutionellen serologischen Blutgruppen bei Schizophrenen und Paralytikern (poln.). *Zbl. Neur.* 47 (1927). — WILDERMUTH, HANS: (a) Schizophrene Zeichen beim gesunden Kind. *Z. Neur.* 86 (1923). (b) Die Totenehe einer Schizophrenen. *Z. Neur.* 93 (1924). (c) Schizophrene Zustandsbilder bei verschiedenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. *Allg. Z. Psychiatr.* 85 (1926). (d) Geschwisterpsychosen. *Z. Neur.* 110 (1927). (e) Zirkulär oder schizophren? *Z. Neur.* 120 (1929). — WILLIAMS, EDWARD HUNTINGTON, CLIFFORD, A. WRIGHT, MARTIN, G. CARTER and EDSON H. STEELE: Psychoendocrine aspects of Dementia praecox. *Clin. Med. a. Surg.* 35 (1928). — WILMANN: (a) Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. *Aschaffenburgs Mshr.* 1 (1905). (b) Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig: Joh. Ambros. Barth 1906. (c) Ref. über SIEFERT, Über die Geistesstörungen in der Straftaft usw. *Zbl. Neur.* 26 (1907). (d) Zur klinischen Stellung der Paranoia. *Zbl. Nervenheilk.* 21 (1910). (e) Zur Reform des Arbeitshauses. *Mshr. Kriminalpsychol.* 10 (1914). (f) Die

Schizophrenie. Z. Neur. 78 (1922). (g) Die Abhängigkeit der Haftpsychosen vom Zeitgeist. Mschr. Kriminalpsychol. 15 (1924). (h) Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Berlin: Julius Springer 1927. (i) Die Behandlung der Schizophrenen im Wandel der Zeiten. Offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten, herausgeg. von RÖMER, KOLB, FALTHAUSER. Berlin 1927. (k) Die Entwicklung der badischen Irrenfürsorge mit besonderer Berücksichtigung der Universitätskliniken. Arch. f. Psychiatr. 87 (1929). (l) Die umstimmende Behandlung in der Psychiatrie. In Umstimmung als Behandlungsweg. Leipzig: Georg Thieme 1930. (m) Geschichtliche Bemerkungen auf der Jahresversammlung d. d. Vereins für Psychiatrie 1931 in Breslau. Allg. Z. Psychiatr. 96, 234 (1931). (n) Die pathologischen Veränderungen des Charakters und ihre diagnostische Bedeutung. Dtsch. med. Wschr. 14 (1929). — WILMANN u. RANKE: (a) Fall Schänzchen. Nissls Beitr. 1 (1913). (b) Fall Dahl. Nissls Beitr. 6 (1915). — WIMMER, A.: (a) Sur l'état de conscience pendant la stupeur. Ann. méd.-psychol. 1919. (b) Sur la transmission héréditaire des maladies mentales. Encéphale 17 (1922). — WINKLER, H.: Spektrophotographische Liquoruntersuchungen bei chronisch Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. 86 (1929); Zbl. Neur. 50 (1928). — WINOKUROFF: Über Schizophrenie bei Kindern. 1. russ. Kongr. Psychoneur. Moskau. psychiatr. Sekt., 10.—15. Jan. 1923. — WINTER, F.: Ein kasuistischer Beitrag zu den A. WESTPHALischen Pupillenstörungen bei Katatonie. Bonn 1911. — WITTE, F.: (a) Über anatomische Untersuchungen der Körperorgane bei der Dementia praecox. Z. Neur. 72 (1921). (b) Über anatomische Untersuchungen der Schilddrüse bei der Dementia praecox. Z. Neur. 80 (1922). (c) Über anatomische Untersuchungen der Hoden von Schizophrenen. Z. Neur. 98 (1925). (d) Anatomische Befunde am Verdauungsapparat von Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. 88 (1929); 89 (1930). — WITTERMANN, E.: (a) Ergebnisse retrospektiver Diagnostik. Verslg südwestdtsch. Neur. u. Irrenärzte, Mai 1910; Neur. Zbl. 29 (1910). (b) Psychiatrische Familienforschung. Z. Neur. 20 (1913). (c) Klinische Psychiatrie und Familienforschung. Z. Neur. 105 (1926). — WIZEL, A.: (a) Schizophrenie mit charakteristischem Wahn. Neur. polska 6 (1922). (b) Les formes frustes de la schizophrénie. Ann. méd.-psychol. 84 I (1926). — WIZEL, A. et R. MARKUSZEWICZ: (a) Premiers résultats du traitement paludéen dans la schizophrénie. Encéphale 22 (1927). (b) Zweite Mitteilung über die Versuche der Malariatheapie bei der Schizophrenie. Jb. Psychiatr. 46 (1929). — WLADYCZKO, ST.: Catatonie comme conséquence des troubles organiques des noyaux gris centraux. Court communiqué (d'après observations et études personnelles). Fol. neuropath. eston 3/4 (1925). — WOLF: Untersuchung der näheren Verwandtschaft von Allgäuer Kropfoperierten auf Psychosenhäufigkeit und Kropfbefallenheit. Gleichzeitig ein Beitrag zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. 117 (1928). — WOLFENBERGER, M.: Der Alkoholwahnsinn und seine Beziehungen zu den Schizophrenen. Zürich 1898—1921. Z. Neur. 82 (1923). — WOLFER, L.: (a) Die Tuberkulogenese der Dementia praecox. Z. Neur. 52 (1919). (b) Die Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie der Dementia praecox. Arch. f. Psychiatr. 69 (1923). (c) Zu Dr. H. STECKs Arbeit „Neurologische Untersuchungen an Schizophrenen“ (82. Bd. dieser Zeitschr.) Z. Neur. 87 (1923). (d) Bemerkungen zu der Arbeit von HANS LUXENBURGER: „Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisterschaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittsbevölkerung“ in Bd. 109, H. 1/2 dieser Zeitschrift. Z. Neur. 111 (1927). — WOLFF: Zur Symptomatologie des Vorbeiredens. Neur. Zbl. 31 (1912). — WOLFSON, N.: Harnsäuregehalt im Blute bei Dementia praecox und Encephalitis epidemica chronica (russ.). Zbl. Neur. 52 (1929). — WOLLENBERG: Schizoidie und Schizopathie. (Gründungsverg d. Ver.igg südostdtsch. Neur. u. Psychiater Breslau, Sitzg 27. u. 28. März 1926.) Arch. f. Psychiatr. 77 (1926). — WOLPERT: Über die Halluzinationen der Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. 86 (1927). — WOLTER, FRANZ: Ein Beitrag zur schizophrenen Geistesstörung. Diss. Kiel 1925 (1926). — WOROTYNSKY: Zur Lehre der sogenannten Dementia praecox. (Dementia primaria degenerativa.) Russ. Arzt 12 (1913). — WRIGHT, J.: Some observations on dementia praecox. Med. Rec. 99, Nr 17, 702; Z. Neur. 26 (1921). — WÜRZ, PAUL: Über die Blutgruppenverteilung bei Schizophrenen. Schweiz. med. Wschr. 1928 I. Zbl. Neur. 50. — WULFF: Beitrag zur Psychologie der Dementia praecox. Zbl. Neur. 20 (1909). — WUTH, O.: (a) Konstitution und endokrines System. Münch. med. Wschr. 1922, Nr 11. (b) Untersuchungen über die körperlichen Störungen bei der Schizophrenie. Z. Neur. 78 (1922). — WYRSCH, J.: (a) Beitrag zu KRETSCHMERS Lehre vom Körperbau und Charakter. Z. Neur. 92 (1924) (große Literaturangabe). (b) Zur Kenntnis der schizophrenie-ähnlichen metencephalitischen Psychosen. Z. Neur. 121 (1929). — WYSS, W. v.: Verbrechen vor oder im Beginn der Dementia praecox als Inhalt der Psychose. Z. Neur. 10 (1912).

ZABBE, J.: Die Dementia praecox in ihrer Beziehung zur sozialpolitischen Gesetzgebung. Königsberg u. Leipzig 1911. — ZALLA, MARIO: La mortalità per tubercolosi negli ammalati di mente con particolare riguardo ad eventuali rapporti tra tubercolosi e demenza precoce (in base a 1023 autopsie). Nota preventiva. Riv. Pat. nerv. 27 (1922). — ZENDIG: Beiträge

zur Differentialdiagnose des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox auf Grund katamnesticischer Forschungen. *Allg. Z. Psychiatr.* **66** (1909). — ZETLIN: Fall von Residualwahn. *Korsakoffsches J. Neuropath. (russ.)* **13**. — ZIEHEN: Über den ätiologischen Standpunkt in der Psychiatrie. *Neur. Zbl.* **20** (1910). — ZIERL: Gehirntuberkulose bei Geisteskrankheiten. *Beitr. path. Anat.* **71** (1923). — ZILBOORG, GREGORY: (a) Postpartum schizophrenias. *J. nerv. Dis.* **68** (1928). (b) The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth. *Amer. J. Psychiatry* **8** (1929). (c) Schizophrenien nach Entbindungen. *Internat. Z. Psychoanal.* **15** (1929). — ZIMMER, JA.: Ein Fall von Schizophrenie bei der PARROT-MARIESchen Krankheit. *Obozr. Psichiatr. (russ.)* **4** (1929). — ZIMMERMANN: (a) Beitrag zur Kenntnis der Leukocytose bei der Dementia praecox. *Z. Neur.* **22** (1914). (b) Beitrag zur Histologie der Dementia praecox. *Z. Neur.* **30** (1915). (c) Über eosinophile Leukocytose und Leukopenie bei Geisteskranken. *Z. Neur.* **34** (1916). (d) Beitrag zum antitryptischen Index und dem Vorkommen von Eiweiß bei Geisteskranken. *Z. Neur.* **36** (1917). (e) Über mutmaßliche Leberstörungen bei Dementia praecox. *Arch. f. Psychiatr.* **90** (1930). — ZINGERLE: (a) Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. *Mschr. Psychiatr.* **27** (1910). (b) Zur Kenntnis der Störungen des sprachlichen Ausdrucks bei Schizophrenie. *Neur. Zbl.* **31** (1912). (c) Zur Erblichkeitsforschung bei Dementia praecox. *Z. Neur.* **55** (1920). — ZOLTÁN RÁTH, A.: Über eine erblichdominante Form nukleärer Ophthalmoplegie in Verbindung mit Schizophrenie. *Arch. f. Psychiatr.* **86** (1929). — ZUCKER, KONRAD: Schreckreaktionen bei Parkinsonisten und Katatonen im Vergleiche zu Normalen. *Arch. f. Psychiatr.* **79** (1927). — ZURLINDEN, H.: Über Spätheilung katatoner Psychosen. *Diss. Leipzig.* — ZUTT: Die innere Haltung. *Mschr. Psychiatr.* **73** (1929).

Abgeschlossen im Oktober 1931.

## Namenverzeichnis.

- ABBOT 718, 722.  
 ABDERHALDEN 64, 283, 595.  
 ABÉLY, P. 201, 718, 724, 750.  
 — XAVIER 718.  
 ABRAHAM 718.  
 ADAM 718.  
 ADLER 293, 718.  
 AGUGLIA 718.  
 ALBERS 714.  
 ALBERTIS 718.  
 ALBÈS 718.  
 ALBRECHT 67, 471, 472, 474, 718.  
 ALEXANDROVSKIJ 718.  
 ALFORD 718.  
 ALLENDE-NAVARRO 718.  
 ALLERS 718.  
 ALT 718.  
 ALTER 718.  
 ALZHEIMER 607, 609, 718.  
 AJELLO 274.  
 AMARD 3.  
 AMEGHINO 719, 725.  
 AMELUNG 3, 714.  
 AMORIM 760.  
 ANSALONE 719.  
 ANTHEAUME 719.  
 ANTON 719.  
 APPEL 719.  
 ARCHAMBAULT-GUIRAUD 719.  
 ARDIN-DELTE, COUDERAY 719.  
 ARMSTRONG 11, 714.  
 ARNDT 19, 714.  
 ARNOLD 3, 10, 12, 714.  
 ARONOWITSCH 719.  
 ARTIGUES 753.  
 ASCHAFFENBURG 202, 611, 642, 644, 668, 719.  
 ASCHNER 706, 719.  
 AUBRY 275, 278, 719, 725.  
 AULIEFE Mc 72, 76.  
 AUTENRIETH 8, 714.  
  
 BAATH 636, 637, 638, 719.  
 BABIZKAJA 759.  
 BADONNEL 734.  
 BÄNZIGER 719.  
 BAGENOFF 719.  
 BAHR 719.  
 BAILLARGER 190.  
 BAJENOFF 719, 744.  
 BAKODY 288, 719.  
  
 BALLETTI 719.  
 BALLER 719.  
 BALLET 719.  
 BAMFORD 719.  
 BANG 734.  
 BANKWITZ 719.  
 BANSE 719.  
 BARASCH 719.  
 BARAT 719.  
 BARBÉ 719.  
 BARBIÉRI 719.  
 BARBO 719.  
 BARR 719.  
 BARRANCOS 719.  
 BARRET 719.  
 BARTELS 3, 10, 710, 714.  
 BARUK 273, 275, 278, 289, 719, 725, 736.  
 BASHENOFF 720.  
 BASSI 720.  
 BAUER 70, 726.  
 BAUSCH 280, 281, 720.  
 BAYER 85.  
 BAYLE 3, 11, 20, 714.  
 BEAUSSART 720.  
 BECHTEREW 720.  
 BECKER, THEOPHIL 174, 720.  
 — W. 720.  
 BELHOMME 11, 714.  
 BÉLOHRADSKÝ 720.  
 BENDA 737.  
 BENDER 720.  
 BENDERS 720.  
 BENEDEK 720.  
 BENEKE 7, 714.  
 BENON 719, 720.  
 BERGER 128, 288, 597, 602, 720.  
 BERGMANN 150.  
 — v. 74, 720.  
 BERGSON 145, 187.  
 BERINGER 68, 75, 114, 124, 147, 148, 150, 152, 154, 155, 159, 172, 231, 277, 296, 297, 299, 325, 345, 360, 377, 383, 501, 583, 592, 604, 620, 621, 628, 645, 691, 707, 720.  
 BERKLEY 720.  
 BERLIN-BECK 720.  
 BERLIT 720.  
 BERNDT 720.  
 BERSCH, ERICH 720.  
 BERTOLANI, ALDO 720.  
  
 BERTOLANI, DEL RIO 274, 720.  
 BERTSCHINGER 128, 469, 556, 575, 720.  
 BERZE 24, 25, 30, 42, 53, 54, 55, 58, 60, 61, 62, 87, 90, 100, 102, 109, 110, 121, 156, 163, 166, 173, 175, 181, 185, 189, 190, 193, 194, 195, 196, 198, 202, 203, 205, 207, 208, 209, 210, 215, 216, 217, 226, 227, 293, 298, 301, 302, 303, 308, 310, 313, 318, 331, 335, 336, 338, 342, 377, 384, 391, 393, 401, 403, 404, 422, 474, 528, 541, 553, 555, 562, 567, 568, 570, 584, 586, 602, 672, 678, 705, 708, 713, 720.  
 BETTGE 721.  
 BETTZIECHE 721.  
 BETZ 721.  
 BEVIS 721.  
 BEYER 721.  
 BEYERSHOLM 286, 721.  
 BEYREIS 721.  
 BICKEL 721.  
 BIERMANN 2, 714.  
 BILLER 289, 721.  
 BINDER 107, 108, 472, 714, 721.  
 BINSWANGER, K. 721.  
 — LUDWIG 62, 88, 184, 443, 482, 524, 525, 526, 601, 721.  
 — OTTO 721.  
 BIRD 2, 3, 16, 714.  
 BIRNBAUM, H. 721.  
 — K. 54, 108, 294, 369, 501, 528, 646, 647, 649, 721.  
 BIUNDE 3, 714.  
 BLEULER 6, 19, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 38, 40, 42, 44, 47, 51, 52, 53, 54, 59, 65, 87, 88, 90, 95, 96, 102, 103, 104, 112, 113, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 172, 174, 186, 197, 199, 202, 206, 207, 279, 280, 293, 294, 296, 302, 303, 306, 309, 310, 312, 317, 318, 327, 331, 335,

- 336, 338, 341, 365, 366,  
 376, 377, 401, 402, 403,  
 411, 416, 417, 418, 420,  
 424, 453, 465, 468, 470,  
 478, 479, 482, 484, 485,  
 491, 518, 527, 529, 530,  
 532, 534, 536, 540, 541,  
 542, 552, 555, 558, 563,  
 564, 565, 566, 567, 568,  
 569, 576, 579, 580, 581,  
 582, 583, 586, 589, 590,  
 591, 593, 599, 600, 601,  
 604, 605, 621, 622, 625,  
 626, 672, 673, 708, 711,  
 718, 721.  
 BLINKOW 71, 73, 75, 77, 81,  
 750.  
 BLOK 721.  
 BLUME 673, 722.  
 BLUMENFELD 722.  
 BLUMENTHAL 130, 131, 722.  
 BLUMRÖDER 714.  
 BOAS, F. 722.  
 — M. 73, 722.  
 BOERHAVE 16.  
 BOGEN 159, 743.  
 BÖHMER 77, 722.  
 BOHNEN 722.  
 BOIS-REYMOND, DU 10.  
 BOLLIG 722.  
 BOLTEN 722,  
 BOND 722.  
 BONDURANT 722.  
 BONGER 141, 145.  
 BONHOEFFER 113, 124, 127,  
 134, 335, 479, 517, 518,  
 528, 590, 705, 709, 712,  
 722.  
 BONNET 3, 714.  
 BORDA 722.  
 BOREL 722, 725.  
 BORING 722.  
 BORNSTEIN, A. 65, 113, 116,  
 591, 722.  
 — M. 722.  
 BORNSTAJN 722.  
 BOROWIECKI 722.  
 BOSCH 722.  
 BOSS 62, 722.  
 BOSTROEM 59, 65, 90, 101,  
 104, 105, 109, 131, 201,  
 203, 214, 223, 262, 264,  
 337, 520, 588, 589, 590,  
 676, 722.  
 BOTHE 631.  
 BOTTEX 11, 714.  
 BOUDON 726.  
 BOULENGER 722.  
 BOUMAN, K. HERMANN 29, 97,  
 470, 472, 473, 722.  
 — L. 722.  
 BOURGEOIS, PIERRE 741.  
 BOURILHET 749.  
 BOURGUIGNON 273, 275, 289,  
 722, 725.  
 BOUTET 730.  
 BOUVAT 753.  
 BOUYER 722.  
 BOUYSSOU 734.  
 BOVEN 722.  
 BOWMANN 722.  
 BRANN 723.  
 BRATZ 115, 723.  
 BRAUCHLE 723.  
 BRAUN 32, 377, 465, 578.  
 BRAUNERT 723.  
 BREIGER 723.  
 BREMER 644, 645.  
 BRESLER 723.  
 BRESOWSKY 562, 723.  
 BRIAND 723.  
 BRIEDÉ 731.  
 BRIGGS 723.  
 BRILL 723.  
 BRISSE 749.  
 BRISSOT 723.  
 BROSIUS 20, 160, 714.  
 BROUSSAIS 2, 11, 714.  
 BROUSSEAU 725.  
 BROWN 723.  
 BRUCE 706.  
 BRUGGER 32, 37, 38, 39, 44,  
 67, 468, 620, 723.  
 BRUNSWICK, MACK RUTH 460,  
 461, 723.  
 BUCHHOLTZ 510.  
 BÜCHLER 723.  
 BUCKLEY 723.  
 BÜHLER, K. 182.  
 BÜHNER 723.  
 BUMKE, HEDWIG 723.  
 BUMKE, O. 52, 58, 60, 90, 101,  
 104, 120, 123, 124, 127,  
 128, 174, 266, 267, 268,  
 269, 296, 318, 372, 377,  
 451, 470, 538, 590, 591,  
 593, 598, 642, 643, 644,  
 709, 710, 723, 733.  
 BUNEJEFF 723.  
 BURCKHARDT 702, 723.  
 BURDACH 3, 714.  
 BÜRGER 49, 58, 95, 134, 147,  
 159, 182, 191, 198, 203,  
 209, 231, 274, 330, 337,  
 413, 414, 416, 417, 418,  
 430, 448, 449, 460, 510,  
 583, 723.  
 BURKHARDT 46, 47.  
 BURR 723.  
 BURROWS 3, 714.  
 BUSCAINO 596, 607, 706, 724.  
 BÜSCHER 723.  
 BUSSCHER 724.  
 BUZORINI 2, 5, 714.  
 BYCHOWSKI 158, 318, 586,  
 597, 601, 602, 724.  
 CALMEIL 11, 20, 714.  
 CAMIA 724.  
 CAMINO 724.  
 CAMPBELL 724.  
 CANAVAN 757.  
 CANNON 724.  
 CAPGRAS 724, 742.  
 CARLOS 753.  
 CARMICHAEL 740.  
 CARP 724.  
 CARRAS 727.  
 CARRIÈRE 131, 282, 291, 706,  
 713, 724.  
 CARROL 724.  
 CARTER 763.  
 CARTHY, MC 724.  
 CARTNEY, MC 725, 743.  
 CARUS 2.  
 CARZAMALLI 725.  
 CELLIER 725.  
 CÉNAC 160, 162, 725.  
 CERLETTI 725.  
 CESAR 725.  
 CHAILLON 72, 76.  
 CHARCOT 198.  
 CHARON 725.  
 CHARPENTIER 23, 714, 725.  
 CHASLIN 202, 719, 725.  
 CHATELIN 725, 726.  
 CHIARUGI 10, 12, 714.  
 CHJIS 725.  
 CHORINSKY 716.  
 CIAMPI 719, 725.  
 CLARK 725, 760.  
 CLARUS 714.  
 CLAUDE 192, 273, 275, 289,  
 298, 570, 602, 725, 728.  
 CLÉRAMBAULT, DE 140, 142,  
 191, 323, 393, 725.  
 CLIFFORD 763.  
 COBB 289.  
 CODET 725.  
 COERPER 76, 725.  
 COLES 725.  
 COLIN 726.  
 COMBE 3, 11, 714.  
 COMBERG 726.  
 COMTE 651.  
 CONRADI 15, 714.  
 CONSTANTINESCU, GH. 749.  
 — J. 749.  
 CONSTANTINU 38, 39, 739.  
 COOKE 726.  
 CORIAT 726.  
 CORNACHINI 10, 714.  
 CORNWELL 726.  
 COSSA 726.  
 COSTANTINI 726.  
 COTTON 595, 726.  
 COURBON 725, 726.  
 COURTOIS 726, 755.  
 COX, MASON 3, 11, 714.  
 CRAMER 139, 175, 313, 726.  
 CREUTZFELD 726.  
 CRICHTON 11, 714.  
 CRINIS DE 283, 726.  
 CRINON 724.  
 CRONSON 726.  
 CROWTHER 714.  
 CULLEN 11, 714.

- CUYLITS 726.  
CYASLIN 726.
- D**  
DACQUIN 1, 3, 10, 12, 17, 714.  
DAGONET 714.  
DALMA 726.  
DAMAYE 726.  
DAMMBACH 85.  
DARDENNE 733.  
DARESKIEWIECZ 273, 726.  
DAULBERG 726.  
DAUSSY 730, 732.  
DAVIDENKOF 726.  
DAVIES 742.  
DA VILLA 726.  
DAWIDENKOW 726.  
DAWSON 726.  
DEAK, St. 720.  
DECKNER 73.  
DELACROIX 726.  
DELBRÜCK 714.  
DELGADO 726, 761.  
DELMAS 274, 275, 289, 726.  
DEMOLL 726.  
DENY 726, 738.  
DERCUM 726.  
DÉRÉVICI 75, 726.  
DERSCH 630, 631.  
DESCI 726.  
DETENHOFF 726.  
DEVINE 726.  
DEY 727.  
DIDE 727.  
DIEHM 35, 376.  
DIELMANN 727.  
DIEM 727.  
DIEZ 3, 10, 714.  
DIMITRESKO 757.  
DIMOLESCU 713, 725, 749, 755.  
DITTEN 727.  
DIVRY 727.  
DOBROCHOTOW 727.  
DOBROTORSKY 727.  
DODEL 727.  
DOMARUS, v. 134, 157, 161, 178, 727.  
DONATH 727.  
DONNER 727.  
DOUGALL, Mc 711, 727, 744.  
DOUGLAS-SINGER 727.  
DRECKER 727.  
DRYSDALE 727.  
DORNBLUETH 528.  
DUBOIS 727.  
DUBUISSON 11, 715.  
DUCAS 726.  
DUCASSE 175.  
DUCOSTE 727.  
DUFOUR 727.  
DUNLAP 607, 610, 727.  
DUNTON 727.  
DUPAIN 727.  
DUPOUY 727.  
DUPRE 727.
- D**  
DÜSER 75, 720.  
DYUNJIBHEY 589.
- E**  
EASTMAN, J. u. N. 727.  
Ebbell 727.  
EBSTER 727.  
ECONOMO 67, 133, 281, 538, 584, 727.  
EHRENWALD 727.  
EIDSON 723.  
EISATH 727.  
ELFES 727.  
ELLINGER 197.  
ELLIS 726.  
ELMIGER 37, 727.  
ELSTER 727, 731, 758.  
EMERSON 727.  
EMMERICH 72, 75, 735.  
EMMINGHAUS 177, 715.  
ENDEMANN 641, 642, 727.  
ENDRES 604.  
ENDTZ 727.  
ENEBUSKE 727.  
ENG, HELGA 728.  
— MARTHA 703.  
ENGE 728.  
ENGELHARDT 128.  
ENGELMANN 728.  
ENKE 83, 84, 94, 728.  
ENTRES 35, 47, 55, 728.  
EPELBAUM 728, 759.  
EPPINGER 751.  
ERDHEIM 706.  
ERHARD 5, 13, 715.  
ERMAKOVA 728.  
ERMAKOW 728.  
ERNST 728.  
ESCHENMAYER 8, 9, 715.  
ESPOSITO 728.  
ESQUIROL 3, 5, 7, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 141, 319, 715.  
ESSER 560, 728.  
ETCHEPARE 728.  
EWALD 28, 29, 64, 101, 106, 126, 201, 306, 483, 499, 512, 528, 628, 728.  
EXNER 740.  
EY 732.  
EYRICH 68, 81, 82, 83, 483, 728.
- F**  
FAGES 727.  
FALKENBERG 629.  
FALRET 3, 23, 142, 151, 208, 715.  
FALTSHAUSER 628, 629, 721, 744, 753.  
FANKHAUSER 423, 578, 728.  
FANTONETTI 3, 10, 715.  
FARR 719.  
FARRAN-RIDGE 728.  
FARRAR 728.  
FASER 473.
- F**  
FASSOU 728.  
FAUSER 64, 728.  
FAWCETT 10, 715.  
FEINSTEIN 268, 269, 270, 728.  
FELDMANN 728.  
FELL 728.  
FELSANI 728.  
FERRARINI 728.  
FEUCHTWANGER 128, 513, 728.  
FEUERSTEIN 3, 9, 715.  
FICHTE 4.  
FINCKH 115, 728.  
FINKELNBURG 715.  
FINKELSTEIN 728.  
FIRTH 728.  
FISCHER, E. 729.  
— F. 150, 729.  
— HEINRICH 729.  
— JOSEF 729.  
— K. P. 9, 70, 71, 73, 82, 715.  
— M. 627, 729.  
— S. 85, 729.  
FISCHL 290.  
FITTIPALDI 729.  
FLAUBERT 685.  
FLECK 82, 534, 540, 541, 547, 565, 567, 575, 576, 597, 602, 699, 729.  
FLEISCHACKER 168, 729.  
FLEMMING 2, 715.  
FLORAND 738.  
FLORENTIN 745.  
FLOURENS 2, 715.  
FLOURNOY, H. 162, 729.  
— TH. 729.  
FOCQUET 733.  
FODERÉ 2, 11, 12, 715.  
FOERSTER, O. 219, 262, 721.  
FOIX 274.  
FOREL 509.  
FOREST 757.  
FORSTER 729.  
FORTUNIE, DE 729.  
FOURRIER 651.  
FOZ 729.  
FRACASSI 729.  
FRAENKEL 68, 75, 291, 337, 729.  
FRANCKE 3, 715.  
FRÄNKEL, FR. 729.  
FRANKHAUSER 729.  
FREDGOLD 729.  
FREEMAN 610, 729.  
FREUD 6, 17, 23, 24, 29, 177, 178, 195, 200, 201, 205, 294, 298, 303, 304, 305, 320, 460, 461, 564, 599, 600, 601, 708, 710, 711, 729.  
FREUSBERG 202, 715.  
FRIEDLAENDER 729.  
FRIEDMANN 174, 175, 497, 526.  
FRIEDREICH 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 715.  
FRÖHLICH 13.  
FROMMER 729.

- FROSTIG 156, 160, 415, 729.  
 FRY 723.  
 FUCHS Ad. 729.  
 — W. 729.  
 FÜNFELD 608, 610, 729.  
 FURBUSH 730.  
 FÜRSTNER 122.  
 FUSSAC 730.  
  
 GAISLAIN 155.  
 GAITSKELL 715.  
 GALANT 72, 730.  
 GALLAIS 719, 730, 737.  
 GAMPER 730.  
 GANGLOFF 730.  
 GANS 33, 730.  
 GANTER 730.  
 GARVE 4.  
 GARVIN 730.  
 GASSENDI 9.  
 GASSET 84, 730.  
 GAULTIER DE BEAUVALLON  
 147, 715.  
 GAUPP 6, 95, 295, 423, 453,  
 455, 483, 484, 553, 628,  
 730.  
 GAUTER 282.  
 GAUTHIER 23, 706, 715, 730.  
 GAYER 730.  
 GEHRIG 730.  
 GEHUCHTEN 730.  
 GEISSLER 730.  
 GELLER 730.  
 GELMA 727, 730.  
 GENIL 730, 742.  
 GEORGET 3, 7, 11, 12, 14, 715.  
 GEORGI 70, 71, 76, 77, 78, 730.  
 GÉRENTE 175.  
 GERSON 730.  
 GERSTMANN 131, 609.  
 GHIRADINI 761.  
 GIACANELLI 730.  
 GIACOMO, DE 290, 730.  
 GIBBS 730.  
 GIESE 184, 510, 513, 713, 730.  
 GIGON 74, 75.  
 GILJAROWSKY 730.  
 GIRAND 727, 730.  
 GLASER 730.  
 GLAUS 517, 588, 730.  
 GLOEL 730.  
 GMELIN 715.  
 GODFERNAUX 175.  
 GOEPPPEL 32, 128.  
 GOETTE 287, 731.  
 GOLANT 731.  
 GOLDSCHMIDT 57, 731.  
 GOLDSTEIN 167, 231, 273, 274,  
 313, 650, 731.  
 GOLLA 731.  
 GONZALO 722.  
 GOODALL 731, 758.  
 GORDON 731, 759.  
 GORDONOFF 731.  
 GÖRING 731.  
  
 GORN 731.  
 GOTTSSTEIN 630.  
 GRABFIELD 731.  
 GRAETER 30, 184, 479.  
 GRAFE 731.  
 GRANT-BARRY 719.  
 GRASSBERGER 731.  
 GRASSL 731.  
 GRAVESTEN 731.  
 GREBELSKEJA 731.  
 GRECO, DEL 731.  
 GREDDING 3, 715.  
 GREEFF, DE 731, 734.  
 GREENE 731.  
 GREGG 751.  
 GREGOR 731.  
 GREKER 731.  
 GRIESINGER 17, 18, 21, 150,  
 155, 174, 285, 715.  
 GRIMALDI 731.  
 GRIMM 164.  
 GRINEVIÉ 731, 736.  
 GROHMANN 2, 4, 715.  
 GRÖNTHAL 731.  
 GROOS, FR. 4, 5, 7, 15, 708,  
 715, 731.  
 — KARL 715.  
 GROSS, O. 6, 202, 295, 402,  
 599, 711, 731.  
 GRUHLE 24, 32, 64, 71, 73, 74,  
 76, 77, 78, 80, 99, 105, 155,  
 156, 163, 164, 166, 172,  
 175, 181, 185, 186, 187,  
 191, 198, 202, 207, 208,  
 209, 211, 215, 216, 217,  
 219, 226, 227, 294, 299,  
 302, 303, 309, 319, 357,  
 383, 455, 563, 594, 622,  
 649, 672, 676, 681, 699,  
 701, 703, 705, 713, 721,  
 731, 732.  
 GRÜNDLER 71, 78, 753.  
 GRÜNTHAL 528, 583, 588, 731.  
 GRÜNWARD 731.  
 GRUSZECKA 732.  
 GRYNFELT 607, 732.  
 GUBER-GRITZ 732.  
 GUTCHARD 719.  
 GUIERRE 732.  
 GUIJA-MORALES 732.  
 GUIRAUD 264, 591, 732.  
 GUISLAIN 11, 24, 715.  
 GULLOTTA 732.  
 GÜNDERT 283, 732.  
 GÜNTHER 596.  
 GUREWITSCH 84, 732.  
 GURLITT 683.  
 GUTSCH 732.  
  
 HAACK 597, 732, 751.  
 HAARER 83.  
 HAAS 424, 453, 454, 455.  
 HABERKANT 283, 732.  
 HADLICH, HEDWIG 153, 154,  
 732.  
  
 HAEFNER 713, 732.  
 HAENEL 272, 273, 732.  
 HAFPINGEN 3.  
 HAGEMANN 732.  
 HAGEN 18, 24, 177, 178, 361,  
 556, 716.  
 HAINDORF 716.  
 HALBAN 744.  
 HALBERSTADT 732.  
 HALL 732.  
 HALLARAN 11, 716.  
 HALLER 3.  
 HAMELINCK 732.  
 HANDELSMANN 732.  
 HANNARD 729.  
 HANSEN, M. 732.  
 — S. 732.  
 HARPER 7, 11, 716, 732.  
 HARRINGTON 732.  
 HARROWES 732.  
 HART 732.  
 HARTMANN 3, 116, 528, 590,  
 716, 732, 733.  
 HASLAM 3, 11, 716.  
 HASSMANN 733.  
 HATTINGBERG 733.  
 HATTINGEN 716.  
 HAUCH 85, 284, 733.  
 HAUNSTEIN 283, 733.  
 HAUPTMANN 283, 287, 342,  
 595, 733.  
 HAURY 733.  
 HAUSHALTER 733.  
 HAUTRIVE 733.  
 HAYES 733.  
 HAYMANN 75, 276, 277, 283,  
 733.  
 HEAD 167.  
 HECHST, BÉLA 611, 733.  
 HECKER 20, 21, 22, 23, 25,  
 211, 377, 380, 381, 382,  
 383, 387, 463, 505, 716.  
 HEDDAEUS 728.  
 HEDENBERG 156, 170, 171,  
 172, 174, 176, 178, 733.  
 HEGAR 284.  
 HEIDEMA 733.  
 HEIDENHAIN 171, 172, 176,  
 733.  
 HEILEMANN 733.  
 HEINROTH 4, 5, 6, 7, 8, 11,  
 14, 15, 17, 18, 19, 705,  
 708, 711, 714, 716.  
 HEISE 733.  
 HEISING 728.  
 HELLER 462, 464.  
 HELLINGRATH, v. 192.  
 HELLPACH 74, 111, 625, 733.  
 HENCKEL 71, 733.  
 HENDERSON 733.  
 HENKE 7, 15, 716.  
 HENKYS 733.  
 HENLE 20.  
 HENNER 290.  
 HENRY 285, 733.  
 HENSCHEN 733.

- HENTIG 733.  
 HERFELDT 733.  
 HÉRISSON 733, 761.  
 HERRERO 733.  
 HERRMANN 733.  
 HERTZ, A. 733.  
 HERTZBERGER 756.  
 HERZ, E. 60, 263, 482, 673,  
 733, 738.  
 HERZIG 733.  
 HERZOG 734.  
 HESNARD 734.  
 HESS 751.  
 HEUCQUEVILLE 722.  
 HEUYER 734.  
 HEVEROCH 172.  
 HEYMANN 97.  
 HIERONYMUS 734.  
 HIGIER 734.  
 HILDEBRAND 208, 734.  
 HILDEBRANDT 734.  
 HILFIKER 734.  
 HILL 757.  
 HINRICHSEN 193, 388, 555,  
 734.  
 HINRICHSON 734.  
 HINSIE 734, 756.  
 HIRSCH 734.  
 HIRT 139, 734.  
 HITZIG 174, 175.  
 HOCH, A. 734, 745.  
 — TH. 734.  
 HOCHÉ 59, 64, 160, 469, 498,  
 625, 641, 644, 710, 734.  
 HOFF 274, 734.  
 HOFFBAUER 9, 15, 16, 17, 714,  
 716, 717.  
 HOFFMANN, E. 734.  
 — H. 34, 36, 37, 42, 44, 49,  
 50, 51, 52, 54, 56, 57, 64,  
 67, 68, 82, 87, 95, 96, 98,  
 102, 104, 424, 482, 483,  
 484, 485, 501, 504, 507,  
 510, 513, 530, 537, 628,  
 734.  
 HOFMANN 734.  
 HOHMANN 734.  
 HOHNBAUM 9, 716.  
 HOLLÄENDER 734.  
 HOLLAND 155.  
 HOLLANDER 734.  
 HOLLÓS 735.  
 HOLMES 734.  
 HOMBURGER 166, 202, 209,  
 222, 272, 275, 277, 342,  
 391, 462, 463, 464, 465,  
 490, 706, 735.  
 HÖNIGSWALD 734.  
 HOOP 735.  
 HOPKINS 283.  
 HOPPE 735.  
 HORANSZKY 735.  
 HÖRMANN 734.  
 HORN 716, 735.  
 HORST, VAN DEN 83, 94, 473,  
 735.  
 HORSTMANN 401, 735.  
 HORWITZ 11, 716.  
 HOSKINS 735.  
 HÖSSLIN 734.  
 HOVEN 279, 735.  
 HÜBNER 268, 441, 442, 735.  
 HUDOVERNIG 735.  
 HUECK 72, 75, 735.  
 HÜFLER 279, 280, 735.  
 HÜGEL 295.  
 HULER 735.  
 HÜLSKEN 735.  
 HUMBOLDT, v. 167.  
 HUMMEL 735.  
 HUNTER 595, 706.  
 HUNTINGTON 763.  
 HUSSERL 135, 136, 156.  
 HUTTER 97, 98, 735.  
 IDELER 2, 6, 7, 8, 15, 158,  
 705, 708, 712, 716.  
 ILBERG 624.  
 IMHOF 735.  
 IRWING 716.  
 ISHAM 735.  
 ISSERLIN 198, 199, 735.  
 ITTEN 160, 735.  
 JABLONSKY 281, 713, 735.  
 JACOB, A. 262, 735.  
 JACOBI, E. 747.  
 — W. 2, 3, 5, 8, 15, 64, 283,  
 287, 471, 472, 474, 475,  
 705, 709, 716, 735.  
 JACOBOWSKY 736.  
 JACQUIN 736.  
 JAENSCH 85, 86, 736.  
 JÄGER 7, 716.  
 JAHRMÄRKER 736.  
 JAHRREISS 159, 311, 313, 456,  
 457, 459, 460, 736.  
 JÁKL, J. 743.  
 JAKOB 611, 716, 736.  
 — CHARLOTTE 736.  
 JAKOBI 716.  
 JAKUBSON 736.  
 JANET 191, 456, 716, 736.  
 JANOTA 736.  
 JASCHKE 736.  
 JASER 540, 541, 736.  
 JASPERS 81, 113, 114, 116, 137,  
 139, 178, 293, 294, 325,  
 347, 353, 361, 366, 367,  
 452, 530, 581, 582, 589,  
 669, 673, 674, 676, 677,  
 678, 699, 712, 736.  
 JASTROWITZ 171, 174.  
 JELGERSMA 736.  
 JELIFFE 736, 745.  
 JELLIFFE 736.  
 JESSEN 5, 716.  
 JESSNER, LUCIE 161, 736.  
 JISLIN 84, 736.  
 JÖRGER 36, 379, 380, 736.  
 JOEL 68, 729.  
 JOHANNSEN 113.  
 JOHNSTON 736.  
 JONES 736.  
 JONG, DE 289, 290, 719, 736.  
 JOSEPHY 606, 608, 609, 610,  
 736.  
 JOST 750.  
 JUDA 38, 43, 44, 736.  
 JUDIN 736.  
 JUNG 6, 23, 155, 294, 309, 318,  
 331, 416, 599, 711, 736.  
 — FELIX 737.  
 JUSTSCHENKO 737.  
 KAFKA 287, 288, 737.  
 KAHLBAUM 18, 19, 20, 21, 22,  
 25, 29, 69, 158, 178, 201,  
 211, 214, 279, 292, 412,  
 415, 463, 464, 535, 713,  
 716.  
 KAHLMETER 737.  
 KAHN 36, 49, 51, 52, 53, 54,  
 55, 56, 58, 64, 65, 67, 70,  
 86, 95, 102, 105, 108, 109,  
 113, 124, 125, 126, 127,  
 176, 177, 424, 482, 485,  
 491, 513, 639, 640, 709,  
 737, 741.  
 — PIERRE 741.  
 KALLMANN 744.  
 KALTENBACH 737.  
 KAILA 274, 723.  
 KALB 62.  
 KANAVEL 737.  
 KANDINSKY 737.  
 KANKELEIT 621, 622, 624, 628,  
 737.  
 KANT, F. 68, 176, 737.  
 — O. 176, 177, 308, 586, 712,  
 737.  
 KARPAS 737.  
 KASANIN 737.  
 KASTAN 737.  
 KATTENTIED 39, 737.  
 KATZMANN 737.  
 KAUDERS 737.  
 KAUP 73, 75.  
 KAYSSLER 717.  
 KEHRER 35, 36, 47, 55, 56, 59,  
 62, 67, 82, 266, 270, 271,  
 306, 308, 309, 311, 424,  
 453, 455, 470, 471, 472,  
 473, 594, 599, 628, 723,  
 738.  
 KELLOG 84.  
 KENT 738.  
 KENZIE, MC 738.  
 KERNER 578, 738.  
 KERSCHENSTEINER 195, 196,  
 205.  
 KIBLER 83, 94, 738.  
 KIELHOLZ 738.  
 KIESER 9, 716.  
 KIRBY 738.



- KITABAYASHI 607, 738.  
 KLAESI 200, 201, 396, 397,  
 399, 400, 403, 414, 563,  
 564, 600, 601, 602, 708,  
 738.  
 KLARFELD 738.  
 KLEHMET 738.  
 KLEIN 738.  
 KLEIST 21, 30, 60, 61, 64, 65,  
 98, 148, 159, 168, 186, 195,  
 199, 202, 207, 209, 214,  
 216, 218, 229, 230, 262,  
 263, 273, 279, 291, 335,  
 336, 337, 338, 340, 342,  
 343, 351, 353, 369, 376,  
 392, 396, 401, 404, 416,  
 459, 470, 471, 472, 473,  
 482, 486, 498, 517, 518,  
 519, 520, 521, 522, 523,  
 524, 527, 528, 532, 583,  
 587, 706, 710, 738.  
 KLEPPER 738.  
 KLEWE 283, 738.  
 KLIENEBERGER 738.  
 KLINKE 530.  
 KLIPPEL 610, 726, 738.  
 KLJUTSCHEW 739.  
 KLOEKHOF 5, 716.  
 KLUGE 739.  
 KNAPP 273, 739.  
 KNEMEYER 272, 739.  
 KNIGHT 2, 5, 6, 11, 13, 149,  
 716.  
 KNOLL 739.  
 KNOX 758.  
 KOCH 174, 739.  
 KOEHLER, GEORG DIETRICH  
 739.  
 KOEPPEN 739.  
 KOGAN 739.  
 KOGERER 600, 739.  
 KÖHLER, E. v. 739.  
 KOHNSTAMM 505, 739.  
 KOLB 59, 627, 628, 629, 721,  
 744, 753.  
 KOLLARITS 739.  
 KOLLE 30, 64, 66, 72, 73, 172,  
 178, 180, 309, 419, 420,  
 441, 453, 455, 499, 524,  
 538, 594, 649, 709, 720,  
 735, 739.  
 KOLLER 35.  
 KOLLIBAY 33, 34, 625, 739.  
 KOLLOY 730.  
 KONSTORUM 739.  
 KOPP 143, 739.  
 KORELL 739.  
 KORNFELD 739.  
 KÖRTKE 739.  
 KÖSTER 270, 739.  
 KRABBE 739.  
 KRAEPELIN 22, 23, 24, 25, 26,  
 27, 28, 29, 30, 33, 34, 42,  
 54, 65, 68, 88, 89, 90, 100,  
 104, 126, 127, 148, 151,  
 160, 164, 169, 174, 193,  
 194, 195, 198, 202, 203,  
 206, 207, 211, 294, 302,  
 318, 332, 335, 336, 340,  
 342, 376, 377, 387, 392,  
 401, 402, 403, 404, 412,  
 416, 418, 419, 420, 421,  
 448, 451, 452, 454, 455,  
 459, 461, 462, 464, 465,  
 466, 467, 468, 469, 470,  
 479, 480, 482, 484, 508,  
 509, 518, 519, 521, 524,  
 528, 532, 537, 538, 541,  
 562, 566, 567, 568, 578,  
 581, 585, 594, 595, 598,  
 643, 668, 682, 698, 706,  
 710, 713, 716, 739.  
 KRAFFT-EBING 13.  
 KRAMBACH 739, 761.  
 KRAPF 68, 72, 176, 279, 280,  
 510, 511, 512, 713, 739.  
 KRASUSKY 76, 739.  
 KRAUS 70, 115, 116, 675.  
 KRAUSE 289, 739.  
 KRAUSS, R. 295.  
 KRAUSZ, L. 739.  
 KREHL 70.  
 KRETSCHMER 6, 30, 42, 49, 51,  
 54, 68, 69, 70, 71, 72, 73,  
 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81,  
 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90,  
 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98,  
 100, 101, 102, 103, 104,  
 105, 106, 107, 109, 110,  
 112, 178, 205, 210, 272,  
 293, 294, 303, 305, 306,  
 307, 308, 378, 428, 472,  
 482, 483, 491, 499, 512,  
 537, 592, 594, 601, 602,  
 628, 629, 706, 733, 733,  
 739.  
 KREUSER 563, 740.  
 KREYENBERG 682, 740.  
 KRISCH 124, 133, 713, 740.  
 KRITZINGER 740.  
 KROH 85, 740.  
 KROLL 740.  
 KRONFELD 24, 25, 102, 105,  
 159, 203, 300, 302, 338,  
 339, 345, 351, 352, 353,  
 362, 367, 396, 526, 555,  
 579, 584, 586, 601, 651,  
 709, 721, 740.  
 KRÜGER 740.  
 KUBITSCHEK 740.  
 KÜFER 173.  
 KÜFFERS 191.  
 KÜNDEL 89, 740.  
 KÜNSEMÜLLER 740.  
 KÜPPERS 155, 266, 271, 706,  
 740.  
 KÜRBITZ 740.  
 KURE 740.  
 KUSSMAUL 716.  
 KUTZINSKI 739.  
 KWINT 134.  
 LADAME 741.  
 LAEHR 1.  
 LAFAYE 727.  
 LAFORA 741.  
 LAFORGUE 298, 725, 734, 741,  
 744.  
 LÄGEL 741.  
 LAGRANGE 702.  
 LAGRIFFE 741.  
 LAIGNEL-LAVASTINE 741.  
 LAMPL 741.  
 LANDAUER 741.  
 LANDECKER 75, 741.  
 LANG 468, 741.  
 LANGDON DOWN 20, 716.  
 LANGE, B. 741.  
 — J. 36, 45, 61, 67, 68, 69,  
 70, 82, 97, 98, 104, 106,  
 107, 108, 111, 116, 125,  
 306, 308, 337, 424, 452,  
 453, 483, 484, 485, 490,  
 491, 495, 496, 501, 504,  
 513, 519, 521, 536, 592,  
 594, 624, 741.  
 — W. 741.  
 LANGELÜDDECKE 741.  
 LANGERMANN 9, 716.  
 LANGFELDT 288, 741.  
 LAPARRE 733, 761.  
 LAPINSKY 741.  
 LAQUEUR 268.  
 LAURENT 741.  
 LAUTIER 741.  
 LAVATER 2.  
 LAZELL 741.  
 LEBZELTER 70, 71, 72, 74, 75,  
 82, 741.  
 LEFÈVRE 716.  
 LEGRAIN 23, 716, 741.  
 LEGRAND 732, 746.  
 LEHMANN 202, 624, 628, 716.  
 LEIBBRAND 742.  
 LEIDESDORF 17, 18, 190, 716.  
 LELONG 742, 760.  
 LEMCKE 730.  
 LEMEL 742.  
 LEMOS 742.  
 LENZ 47, 52, 742.  
 LEO 742.  
 LEPÉE 537.  
 LEPEL 654, 742.  
 LEPINE 742.  
 LEPPMANN 121.  
 LERCHENTHAL, v. 160, 562,  
 563, 596, 745.  
 LEROY 742.  
 LESCHKE 742.  
 LESSING 742.  
 LEUPOLDT 5, 414, 716, 742.  
 LEURET 716.  
 LEUVEN 742.  
 LÉVÈQUE 742.  
 LEVI BIANCHINI 742.  
 LEVINGER 742.  
 LEVY-BRÜHL 742.  
 LÉVY-DARRAS 150, 742.

- LEVY-SUHL 742.  
 — VALENSI 191, 719, 742.  
 LEWIN 84, 283, 742.  
 LEWIS 742, 748.  
 LEY 742.  
 LEYSER 58, 134, 351, 742.  
 LHERMITTE 610.  
 LIBERT 742.  
 LICHTENBERG 9.  
 LIEBERMEISTER 742.  
 LIENAU 742.  
 LIEPMANN 84, 121, 742.  
 LIFSCHÜTZ 70.  
 LINCOLN 744.  
 LINDNER 595, 742.  
 LINDSAY 743.  
 LINKE 175.  
 LIPMANN 159, 743.  
 LIPPS 189.  
 LOBSTEIN 743.  
 LOCKE 10.  
 LOESSL 743.  
 LOEVENHART 288, 716.  
 LOEW 578.  
 LOEWE 731.  
 LOEWENSTEIN 743.  
 LOGRE 757.  
 LONG-LANDRY 727.  
 LOMBROSO 1, 668, 716.  
 LÖPFE 461, 743.  
 LÖPPE 84.  
 LORENZ 288, 743.  
 LOBBY 2, 16, 716.  
 LOTMAR 262.  
 LOURIÉ 743.  
 LOUVAIN 731.  
 LÖWENSTEIN, O. 267, 271, 743.  
 LOWREY 743.  
 LÖWY 743.  
 LUBARSCHE 76.  
 LUBOSCH 72, 743.  
 LÜCKERATH 743.  
 LÜDECKE 112.  
 LUDLUM 743.  
 LUGARO 25.  
 LUGIATO-LAVIZZARI 743.  
 LUKACS 743.  
 LUMPP 743.  
 LUNDBERG 743.  
 LUNDHOLM 743.  
 LUNDVALL 743.  
 LURJE 743.  
 LUTHER 468, 474, 743.  
 LUTZ 85.  
 LUXEMBURGER 32, 35, 37, 38, 39, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 58, 61, 63, 65, 71, 75, 81, 82, 128, 286, 620, 621, 627, 628, 743.  
 LWOFF 743.  
 MAASS 717.  
 MABILLE 743.  
 MAEDER 151, 159, 160, 176, 744.  
 MAGALHAES, LEMOS 744.  
 MAGENAU 423, 424, 432, 439, 483, 540, 547, 553, 578.  
 MAGG 32, 39, 128, 744.  
 MAGNAUD 23, 517, 524, 706, 726.  
 MAGNUS 212.  
 MAIER, H. W. 115, 622, 625, 627, 629, 708, 709, 720, 721, 744.  
 MAILLARD 744.  
 MAIN 744.  
 MAKAROW 744.  
 MALAMUD 288.  
 MALLARMÉ 685.  
 MANELON 202.  
 MANN 744.  
 MANOJA 753.  
 MARBURG 610.  
 MARCÉ 717.  
 MARCHAND 744.  
 MARCUSE 744.  
 MARGULIES 175, 744.  
 MARIE, A. 286, 720, 744.  
 MARKUS 744.  
 MARKUSZEWICZ 763.  
 MARRO 744.  
 MARSALAT 274, 275, 289, 726.  
 MARSHAL 11, 717, 738.  
 MARTIN 744, 763.  
 MARTINI 160, 717.  
 MARTIUS 70.  
 MASCHMEYER 676, 699, 700, 744.  
 MASIUS 7, 717.  
 MASSELON 185, 744.  
 MATECKI 71, 74, 744.  
 MATERNA 744.  
 MATHES 70, 73, 76, 80, 744.  
 MATZDORFF 744.  
 MAUCHART 16.  
 MAUDSLEY 17, 717.  
 MAUX, LE 744.  
 MAUZ 68, 69, 81, 82, 83, 104, 483, 484, 536, 537, 538, 539, 555, 629, 730, 744.  
 MAVRY 155.  
 MAYER, E. E. 744.  
 — HERM. 744.  
 — W. 29, 451, 452, 469, 717, 745.  
 — GROSS 36, 58, 134, 148, 150, 155, 159, 172, 180, 184, 186, 193, 202, 210, 228, 325, 509, 570, 575, 588, 651, 693, 709, 720, 723, 745.  
 MAYNSKI 745.  
 MAYO 11, 717.  
 MAZURKIEWICZ 745.  
 MECKEL 3.  
 MÉDAKOVITCH 725, 742.  
 MEDOW 42, 87, 187, 369, 465, 466, 467, 468, 469, 471, 474, 528, 529, 745.  
 MEDYNSKI 75.  
 MEGG 745.  
 MEGGENDORFER 62, 97, 462, 480, 593, 644, 645, 745.  
 MEIER 128.  
 MEIGNANT 719.  
 MELLUS 745.  
 MENDEL 201.  
 MENNINGER, K. 160, 270, 562, 563, 596, 745.  
 — WILLIAM C. 745.  
 MENZERATH 742.  
 MERINGER 717.  
 MERKLIN 313.  
 MERLAND 745.  
 MERZBACH 262.  
 METTE 157, 166, 209, 675, 703, 745.  
 MEYER, A. 298, 601, 745.  
 — E. 270, 528, 534, 535, 745.  
 — MAX 745.  
 MEYERHOF 174, 745.  
 MEYERSON 726.  
 MEYNERT 18, 175, 528, 717.  
 MICHEL, JOHANN 745.  
 — RUDOLF 746.  
 MIGNARD 746, 760.  
 MIGNOT 719, 746.  
 MIKULSKI 746.  
 MILLER 746.  
 MINKOWSKA, F. 746.  
 MINKOWSKI, E. 140, 141, 192, 193, 377, 400, 548, 564, 569, 570, 725, 746.  
 MISKOLCZY 746.  
 MITA 746.  
 MITTASCH 74, 746.  
 MITTERMAIER 15.  
 MÖBIUS 208.  
 MÖCKEL 746.  
 MODENA 746.  
 MOELI 175.  
 MO GATTI 722.  
 MOHR 669, 746.  
 MOLER 718.  
 MÖLLENDORF 746.  
 MÖLLENHOFF 73, 78, 746.  
 MOLLWEIDE 746.  
 MOLOČEK 746.  
 MOLOSCH 78.  
 MONAKOW 607, 738, 746.  
 MONDENA 746.  
 MONDIO 746.  
 MONESTIER 761.  
 MONTASSUT 727, 742, 747.  
 MONTESANO 747.  
 MONTOYA 726.  
 MORAVCSIK 274, 747.  
 MORAWITZ 510.  
 MOREAU 20, 155, 717, 727.  
 MOREL 20, 23, 25, 706, 717, 719, 724, 747.  
 MORETTI 747.  
 MORGAGNI 3.  
 MORGENTHAUER 668, 669, 672, 673, 678, 679, 747.

- MORITZ 2, 6, 188.  
 MORIYASU 610.  
 MORSE 747.  
 MORSELLI 188, 747.  
 MORSIER 747.  
 MOSER 124, 288, 736, 747.  
 MOSES 654, 747.  
 MOTT 706, 747.  
 — W. 747.  
 MOURE, LA 741, 747.  
 MUCH 283, 747.  
 MÜLLER, FRITZ 747.  
 — F. P. 747.  
 — G. E. 182, 282, 747.  
 — HELMUT 268, 747.  
 — HERMANN 747.  
 — MAX 541, 556, 557, 564,  
 565, 566, 575, 576, 602,  
 747.  
 — v. 74.  
 MUMFORD 748.  
 MÜNCH 2, 717.  
 MUNZ 83, 94, 748.  
 MÜNZER 747.  
 MURALT, v. 128, 748.  
 MURATORI 10, 717.  
 MURPHY, GARDNER A. 748.  
 — JOHN 748.  
 MUTH 748.  
 MYSLIWIEC 730.
- NACHMANSONH 748.  
 NADAL 748.  
 NAECKE 163, 513, 748.  
 NAGASAKA 748.  
 NAITO 610, 748.  
 NANDASCHER 748.  
 NASSE 2, 3, 5, 8, 717.  
 NATHAN 748.  
 NAUMOFF 748.  
 NAVILLE 748.  
 NAYRAC 748, 751.  
 NEBEMUS 283, 738.  
 NEISSER 22, 24, 151, 160, 172,  
 173, 174, 177, 178, 206,  
 211, 309, 397, 414, 415,  
 418, 423, 572, 717, 748.  
 NELKEN 748.  
 NEUBÜRGER 289, 748.  
 NEUE 748.  
 NEUMANN, CARL 683, 717.  
 — H. 2, 12, 18, 19, 20, 141,  
 147, 150, 182, 534, 717.  
 NEUSSICHIN 748.  
 NEUSTADT 58, 134, 282, 286,  
 464, 465, 466, 467, 748.  
 NEWCOMER 748.  
 NEYMANN 732.  
 NICOLAI 2, 717.  
 NICOLAUER 748.  
 NIESSEN, MOMME 683.  
 NIESSL V. MAYENDORF 748.  
 NIETZSCHE 702.  
 NIKOLSKAJA 748.  
 NIORADZE 748.
- NISSL 23, 27, 608, 748.  
 NITSCHKE 596, 599, 600, 602,  
 603, 604, 748.  
 NOGA 748.  
 NOLAN, M. J. 748.  
 — M. J. 748.  
 NOORDEN, v. 748.  
 NORTHCOTE 748.  
 NOTHAAS 479.  
 NOTKIN 748.  
 NOUET 748.  
 NUNBERG 748.
- OBERHAMM 284.  
 OBERHOLZER 563, 748, 749.  
 OBERSTEINER 610.  
 OBREGIA 713, 749.  
 OEGG 3, 5, 717.  
 OERDER 749.  
 OESTERREICH 163, 749.  
 OETTLI 749.  
 OLINTO 749.  
 OLIVER, J. 749.  
 OLIVIER, H. 749.  
 OMORSKOW 749.  
 OPPENHEIM 749.  
 OPPLER 749.  
 ORCHANSKY 749.  
 ORNSTEIN 749.  
 ORTMANN 537.  
 ORTON 749.  
 OSEKI 610.  
 OSERETZKY 749.  
 OSSEZKY 282.  
 OSSIP 743.  
 OSSIPOW 749.  
 OSSIPOWA 758.  
 OSSKE 749.  
 OSTANKOW 749.  
 OSTER 749.  
 OSTERMEIER 274, 717.  
 OSTMANN 578, 749.  
 ÖTTER 596.  
 OTTO-MARTIENSEN 535, 538,  
 749.  
 OVERBECK 749.  
 OVERHAMM 749.
- PACTET 749.  
 PAETZ 599.  
 PAILHAS 744, 749.  
 PALAGYI 697.  
 PANZE 62, 749.  
 PAOLI 749.  
 PAPST 749.  
 PARAVICINI 749.  
 PARGETER 11, 717.  
 PARHON 744, 749.  
 PARKER, G. H. 749.  
 — J. 749.  
 PARROT 749.  
 PARSON 751.  
 PASCAL 749.  
 PASCH 749.
- PASTUREL 749.  
 PAULSEN 76, 749.  
 PAUNCZ 159, 573, 574, 749.  
 PAZ, DE LA 724.  
 PECK 749.  
 PEKELSKY 271, 749.  
 PELLACANI 750.  
 PENNACCHI 286, 750.  
 PENON 750.  
 PERELMANN 71, 73, 75, 77,  
 81, 750.  
 PERFECT 3, 717.  
 PERKINS 750.  
 PERL, MARTHA 295.  
 PERNAMBUCO 761.  
 PERNETH 59, 750.  
 PERRIN 730, 742.  
 PETIT 191, 746, 750.  
 PETREN 563.  
 PETRO 750.  
 PESTOTNIK 750.  
 PFAHLER 85, 86, 750.  
 PFEIFER 750.  
 PFEIFFER 283, 672, 673, 676,  
 678, 693, 694, 698, 703,  
 750.  
 PFERSDORFF 750.  
 PFISTER 128, 750.  
 PFÖRRINGER 750.  
 PFÖRTNER 750.  
 PFUHL 71.  
 PIAGET 750.  
 PICK 20, 21, 23, 188, 717, 750.  
 PICKERT 268, 269, 750.  
 PICQUE 750.  
 PIERRE 737.  
 PIGHINI 750.  
 PIGNÉDE 750.  
 PILCZ 34, 62, 266, 750.  
 PINEL 1, 2, 3, 9, 11, 12, 15,  
 16, 17, 151, 156, 185, 208,  
 717.  
 PINTO 750.  
 PIPER 71.  
 PITULESCO 749.  
 PLASKUDA 465, 750.  
 PLATTNER 2, 15, 76, 83, 750.  
 PLAUT 588, 713, 750.  
 POATE 737.  
 POHLANDT 751.  
 POHLISCH 337, 479, 485, 486,  
 589, 751.  
 POLLAK 747, 751.  
 POLLNOW 673, 751.  
 POLLOCK 32, 33, 737.  
 POLVANI 751.  
 PÖNITZ 750.  
 POPEJA 749.  
 POPPER 113, 127, 709, 751.  
 POSTURAL 751.  
 PÖTZL 131, 562, 750, 751.  
 POVIZKAJA 276, 751.  
 PRADOSY, M. SUCH 747, 751.  
 PREISIG 751.  
 PRENGOWSKI 751.  
 PRICHARD 717.

- PRINCE 751, 761.  
 PRINGTON 196.  
 PRINZ 159, 723.  
 PRINZHORN 163, 164, 208,  
     668, 669, 670, 672, 676,  
     681, 698, 699, 700, 703,  
     751.  
 PRIVAT DE FORTUNE 751.  
 PROST 2, 11, 717.  
 PRUVOST 727, 733, 746, 761.  
 PRYLL 630, 632, 633.  
 PUCA 751.  
 PUILLET 760.  
 PURKINJE 717.  
 PUSSIN 1.  
  
 QUEREY 145, 751.  
 QUIN 751.  
  
 RABINOWITSCH 751.  
 RAD, v. 751.  
 RAECKE 751.  
 RÄHMI 751.  
 RAHNE 270, 751.  
 RAITZIN 751.  
 RAKONITZ 751.  
 RAMÓN Y CAJAN S. 751.  
 RANCIER 751.  
 RANKE 713, 732, 753, 763.  
 RAPHAEL, TH. 751.  
 RATH 291, 751.  
 RATNER 731.  
 RAVIART 751.  
 RAWLINGS 751.  
 RAYMOND 723.  
 RECK 597, 751.  
 RECKTENWALD 281, 291, 513,  
     752.  
 REDALIÉ 752.  
 REDLICH 752.  
 REHM 591, 752.  
 REICHARDS 717.  
 REICHARDT 2, 129, 267, 280,  
     287, 706, 752.  
 REICHMANN 731, 752.  
 REIL 3, 8, 9, 13, 14, 15, 16,  
     17, 20, 563, 717.  
 REINHEIMER 644.  
 REISS 111, 698, 752.  
 REIT 708.  
 REITER 64, 284, 285, 286, 706,  
     752.  
 REITTER 596.  
 RÉJA 668, 752.  
 RENESSE, v. 752.  
 REPOND 403, 564, 565, 752.  
 REUTER 752.  
 REVAULT D'ALLONNES 752.  
 REZZA 752.  
 RHEINAU 295.  
 RIBETH 752.  
 RICCI 752.  
 RICKSHER 752.  
 RIEDEL 752.  
  
 RIEGER 23.  
 RIESE 401, 674, 752.  
 RIGGENBACH 752.  
 RIKLIN 563.  
 RINGSEIS, JOH. NEPOMUK v.  
     7, 717.  
 RINNE 752.  
 RIS 295.  
 RISER 757.  
 RITTERSHAUS 89, 465, 624,  
     625, 752.  
 RIVA 752.  
 RIXEN 752.  
 RIZZATTI 752.  
 ROBERTI 753.  
 ROBERTSON, G. MC 753.  
 — W. 753.  
 ROBIN, GILBERT 725.  
 ROBINOVITCH 725.  
 ROBINSON 753.  
 RODENBERG 282, 513, 753.  
 RODRIGUEZ-ARIAS, B. 753.  
 ROESSLER 753.  
 ROHDE 753.  
 ROHDEN, VAN 71, 72, 74, 77,  
     753.  
 RÖHM 753.  
 ROHRER 737.  
 ROJAS 72, 753.  
 ROLLER 400, 599.  
 ROMAGNA 753.  
 ROMBOUS 753.  
 RÖMER 619, 620, 625, 626, 628,  
     629, 721, 744, 753.  
 RONČEVSKIJ 753.  
 RONCO 753.  
 RORSCHACH 84, 753.  
 ROSE 753.  
 ROSENBACH 753.  
 ROSENFELD 271, 273, 278, 284,  
     643, 753.  
 ROSENAL, STEFAN 129, 130,  
     278, 280, 346, 347, 510,  
     608.  
 ROSENTHAL, H. 753.  
 ROSS 753.  
 ROSSI 753.  
 ROTHMANN 289, 753.  
 ROTHSCHILD 288, 753.  
 ROUBINOVITSCH 753, 759.  
 ROUSSEAU 20, 717.  
 ROUSSET 744, 753.  
 ROUVROY 734.  
 RUBENS 753.  
 RUBENSOHN, E. 753.  
 RUBNER 75.  
 RUDNEW 754.  
 RÜDIN 32, 34, 35, 36, 37, 38,  
     40, 42, 43, 45, 47, 48, 49,  
     50, 52, 53, 56, 58, 59, 61,  
     62, 64, 87, 90, 121, 128,  
     468, 480, 536, 621, 628,  
     645, 754.  
 RUFFIN 187.  
 RULAND 2, 717.  
 RÜMKE 754.  
  
 RUNGE 471, 472, 473, 754.  
 RUSDEA 760.  
 RUSH 3, 11, 16, 717.  
  
 SACRISTÁN 754.  
 SAGEL 282, 283, 754.  
 SAITO 610.  
 SAIZ 754.  
 SALERNI 754.  
 SALGO 174.  
 SALINGER 754.  
 SALOMONSON 274.  
 SANCTIS, DE 462, 464, 754.  
 SANDBERG 175, 717.  
 SANDERS 20.  
 SANDRI 754.  
 SANDTMANN 3.  
 SANTENOISE 754.  
 SANTIN 753.  
 SANZ 72, 754.  
 SAPAS 754.  
 SASA, KAZUO 754.  
 SASAKI 754.  
 SATTA 754.  
 SATTLER 754.  
 SAUSSURE 754.  
 SAURY 23, 706, 717.  
 SAUVAGE-NOLTING, W. J. J.  
     DE 16, 17, 754.  
 SAVOUREUX, LE 754.  
 SAY 757.  
 SCARPINI 754.  
 SCHABELITZ 162.  
 SCHAEFFER 290.  
 SCHÄFGEN 754.  
 SCHAIKEWITZ 754.  
 SCHALTENBRAND 289, 290.  
 SCHAUMANN 717.  
 SCHEER, VAN DER 754.  
 SCHEFFER, C. 754.  
 SCHEIDEGGER 286, 578, 597,  
     754.  
 SCHEIDERER 729.  
 SCHELER 303, 693.  
 SCHELICHOWSKY 754.  
 SCHEYER 754.  
 SCHIESE 754.  
 SCHIFF 725, 755.  
 SCHILDER 274, 293, 294, 296,  
     301, 302, 318, 321, 331,  
     388, 420, 528, 555, 590,  
     601, 602, 673, 733, 734,  
     755.  
 SCHILL 755.  
 SCHINAGEL 563, 755.  
 SCHINDLER 5, 717.  
 SCHLESINGER 729.  
 SCHLOMER 755.  
 SCHLOSSMANN 630.  
 SCHMELCHER 755.  
 SCHMID, H. 528, 717, 755.  
 SCHMIDT, K. 70, 71, 72, 73,  
     74, 75, 76, 77, 78, 79, 80,  
     81, 82, 83, 289, 291, 755.  
 — MAX 755.

- SCHMIDT, W. 755.  
 SCHNEIDER, A. 90, 105, 168, 755.  
 — CARL 35, 42, 54, 84, 96, 101, 102, 105, 107, 141, 144, 145, 155, 156, 159, 160, 163, 166, 169, 189, 190, 193, 196, 198, 200, 202, 207, 214, 293, 296, 299, 301, 303, 310, 317, 318, 325, 327, 331, 337, 377, 381, 383, 384, 388, 415, 526, 528, 530, 532, 533, 535, 536, 538, 541, 548, 554, 562, 567, 568, 579, 580, 581, 582, 583, 585, 588, 590, 598, 676, 755.  
 — KURT 113, 114, 121, 295, 304, 312, 313, 338, 391, 456, 457, 526, 579, 580, 581, 583, 709, 755.  
 — M. 755.  
 SCHNITZLER 755.  
 SCHOENHALS 755.  
 SCHOLL 94, 756.  
 SCHOLTEN 751.  
 SCHOLZ 22, 717, 756.  
 SCHÖNLEIN 20.  
 SCHOTT 88, 623.  
 SCHREBER 180, 600.  
 SCHRIJVER 756.  
 SCHROEDER, F. 756.  
 — KNUD 756.  
 SCHRÖDER, M. 756.  
 — P. 139, 319, 322, 323, 326, 479, 482, 490, 518, 519, 524, 532, 713, 756.  
 SCHROFF 756.  
 SCHUBERT, V. 14, 15, 717.  
 SCHULE 202.  
 SCHÜLE 13, 18, 19, 277, 313, 504, 547, 717.  
 SCHULHOF 191, 756.  
 SCHULTE 170, 756.  
 SCHULTES 756.  
 SCHULTHEISS 753.  
 SCHULTZ, G. 746.  
 — J. H. 47, 111, 128, 756.  
 SCHULTZE 644.  
 SCHULZ, B. 37, 39, 42, 43, 44, 66, 88, 620, 756.  
 SCHULZE, O. 465.  
 SCHUPPIUS 756.  
 SCHUSTER, J. 756.  
 SCHWAB, F. 422, 756.  
 — GEORG 756.  
 SCHWARZ, E. 67, 479, 756.  
 — HANNS 756.  
 SCHWECHTEN 756.  
 SCHWEIGHOFER 61, 756.  
 SCHWENNINGER 756.  
 SCOTT, D. 17, 717.  
 SEARLE 751.  
 SEELERT 30, 50, 124, 126, 127, 471, 472, 473, 642, 713, 756.  
 Segal 756.  
 SEGELKE 757.  
 SÉGLAS 162, 191, 717, 725, 757.  
 SEHRT 757.  
 SEITZ 744.  
 SELZ 153, 757.  
 SÉRIEUX 174.  
 SERKO 470, 471, 472, 757.  
 SEVERIN 289, 757.  
 SEYMOUR 11, 717.  
 SHAW, W. S. JAGOE 757.  
 SHERRINGTON 212, 261.  
 SHIMODA 740, 757.  
 SICHEL 34.  
 SIEBERT 34.  
 SIEDLER 56, 757.  
 SIEMENS, F. 757.  
 — H. W. 54, 55, 82, 757.  
 SIEVERT 757.  
 SIMMEL 600, 757.  
 SIMON, H. 597, 599, 602, 603, 627, 629, 668, 717, 757.  
 — W. 757.  
 SINGER, H. 727, 757.  
 SINOWJEW 730.  
 SIOLI 268, 270, 467, 757.  
 SIPPPEL 595, 757.  
 SIROTA 757.  
 SIRVENT 753.  
 SKLIAR 757.  
 SLEEPER 735.  
 SMITH, J. 757.  
 SMITH, L. 732, 745, 757.  
 SNEEL 563, 717.  
 SNESSAREFF 757.  
 SODA 761.  
 SOMMER, M. 757.  
 — R. 313, 336, 404, 668, 757.  
 SONNENBERG 120, 757.  
 SOREL 757.  
 SORPAS 669.  
 SOUKHANOFF 757.  
 SOUTHARD 757.  
 SOUTZO 757.  
 SPANGER 4.  
 SPATZ 262.  
 SPAZIER 2, 17, 718.  
 SPEARMAN 732.  
 SPECHT 172, 175, 283, 499, 712, 757.  
 SPEER 601, 757.  
 SPIEGEL 740, 757.  
 SPIELMANN 18, 718.  
 SPIELMEYER 607, 608, 609, 757.  
 SPIELREIN 758.  
 SPINDLER 758.  
 SPITZER 758.  
 SPITZKA 174.  
 SPURZHEIM 3, 5, 718.  
 SSEMENOWA 276, 751.  
 SSPIDBAUM 71, 74, 744.  
 SSUCHAREWA 758.  
 STACK 759.  
 STAHELIN 758.  
 STAHL, G. E. 10.  
 STANDENATH 750.  
 STANFORD 758.  
 STANOJEVIC 275, 758.  
 STARK 2, 718.  
 STAROBINSKI 758.  
 STATUTI 750.  
 STAUDENMAYER 166, 189, 758.  
 STEARNS 535, 758.  
 STECK 263, 273, 274, 287, 288, 616, 758.  
 STEELE 763.  
 STEFFENS 7.  
 STEIN 325, 693, 745.  
 STEINAU-STEINRÜCK, V. 758.  
 STEINER 337, 510, 562, 578, 706, 745, 758.  
 STEINKÜHLER 758.  
 STEINTHAL 481, 589, 713, 758.  
 STELZNER 649, 758.  
 STENBERG, SVEN 758.  
 STENDHAL 685.  
 STERN, C. 56, 71.  
 — G. 758.  
 — -PIPER 758.  
 STERTZ 264, 337, 676, 758.  
 STIEFLER 758.  
 STIER-SOMLO 727, 731, 758.  
 STIRNER 702.  
 STOCK 758.  
 STOCKER 610, 758.  
 STÖCKER 591, 758.  
 STOCKMEIER 758.  
 STORCH 158, 293, 295, 365, 388, 408, 420, 422, 586, 669, 676, 698, 758.  
 STÖRRING 175, 177.  
 STORZ 758.  
 STRANSKY 19, 24, 25, 54, 155, 161, 174, 202, 291, 293, 309, 310, 369, 384, 444, 504, 528, 585, 590, 591, 600, 758.  
 STRASSER 728, 759.  
 STRAUS, E. 403, 759.  
 STRAUSS 75, 81, 82, 83, 267, 274, 723, 759.  
 STRÄUSSLER 758.  
 STRECKER, ED. 759.  
 STROHMAYER 36, 105, 464, 465, 759.  
 STURMAN, F. J. 100, 537, 731, 759.  
 SUCH 751.  
 SUCHANOW, S. 759.  
 SUGÁR 755.  
 SULLIVAN 759.  
 SVENSON 174, 759.  
 SYER 718.  
 SZEDLAK 759.  
 SZUMLANSKI 732.

TAMBURINI 759.  
 TANZI 160, 718.  
 TARDIÉU 668, 718.  
 TARGALA 746.  
 TARGOWLA 743, 759.  
 TAROZZI 759.  
 TATY 742.  
 TAUSK 321.  
 TEENSTRA 759.  
 TELEKY 630.  
 TEMPLE 3, 11, 718.  
 TER-OGANNESSIAN 759.  
 TEULIÈ 160, 161, 162, 759.  
 THALBITZER 67.  
 THÉVENARD 274, 275, 289, 725.  
 THIELE 134.  
 THOMAS 744, 759.  
 THOMSEN 759.  
 THOREK 759.  
 THURZÓ, EUGEN v. 759.  
 — J. 759.  
 TILING 175.  
 TIMOFEEV 759.  
 TIMOFEJEW 759.  
 TINDINGE 759.  
 TIRETTA 759.  
 TISON 725.  
 TISSOT 760.  
 TKATSCHEW 732.  
 TÖBBEN 121, 760.  
 TOGAMI 760.  
 TOKAY 713, 760.  
 TOMASCHNY 760.  
 TOMASINI 760.  
 TOPORKOFF 744, 760.  
 TORREN, VAN DER 116, 760.  
 TOULOUSE 760.  
 TRAMER 760.  
 TRAMMAR 682.  
 TRAVAGLINO 760.  
 TRAVIS 760.  
 TREADWAY 760.  
 TREIBER 760.  
 TRÉNEL 760, 761.  
 TREPSAT 748, 760.  
 TRÉTIAKOFF 760.  
 TROCHINE 760.  
 TROELTSCH 760.  
 TROTSENBURG 760.  
 TRUELLE 760, 761.  
 TSCHARNETZKY 760.  
 TSCHERNING 291, 760.  
 TUCKER 760.  
 TUCZEK, jr. 160, 161, 295, 313, 546, 547, 548, 760.  
 TUKISCH 202.  
 TULLIO 760.  
 TURNBULL 760.  
 TYSON 760.  
 Ubenauf 760.  
 UHLMANN 760.  
 URECHIA 610, 749, 760.  
 URSTEIN 34, 280, 760.

UTER 33, 34, 625, 739.  
 UYEMATSU 761.  
 VALDÈS, LAMBEA 761.  
 VALDIZAN 761.  
 VALKENBURG 761.  
 VALLEJO, NÁGERA 761.  
 VELDE VAN DE, 70.  
 VERGARA 761.  
 VERING 2, 718.  
 VERSCHUER, v. 71, 76, 82, 761.  
 VERWOM 761.  
 VETLESEN 761.  
 VIDONI 761.  
 VIEIRA DE MORAES 761.  
 VIERNSTEIN 761.  
 VIGOUROUX 175, 723, 749, 761.  
 VILLAVERDE 276, 277, 761.  
 VILLINGER 461, 761.  
 VINCHON 761.  
 VIRCHOW 20.  
 VISSER 761.  
 VISSLE 282.  
 VOGT, C. 261, 262, 761.  
 — O. 61, 261, 262, 761.  
 — R. 174, 202, 336, 761.  
 VOIGT, K. 404.  
 — L. 461, 462, 761.  
 VOISIN 3, 11, 718.  
 VOLLMER 85.  
 VOLOCHOW 286, 761.  
 VOLPI 761.  
 VORKASTNER 184, 282, 510, 639, 640, 642, 644, 713, 761.  
 VORSTER 474.  
 WACHSMUTH 18, 177, 718.  
 WADA 761.  
 WAGNER 3, 562, 718, 751.  
 WAGNER-JAUREGG 595, 596, 706.  
 WALBUM 285.  
 WALCHER 73.  
 WÄLDER 761.  
 WALKER, H. 39, 761.  
 — J. 761.  
 WALTER, F. K. 287, 288, 761.  
 WALTHER 7, 718, 731, 761.  
 WARNER, G. L. 761.  
 WARSTADT 131, 291, 713, 762.  
 WASNER 762.  
 WASSERMAYER 268, 762.  
 Water 288.  
 WATSON, H. FERGUSON 762.  
 WEBER 746, 762.  
 WEDDIGE 762.  
 WEEBER 750.  
 WEICHARDT 283.  
 WEICHBRODT 462, 597, 762.  
 WEIDENREICH 70, 71, 72, 73, 74, 76, 762.  
 WEIDERICH 172.  
 WEIDNER 755.

WEIL 738.  
 WEILER, K. 268, 270, 762.  
 — M. 762.  
 WEINBERG, IRMA 762.  
 — W. 37, 38, 39, 43, 48, 49, 619, 628, 762.  
 WEISS 3, 70, 762.  
 WEISSENFELD 762.  
 WEISSMANN 72, 755.  
 WEIZSÄCKER, v. 212, 231.  
 WELKE 730.  
 WELLS 762.  
 WELTI 63.  
 WENCKEBACH 74.  
 WENZEL 9, 718.  
 WERNICKE 22, 30, 175, 178, 201, 206, 211, 263, 322, 335, 336, 350, 366, 414, 423, 518, 520, 718, 722.  
 WERTHEIM 274.  
 WERTHEIMER 143.  
 WESTERTERP 762.  
 WESTON 762.  
 WESTPHAL, A. 63, 175, 267, 270, 271, 291, 743, 762.  
 — C. 291.  
 — Fr. 762.  
 WETZEL 31, 34, 173, 192, 193, 221, 295, 357, 378, 384, 422, 573, 629, 647, 762.  
 WEXBERG 762.  
 WEYGANDT 185, 202, 462, 464, 668, 672, 673, 676, 682, 762.  
 WHITE, WILL 762.  
 WHITEHORN 762.  
 WHYTT 10, 718.  
 WICHART 740.  
 WICHMANN 762.  
 WICKENTHAL 187.  
 WIDEROE 718.  
 WIDMANN 762.  
 WIEG 187.  
 WIENHOLT 718.  
 WIERSMA 97, 266, 762.  
 WIGERT 762.  
 WILCZKOWSKI 762.  
 WILDERMUTH 58, 59, 116, 291, 763.  
 WILLIAMS 763.  
 WILLIS 2, 11, 318.  
 WILMANNS 27, 30, 34, 50, 65, 102, 106, 113, 114, 121, 126, 127, 128, 378, 415, 455, 474, 480, 481, 483, 498, 506, 509, 519, 587, 594, 596, 599, 605, 619, 625, 639, 648, 649, 660, 708, 713, 721, 748, 763.  
 WIMMER 37, 763.  
 WINDBÜCHLER 17, 718.  
 WINDISCHMANN 6.  
 WINKELMANN 3, 718.  
 WINKLER 287, 736, 763.  
 WINOKUROFF 763.  
 WINTER, F. 763.

- WITMANN 192.  
 WITTE 64, 272, 286, 287, 763.  
 WITTERMANN 61, 62, 763.  
 WIZEL 76, 763.  
 WŁADY CZKO 763.  
 WOLF 32, 39, 128, 763.  
 WOLFENSBERGER 479, 763.  
 WOLFER 286, 578, 763.  
 WOLFF 763.  
 WOLFSON 538, 763.  
 WOLLENBERG 763.  
 WOLPERT 141, 763.  
 WOLTER 763.  
 WOODWELL 751.  
 WOROTYNSKY 763.
- WRIGHT 763, 764.  
 WULFF 764.  
 WULLENWEBER 158.  
 WUNDT 23.  
 WÜNZ 286.  
 WÜRZ 764.  
 WUTH 75, 764.  
 WYRSCH 291, 713, 764.  
 WYSS 764.
- ZABBE 764.  
 ZÁDOR 602.  
 ZALLA, MARIO 764.  
 ZALORIECKI 731.
- ZELLER 13, 600.  
 ZENDIG 764.  
 ZERBE 71.  
 ZETLIN 764.  
 ZIEHEN 171, 174, 202, 764.  
 ZIERL 764.  
 ZILBOORG 764.  
 ZIMMER 764.  
 ZIMMERMANN 764.  
 ZINGERLE 669, 733, 764.  
 ZOLLER 36, 37, 41, 42, 61, 63.  
 ZOLTÁN RÁTH, A. 764.  
 ZUCKER 764.  
 ZURLINDEN 764.  
 ZUTT 335, 337, 730, 764.

## Sachverzeichnis.

- ABDERHALDENSCHE** Reaktion 283.  
 Abortive Paranoia 453, 526.  
 Abspaltung 586.  
 Adrenalin 288, 289.  
 Ätherrausch zur Stuporlösung 602.  
 Affekteinbrüche 338, 361, 372.  
 Affektiver Rapport 563, 564.  
 Affektive Wahntheorie 423.  
 Affektstörung 303 f.  
 Agitierte Katatonie 376.  
 Äkinese 214, 215, 216, 217, 218, 219, 349, 396, 405, 486.  
 Aktive Therapie 629.  
 Aktivitätsstörung 299 f., 584.  
 Aktverarmung 570.  
 Akuter Beginn der Schizophrenie 317 f.  
 Alkoholdelir 139, 142, 147, 148, 178, 479.  
 Alkoholhalluzinose, akute 479.  
 — und Schizophrenie 589.  
 Alkoholismus 61.  
 — und Schizophrenie 478 f.  
 Alter und Körperbau 74.  
 — und Verlauf 538 f.  
 Alternierendes Bewußtsein 188.  
 Ambivalenz 199, 206.  
 Amentia 126, 127, 369, 528.  
 — Differentialdiagnose zur Schizophrenie 590.  
 Ammonshorn 609.  
 Amnesie 187, 188.  
 Anatomie der Schizophrenie 606 f.  
 Anfälle 278 f.  
 Anfechtung der Ehe 643.  
 Angst 362, 363, 364, 366.  
 Anoia 13.  
 Anomalie der Selbstdeutung 581.  
 Anpassung an die veränderte Eigenwelt 569.  
 Anstaltsinternierung Schizophrener 599.  
 Anstaltsverpflegungsdauer 622, 623.  
 Anthroposophie 652.  
 Aphasische Sprachstörung 167.  
 Aphasie und schizophrene Sprache 168.  
 Apperzeptive Irritabilität 110.  
 Arbeitsleistung innerhalb des Anstaltsbetriebes 629.  
 Arbeitstherapie 576, 599, 603, 604, 627, 629, 630.  
 Arbeitsunfähigkeit 614, 631, 634, 635.  
 Archaisches Denken 586.  
 Arteriosklerose des Gehirns und Involutionspsychosen 471, 472, 473.  
 Asoziale Psychopathen 592.  
 — Schizophrene 654.  
 Assoziationspsychologie 18, 23, 24.  
 Assoziationsstörungen 154.  
 Asthenie 218.  
 Attitudes schizophreniques 339, 400, 570.  
 Atypische Gestaltungen der Schizophrenie 456 f.  
 Aufmerksamkeit 184, 185.  
 Aufstiegsmöglichkeiten Schizophrener 659.  
 Ausdrucksanomalien 310.  
 Ausdrucksmotorik 213.  
 Ausscheidung 556.  
 Außenfürsorge 663, 664.  
 Äußere Einwirkungen und Verlauf 562 f.  
 Autismus 51, 83, 89, 92, 96, 107, 108, 193, 206, 423, 569, 570.  
 Autochthone Anlagepsychose 520.  
 Automatismus 140, 190, 191, 334 f., 393, 414, 564.  
**BABINSKI**-Reflex 273.  
 Bannung 219, 339, 343.  
 Bedeutungsbewußtsein 357, 359.  
 Beeinflussungsgefühl 308.  
 Befehlsautomatie 220, 338, 403.  
 Beginn der Schizophrenie 295 f.  
 Behandlung katatoner Erregungen 597.  
 Bekanntheitscharakter der Wahnidee 181, 182.  
 Bekehrung 557.  
 Benommenheitszustände bei Schizophrenie 186, 527, 586.  
 Beruhigte Wahnkranke 441.  
 Beruf und Körperbau 73.  
 Berufsverbrecher 649.  
 Beschäftigungstherapie 576, 599, 603, 604.  
 Bevölkerungsstatistik 619, 620.  
 Bewegungsarmut 220.  
 Bewegungsstörungen Schwachsinniger 463, 464.  
 Bewußtsein 185 f., 583, 585, 586.  
 Bewußtseinsänderungen bei Schizophrenen 417.  
 Bewußtseinsstörungen bei Schizophrenie 526 f., 586.  
 Bewußtseinstrübungen bei Schizophrenie 369.  
 Beziehungswahn 173, 301, 306 f.  
 Bildnerei Schizophrener 615.  
 Biologische Reaktion 113.  
**BLEULERS** Schizophrenie-Begriff 23 f.  
 Blödsinn 14.  
 Blutbild 282.  
 Blutdruck 266.  
 Blut-Liquorschranke 288.  
 Bradyphrenie 589.  
 Brompermeabilität 288.  
 B-Typ 85.  
 Bulbokapnin 289, 290.  
**BUMKES** Pupillensymptom 267 f.  
 Bürgerliches Gesetzbuch 616, 639.  
 Cerebrale Genese der Schizophrenie 606.  
 Charakterveränderung in der Remission 560.  
 Chorea **HUNTINGTON** 47, 55, 291.  
 Chronaxie 275, 289.  
 Chronischer Alkoholwahnsinn 479, 480.  
**CHVOSTEKES**ches Zeichen 273, 274.



- Clownismus 382.  
 Cocain zur Stuporlösung 288, 597, 602.  
 Cocaindelir 589.  
 Coenästhesie 320, 321.  
 Corpus subthalamicum 262.  
 Cycloid s. Cyclothym.  
 Cyclothym 82, 85, 86, 91, 92, 93, 94, 103, 105, 106, 109, 305.
- Dämmerzustand** 178, 186, 187, 513, 527.  
 Darmintoxikation als Ätiologie der Schizophrenie 595, 606, 607, 706.  
 Darmstörungen 285, 286.  
 Dauer der Hilfsbedürftigkeit 621.  
 Dauerschlafbehandlung 563, 602.  
 Deckwahn 423.  
 Defektsymptom 553.  
 Degenerationspsychosen 517, 518, 519, 520, 524, 526.  
 Dégénérés supérieurs 524.  
 Déjà-vu-Erlebnis 181, 182.  
 Dementia paranoides gravis 418.  
 — praecocissima 462.  
 — praecox 23, 60, 66, 154; s. Schizophrenie.  
 — simplex 376, 380.  
 Demenz, schizophrene 567 f.  
 Denkeigentümlichkeiten Schizoide 93.  
 Denkfunktionen 154 f.  
 Denkinitiative 159.  
 Denkstörung 296 f., 583.  
 — hebephrene 383.  
 Dentale Sepsis 285.  
 Depersonalisation 301.  
 Depersonalisationszustände 506.  
 Depressive Prodrome bei Schizophrenie 311, 591.  
 — Verblödung 376.  
 — Zustände 591.  
 Diagnosenkurven 26 f.  
 Diagnostische Wertung der einzelnen Symptome 582 f.  
 Diathetische Proportion 92, 94, 106.  
 Differentialdiagnose der Schizophrenie 586 f.  
 Dissimulation schizophrener Symptome 593.  
 Dominanz 52.  
 Dominanzwechsel 501.  
 Doppelte Orientierung 530, 586.  
 Durchbrechung eines Stupors 396.  
 Durchschnittsbevölkerung und Schizophrenie 35, 38, 66.
- Dysmorphopsie 141.  
 Dysphrenie 20.  
 Dyspraxie 236.  
 Dystonie 109.  
 Dyskinesie 230.
- Écho des pensées 323.  
 Echosymptome 199, 220, 338, 404.  
 Ehescheidung 630, 643, 644, 645.  
 Eifersuchtsparanoia 475.  
 Eifersuchtswahn 184, 452, 711.  
 — alkoholischer 481, 594.  
 — als Restsymptom 562.  
 Eigenbeziehung 172, 303, 306 f.  
 Einengung der affektiven Anteilnahme 570 f.  
 Einfache Gliedbewegung 229.  
 Einheit der Schizophrenie 53.  
 Einheitspsychose 12, 13, 19, 28.  
 Einschlafdenken 154, 155, 327.  
 Eintagsremission 547.  
 Einteilung der Geistesstörungen 12 f.  
 Ekstatische Dämmerzustände 527.  
 Elektrische Untersuchungen Schizophrener 273, 274.  
 Emotionstherapie 563.  
 Encephalitis epidemica 58, 133, 134, 335, 337, 342, 345, 350, 396, 565, 584, 589.  
 Encephalitispsychose 134.  
 Encephalographie 287.  
 Endokrine Störungen 123, 126, 283.  
 — — und Körperbau 75.  
 — — und Schizophrenie 63 f.  
 — — und Therapie der Schizophrenie 595.  
 — — und Verlauf der Schizophrenie 562.  
 Endzustände 566 f., 619, 624.  
 Enkel Schizophrener 38.  
 Enthirnungsstarre 261.  
 Entlassung Schizophrener 624, 630.  
 Entmündigung 614, 630, 640, 641.  
 Epilepsie 66, 184, 187.  
 — und periodische Psychosen 490, 491, 510 f.  
 — und Schizophrenie (Differentialdiagnose) 588.  
 Epileptische Anfälle bei Schizophrenen 279, 280, 281, 282, 513.  
 Epileptischer Anfall 3, 4.
- Epileptischer Dämmerzustand, Differentialdiagnose zur Schizophrenie 588.  
 Epileptoide Psychopathen 97.  
 Episodische Dämmerzustände 528.  
 Epistase 50, 56.  
 Erbgang des Schizoids 51.  
 Erblichkeit der Schizophrenie 34 f.  
 Erbprognose bei Schizophrenen 35.  
 Erkennung der Schizophrenie 579 f.  
 Erkrankungs Wahrscheinlichkeit 620.  
 Ernährung und Körperbau 74.  
 Erregungszustand 196, 404.  
 Erscheinungsweise 504.  
 Eruptivwahn 423.  
 Erwartungsspannung 367.  
 Erweiterter Selbstmord 648.  
 Erziehung zur Dissimulation 600.  
 Eugenik 628.  
 Exogen oder endogen? 709, 710, 711, 712.  
 Exogene Reaktionstypen 113, 124, 127, 134, 368, 369, 705, 709, 712.  
 Experimentelle Katatonie 289, 290.  
 Expressionismus 236, 702.  
 Expressivhyperkinese 351.  
 Extrapyramidale Störung 261, 262, 264, 465.  
 — — Differentialdiagnose zur Schizophrenie 587.
- Faktorenkuppelung 55.  
 Farblose Zwischenzustände bei Katatonie 406, 407.  
 Fausse reconnaissance 182.  
 Faxensyndrom 411.  
 Fehldiagnosen 618.  
 Fehlende Selbstwahrnehmung des Defektes 555.  
 Fieberhafte Infektionskrankheiten als Auslösung von Schizophrenie 127, 369 f.  
 Fiebertherapie der Schizophrenie 596.  
 Fixer Wahn 13.  
 Flexibilitas cerea 218, 219.  
 Fremdbeeinflussungsgefühl 584.  
 Fremdheitsgefühl 323.  
 Frühentlassung Schizophrener 563, 604, 625, 626, 627, 628, 629, 653.  
 Frühschizophrenie 461, 468.  
 Fürsorgepflicht 616, 619, 622, 636, 638.

- Ganglienzellenveränderung bei Schizophrenie 608.  
 Gastrointestinale Störungen bei Schizophrenie 64.  
 Gedankenbeeinflussung 322.  
 Gedankendrängen 415, 416.  
 Gedankenentzug 301, 324, 416, 583.  
 Gedanken-Lautwerden 139, 322.  
 Gedichte Schizophrener 684 f.  
 Gefängnisschizophrenie 121, 123, 312, 372, 373, 374.  
 Gefühlsstörung 191 f., 303 f.  
 Gehirndrüsenapparat 94.  
 Gehirnmythologie 17.  
 Gehirntrauma und Schizophrenie 65.  
 Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten 3 f., 17, 18.  
 Geistige Gemeinschaft 645, 646.  
 Genuine Schizophrenie 124.  
 Geruchshalluzinose 319.  
 Gesamtpersönlichkeit der Schizophrenen 202 f.  
 Geschäftsunfähigkeit 614, 630, 637, 638, 640, 642, 657.  
 Geschichte der Schizophrenie 1 f.  
 — — Deutschland 1 f., 13.  
 — — England 10, 12, 17.  
 — — Frankreich 11, 12.  
 — — Italien 10, 12.  
 Geschicklichkeit 213.  
 Glossolie 162, 163, 167.  
 Glücksgefühl 367.  
 Graphologie 240 f., 673.  
 Gravidität 126.  
 Grazie 222.  
 Grimassieren 391.  
 Größenwahn 180, 183, 574.  
 Großneffen Schizophrener 39.  
  
**Haftreaktion** 121.  
 Haftschizophrenie 121, 123, 312, 372, 373, 374.  
 Halluzinationen als pathognostisches Merkmal 585.  
 — der Körperfühlsphäre 343, 368.  
 — des Muskelsinns 336.  
 Halluzinatorischer Schwächezustand der Trinker 479.  
 Halluzinose nach Malaria-behandlung 131.  
 Halluzinosen bei Lues cerebri 588.  
 — der Trinker 30, 184, 479.  
 Handlungsreflexe 274.  
 Haschisch 68, 327, 589.  
 Hebephrenie 376, 377 f.  
 — (HECKER) 20 f., 377.  
 Heboid 98.  
 Heboidophrenie 464.  
 Heilanstalt 621, 622.  
 Heilung mit Defekt 19, 534.  
 HEINROTHS Lehre und System 6 f., 14.  
 Hemmung 196, 197, 219.  
 Hereditätsuntersuchungen 34 f., 620.  
 Heredodegenerative System-erkrankung 520, 706.  
 Heterophänie 55.  
 Hilfsbedürftigkeit 630, 636, 637.  
 Hirnarteriosklerose 66.  
 Hirnanschwellung 129, 272, 273, 280, 286, 287, 528, 578.  
 Hirnverletzung und Schizophrenie 128.  
 Histotypie 607.  
 Hungerblockade und Sterblichkeit der Anstaltsinsassen 624.  
 Hyperkinese 217, 228, 229, 230, 237, 349, 351, 352 f., 396, 405, 410, 485, 486.  
 Hyperkinetische Motilitäts-psychose 526.  
 Hypermetamorphose 350, 351.  
 Hypersalivation 267.  
 Hypnagoge Halluzination 144.  
 Hypochondrische Hebephrenie 382.  
 Hypoparanoische Haltung 456, 471, 472.  
 Hypophrenie 340.  
 Hypostase 56.  
 Hysterisches Delir 186.  
 Hysterische Prodrome 312, 374.  
  
 Ich-Nähe 555.  
 Ichstörung 188, 189, 190, 191, 302, 303, 584.  
 Idiomuskulärer Wulst 274.  
 Iliacalzeichen 270.  
 Impulse 299, 584.  
 Impulsive Handlungen 220, 349, 406, 407, 408.  
 Infektionskrankheiten und Schizophrenieverlauf 563.  
 Influenzapsychose 369.  
 Innere Haltung 337.  
 Insuffizienz der psychischen Aktivität 109, 110, 202, 203, 298, 299, 301, 302.  
 Intelligenzstruktur und Charakter 83, 84.  
 Intermediäre Vererbung 52.  
 Internierung Schizophrener 613, 615, 624, 630, 631, 650, 652.  
 Intrapsychische Ataxie 19, 24, 25, 590.  
 Introspektive Methode 294, 335.  
 Invalidität 614, 630, 633, 634, 635, 657.  
 Involution und Schizophrenie 469 f.  
 Involutionsparanoia 30, 469 f.  
 Involutionsparaphrenie 470.  
 Isolierung 103, 104, 414.  
 Iteration 221, 229, 237, 350, 351.  
 Iterativerscheinungen 350.  
  
**Jahreskurve der Psychosen** 625.  
 Juvenile Paralyse und Hebephrenie 588.  
  
 Katalepsie 197, 218, 404.  
 Katatone Äquivalente 280.  
 — Anfälle 346, 347.  
 — Bilder 391 f.  
 — Erregung 404 f.  
 — — als pathognostisches Merkmal 585.  
 — Symptome 335 f.  
 — — bei exogenen Psychosen 393.  
 Katatoner Reaktionstyp 292.  
 Katatonie 61, 214 f.  
 — (KAHLBAUM) 20, 21 f.  
 Keimschädigung 61.  
 Kerngruppe 81.  
 Kinderkunst 703.  
 Kinderschizophrenie 461, 462, 463, 464.  
 Kindheitstrauma 304.  
 KLEISTS Theorie der Bewegungsstörungen 262, 263, 335, 336 f.  
 Klimakterium und Schizophrenie 469 f.  
 Klinik der Schizophrenie 293 f.  
 Knick in der Persönlichkeit 632.  
 Kobragifithämolysinreaktion 283.  
 Konstitution 69 f.  
 — und seelische Störung 10.  
 Kopfschmerzen 276.  
 Körperbauuntersuchungen bei Epileptikern 78.  
 — bei Frauen 76.  
 — bei Kindern 76.  
 — bei Schizophrenen 68, 69 f.  
 — bei Verbrechern 77.  
 Körperempfindungs-sensationen 142, 146.  
 Körperliche Auslösung der Schizophrenie 123 f.  
 — Behandlung der Schizophrenie 595 f.  
 — Erscheinungen der Schizophrenie 264 f.  
 KORSAKOW-Zustände und Schizophrenie 481, 587.

- Krankenversicherung 630, 632.  
 Krankheitsform und Lebensalter 538, 539.  
 KRETSCHMERS Typen 71 f., 91, Tabelle 94.  
 Kriegserfahrungen und Schizophrenie 114, 115, 120, 121, 128.  
 Kriminalität der Hebephrenen 384, 385, 386, 387, 649.  
 — der Schizophrenen 192, 646.  
 Künstlerische Arbeiten Schizophrener 668 f.  
 Kurzschlußbakte 351.
- Lactation 126.  
 Landstreicher 619, 637, 649.  
 Läppische Heiterkeit 381, 384.  
 — Verblödung 376.  
 Latente Schizophrenie 87, 89, 377.  
 Lebensalter und Motorik 231, 232.  
 Lebensdauer Schizophrener 578.  
 Lebensphase und Wahnbildung 439.  
 Leberfütterung 596.  
 Legierung 93.  
 Leistungsfähigkeit 661, 662.  
 Leptosomer Körperbau und Schizophrenie 79, 80, 81, 83, 94, 95.  
 Leri-Reflex 273.  
 Liebeswahn 433 f., 454.  
 Liquoruntersuchung 287.  
 Lues als Keimschädigung 62.  
 — bei Schizophrenen 286.  
 Luespsychose und Schizophrenie 588.  
 Lysophrene 85.
- Machtwahn 444 f.  
 Magnetismus 9.  
 Mangel an Antrieb 337.  
 Mania 13.  
 — sine delirio 15.  
 Manisch-depressive Erkrankung 66, 99, 100, 101, 183, 482, 518.  
 — — und Schizophrenie 482 f., 518, 519 (Mischpsychosen).  
 Manisch-depressiver Mischzustand 592.  
 Manische Prodrome bei Schizophrenie 311.  
 Massenmörder 647, 648.  
 MAYERSCHER Reflex 273.  
 Melancholia 13.  
 Melancholische Wahnideen 183.
- MENDEL-Schema im schizophrenen Erbgang 48.  
 Menstruation und Schizophrenie 562.  
 Menstruationsstörungen 283, 284.  
 Meskalin 68, 147, 325, 327, 331, 367, 589.  
 Migräne 276, 277.  
 Mischpsychosen 68, 482 f.  
 Mißempfindungen 148.  
 Mißglückter Arbeitsversuch 632.  
 Mnestisches Verhalten nach der akuten Schizophrenie 532.  
 Monomanie 15.  
 Monotypie 400.  
 Moral insanity 592.  
 Moria 16, 17.  
 Motilität 211.  
 Motilitätspsychose 486 f., 518, 526, 542.  
 Motorik der Normalen 212, 213, 221, 222, 223.  
 — der Schizophrenen 211 f.  
 — Theorien der . . . 261 f.  
 Motorische Anomalien Jugendlicher 463.  
 — Bilder 231 f.  
 — — Männliche Schizophrenie 239 f.  
 — — Weibliche Schizophrenie 252 f.  
 — Endzustände 237 f.  
 — Grundsymptome 214 f.  
 Müdigkeitsdenken 154, 325, 327.  
 Muskeltonus 273.  
 Mutation 57.  
 Mutismus 344, 396, 412.
- Nachexploration Schizophrener 566.  
 Narcißmus 303, 320.  
 Narrheit 14.  
 Neffen Schizophrener 39.  
 Negativismus 199, 216, 218, 335, 338, 396, 401, 402, 403.  
 Nennung 414.  
 Neologismen 160.  
 Neurologische Veränderungen bei Schizophrenie 267 f.  
 Neurose und Schizophrenie 115.  
 Neuroseähnliche Bilder bei Schizophrenen 456 f.  
 Neurosen und Hebephrenie 378.  
 Nichtigkeit der Ehe 643.  
 Nichtschizophrene Psychosen im Erbgang Schizophrener 40 f.
- Normale schizoide Reaktionsart 103.  
 Noopsyche 585.  
 Nystagmus 271.
- Offene Fürsorge 627, 628.  
 Oneiroide Erlebnisform 372, 530.  
 — Zustände 148, 186, 530, 531.  
 Onychogryphosis 291.  
 Organisch oder psychogen? 2 f., 708, 709.  
 Organische Defektzustände und Schizophrenie 588.  
 — Natur seelischer Erkrankung 6.  
 Organotypie 606.  
 Originäre Paranoia 66, 67.  
 Osteomalacie 283.
- Pallidum 262.  
 Paragraph 51 639.  
 Parakinese 230, 351.  
 Paralogie 168.  
 Paralyse 20, 21, 22, 59, 66, 120, 131, 183, 564.  
 — Anatomisches 610, 611.  
 — Differentialdiagnose 587, 588.  
 — Schizophrenieartige Bilder bei 131 f.  
 Paranoia 13, 20, 82, 100, 101, 307, 452, 453, 455, 456, 499, 594.  
 Paranoïd 419 f., 452, 594.  
 Paranoïde Alkoholpsychose 479.  
 — Schizophrenie 376, 418 f.  
 Paramimie 310.  
 Paraphrenia confabulatoria 148, 180, 418, 448, 452.  
 Paraphrenie 29, 376, 418, 419, 449, 451, 454, 469, 470, 594.  
 Parathymie 97, 310, 462.  
 PARKINSON-Syndrom 396, 404.  
 Pathoklise 61.  
 Pathologischer Einfall 649.  
 Pathos 235.  
 Pedanterie 572, 573.  
 Periodische Halluzinose 521.  
 — Katatonie 376.  
 — Motilitätspsychosen 486 f., 542.  
 Perseveration 200, 221, 229, 237.  
 Persönlichkeitsspaltung 188.  
 Persönlichkeit und Verlauf 536.  
 Pflugschaft 630, 642, 657.  
 Pfropfschizophrenie 67, 462, 463, 464 f.

- Phanodormdelir 147.  
 Phänomenologie 294.  
 Phänotypus 49, 54.  
 Pharmakologische Experimente 288.  
 Pickische Krankheit 587.  
 Plethysmogramm 266.  
 Polymorphe Degenerationspsychose 524.  
 Potenz der Erbfaktoren 56.  
 Prämorbid Persönlichkeit 88, 89, 90, 91, 98, 99, 100.  
 Präseniler Beeinträchtigungswahn 331, 469 f.  
 Primäre Wahnerlebnisse 357 f.  
 Primäres Wahnbewußtsein 584.  
 Primärsymptom der Schizophrenie 54.  
 Prodrome 296 f., 310 f.  
 Prognose der Schizophrenie 532 f.  
 Progressive Muskeldystrophie 291.  
 Prophylaxe der Schizophrenie 604.  
 Prostitution 649.  
 Prozeßhafte Verstimmung 424, 428.  
 Pseudohalluzinationen 147.  
 Pseudohyperbulie 303.  
 Pseudospontanbewegungen 346.  
 Psychische Auslösung der Schizophrenie 112 f.  
 — Behandlung der Schizophrenie 598 f.  
 — Einwirkungen auf den Schizophrenieverlauf 563.  
 — Heredodegeneration 263, 291.  
 Psychisches Tempo 93, 94.  
 Psychästhetische Proportion 51, 83, 92, 94, 106, 110, 307.  
 Psychoanalyse 115, 303, 304, 305, 309, 318, 320, 420, 461, 564, 582, 599, 600, 601, 710, 711.  
 Psychogen-hysterische Psychosen 518.  
 Psychologische Theorie des Wahnsinns 8 f.  
 Psychomotilität 92, 94.  
 Psychomotorische Apraxie 230.  
 — Bewegungsstörungen 262, 263, 334 f.  
 Psychopathische Persönlichkeit im Erbgang Schizophrenen 42, 87, 90, 96.  
 — Reaktion und beginnende Schizophrenie 592.  
 Psychopathische Symptome als Restsymptome 561.  
 Psychopathologie der Schizophrenie 135 f.  
 Psychoreaktive Schizophrenien 115 f.  
 Psychosen bei Schwachsinnigen 466, 467.  
 Psychotherapie der Schizophrenie 600, 601.  
 Pubertätsmotorik 213, 222, 229, 463.  
 Puerperalpsychose 126, 369, 590.  
 Puerperium 126, 590.  
 Puls 266.  
 Pupillenstarre, katatonische 270, 271.  
 — postencephalitische 271.  
 Pupillensymptome 266, 267, 268, 269, 270.  
 Pupillenunruhe 268.  
 Pyknische Schizophrene 82, 83, 483.  
 Pyknischer Körperbautyp 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79.  
 — — und manisch-depressive Erkrankung 77, 78, 79.  
 Querulantenwahn 67, 453, 455.  
 Rasse und Konstitution 70 f.  
 Rassehygiene 627, 628.  
 Ratlosigkeit 159, 189, 206, 343, 344, 366, 381, 384.  
 Reaktion der Persönlichkeit auf die Psychose 529.  
 Reaktive Schizophrenie 708.  
 Reaktivhyperkinese 351, 356.  
 Recessiver Erbgang 48.  
 Recessivität 52.  
 Recidivierende Katatonie 542.  
 Reduplizierende Paramnesie 188.  
 Reflexbogen 263.  
 Reflexstörungen bei Schizophrenen 272, 273.  
 Reichsversicherungsordnung 616.  
 Reihenuntersuchungen zur Vererbung der Schizophrenie 36 f.  
 Reihung 413.  
 Relikte 399, 400.  
 Rembrandtdeutscher 683 f., 702, 703.  
 Remissionen bei Schizophrenie 491, 519, 532, 534, 535, 558 f.  
 Repudiation 403.  
 Residualwahn 423.  
 Respiratorische Arythmie 266.  
 Restsymptome 558 f.  
 Rigorstarre 262.  
 ROHRSCHACHScher Formdeutungsversuch 83, 84.  
 Romantische Psychologie 6 f.  
 Rückbildungsdepression 471, 474.  
 Salbengesicht 267.  
 Salicylpräparate bei Schizophrenie 597.  
 Sammelsucht 444.  
 Scheinsprache 160.  
 Schicksal und Psychose 114.  
 Schizoid 42, 44, 49 f., 55, 81, 85, 86 f., 98 f., 104 f., 303, 305, 592, 617, 665.  
 — Erbgang des — 51.  
 Schizoide Psychopathen 377, 592.  
 — Reaktionstyp 113, 124, 126.  
 Schizoider Alkoholiker 62, 88.  
 Schizoid-Fürsorge 665.  
 Schizoidepsychose 60.  
 Schizopathie 59, 103.  
 Schizophasie 376, 412.  
 Schizophrene Bildnerie 615, 668 f., 693 f.  
 — Demenz 151, 567 f.  
 — Dichter 684 f.  
 — Färbung epileptischer Dämmerzustände 513.  
 — Geschwisterschaften 37, 87.  
 — Psychopathen 87.  
 — Reaktion 708, 709.  
 — Reaktionsform 58.  
 — Sprache 159 f.  
 — Weltanschauung 195, 210.  
 Schizophrener Stil 166, 167.  
 Schizophrenes Delir 186.  
 — Denken 151 f.  
 — Lächeln 391.  
 Schizophrenie:  
 — Ätiologie der 31 f.  
 — Alkohol und 478 f.  
 — Allgemeine Symptomatologie der 135 f.  
 — Anatomie der 606 f.  
 — Atypische Gestaltung der 456 f.  
 — Beginn der 317 f.  
 — Differentialdiagnose der 579 f.  
 — Einheit der 53.  
 — Endokrine Störungen und 63 f., 562.  
 — Endzustände bei 566 f.  
 — Epilepsie und 510 f.  
 — Erblichkeit bei 34 f.  
 — Erkennung der 579 f.  
 — Geschichte der 1 f.  
 — Geschlecht und 32.  
 — Häufigkeit der 31 f.

- Schizophrenie:  
 — Jahreszeit und 34.  
 — Klinik der 293 f.  
 — Körperliche Auslösung der 123 f.  
 — — Erscheinungen bei 264 f.  
 — — Konstitution bei 69 f.  
 — Kriegserfahrungen bei 114, 115, 120, 121, 128.  
 — Kriminalität bei 614 f., 646 f.  
 — Kunst und 668 f.  
 — Manisch-depressive Erkrankung und 482 f.  
 — Motorik bei 211 f.  
 — Paralyse und 59.  
 — Prodrome der 296 f.  
 — Prognose der 532.  
 — Prophylaxe der 604, 605.  
 — Psychische Auslösung der 112 f.  
 — Psychopathologie der 135f.  
 — Rasse und 33, 38.  
 — Schizoid und 86 f.  
 — Schwachsinn und 67, 464 f.  
 — Soziale Bedeutung der 612 f.  
 — Spezielle Symptomologie der 295 f.  
 — Symptomwahl bei 60.  
 — Theorie der 705 f.  
 — Therapie bei 594 f.  
 — Typische Syndrome 376 f.  
 — Tuberkulose und 62 f., 563.  
 — Verbreitung der 31.  
 — Verlauf der 210, 532 f.  
 Schizophrenien *ohne* Belastung 40.  
 Schizothym 82, 84, 85, 86, 91, 93, 94, 95, 106, 305.  
 Schizothyme Reaktion 113.  
 Schlafanfalle 281.  
 Schleichende Entwicklung 653.  
 Schnauzkrampf 226.  
 Schriftproben Schizophrener 240, 242, 243, 244, 246, 247, 250, 251, 254, 256, 258, 673.  
 Schwachsinn und Schizophrenie 464, 465, 592.  
 Scopolamin 597, 598.  
 Seelische Therapie der Psychosen 9.  
 Sejunktion 22.  
 Sektenwesen 617, 651.  
 Selbstmord bei Schizophrenie 578, 648.  
 Selbstüberschätzung der Hebephrenen 390.  
 Sensible Störungen 276.  
 Sensitiver Beziehungswahn 30, 308.  
 Sexuelle Motive bei paranoiden Psychosen 473.  
 — Verwahrlosung 655, 656.  
 Simulation schizophrener Symptome 593, 618.  
 Sinnesanomalien 318 f.  
 Sinnes-Gehirn-Motilitätsapparat 94.  
 Sinnestäuschungen 16, 137 f.  
 — bei Katatonie 392.  
 Situationsabhängigkeit 565.  
 Somatogramm 76.  
 Sondenfütterung 597.  
 Sonderlinge, hebephrene 379.  
 Soziale Bedeutung der Schizophrenie 612 f.  
 — Gemeinschaft und Schizophrenie 612 f.  
 — Heilung 534.  
 — Stabilisierung 615, 663.  
 Soziales Absinken remittierter Schizophrener 560.  
 — Verhalten der Hebephrenen 384, 656.  
 Sozialpsychiatrie 625 f.  
 Spätmelancholie 591.  
 Spaltung im Längsschnitt 576, 586.  
 Spaltungsfähigkeit 83.  
 Spätkatatonie 474.  
 Spätschizophrenie 60, 61, 452, 501.  
 Sperrung 197, 219, 338, 415, 417, 583.  
 Sprachanomalien der Schizophrenen 167.  
 Sprache der Schizophrenen 412 f.  
 Sprachverwirrtheit 161, 376.  
 Sprachverworrenheit 162, 163.  
 Sprechmanieren 415.  
 Stadium der nicht erkannten Psychose 615, 618, 621, 633, 653, 655, 659, 666.  
 Starrezustände 339.  
 Status lymphaticus 578.  
 Stauungspapille 272.  
 Stellreflex 274.  
 Stellungnahme zur Erkrankung 554 f.  
 Stereotypie 200, 201, 209, 221, 229, 237, 335, 338, 396, 397, 398, 399, 400.  
 Sterilisierung Schizophrener 605.  
 Stimmen 144.  
 Stirnhirnherde 587.  
 Strafgefängenschaft und Schizophrenie 121, 123, 312, 372, 374, 593.  
 Strafgesetz 616, 639.  
 Striatumyndrom 261.  
 Stupor 196, 197, 198, 206, 214, 267, 336, 338, 342, 344, 543, 393, 394, 395, 396.  
 Stupor, Durchbrechung des 396.  
 Substantia nigra 262.  
 Suggestibilität 403, 448.  
 Sukzessive Kombination 504.  
 Symbolsucht 700.  
 Sympathiegefühlsstörung 303 f., 585.  
 Symptomatische Epilepsie bei Schizophrenie 513.  
 — Psychose 128.  
 — Schizophrenie 124, 369, 370, 371, 372, 590, 713.  
 Symptome und Verlauf 541 f.  
 Symptomwahl der Schizophrenie 60.  
 Synästhesie 146, 331.  
 Syntonie 102, 103.  
 Temperament 94.  
 Temperamente 10.  
 Terminalbehaarung 79.  
 Therapie der Schizophrenie 595 f.  
 Theorien der Motorik 261 f.  
 — der Schizophrenie 705 f.  
 Thymopsychie 585.  
 Tobsucht 230.  
 Tod der Schizophrenen 578.  
 Todesstrafe 649.  
 Topotypie 607, 609, 610.  
 Traumatische Epilepsie 513, 514, 515, 516, 517.  
 Traumsprache 160.  
 T-Typ 85.  
 Tuberkulose 62, 63.  
 — und Schizophrenie 286, 563, 578, 624.  
 Typ musculaire 72.  
 Typische Syndrome 376 f.  
 Typischer Fall eines schizophrenen Schubs 332 f.  
 Unberechenbarkeit des Verlaufs der Schizophrenie 652, 665.  
 Unerkannte Schizophrenie 660, 666.  
 Unfallpsychose 441.  
 Unschuldswahn 121, 373, 374.  
 Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker 636, 637.  
 Unverständlichkeit schizophrenen Verhaltens 581, 582.  
 Unzurechnungsfähigkeit 614, 630, 639.  
 Urphänomene 351.  
 Ursachen geistiger Störungen 2.  
 Utilisierung der Schizophrenie 659.

- Vasomotorische Anfälle 280.  
 — Störungen 267.  
 Vasomotorium und Schizophrenie 123.  
 Vegetative Störungen 284.  
 Verbalhalluzinose 322.  
 Verbigeration 21, 165, 167, 200, 412, 414.  
 Verlauf der Schizophrenie 210, 532 f.  
 Verlaufskurven 542 f.  
 Verlaufstypus der Schizophrenie als differentialdiagnostisches Moment 578.  
 Verminderte Zurechnungsfähigkeit 639.  
 Vernichtungstrieb 651.  
 Verödung der Sympathiegefühle 585.  
 Verschobenheit 159, 160, 165, 208, 209, 225, 226.  
 Versicherungshebephrenien 115.  
 Versorgungsgesetz 616.  
 Verständliche Zusammenhänge 114, 294, 310, 311, 356, 581.  
 Verwahrlosungsgefährdung 650, 654, 655.  
 Verwirrtheit 155.  
 Verwirrene Manie 584.  
 Verwirrene Manie, Differentialdiagnose 590.  
 Vesania typica 22.  
 Vestibularstörungen 278.  
 Vettern Schizophrener 39.  
 Vorbeireden 169.  
 Vorstellen 150.  
 Wahn 16, 30, 170 f.  
 — aus prozeßhafter Verstimmung 424.  
 Wahnbildende Involutionspsychose 471.  
 Wahnbildung der Hebephrenen 387.  
 Wahnhafter Einfall 526.  
 Wahnhafte Primärerlebnis 173.  
 Wahnreste bei remittierten Schizophrenen 561.  
 Wahnstimmung 361, 368.  
 Wahnsystem 179.  
 Wahntheorie 174, 175, 176, 177, 178, 179, 423.  
 Wahrnehmen 137 f.  
 Wahrnehmungsanomalien 325.  
 Weltuntergangserlebnis 357, 367, 651.  
 Wesen der Geistesstörung 2 f.  
 Wiedereingliederung in den sozialen Organismus 629.  
 Willenssphäre 196 f.  
 Wilsonsche Krankheit 607.  
 Winkelprofil 78.  
 Wochenbettpsychose 59.  
 Wochenbett und Schizophrenie 126.  
 Wohnungswahl 664.  
 Wortsalat 164.  
 Wurstigkeit 384.  
 Wut 13.  
 Zahl der in der Bevölkerung steckenden Schizophrenien 618, 620.  
 Zeichnungen Schizophrener 674 f., 695 f.  
 Zerfahrenheit 383.  
 Zirkuläre Form der Schizophrenie 376.  
 Zumutbarkeit von Leistungen 634, 635.  
 Zurechnungsfähigkeit 639.  
 Zwangsidee 16.  
 Zwangsneurose 312, 313, 314, 315, 316.  
 — und Schizophrenie 456 f.  
 Zwangsneurotische Prodrome 312, 313, 456 f.  
 Zweiter Knick 575, 576, 588.  
 Zwillingsforschung 45, 58, 61, 82, 115.

**Selbstschilderungen der Verwirrtheit.** Die oneiroide Erlebnisform. Psychopathologisch-klinische Untersuchungen. Von Privatdozent Dr. **W. Mayer-Groß**, Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg. (Bildet Band 42 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) Mit 8 Abbildungen im Text. IV, 296 Seiten. 1924. RM 21.—\*

---

**Psychologie der Schizophrenie.** Von Dr. **Josef Berze**, a. o. Professor für Psychiatrie an der Universität Wien, und Dr. **Hans W. Gruhle**, a. o. Professor für Psychiatrie und Med. Psychologie an der Universität Heidelberg. (Bildet Band 55 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) Mit 11 Abbildungen. III, 168 Seiten. 1929. RM 16.—\*

---

**Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen.** Entwicklungspsychologisch-klinische Untersuchungen zum Schizophrenieproblem. Von Dr. **Alfred Storch**, Assistenzarzt der Nervenklinik Tübingen. (Bildet Band 32 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) IV, 89 Seiten. 1922. RM 3.60\*

---

**Die Paranoia.** Eine monographische Studie. Von Dr. **Hermann Krueger**. (Bildet Band 13 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) Mit einer Textabbildung. IV, 113 Seiten. 1917. RM 6.80\*

---

**Der sensitive Beziehungswahn.** Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Von Dr. **Ernst Kretschmer**, o. Professor für Psychiatrie und Neurologie in Marburg. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. IV, 201 Seiten. 1927. RM 13.50\*

---

**Die Veranlagung zu seelischen Störungen.** Von Dr. **Ferdinand Kehrer**, a. o. Professor für Psychiatrie und Neurologie in Breslau, und Dr. **Ernst Kretschmer**, ord. Professor für Psychiatrie und Neurologie in Marburg. (Bildet Band 40 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) Mit 5 Textabbildungen und 1 Tafel. IV, 206 Seiten. 1924. RM 12.—\*

---

## **Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen:**

I. **Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox.** Herausgegeben von Dr. **Ernst Rüdin**, Oberarzt der Klinik und a. o. Professor für Psychiatrie an der Universität München. Mit 66 Figuren und Tabellen. V, 172 Seiten. 1916. RM 9.—\*

II. **Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen.** Genealogisch-charakterologische Untersuchungen von Dr. **Hermann Hoffmann**, Assistenzarzt der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen. Mit 43 Textabbildungen. VI, 234 Seiten. 1921. RM 18.—\*

III. **Zur Klinik und Vererbung der Huntingtonschen Chorea.** Von Dr. **Josef Lothar Entres**, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Egging. Mit 2 Tafeln, 1 Textabbildung und 18 Stammbäumen. IV, 149 Seiten. 1921. RM 11.—\*

IV. **Schizoid und Schizophrenie im Erbgang.** Beitrag zu den erblichen Beziehungen der Schizophrenie und des Schizoids mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft schizophrener Ehepaare. Von Dr. **Eugen Kahn**, Stellvertretendem Oberarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik München. Mit 31 Abbildungen und 2 Tabellen. IV, 144 Seiten. 1923. RM 7.—\*

Bilden Band 12, 26, 27 u. 36 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie u. Psychiatrie“.

\* Auf alle vor dem 1. Juli 1931 erschienenen Bücher wird ein Notnachlaß von 10% gewährt.

**Körperbau und Geisteskrankheit.** Eine anthropologisch-klinische Untersuchung zur Beleuchtung des psychiatrischen Konstitutionsproblems. Von **Max Schmidt**, 1. Assistenzarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik in Kopenhagen. (Bildet Band 56 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) Mit 56 Abbildungen. VII, 206 Seiten. 1929. RM 22.60\*

---

**Bildnerie der Geisteskranken.** Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Von Dr. phil. et med. **Hans Prinzhorn**, Nervenarzt in Dresden-Weißer Hirsch. Zweite Auflage. Mit 187 zum Teil farbigen Abbildungen im Text und auf 20 Tafeln, vorwiegend aus der Bildersammlung der Psychiatrischen Klinik Heidelberg. VIII, 361 Seiten. 1923. Gebunden RM 40.—\*

---

**Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener.** Katamnestische Untersuchungen nach den Berichten L. Kirn's über ehemalige Insassen der Zentralstrafanstalt Freiburg i. Br. (1879—1886). Von **August Homburger**, Heidelberg. (Bildet Band II der „Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie“ [„Heidelberger Abhandlungen“]). Mit 6 Textfiguren und 12 farbigen Tafeln. VIII, 207 Seiten. 1912. RM 14.—, gebunden RM 16.20\*

---

**Über Massenmörder.** Ein Beitrag zu den persönlichen Verbrechensursachen und zu den Methoden ihrer Erforschung. Von Privatdozent Dr. **Albrecht Wetzel**, Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg. (Bildet Band III der „Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie“ [„Heidelberger Abhandlungen“]). Mit einer Tafel im Text. VI, 121 Seiten. 1920. RM 8.—\*

---

**Der Meskalinrausch**, seine Geschichte und Erscheinungsweise. Von Privatdozent Dr. med. **Kurt Beringer**, Assistent an der Psychiatrischen Klinik Heidelberg. (Bildet Band 49 der „Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie“.) V, 315 Seiten. 1927. RM 18.—\*

---

**Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit** als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Dreißig Vorlesungen über die sogenannten geistig Minderwertigen im geltenden und künftigen Recht, im Strafvollzuge und in der Irrenanstalt. Von Professor Dr. **Karl Wilmanns**, Direktor der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg. Mit 10 Abbildungen. X, 422 Seiten. 1927. RM 18.60\*

---

**Psychiatrie für Ärzte.** Von Dr. **Hans W. Gruhle**, a. o. Professor der Universität Heidelberg. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. (Bildet Band 3 der Sammlung „Fachbücher für Ärzte“, herausgegeben von der Schriftleitung der „Klinischen Wochenschrift“.) Mit 23 Textabbildungen. VI, 304 Seiten. 1922. Gebunden RM 7.—\*

---

**Der Nervenarzt.** Monatsschrift für alle Gebiete nervenärztlicher Tätigkeit mit besonderer Berücksichtigung der psychosomatischen Beziehungen. Herausgegeben von **K. Beringer**, **K. Hansen**, **W. Mayer-Gross**, **E. Straus**. Beiräte: G. v. Bergmann, L. Binswanger, K. Bonhoeffer, K. Goldstein, O. Marburg, V. v. Weizsäcker. Die Zeitschrift erscheint Mitte jeden Monats. Einzelheft RM 5.—. Vierteljährlich RM 12.— zuzüglich Porto.

Für Bezieher des „Zentralblattes für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“ ermäßigt sich der Bezugspreis um 10%.

\* Auf alle vor dem 1. Juli 1931 erschienenen Bücher wird ein Notnachlaß von 10% gewährt.