

Aus der Nervenlinik der Stadt und Universität Frankfurt a. M.
Direktor: Professor Dr. Kleist

Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen.

II. Teil:

Die Erbllichkeit der eigentlichen Katatonie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Johann Wolfgang Goethe-Universität
zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

HANS SCHWAB

aus Bad Nauheim

April 1938

Sonderdruck aus der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“
163. Band, 4. Heft.

Umschlag gedruckt bei Albrecht Beck, Frankfurt a. M. - Süd, Schweizerstr. 50

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Johann Wolfgang Goethe - Universität
zu Frankfurt am Main

Referent: Professor Dr. Kleist
Korreferent: Professor Dr. de Rudder
Dekan: Professor Dr. Schmieden

ISBN 978-3-662-31421-0

ISBN 978-3-662-31628-3 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-31628-3

(Aus der Nervenklinik der Stadt und Universität Frankfurt a. M.
[Direktor: Professor Dr. Kleist].)

Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen.

II. Teil.

Die Erbllichkeit der eigentlichen Katatonie.

Von

Hans Schwab.

(Eingegangen am 30. Juni 1938.)

1. Einleitung.

In einem I. Teil der an der Frankfurter Nervenklinik angestellten katamnestischen Untersuchungen von Kranken, die in den Jahren 1921—1925 als *Katatonie* — im Sinne einer Sonderform schizophrener Erkrankungen — diagnostiziert worden sind, haben *Kleist* und *Driest* diejenigen Kranken dargestellt, die nach einer durchschnittlich 5½ monatigen Dauer restlos *geheilt* und längstens 15 Jahre, wenigstens aber 5 Jahre rückfallfrei geblieben waren und die nach Überprüfung der ehemals geführten Krankengeschichten und in Rücksicht auf die Erbllichkeit wahrscheinlich keine Katatonie, sondern äußerlich ähnliche Krankheiten durchgemacht hatten, nämlich teils Degenerationspsychosen (bei Neuropathen oder Schwachsinnigen), teils symptomatische Psychosen, beide mit vorwiegenden Motilitätssyndromen. Solche nur „scheinbaren“ *Katatonien* waren in 35 unter 146 verwertbaren — d. h. länger als 5 Jahre verfolgten — Fällen, bzw. in 23,9% angenommen worden. 7 weitere Fälle mußten *fraglich* bleiben, da diese Personen trotz günstigen Verlaufes der Erkrankungen bei der katamnestischen Nachuntersuchung gewisse, wenn auch unbedeutende Auffälligkeiten boten, die sowohl als Reste einer katatonen Erkrankung, wie als Zeichen einer psychopathischen Anlage gedeutet werden konnten.

Die Aufgabe der weiteren Untersuchungen ist nun, die *ungeheilten* mit mehr oder weniger schweren Mängeln behafteten „*eigentlichen*“ *Katatoniker* zu beschreiben und zu prüfen, ob sich an ihrem Verlauf und Ausgang die Katatonie wirklich als eine von anderen Formen abgegrenzte Sonderart endogener (schizophrener) Verblödung darstellt, wie es *Kleist* aus seinen Beobachtungen an Endzuständen erschlossen hat. Bei dem unerwarteten Umfang und der Vielseitigkeit der sich ergebenden Fragen erschien es aber zweckmäßig, die klinische Beschreibung unserer eigentlichen *Katatoniker* von der ihrer Erbllichkeit zu trennen und die von mir übernommenen *erbpathologischen Nachforschungen* vorab darzustellen.

Von den 104 Ungeheilten mußten für Erbfragen 19 Fälle ausscheiden, weil über deren Erblichkeit nichts ermittelt werden konnte, sei es, daß die betreffenden Probanden keine lebenden Angehörigen mehr haben oder aber alle Verwandten im Auslande leben (Juden!) oder aus anderen Gründen. Über die Familien der somit übriggebliebenen 85 Fälle habe ich genaue Erkundigungen angestellt. Soweit Angehörige in der Nähe wohnten, habe ich sie selbst aufgesucht, andernfalls Auskünfte von Gesundheitsämtern, Bürgermeisterien, Pfarrämtern und anderen Behörden eingeholt. Von allen Kranken liegen die Krankengeschichten vor, von den Gestorbenen bis zum Tode, von den Lebenden noch in Anstalten befindlichen bis zum heutigen Tage. Dazu kommen die Nachuntersuchungen *Driests* an den in Anstalten überführten und den zu Hause befindlichen Ungeheilten. Im Herbst 1937 wurden die noch Lebenden und irgendwie erreichbaren Ungeheilten nochmals unter der Frage „typische oder atypische Katatonie“ im Sinne *Leonhards* von diesem selbst nachuntersucht. Ferner wurden die Krankengeschichten von fast allen einmal erkrankten Verwandten eingeholt, soweit dieselben überhaupt in einer Klinik oder Anstalt waren. Allerdings sind die Krankheitsverläufe und Endzustände bei diesen Verwandten nicht immer klar zu überblicken, da hierzu wieder genaue katamnestische Nachuntersuchungen aller dieser Verwandten nötig gewesen wären.

2. Die Probanden.

Die Psychosen der Probanden, ihre Zustandsbilder, Verlaufsweisen und Untergruppen werden in einem später folgenden klinischen III. Teil der Arbeit ausführlich beschrieben werden. Hier sollen zunächst nur für erbbiologische Betrachtungen wichtige Daten gebracht werden. *Tabelle 1* zeigt die Aufteilung der 85 Probanden in noch *lebende* und bereits *gestorbene*, von den lebenden, wieviele sich in Anstalten befinden und

Tabelle 1.

		♂	♀	Zu- sammen	%
Lebende	{ Noch in Anstalten	21	18	39	45,9
	{ Defekt zu Hause	3	9	12	14,1
Gestorbene	{ 5—10 Jahre nach Krankheitsbeginn	4	17	21	24,7
	{ Nach 10 und mehr Jahren	7	6	13	15,3
		35	50	85	100

wieviele in ihrer Familie leben, von den gestorbenen, wieviele 5—10 Jahre nach Krankheitsbeginn und wieviele nach mehr als 10 Jahren gestorben sind. Von den Gestorbenen starb nur eine Probandin zu Hause, ein Proband endete durch Selbstmord 4 Wochen nach seiner Entlassung aus der Anstalt, alle anderen starben in Anstalten. Weiterhin zeigt die Tabelle die Verteilung der *Geschlechter*. Es sind 35 Männer (41%) und

50 Frauen (59%). Schulz fand unter den 127 Katatonen seines Materials das annähernd umgekehrte Verhältnis, nämlich 52% Männer und 48% Frauen.

Bezüglich der gesamten 104 Fälle, also der 85 Probanden der vorliegenden Arbeit zuzüglich derjenigen 19 Kranken, über deren Erbllichkeit nichts Genaueres ermittelt werden konnte (8 Männer und 11 Frauen), und die deshalb in dieser Arbeit unberücksichtigt blieben, ergibt sich genau das gleiche prozentuale Verhältnis zwischen Männern und Frauen, nämlich 43:61 = 41%:59%. Auch das Verhältnis der noch Lebenden zu den Verstorbenen ist ein ähnliches, 58%:42%.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Erkrankungsalter der Probanden. Sie zeigt, daß der Gipfelpunkt bei 21—25 Jahren

Tabelle 2.

Erkrankungsalter								Durchschnitts- erkrankungs- alter	Bezugs- ziffer
unter 16	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	über 45		
— (1,5)	24,7 (22,8)	31,8 (36,2)	22,4 (18,8)	10,9 (11,8)	9,4 (6,3)	1,2 (2,3)	— (—)	25,3 (25,3)	85 (127)

liegt und das Durchschnittserkrankungsalter 25,3 Jahre beträgt. Die Zahlen stimmen mit den von Schulz für Katatonie errechneten überein, die zum Vergleich in Klammern daruntergesetzt sind. Für alle 104 Fälle ergibt sich ein Durchschnittserkrankungsalter von 25,8 Jahren.

Angebliche Ursachen. Schulz hat seine Fälle eingehend auf angebliche Ursachen, psychische wie körperliche Traumen, untersucht und ist unter anderem zu dem Ergebnis gekommen, daß gerade bei den Fällen seiner Katatoniegruppe auffällig häufig körperliche Traumen als Ursache angegeben wurden (25,2%). In 1,6% seiner Katatoniefälle fand er psychische

Tabelle 3. Angebliche Ursachen.

	♂	♀	Zusammen	%
Angaben über angebliche Ursachen fehlen	28	29	57	67,1
Angewöhnliche körperliche Ursachen	1 fieberhafte „Kopfgrippe“	1 Kopfschuß 2 Wochenbetten 1 Peritonillarabsceß 1 Zahnextraktion 1 Hundebiß	7	8,2
Angewöhnliche psychische Ursachen	2 Gefängnisstrafen 2 Kündigungen 1 Geldverlust beim Spiel 1 Kriegserlebnisse	11 Liebeserlebnisse 1 religiöses Erlebnis 3 seelische Erregungen durch Streit mit Hausbewohnern, schlechte Behandlung durch die Herrschaft	21	24,7

Traumen als wahrscheinliche Ursache. Wir konnten bei unserem Material die in Tabelle 3 angeführten Ereignisse feststellen, die vielleicht als Ursachen oder als auslösende Momente für den Ausbruch der Krankheit angesehen werden konnten, wobei wir die Fälle mit sehr unwahrscheinlicher Ursache, wozu *Schulz* z. B. Sturz auf den Kopf in der Kindheit, mehrere Jahre zurückliegende Infektionskrankheiten, Aufenthalt in fremdsprachigem Ausland usw. zählte, nicht berücksichtigten.

Wir finden also im Gegensatz zu *Schulz* nur 8,2% körperliche, dagegen 24,7% psychische Ursachen, was der Auffassung von *Kretschmer* entsprechen würde, daß für den Ausbruch schizophrener Erkrankungen körperliche Umstände eine unwesentliche Rolle spielen, eher dagegen seelische, insbesondere religiöse und Liebeserlebnisse („Verlobungskatatonien“). Die genauere Betrachtung unserer Fälle zeigt jedoch, daß auch diese Ereignisse kaum in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Ausbruch der Krankheit gebracht werden können, vielmehr zum Teil bereits den Ausdruck einer seelischen Veränderung darstellen. Genaueres hierüber wird aus dem späteren klinischen Teil zu ersehen sein. Betont sei jedoch schon hier, daß die wenigen Fälle, in denen körperliche Ursachen für den Ausbruch der Psychose angeschuldigt werden könnten, schon von vornherein keinen „symptomatischen“ Charakter hatten. Von den 19 Fällen mit unbekannter Erbllichkeit haben 14 keine äußere Ursache, 2 körperliche und 3 psychische Ursachen aufzuweisen.

Die präpsychotischen Persönlichkeiten. *Schulz* fand, daß die Fälle seiner Katatoniegruppe gegenüber den Hebephrenen, Paranoiden usw. besonders häufig als präpsychotisch unauffällig geschildert wurden. Er errechnete 19,7% Unauffällige, 46,5% Fragliche und 33,9% Auffällige. Wir fanden 29,4% Unauffällige, 7,1% Fragliche und 63,5% Auffällige, also zunächst wesentlich andere Zahlen. *Schulz* hat dann die „fraglichen“ Fälle mit fehlenden und uncharakteristischen Angaben ausgelassen und nochmals Prozentziffern errechnet, wobei er dann zu 63,2% Auffälligen und 36,7% Unauffälligen kam. Gehen wir in derselben Weise vor, so finden wir 68,4% Auffällige, und 31,6% Unauffällige, also ein sehr ähnliches Verhältnis. Als Unauffällige haben wir dabei diejenigen bezeichnet, die — trotzdem über ihre frühere Persönlichkeit genügend Angaben vorlagen — nicht als deutlich psychopathisch bezeichnet werden können. Es muß aber erwähnt werden, daß sich unter ihnen eine Anzahl mehr oder weniger schwach Begabter befindet.

Die Auffälligen (54) stellen sich sämtlich als schizoide Psychopathen, zum mindesten als ausgesprochen schizothyme Persönlichkeiten dar. Da sie später alle an einer Sonderform der Schizophrenie, nämlich einer Katatonie, erkrankten, lag der Gedanke nahe, auch ihre präpsychotische Persönlichkeit könnte innerhalb des Schizoiden eine besondere gemeinsame Prägung zeigen, wie schon *A. Schneider* in früheren Untersuchungen an unserer Klinik, zum Teil an den gleichen Fällen, ausgeführt hat. Um

dies möglichst unabhängig von subjektiven Gesichtspunkten zu prüfen, sind wir in der Weise vorgegangen, daß wir die Eigenschaften und Wesenszüge eines jeden Probanden, so wie sie in dessen Krankengeschichte nach den anamnesticen Angaben der Angehörigen oder Bekannten früher vermerkt worden waren, wörtlich auszogen und dann die so gefundenen Persönlichkeitsbilder miteinander verglichen. Hierbei ergab sich ganz von selbst eine Einteilung in 4 *Gruppen*, in die sich alle Persönlichkeitstypen zwanglos einreihen ließen, wenn sie natürlich untereinander auch sehr viel Gemeinsames haben. Ohne feinere charakterologische Unterscheidungen treffen zu wollen, wollen wir unsere Gruppen ganz unverbindlich benennen und sie mit den Stichworten der Krankengeschichten charakterisieren.

1. *Die Empfindsam-Ungeselligen*. Ernst, still, folgsam, fleißig, strebsam, tüchtig, zuverlässig und gewissenhaft im Beruf. — Scheu, schüchtern, gern für sich, zurückgezogen, ungesellig, ohne Freunde. — Empfindsam, sensitiv, feinfühlig, idealistisch, verträumt, grüblerisch. — Von einzelnen heißt es: Naturschwärmer, besuchte Vorträge über Menschenerkenntnis, erdichtete oft Märchen, wollte Offizier, dann Missionar werden, Einsiedlernatur, Vorliebe für phantastische und abenteuerliche Bücher, suchte Anschluß an die Menschen, konnte ihn aber nicht finden, seine seelischen Bedürfnisse wurden nicht befriedigt.

2. *Die Erregbar-Unklaren*. Nervös, leicht aufgeregt, ruhelos, zappelig, heftig, aufbrausend, jähzornig, reizbar, unbeherrscht, streitsüchtig, launisch, eigenwillig, dickköpfig, unfolgsam. Mehrfach werden von ihnen hysterische Züge und Ohnmachten angegeben.

3. *Die Gemütskalt-Herrischen*. Eingebildet, stolz, hochmütig, herrisch, tyrannisch, mürrisch, wenig liebenswürdig, gefühllos, mißtrauisch, eifersüchtig.

4. *Die Stumpfen (Charakterschwachen)*. Oberflächlich, leichtsinnig, Weglaufen, Herumtreiben, häufiger Stellungswechsel. Unter den Männern sind es Bettler und Landstreicher, bestraft wegen Diebstahls, Betrugs, Urkundenfälschung, Bettelns, Körperverletzung, Sittlichkeitsdelikten, unter den Frauen dirnenhafte Naturen mit unehelichen Kindern, bestraft wegen Unzucht, Erregung öffentlichen Ärgernisses usw.

Das Verhältnis der einzelnen Gruppen zueinander ist: 27:13:7:7 oder 50%:24,2%:12,9%:12,9%. *Adolf Schneider* stellte entsprechend der *Kleistschen* Einteilung der Schizophrenien in Katatonien, Hebephrenien, Schizophrenien im engeren Sinne und paranoide Formen, innerhalb der Schizoiden die 4 Gruppen der Autisten oder *Ungeselligen*, der Heboiden oder *Gemütsfalschen*, der Schizoiden im engeren Sinne oder *Unklaren* und der Paranoiden oder *Verbohrten* heraus. Dieser Einteilung ähneln unsere Feststellungen, indem die Empfindsam-Ungeselligen den Autisten, die Erregbar-Unklaren den Schizoiden im engeren Sinne, die

Gemütskalt-Herrischen den Paranoiden oder Verbohrten und die Stumpfen den Heboiden entsprechen.

Vergleichen wir unsere Gruppe mit den schizoiden Temperamenten *Kretschmers*, so scheint es uns, als ob die beiden ersten Gruppen den hyperästhetischen Autisten mit ihrer seelischen Überempfindlichkeit entsprächen, während die beiden letzten mit ihrer Affektarmut und seelischen Unempfindlichkeit den anästhetischen Pol bildeten, wobei, um mit *Kretschmer* zu sprechen, hyper- und anästhetische Elemente meist in verschiedenen Proportionen gemischt sind. Mit den von *Hoffmann* herausgestellten Gruppen der schizoiden Psychopathen stimmen unsere Gruppen weitgehend überein. Auch er unterschied Überempfindliche, Reizbare, Gemütskalte und Gemütsstumpfe. „Gemütsruhige“, die *Hoffmann* noch besonders nennt, und zu denen er ruhige, phlegmatische Menschen, trockene, nüchterne, passive, humorlose Naturen ohne rechte Initiative, unpraktische, unerfahrene, verschlossene und menschen-scheue Sonderlinge rechnet, konnten wir nicht besonders abgrenzen. Zum Teil werden wir sie den Empfindsamen zugeordnet haben, zum Teil aber werden sie sich auch unter den „Unauffälligen“ verbergen.

Wenn die präpsychotischen Persönlichkeiten unserer Katatonen, soweit sie überhaupt als schizoide zu bezeichnen sind, nicht alle weitgehend übereinstimmen, sondern sich in 4 immerhin gut unterscheidbare Gruppen aufteilen lassen, so entspricht dies auch der Beobachtung von *Mauz*, der in seiner katatonen Zerfallsgruppe ein nicht so scharf umgrenztes präorbides Persönlichkeitsbild fand wie in seiner eigentlich schizokaren Zerfallsgruppe. *Mauz* fand unter den Katatonen besonders eine „Einseitigkeit und Starrheit, mangelnde Vielseitigkeit, fehlende Weite und Konziliantheit des Wesens“ und eine „innere Reizbarkeit“. Es ist bei unseren Fällen dennoch deutlich zu ersehen, daß unter den schizoiden Persönlichkeiten der Katatonen die „Empfindsam-Ungeselligen“ überwiegen, sie stehen mit allein 50% den anderen 3 Gruppen gegenüber.

Da nach *Kretschmer* die psychästhetische Proportion der Schizoiden im Laufe des Lebens sich verschiebt, indem sich das Verhältnis zwischen den hyperästhetischen und den anästhetischen Temperamentsanteilen schubweise in der Richtung nach dem anästhetischen Pol hin verändert, ohne wieder zum Ausgangspunkt zurückzukehren, war daran zu denken, das zahlenmäßige Überwiegen der hyperästhetischen Persönlichkeiten unter unseren Katatonen könnte seine Erklärung in deren frühem Erkrankungsalter finden. In dem Sinne, daß vielleicht die Schizoiden je jünger um so mehr hyperästhetisch und je älter um so mehr anästhetisch seien, oder anders ausgedrückt, daß uns der in jungen Jahren erkrankte Katatone häufiger als empfindsam-feinfühligler Mensch geschildert würde, der erst im vorgerückten Alter erkrankte dagegen als bereits affektiv verarmt und abgestumpft.

Wir haben deshalb das Durchschnitts-Erkrankungsalter jeder einzelnen Gruppe bestimmt und die Zahlen 23,9 — 27,9 — 23,0 — 27,5 gefunden. Die beiden mehr hyperästhetischen und die beiden mehr anästhetischen Gruppen jeweils zusammengefaßt ergaben die Zahlen 25,25 und 25,28, so daß wir schließen müssen, daß das Erkrankungsalter für Katatonie unabhängig ist von der Art der präpsychotischen Schizoidie. Daß es überhaupt unabhängig ist davon, ob der Kranke vorher auffällig oder unauffällig war, zeigt der Vergleich dieser beiden Gruppen. Wir errechneten ein Erkrankungsalter von 25,4 Jahren für die vorher unauffälligen und von 25,3 Jahren für die vorher auffälligen. Nehmen wir zu unseren 85 Probanden die 19 Fälle mit unbekannter Erblichkeit hinzu, so ändert sich das entworfenene Bild nicht. Es sind von diesen: unauffällig 5, fraglich 2 und auffällig 12. Innerhalb der gesamten 104 Fälle bleibt also das Verhältnis der Auffälligen zu den Unauffälligen 68,7% : 31,3%.

Schulleistungen. Schulz fand gute Schulleistungen am häufigsten bei den Fällen seiner Katatoniegruppe. Unter Auslassung derjenigen Fälle, bei denen keine oder nur uncharakteristische Angaben über die Schulleistungen vorliegen, berechnete er: gute Leistungen bei 80,5%, mangelhafte bei 13,9% und schlechte bei 5,6% (bei einer Bezugsziffer von 72). Unser Material zeigt ein anderes Bild. Wir besitzen zwar keine Schulzeugnisse unserer Probanden, aber es fiel uns von vornherein auf, wie häufig in der Anamnese vermerkt war „schlecht gelernt, in der Schule nicht mitgekommen, sitzengeblieben“ usw., wobei wir noch bemerken wollen, daß, wenn überhaupt noch etwas Genaueres angegeben wurde, stets das Rechnen besonders schwergefallen sei. Wenn wir diejenigen Fälle, bei denen besondere Angaben fehlen, außer acht lassen, so finden wir folgendes (Tabelle 4, Bezugsziffer 70):

Tabelle 4. Schulleistungen.

Schulleistungen	♂	♀	Zusammen	%
Gut	10	23	33	47,1
Mangelhaft . .	8	10	18	25,7
Schlecht . . .	9	10	19	27,1

Während also bei den Fällen von Schulz nur $\frac{1}{5}$ mäßige oder schlechte Schulleistungen aufwies, ist es in unserem Material

mehr als die Hälfte! Schulz selbst äußerte das Bedenken, daß bei einem Dienstmädchen, das die Dorfschule besuchte, eher die Angabe gemacht werde „in der Schule gut“ als bei einem Gymnasiasten mit tatsächlich höherer Intelligenz. Schulz hat nun allerdings in seinem Material besonders viele Landwirte, die bei uns fast ganz fehlen. Dies kann aber die verschiedenen Befunde nicht erklären, denn den Landwirtstöchtern im Material von Schulz entsprechen die Dienstmädchen in unserem, die wohl keine bessere Schulbildung erfahren dürften als jene, zumal sie zum Teil ebenfalls nur eine Dorfschule besuchten. Von den 19 Fällen mit unbekannter Erblichkeit lernten 8 gut, 4 mäßig und 4 schlecht, von 3 ist nichts Näheres bekannt. Die Ziffern der Tabelle 4

ändern sich dadurch fast nicht: gut 41 (47,7%), mangelhaft 22 (25,6%), schlecht 23 (26,7%).

Die Berufe. Tabelle 5 zeigt einen Überblick über die Berufe unserer Probanden, wobei wir, wie allgemein üblich, die Ehefrauen unter dem Beruf des Mannes und die berufslosen Töchter unter dem Beruf des Vaters geführt haben. Die Tabelle zeigt deutlich, daß sich unsere Fälle ganz

Tabelle 5. Überblick über die Berufe.

Beamte						Kaufleute und Fabrikanten				Handwerker und Gewerbetreibende				Arbeiter und Dienstleute		Landwirte				Akademiker		Sonstige	
höhere		mittlere		untere		selbstständig		angestellt		selbstständig		angestellt				selbstständig		angestellt					
♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
—	1	—	3	—	2	—	8	7	7	1	5	13	5	10	18	2	—	—	—	2	1	—	—
1,2%		3,5%		2,4%		9,4%		16,5%		7,0%		21,2%		32,9%		2,4%		—		3,5%		—	

vorwiegend aus *Arbeitern, Dienstmädchen und angestellten Handwerkern und Gewerbetreibenden* rekrutieren. Bei den Männern folgen dann in weitem Abstand die kaufmännischen Angestellten, 2 Studenten, 2 Landwirtschaftssöhne und nur ein selbständiger Handwerker. Selbständige Kaufleute und Beamte finden sich überhaupt nicht in unserem Material. Bei den Frauen ist zu bedenken, daß viele von denen, die später selbständige Kaufleute und Handwerker oder Beamte heirateten, früher selbst Angestellte oder Dienstmädchen waren, so daß deren Zahl in Wirklichkeit noch höher liegt.

Nach *Mauz* finden sich die Katatonen in allen Bildungsschichten. *Schulz* fand unter seinen Katatonen auffällig viele Landwirte und z. B. unter den Hebephrenen ein starkes Überwiegen der Akademiker und höheren Beamten. Daß wir bezüglich der Landwirte zu einem anderen Ergebnis gekommen sind wie *Schulz*, liegt an der Verschiedenheit der Münchner und der Frankfurter Bevölkerung überhaupt, auch hat *Schulz* 12 Landwirtschaftstöchter angeführt, die in unserem Material ganz fehlen und dafür zum Teil unter den Dienstmädchen wieder auftauchen, von denen tatsächlich die Hälfte aus bäuerlichen Familien stammt. Die 19 Fälle mit fraglicher Erblichkeit entsprechen bezüglich ihrer Verteilung auf die verschiedenen Berufe etwa dem Verhältnis innerhalb der 85 Probanden. Von ihnen sind: 5 Arbeiter und Dienstboten, 4 angestellte und 1 selbständiger Handwerker, 3 angestellte und 2 selbständige Kaufleute, 1 mittlerer Beamter und 3 Akademiker.

Körperbau. Für die Beurteilung des Körperbaues unserer Probanden stehen uns keine genauen Angaben oder gar Maße zur Verfügung. Trotzdem ließ sich auf Grund der Eintragungen anlässlich späterer Nachunter-

suchungen sowie an Hand der den Krankengeschichten beiliegenden Lichtbilder ein ungefähres Bild gewinnen. Extrem asthenische Formen fanden sich nicht, pyknische nur 2, dysplastische 14, kräftig-leptosom 28 und athletische 36. In 5 Fällen ist über den Körperbautyp nichts bekannt. Es zeigt sich also deutlich die von *Mauz* gemachte Beobachtung, daß die *kräftig-leptosomen* und die *athletischen* Körperformen unter den Katatonen stark überwiegen, mit zusammen 64 Fällen machen sie 75,2% unseres Materials aus. Dieses Verhältnis bleibt auch bestehen bei Einbeziehung der 19 Fälle mit unbekannter Erblichkeit, unter denen sich 1 pyknische, 5 dysplastische, 6 kräftig-leptosom und 7 athletische Formen finden.

Die Todesursachen. Die Todesursachen unserer 34 gestorbenen Probanden sind aus Tabelle 6 ersichtlich. Es fällt die hohe Zahl der Frauen auf. Selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, daß 59% unserer Fälle Frauen sind, bleibt die Zahl 23 (67,6%) gegenüber 11 (32,3%) Männern auffällig und deutet wohl auf eine geringere

Widerstandsfähigkeit der Frauen Infekten gegenüber hin. Außerdem zeigt sich schon bei diesen kleinen Zahlen die bekannte Tatsache der

hohen Tuberkulosesterblichkeit (38%), die nach *Schulz* bei den Katatonen höher sein soll als bei anderen schizophrenen Krankheitsformen.

Von den 19 Kranken mit unbekannter Erblichkeit sind 10 (5 ♂ und 5 ♀) gestorben, 3 an Tuberkulose, 2 an Pneumonie, 3 an Erschöpfung, 1 an Myodegeneratio cordis und 1 an Hirnblutung. Im ganzen starben also von 44 Kranken 16 an Tuberkulose, d. h. 36,4%.

3. Die Geschwister der Probanden.

Die 85 Probanden haben 354 Geschwister. Von den Probanden sind selbst 2 Geschwister (Kne.), 2 weitere Probanden sind insofern miteinander blutsverwandt, als die eine eine Mutterschwester der anderen ist (Stein-Ros.). Die Stiefgeschwister wurden unberücksichtigt gelassen. Die Bezugsziffer, die nach dem abgekürzten Verfahren *Weinbergs* in der Weise gebildet wurde, daß die Probandengeschwister, die bei Ausscheiden aus der Beobachtung zwischen 16 und 40 Jahre alt waren, halb, die nach dem 40. Jahre ausgeschiedenen voll und die unter dem 16. Jahre ausgeschiedenen gar nicht gezählt wurden, beträgt 207. Die durchschnittliche Geschwisterzahl ist 5,2.

Tabelle 6. Todesursachen.

	♂		♀
Tuberkulose . . .	3	Tuberkulose	10
Pneumonie . . .	1	Pneumonie	5
Sepsis	1	Grippe	3
Magencarcinom .	1	Sepsis	1
Ileus	1	Eitrige Gallenblasen-	
Herzschwäche . .	1	entzündung	1
Erschöpfung . .	1	Herzschwäche	2
Suicid	1	Hirnblutung	1
Unbekannt . . .	1		
	11		23

Die Geschwisterpsychosen. 20 Probandengeschwister waren oder sind psychotisch. Unter vorläufiger Beibehaltung der ursprünglich gestellten Diagnosen handelt es sich um:

- 14 Schizophrenien,
 - 1 reaktive religiöse Erregung,
 - 1 psychotische Reaktion auf Konflikt bei einer Psychopathin,
 - 1 atypisches zirkuläres Irresein,
 - 1 periodische hypochondrische Melancholie,
 - 1 „Blödsinn“,
 - 1 unbekannte Psychose, die mit Selbstmord endete.

Diese Diagnosen bedurften selbstverständlich einer kritischen Nachprüfung. Sodann ist für uns von besonderem Interesse die Frage, um welche *Sonderformen* es sich bei den Schizophrenien der Geschwister handelt, und ob sich eine besondere *Häufung* gerade von *Katatonien* nachweisen läßt, oder aber ob sich die verschiedenen Sonderformen beliebig untereinander vertreten. Und weiterhin, ob die nichtschizophrenen Psychosen in ihrem klinischen Bild und ihrem Verlauf irgend eine Verwandtschaft mit den Schizophrenien erkennen lassen oder gar denselben doch zugerechnet werden müssen. Schließlich auch, ob in den Fällen, in denen 2 oder mehrere Geschwister an der gleichen schizophrenen Sonderform erkrankten, diese Psychosen sich in der Art des Beginns, der Symptomatologie, des Verlaufs und des Ausgangs weitgehend ähneln oder aber hier erhebliche Unterschiede bestehen. Diese Fragen können nicht ohne eine etwas genauere Schilderung der einzelnen Psychosen beantwortet werden. Die 20 Geschwisterpsychosen verteilen sich auf 14 Probanden. Da 2 Probanden Geschwister sind, handelt es sich um 13 Geschwisterreihen mit 13 Probanden und 18 psychotischen Geschwistern. Es sei im voraus bemerkt, daß von den 12 Geschwister-Schizophrenien die Hälfte von vornherein als Katatonie diagnostiziert wurde.

Wenn wir nun im folgenden die einzelnen Psychosen beschreiben, so ist dabei folgendes zu bedenken: Nicht alle Kranken standen in unserer eigenen Beobachtung, viele Geschwister wurden in anderen Kliniken oder Anstalten behandelt oder untergebracht. Es ergibt sich daraus eine oft sehr wesentliche Verschiedenheit in der Führung der Krankengeschichten. Die Befunde wurden an verschiedenen Orten, zu verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Untersuchern geschrieben, und es versteht sich, daß diese je nach ihrer besonderen Neigung bald diese, bald jene Krankheitserscheinungen mehr beachteten. Es ist unschwer zu erkennen, daß manche von ihnen das Hauptgewicht auf die wahnhaften Inhalte und halluzinatorischen Erlebnisse legten und das motorische Verhalten weniger beachteten oder es jedenfalls nicht beschrieben. In anderen Fällen ist es umgekehrt. Es ist klar, daß hierdurch die vergleichende Betrachtung der Geschwisterpsychosen sehr erschwert wird. Weiterhin möchten wir bemerken, daß wir uns bei den folgenden Auszügen eng an den Wortlaut

der betreffenden Krankengeschichten gehalten haben, um so ein möglichst objektives Bild zu geben.

Geschwister Kne. (vgl. Erbtafel 1). Proband Bernhard Kne., geb. 1899. In der Schule mäßig gelernt, schwer begriffen. Brav, folgsam. Als Zahntechniker tüchtig. Von jeher leicht aufgeregt, Anlage zur Schwermut, öfters Lebensüberdruß geäußert, litt unter den unglücklichen Familienverhältnissen. Körperbau leptosom. Krankheitsausbruch mit 19 Jahren (1918). Ohne äußere Ursache plötzliche Erregung, spielte mit beiden Fäusten Klavier, ging zum Fenster hinaus, streifte 2 Tage umher, äußerte später, er habe die Welt untergehen sehen und Gestalten erblickt. Betete, sang, schrie „Weiche Satan!“ Verkannte die Mutter, lag ganz starr mit gefalteten Händen im Bett. Deshalb ins Hospital zu St. Dort erregt, unzugänglich, grimassiert, nimmt katatone Haltungen ein, muß gepackt und zeitweise mit der Sonde gefüttert werden. Diagnose: *Katatonie*. Nach 3 Wochen in die Anstalt W. verlegt. Dort ängstlich-ratlos, widerstrebend, Annäherungsfurcht. Dann erregt, verwirrt, schreit, singt, weint, klammert sich an anderen fest, gestikuliert. Schwer fixierbar, spricht unzusammenhängend, grimassiert, macht verkehrte, ganz sinnlose Bewegungen, zerreißt Wäsche, ist unrein mit Kot und Urin, verweigert die Nahrung. Zeitweise ganz mutistisch. Gelegentlich ruhiger, geordneter. Wechselndes Verhalten. Nach einem Jahr gebessert nach Hause entlassen. Nahm verschiedene Stellungen als Hausbursche und Fabrikarbeiter an, wechselte aber oft. Glaubte sich verfolgt, hörte Stimmen. 4 Jahre später (Mai 1923) wieder deutlich verändert, zerfahren, irte herum, betete viel, behauptete, er sei ein Fürst, ein großer, besonderer Mensch. Fühlte sich überall verfolgt. Leerte im Gasthaus den Inhalt seiner Taschen auf den Tisch, ging in ein Fahrradgeschäft, ließ sich ein Rad geben, um es auszuprobieren, fuhr damit davon. Deshalb von der Polizei festgenommen und der Klinik zugeführt. Hier wiederholte schwere Erregungszustände, dazwischen stuporös, negativistisch, unrein. Haltungsverharren. Unruhe gekennzeichnet durch Kurzschlußbewegungen und groteske Parakinesen, ziemlich einförmig. Juli 1923 nach der Anstalt H. überführt. Dort starke motorische Unruhe mit Zerstörungssucht und aggressivem Verhalten, unzusammenhängende Selbstgespräche, groteske Haltungen und Stellungen, Parakinesen. Dann wieder wohlentlang völlig ruhig und geordnet, bittet um Beschäftigung, arbeitet in der Feldkolonne. Zwischendurch immer wiederkehrende Erregungen, springt über Betten und schlägt Purzelbäume. In stuporösen Zeiten liegt er starr mit abgehobenem Kopf im Bett, öfters bizarrste Gliederverdrehungen und -stellungen. Die freien Intervalle werden mit der Zeit immer kürzer, zunehmende Verblödung und Abstumpfung. 1929 wird ein typischer epileptischer Krampfanfall beobachtet. 1930 schreibt er noch geordnete Briefe nach Hause, 1931 Exitus an Erschöpfung bei starker Unruhe. Es handelte sich also um eine in dauernd wiederholten Schüben von *parakinetischer Erregung* verlaufende Katatonie mit *progressiver psychomotorischer Verblödung*.

Probandin Antonie Kne., geb. 1904. In der Schule mäßig gelernt. Brav, fleißig, ernst, still. Lebhaftes Phantasie, erdichtete oft Geschichten, etwas schwermütiges Temperament, fromm, litt unter den unglücklichen Familienverhältnissen. Ging als Dienstmädchen in Stellung. Körperbau leptosom. Krankheitsbeginn mit 16 Jahren (1920). Traurige Verstimmung ohne äußere Ursache, weinte viel, äußerte, es sei ihr so schwer „kein Vogel singt und kein Stern ist am Himmel“. Plötzlich aufgeregt, schlug um sich, sang auf der Straße laut Choräle, sank auf die Knie, weinte laut, sie müsse jetzt wie der Heiland nach Golgatha zum Sterben. Deshalb ins Hospital zu St. Hier teilnahmslos, apathisch, verträumt, stereotype Haltung. Zwischendurch triebhafte Erregungen mit lautem Schreien und Zerstörungswut (ängstlich-halluzinatorisch?), dann wieder zutraulich, anlehnungs- und zärtlichkeitsbedürftig. Nach 4 Wochen in die Anstalt R. verlegt. Diagnose: *Dementia praecox*. In der Anstalt gleichgültige Stimmung, leeres Lächeln, Grimassieren, stereotype

Handbewegungen, hört Stimmen, die sie beschimpfen, unzugänglich, spricht nichts, untätig. Ab und zu erregt, schimpft, wird gewalttätig, zerreißt Kleider, ist unrein. Dann mehr läppisch-albern, lacht blöde. 3½ Monate nach Beginn der Erkrankung gebessert nach Hause entlassen (Juli 1920). Nahm verschiedene Stellungen an, wechselte oft, zuletzt Spilmädchen in einem Café. Fand eines Tages die Wohnung der Mutter nicht und irrte in der Stadt umher. Wurde 9 Monate nach ihrer Entlassung wegen Gefahr der Verwahrlosung erneut ins Hospital zu St. eingewiesen. Hier affektlos, läppisch, fängt oft plötzlich an zu lachen und zu schreien. Nach 3 Wochen in die Anstalt R. Berichtet hier, sie habe eine Erscheinung gehabt, es komme das Ende der Welt, eine Frau in schwarzem Kleid und ein Kind mit einer Kerze hätten dagestanden, eine andere Frau hätte wie eine Hexe ausgesehen. Kindlich-gleichgültig, interesselos, naiv, oberflächlich. Zeitweise verstimmt, mißtrauisch, gereizt, widerspenstig. Hört Stimmen, sieht Totenköpfe auf sie eindringen. Mehrmals starke katatone Erregungen, triebhafte Affektausbrüche mit Gewalttätigkeiten, schlägt Fenster ein, zerreißt Kleider, muß ins Dauerbad. Singt, tollt umher, macht dumme Streiche, schmiert und spuckt, wirft die Speisen weg. Nach 4 Monaten Beruhigung, ordentlich, fleißig. Am 16. 11. 21 gebessert entlassen. Zu Hause ganz ordentlich, nimmt wieder eine Stellung an, einjährige Teilremission. Ende 1922 wieder auffällig, reist planlos in den verschiedensten Städten umher, wird nachts ohne Geld und Fahrkarte in U. von der Polizei aufgegriffen und nach Hause gebracht, läuft nach 3 Tagen weg, wird wieder aufgegriffen. Spricht verworren, ist nachts unruhig, schimpft und schreit, deshalb am 18. 1. 23 wieder in die Anstalt R. Dort läppisch, euphorisch, redet in den Tag hinein, lacht, singt, tollt, oberflächlich, gleichgültig, gibt nichtssagende Antworten. Wird dann erregter, muß ins Bad, widerspenstig, eigensinnig, impulsive Handlungen, unrein, zerstörungssüchtig, zerreißt Wäsche, schmiert mit Kot. Starker Bewegungsdrang, nicht fixierbar. Nach 9 Wochen Beruhigung. Zeigt Interesse für Arbeit und Lektüre, ist zuverlässig und gewissenhaft, schreibt einen geordneten Brief, wird am 20. 6. 23 als unauffällig und „geheilt“ entlassen. Geht wieder in Stellung, wird aber nach 9 Monaten (Anfang März 1924) wieder von der Bahnmissionsmission aufgegriffen und in ein Mädchenheim gebracht. Wollte am Bahnhof ohne Geld eine Fahrkarte nach St. haben. Macht einen läppisch-albernen Eindruck, fällt durch sonderbare Haltungen und beziehungslose Antworten, lacht läppisch, kaut an den Fingern herum, singt und springt umher, hört Stimmen. Einförmige Bewegungsunruhe, macht sich überall zu schaffen. Bei der psychisch-experimentellen Prüfung völlig abwegige Antworten. Nach 5 Monaten gebessert entlassen. Arbeitet wieder als Hilfsarbeiterin, leistet aber nichts. Wird im Juni 1925 vom Fürsorgeamt wieder in die Anstalt H. gebracht. Hier albern-läppisch, lacht und kichert ohne Grund, „macht Faxen“, spielt wie ein kleines Kind mit wertlosen Sachen. Dann erregter, tanzt, singt, lärm, wird tätlich. Verkehrtheiten, schüttet sich Suppe über den Kopf. Ist unrein. Tageweise verkriecht sie sich unter die Bettdecke, unzugänglich, stuporös. Nach etwa einem Jahr Beruhigung, wird geordneter, arbeitet ganz fleißig, Oktober 1926 von der Mutter nach Hause geholt. Dann wieder Hilfsarbeiterin, kann aber immer nur 6—8 Wochen bleiben, wird dann fortgeschickt, weil sie nicht zu gebrauchen ist. Ende August 1928 wieder völlig verwirrt, läßt die ganze Küche voll Wasser laufen, treibt sich am Main herum, macht einförmige Bewegungen mit den Armen, lacht dauernd, kniet nieder und betet, äußert, sie sei eine Fürstentochter. 31. 8. 28 Wiederaufnahme in die Klinik. Hier affektarm, leerer Gesichtsausdruck, iterative Wackelbewegungen des Oberkörpers, kindisch-albernes Benehmen, Grimassieren, inkohärente Denkstörung. Nach 4 Wochen in die Anstalt E. verlegt. Dort in lebhafter motorischer und sprachlicher Unruhe, singt und schreit, rutscht auf dem Fußboden herum, spuckt der Pflegerin ins Gesicht, reißt sich die Haare aus, stößt den Kopf auf den Tisch, wühlt im Bett herum, ist unrein. Fast gleichbleibendes

Verhalten 2 Jahre hindurch. Etwa August 1930 Beruhigung, beschäftigt sich, erscheint aber läppisch und affektarm. Keine Erregungen mehr bis zu ihrer Entlassung am 14. 11. 31. Hilft nun der Mutter zu Hause. Von August bis Oktober 1932 ist sie wieder in der Klinik, aber nur, weil die Mutter aufgenommen wurde und sie alleinstehend ist. Verhält sich ruhig, ist affektarm, stumpf, paralogisch, öfters parakinetisch, ohne Antrieb, bringt bei der Arbeit nichts zustande. Wird dann von der Fürsorgerin abgeholt, verdient sich ihr Zimmer durch Hausarbeit, ist aber sehr langsam, oft tagelang ganz untätig, ihre Arbeitsleistung kaum zu bewerten. Nach der Entlassung der Mutter lebt sie wieder mit dieser zusammen. Führt öfters ganz verwirrte Reden. Juni 1936 wieder beginnende Unruhe mit Rededrang und heiterer erotischer Stimmung, deshalb am 8. 6. 36 wieder in die Klinik. Hier parakinetische Unruhe, Dys- und Akinese, Haltungsverharren, a- und paralogische Denkstörung. Nach 4 Wochen in die Anstalt H., dort nach 2 Monaten entwichen, zur Zeit in einem Mädchenheim in F. Auch bei Antonie Kne. handelt es sich also um eine in *Schüben verlaufende Katatonie*, deren Erregungen ausgesprochen *parakinetischen* Charakter haben.

Luise Kne., geb 1901. Hausangestellte, ruhiges, solides Mädchen, lebte sehr zurückgezogen, sehr fromm, Adventistin, sagte immer, sie müßte sich wörtlich nach der Schrift richten. Körperbau leptosom. Plötzlicher Krankheitsbeginn mit 23 Jahren ohne äußere Ursache. Entriß ihrer Dienstherrin Blumen, zerstückelte sie und verbrannte sie im Herd. Gelbe Blumen seien unschön. Fiel auf die Knie und betete mit erhobenen Armen. „Die Sünde ist rot wie Blut, doch ich werde euch reinwaschen, damit ihr werdet weiß wie Schnee, der Herr wird mir helfen“. Wiederholte dies immer wieder. Weigerte sich zu essen, sie habe eine bessere Speise. Ging in ihr Zimmer und schrie laut Gebete, „Tut Buße und betet“. Schloß sich ein, sprach viel von Himmel und Teufel, wurde deshalb in die Klinik gebracht.

Hier ängstliche Erregung, schreit laut um Hilfe, will sich eine Bibel, die sie mit aller Gewalt festhält, nicht wegnehmen lassen. Starker Rededrang mit religiösen Inhalten. Verbigerationen. Liegt dann ziemlich ruhig im Bad, murmelt mit geschlossenen Augen allerlei Bibelzitate vor sich hin, unter anderen „Lieber mit einem Auge ins Himmelreich eingehen als mit 2 Augen ins heilige Feuer geworfen werden“. Reißt sich plötzlich unvermittelt das linke Auge aus, stirbt nach 4 Tagen.

Julius Kne., geb. 1902. War Fürsorgezögling, weil sein Vater gestorben und seine Mutter geisteskrank war. Mit 13 Jahren (1915) kam er in ein Erholungsheim für Kinder. Dort äußerte er Selbstmordgedanken und versuchte sich in den Besitz eines Messers zu setzen. Entwich nach 3 Wochen, wurde aber nach einigen Stunden zurückgebracht. Kam deshalb zur Beobachtung ins Hospital zu St. Hier gab er ruhige und geordnete Antworten, war etwas ängstlich, gedrückt, verschlossen, weinte ab und zu, äußerte Heimweh. Er gab an, im Heim habe es ihm nicht gefallen, weil er alle 4 Tage den Abort habe leeren müssen, er habe Heimweh gehabt und habe zu seiner Tante laufen wollen. Man stellte die Diagnose „Leichter Depressionszustand bei einem Jugendlichen auf degenerativer Grundlage“.

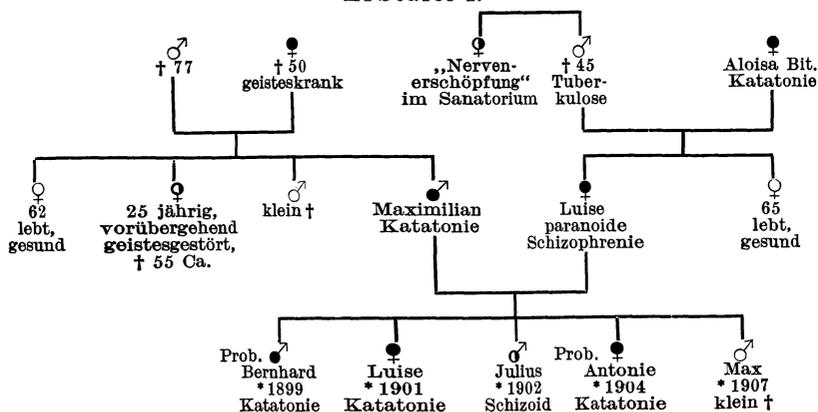
Julius kam dann in eine Erziehungsanstalt und von dort in eine Lehrstelle. Verließ diese heimlich. Wurde deshalb als „moralisch minderwertiger, haltloser junger Mann“ zum Schutze vor Verwahrlosung wieder dem Hospital zugeführt (1916). Hier wieder ruhig, verschlossen, gab nur zögernde Antworten, er sei manchmal lebensüberdrüssig, wenn man ihn schlecht behandle. Er habe schwere Träume und oft wochenlang Kopfweh. Diagnose „Psychopath mit epileptoiden Zügen“.

Wir haben Julius Kne. 1936 in F. aufgesucht. 34jähriger Mann, leptosom, freundlich, entgegenkommend. Hat später noch ein Gymnasium besucht, trat bei Kriegsende in ein Freikorps ein, war dann ein Jahr bei der Polizei, wurde schließlich Bäcker. Heiratete 1927. Später 5 Jahre arbeitslos, was ihn stark bedrückte. Seit kurzem in fester Stellung als Auslaufer, hofft vorwärts zu kommen, Verkäufer zu werden. Lebt mit seiner gesunden und tatkräftigen Frau in geordneten Verhältnissen. Spricht offen über seine traurigen Familienverhältnisse, macht einen stillen, ernsten,

rechtschaffenem Eindruck. Nach der glaubhaften Schilderung seiner Frau ist er arbeitssam, solid, gewissenhaft, strebsam, sehr anhänglich, häuslich, dankbar für alles Gute, etwas schüchtern, scheu und zurückhaltend, geht wenig aus, braucht lange, um warm zu werden. Geht gern spazieren, zeigt für alles Interesse, sehr kinderlieb, feinfühlig. Leidet öfters an Kopfschmerzen, sonst psychisch nicht auffällig.

Zusammenfassung. Alle 4 Geschwister ähneln sich in ihrer präpsycho-tischen Persönlichkeit wie im Körperbau. Sie wurden als ruhig, solid, brav, fromm, zurückgezogen bezeichnet. Bernhard und Antonie haben mäßig gelernt, sie wie auch Julius neigten zu schwermütigen Verstimmungen, die bei Bernhard und Julius bis zum Lebensüberdruß gingen, und litten unter den unglücklichen häuslichen Verhältnissen. Julius hat bisher keine Psychose durchgemacht, man kann bei ihm höchstens von einem psychopathischen Ausnahmestand in den Pubertätsjahren sprechen. Er ist eine schizoide Persönlichkeit vom Typ der „Empfindsam-Ungeselligen“. Die 3 anderen Geschwister erkrankten im Alter von 19, 16 und 23 Jahren plötzlich, ohne äußere Ursache und mit einer ängstlichen Erregung. Bei allen dreien bricht die Krankheit akut mit dem Gefühl des unheimlichen Bedrohtheits hervor, Bernhard sieht die Welt untergehen und beschwört den Satan, Antonie glaubt wie der Heiland sterben zu müssen und singt laut Choräle, Luise spricht vom Himmel, Teufel und Sünde und klammert sich an die Bibel. Luise stirbt nach wenigen Tagen in der Erregung, nachdem sie sich in wahnhafter Umdeutung eines Bibelspruchs ein Auge ausgerissen hatte. Die Krankheit Bernhards verläuft nach einer 4jährigen Teilremission progressiv bis zum Tode nach 13 Jahren, während in der Psychose Antonies mehrere längere Remissionen eintreten. Bei beiden aber ist das klinische Bild sehr ähnlich: stuporöse Zeiten wechseln mit schweren psychomotorischen Erregungen vorwiegend parakinetischer Prägung. Beide haben Halluzinationen und Eigenbeziehungen, beide sind einmal vorübergehend expansiv, Bernhard nennt sich Fürst, Antonie Fürstentochter. Beide Psychosen enden mit schwerem Defekt.

Erbtafel I.



Die 4 Geschwister hatten noch einen 5. jüngsten Bruder, der aber 5 Monate alt starb. Beide Eltern waren schizophren, hierüber siehe S. 481 f. Eine Schwester des Vaters war im Alter von 25 Jahren eine Zeitlang geistig gestört, angeblich „schwermütig“. Da sie nicht in einer Anstalt war, ist über die Art ihrer Psychose nichts Genaueres bekannt, späterhin soll sie immer gesund gewesen sein. Die Mutter der Mutter starb nach 18jährigem Aufenthalt in einer Anstalt. Nach der Krankengeschichte handelte es sich um eine paranoisch beginnende, später wechselnd stuporös-erregt-negativistische Katatonie.

Geschwister Mün. (vgl. Erbtafel 2). Proband Wilhelm Mün., geb. 1898. Kräftig-leptosom. Schlecht gelernt, schon als Kind jähzornig. Lehrstelle als Zahntechniker mehrmals gewechselt, zwischendurch Kellner. Arbeitsscheu, eingebildet, ungehorsam, die Eltern sind ihm gegenüber machtlos. Fällt durch komisches Benehmen auf, „streckt sich oft“. Da er sich mit zweifelhaften Elementen herumtreibt, veranlaßt sein Vater eine Beobachtung in der Klinik (1915, 17jährig). Hier stumpf, lächelt unmotiviert, blickt ins Leere, ohne Affekt und Interesse. Führt sein „Strecken“ auf ein eigentümliches Gefühl in der Brust zurück, als drücke eine Hand von innen. Er sei überreizt. Erzählt spontan und schamlos, daß er mit seinen beiden Schwestern Geschlechtsverkehr habe. Diagnose: *Hebephrenie*. Verlegt in die Anstalt K. Hier zunächst starre Haltungen, spricht wenig, muß einige Male gefüttert werden. Indifferenten Affekt, dann frech, ausgelassen, übertrieben heiter, vorübergehend leicht depressiv. Nach 6 Monaten in die Anstalt H., dort albern-geschwätzig, lacht viel, macht Witzchen. Öfters laut und lärmend, läppisches Gebaren, schnoddrige Manieren, ißt unmaßig, erbricht. Macht einen Kopfsprung in die Badewanne, verletzt sich erheblich, lacht dazu, verlangt Champagner. Wird nach 3 Monaten gegen Revers nach Hause geholt, aber schon nach wenigen Tagen wiedergebracht, weil er seinen jüngeren Bruder fortgesetzt mißhandelte. Bild des affektarmen läppischen Hebephrenen. Manchmal kurze Stuporzustände. Ein Jahr später entwichen (August 1917). Arbeitet eine Zeitlang bei Verwandten auf dem Land, dann in einer Gärtnerei. April 1920 Wiederaufnahme wegen einer Schlägerei mit seinen Brüdern. Spaziert in steifer Haltung mit unbewegtem Gesicht umher, bewegungs- und antriebsarm, Gegenhalten bei passiven Bewegungen, ab und zu stereotypes Lächeln. Diagnose jetzt *Katatonie*. In der Anstalt H. arbeitet er ganz fleißig auf dem Feld, entweicht im Oktober 1920.

Ein halbes Jahr später Wiederaufnahme wegen „katatonen Erregung“. Liegt starr im Bett, bewegungsarm, teilnahmslos, ohne Affekt. Lächelt. Redet vorbei, gebraucht stereotype, nichtssagende Redensarten. Wieder in die Anstalt H. überführt, dort ununterbrochen bis heute. In diesen Jahren ist das Zustandsbild charakterisiert durch einen ständigen Wechsel von stuporösen Zeiten mit triebhaften Erregungen und ruhigerem, läppisch-heiterem Verhalten. Liegt monatelang in tiefem katatonem Stupor, nimmt bizarre Stellungen ein, grimassiert, spricht nichts, ißt nichts, ist unrein mit Kot und Urin. Dann wieder arbeitet er etwas, fällt aber durch albernes vorlautes Benehmen und unverständliches Geschwätz auf.

Adolf Mün., geb. 1901. Kräftig-leptosom, ebenfalls schlecht gelernt, Kellner in verschiedenen Städten. Über seine präpsychotische Persönlichkeit fehlen genauere Angaben. Mit 18 Jahren, angeblich weil er keine Arbeit fand und sich Gedanken über die Krankheit seines Vaters machte, verstimmte, weinte und sprach vor sich hin. Er habe gesündigt, alle sollten sich bekehren. Stand nachts auf, klagte über Angstgefühle, er sei überreizt, die Nerven überspannt. Deshalb in die Klinik. Hier unkonzentriert, redet vorbei. Spürt Elektrizität, in der Brust rumpelt es furchtbar. Versündigungsideen, beziehtigt sich der Unkeuschheit, habe „mit kleinen Mädchen

unreine Sachen gemacht“. Hört Stimmen schimpfen, ist dauernd in einer ängstlich-ratlosen Unruhe, muß meist im Bad gehalten werden, drängt zu den Türen, widerstrebt. Wiederholt stereotype Redensarten „ich will rein sein“ und ähnliches, lächelt dann wieder grundlos. Nach 4 Monaten ungeheilt entlassen. Diagnose: *Hebephrenie*. Arbeitet nun 9 Jahre zunächst als Kellner, dann als Silberputzer bei der Mitropa. Ist „immer etwas aufgeregt“. Im März 1928 Wiederaufnahme, weil er Stimmen hörte, ruhelos umherlief, nachts aufstand, einen Schrank ausräumte. Klagt über innere Unruhe und Angstgefühle. Selbstvorwürfe, er habe Geld vergeudet, schlechte Mädchen gehabt. Redet unklar und zusammenhanglos, manchmal völlig inkohärent. Paralogien. Affektlos. Haltungsverharren, Befehlsautomatie, Echopraxie. Läuft wie früher planlos herum. Diagnose: *Schizophrenie*. Nach 4 Wochen ungeheilt entlassen, 8 Wochen später aber wegen Erregungszustandes eingeliefert. Auf der Straße habe ihn ein Mann vergewaltigt. Zustandsbild wie vordem, vielerlei sprachliche Schiefheiten, Wortneubildungen, Agrammatismen und Paralogien. Überführung in die Anstalt H., wo er nun ununterbrochen bis zu seinem Tod 1935 blieb. In diesen Jahren wechselnd stuporös und erregt. Monatlang zu Bett, stumm und abweisend, dann wieder starke Unruhe, Gewalttätigkeiten, Zerstörungsdrang. Nie arbeitsfähig.

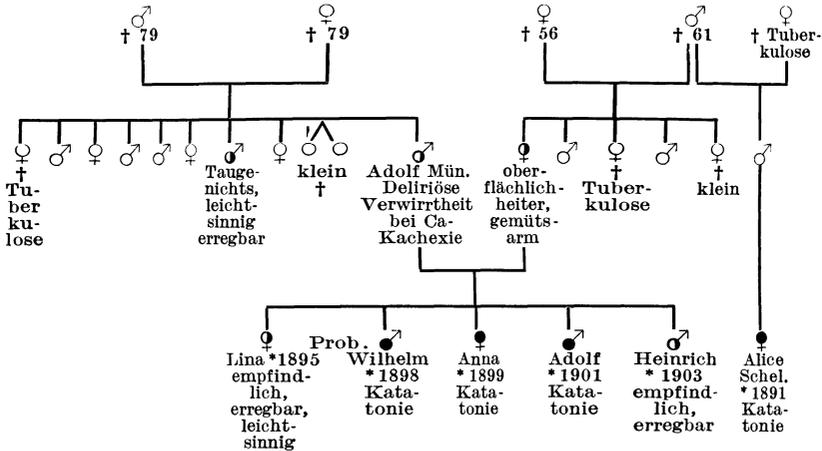
Anna Mün., geb. 1899. Kräftig-leptosom. Mäßig gelernt, Fabrikarbeiterin. In den Entwicklungsjahren „schwierig“, putzte sich gern, wollte Bardame werden. Mit 19 Jahren grob auffällig, sprach viel, lachte und weinte durcheinander, tanzte, erklärte, jetzt wolle sie das Leben genießen. Wurde immer erregter, deshalb in die Klinik. Erzählt hier, man lache über sie, sie höre schimpfen, sehe Gestalten, spüre ein Rauschen im Kopf. Unruhe mit Bewegungsstereotypien, muß oft gepackt werden. Unmanierlich, ißt mit den Fingern. Redet unklar von Heiratsgedanken, läppisch-heitere Stimmung, vorlaut, stiehlt silberne Löffel, macht einen Fluchtversuch. Diagnose: *Hebephrenie*. Nach 5 Monaten unverändert entlassen.

Nimmt nun eine Stelle als Verkäuferin an, gerät in schlechte Gesellschaft, bekommt ein uneheliches Kind. Wegen „unberechenbaren Benehmens“, weil sie bald weine, bald lache, bald in einen Winkel starre, ein Jahr später Aufnahme in die Anstalt K. Oberflächlicher Affekt, einförmiges Vorbeireden, stereotype Entlassungswünsche, es fehle ihr nichts. Läppisch, ungezogen, widerspenstig, stumpf und teilnahmslos. Halluziniert scheinbar, stereotype Bewegungen. Bald darauf in die Anstalt H. Hier zeitweise ganz stuporös, die Bettdecke über den Kopf gezogen, stumm negativistisch, mit Kot schmierend, zeitweise schwer erregt, aggressiv, alles Erreichbare zerstörend. Schlägt sich selbst, reißt sich die Haare aus. Ausgesprochene Bewegungs- und Haltungsstereotypien. 1923 Exitus.

Zusammenfassung. Die 3 Geschwister gleichen sich in Körperbau und mäßiger Begabung. Der Krankheitsbeginn ist nicht akut und stürmisch, sondern schleichend und allmählich, etwa im selben Alter (17, 18, 19). Alle 3 zeigen zunächst ein mehr hebephrenes Krankheitsbild, bis allmählich deutlichere katatone Symptome in Erscheinung treten, die schließlich das Bild unverkennbar beherrschen. In allen 3 Fällen folgte dem ersten Schub eine Teilremission, allerdings von verschiedener langer Dauer, dann verlief die Krankheit progressiv. Im einzelnen ähnelt sich die Symptomatologie sehr.

2 weitere Geschwister werden als nervös und aufgeregt bezeichnet. In der entfernteren Verwandtschaft (Tochter eines Stiefbruders der Mutter) findet sich noch eine stuporös-negativistisch-erregte Katatonie,

Erbtafel 2.



die ebenfalls schleichend begann und nach einer Teilremission progressiv verlief. Über den Vater Mün. s. S. 486.

Geschwister Schin. Probandin Frieda Schin., geb. 1900. In der Schule schlecht gelernt. Ungesellig, meist für sich, etwas mißtrauisch. Dienstmädchen, oft Stellen gewechselt. Körperbau kräftig-leptosom. Plötzlicher Krankheitsbeginn mit 19 Jahren im Anschluß an eine „Gemütsbewegung“ mit Verwirrtheit. Schrieb verworrene Briefe an ihren Liebhaber, bezeichnete sich als Gräfin. Am 8. 1. 20 in die Anstalt E. Hier abweisend, unzugänglich, lacht unmotiviert vor sich hin, singt dann mit lauter Stimme, erklärt, sie bilde sich zur Opersängerin aus. Sonderbare Handlungen, legt sich auf den Boden, betet. Muß ins Bad. Wechselndes Verhalten, einmal verstimmt und abweisend, dann abwechselnd singend und weinend, hört Stimmen, redet für sich, nennt sich ein Ritterkind, Frl. von Schindel, ihr Schwager werde es schriftlich bringen. Zwischendurch scheint sie ganz geordnet, klar und verständig. Nach 3 Monaten Beruhigung, am 9. 5. 20 gebessert nach Hause entlassen. Diagnose: *Katatonie*. Arbeitete wieder als Dienstmädchen in verschiedenen Stellen. Anfang Januar 1923 fühlte sie sich schwach, war öfters aufgeregt, angeblich weil ihr Hausherr mit ihr geschimpft habe. Glaubte sich auch von diesem besonders beachtet. Wurde ängstlich, fühlte sich verändert, in den Schläfen knirsche und krache es unheimlich. Am 17. 1. 23 in die Anstalt I. Hier apathisch, bleibt am liebsten im Bett liegen, verweigert ab und zu die Nahrung, klagt über unbestimmte Beschwerden. Schließt sich ab, spricht sich über irgendwelche Inhalte nicht aus. Erzählt nur öfters von allerlei früheren Liebeserlebnissen in ihren Stellungen, dabei deutliche Eigenbeziehungen. Äußert auch verschwommene Bedeutungsideen, sie esse nur, wenn die Sonne scheine und ähnliches. Betont, es gehe ihr gut, drängt nach Hause, ohne Krankheitseinsicht, dissimuliert ihre Stimmen. Diagnose: *Hebephrenie*. Am 18. 7. 23 vom Vater nach Hause geholt.

Nahm wieder Stellungen an, fühlte sich angeblich wohl, nur etwas matt. Im Mai 1924 trieb sie sich stellenlos in St. herum, wurde von der Polizei aufgegriffen und in ein Krankenhaus gebracht. Anfang Juni fuhr sie plötzlich von St. nach F., begab sich hier in ein Mädchenheim. Äußerte hier Eigenbeziehungen und Beeinträchtigungsideen, fühlte sich von der Vorsteherin benachteiligt, Geschmackstäuschungen, Vergiftungsfurcht, bekam Streit mit andern Mädchen, deshalb Einweisung in die Klinik am 25. 6. 24. Hier läppisch-geziertes Verhalten, lacht

unmotiviert, hört Stimmen, unzugänglich, sondert sich ab, leicht gereizt, Neigung zu impulsiven Erregungen, in denen sie ausfallend gegen Schwestern und Mitkranke wird, grimassiert, glaubt sich hypnotisiert, hat körperliche Mißempfindungen und Geruchstäuschungen, fühlt sich ausbrennen und absterben. Diagnose: *Katatonie*. Am 16. 7. 24 nach der Anstalt H. verlegt. Dort zugänglich, aber sehr antriebsarm, interesselos, stumpf. Zeitweise laut erregt, scheinbar unter dem Einfluß von Sinnes-täuschungen. Starke somatopsychische Veränderungsgefühle, ihr Körper sei faul, ein Fluß gehe von oben bis unten durch den Körper. Wird dann zunehmend reizbar und widerstrebend, auch gewalttätig, spuckt und schimpft. Liegt dann wieder wochenlang in katatonen Haltungen im Bett. Januar 1925 Geburt eines Kindes. Danach eine Zeitlang geordnet, dann wieder wechselndes Verhalten, starke Beeinflussungsideen, glaubt sich verfolgt, halluziniert. Das Zustandsbild wird ganz von ihren wahnhaften Ideen und Halluzinationen beherrscht, fühlt sich auch sexuell belästigt. 1931 nach der Anstalt K. verlegt. Dort wieder mehr stuporös, auch Erregungszustände und Sinnestäuschungen. 1934 vorwiegend stuporös.

Gustav Schin., geb. 1896. In der Schule schlecht gelernt, später Fabrikarbeiter. War immer für sich, sonderte sich ab. Hatte einen „stieren Blick“. Körperbau kräftig. Krankheitsbeginn 1915 im Alter von 19 Jahren. Beim Eintritt in den Heeresdienst im September 1915 traurige Verstimmung und starkes Heimweh. Meldete sich nach 8 Tagen bereits krank, gab an, sein Geschlechtsteil würde immer kleiner, das käme von vielen Onanieren. Legte sich 3 Tage ins Bett, verweigerte die Nahrung. Am 19. 10. 15 zur Beobachtung in die Klinik in H. Körperliche Mißempfindungen, er habe ein Sieb im Bauch, der Darm sei verschlossen, die Speisen röchen schlecht, die Finger seien dünner geworden, im Kopf habe sich etwas geändert. Hört Stimmen, sieht Bilder an der Wand, antwortet nur zögernd mit leiser Stimme, behauptet, es gehe ihm gut, er sei guter Stimmung, bestreitet Halluzinationen bei direktem Befragen. Nach 10 Tagen nach Hause entlassen. Diagnose: *Hebephrenie*. Zu Hause verschlimmerte sich sein Zustand, so daß er am 5. 12. 15 wieder ins Lazarett eingeliefert wurde. Hier gab er keinerlei Antworten, verhielt sich sonst ruhig. Am nächsten Tag stürzte er sich plötzlich ohne erkennbare Ursache aus dem Fenster. Deshalb in die Anstalt W. Dort stuporös, gehemmt, kümmert sich nicht um die Umgebung, unzugänglich, ißt schlecht, muß mit der Sonde gefüttert werden. Nach 5 Monaten freier, wird ziemlich lebhaft und munter, läppisches Verhalten. Geht dann mit zur Arbeit, zeigt mehr Interesse, schreibt ab und zu leidlich geordnete Zeilen nach Hause, macht aber einen ziemlich schwachsinnigen Eindruck. Nach 4 Monaten Rückfall in stuporösen Zustand, unzugänglich, stumpf, interesselos, manchmal läppisch, lacht grundlos vor sich hin. Dieser Zustand wird ab und zu von kurzen Erregungszuständen unterbrochen, in denen er im Saal herumspringt, die Bettdecke zerreißt, laut schreit und singt. Grimassiert. Macht einmal einen Fluchtversuch. Diagnose: *Katatonie*. Am 26. 2. 20 in die Anstalt P. überführt. Auch hier stuporös, unzugänglich, negativistisch, mutistisch, ohne Konnex mit anderen Kranken, tritt in keiner Weise hervor, auf Fragen nur blödes Grinsen und Grimassieren. Am 10. 9. 20 nach der Anstalt E. Weiter stumpf, blöde, mutistisch, isoliert sich, grinst und grimassiert. Dieser Zustand hält an bis zum Tod am 25. 6. 22 (Darmtuberkulose).

Rosa Schin., geb. 1910. In der Schule mittelmäßig, einmal sitzengeblieben. Unauffällig, Hausmädchen. Verkehrte in der Methodistengemeinde. Plötzlicher Krankheitsbeginn mit 22 Jahren. Führte verwirrte Reden von Heiligen und Löwen, mußte von einem Arzt Morphium bekommen. 10 Tage später wieder plötzlicher Erregungszustand mit denselben Inhalten, deswegen am 18. 2. 33 in die Anstalt W. Mittelgroß, kräftig, liegt unruhig im Bett, spricht zeitweise vor sich hin. Auf Fragen allgemeines Gefasel, indem der eigene Bräutigam und der der Schwester, uneheliche Kinder der Freundin usw. eine große Rolle spielen. Etwas theatralisches Gebaren. Sonst zunächst weiter nicht auffällig. Nach einigen Tagen gehemmt,

langsam, widerstrebend, äußert Eigenbeziehungen, andere Kranke schimpfen über sie, auch zu Hause fühle sie sich zurückgesetzt. Sinnestäuschungen werden bestritten. Sie gibt an, sie habe einmal nachts den Teufel gesehen und Angst gehabt, er verfolge sie. Verhält sich scheu und zurückhaltend, erscheint ratlos und zerfahren, äußert Beeinträchtigungsideen, die Mädchen würden sie auslachen, zeigt wenig Interesse, Initiative und Arbeitslust, sondert sich ab, bleibt für sich. Schreibt in einem Brief, sie wisse oft gar nicht, woran sie sei, ihr sei ganz wirr im Kopf. In ihren Erzählungen faselt sie viel von einem Freund, der sie vor einiger Zeit zurückgestoßen habe und jetzt mit einem anderen Mädchen gehe. Am 1. 4. 33 gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen. Diagnose: Debile Psychopathin mit psychotischer Reaktion auf Familien- und Milieukonflikte, kein sicherer Anhalt für Schizophrenie.

Zusammenfassung. Alle 3 Geschwister haben schlecht gelernt, die 2 Schwestern wurden Dienstmädchen, der Bruder Fabrikarbeiter. Frieda und Gustav werden als ungesellig geschildert. Körperbaulich alle 3kräftig. Krankheitsbeginn bei Gustav mit 19 Jahren plötzlich, ohne äußere Ursache (Einziehung zum Kriegsdienst ?), bei Frieda mit 19 im Anschluß an eine „Gemütsbewegung“, bei Rosa mit 22, angeblich nach einem Liebesverhältnis. Alle 3 Geschwister bieten zunächst ein mehr hebephrenes Bild, läppisch, albern, „zerfahrener und verworrenes Gefasel“, unmotiviertes Vorsichhinlachen. Frieda begründet ihr Singen damit, sie wolle Opernsängerin werden. Rosa zeigt ein theatrales Gebaren. Dann wieder erscheinen sie gehemmt, sondern sich ab, nehmen keine Notiz von der Umgebung, sind abweisend, Frieda und Gustav verweigern die Nahrung. Alle 3 dissimulieren deutlich, betonen, es gehe ihnen gut, bestreiten, Stimmen zu hören. Bei beiden Schwestern Eigenbeziehungen, Umdeutungen ihrer Liebeserlebnisse, beide fühlen sich unter anderen Mädchen zurückgesetzt und beeinträchtigt. Bei Gustav und Frieda ausgesprochene somatopsychische Veränderungsgefühle (Gustav: Penis wird kleiner, Finger dünner, Sieb im Bauch, Darm verschlossen, Kopf verändert. Frieda: unheimliches Knirschen und Krachen in den Schläfen, fühlt sich abbrennen und aussterben, der Körper ist faul, ein Fluß geht hindurch) und Geschmacks- und Geruchstäuschungen. Beide sind wochenlang stuporös, dann wieder triebhaft erregt. Gustav und Rosa haben optische Sinnestäuschungen, Rosa sieht den Teufel, Gustav Bilder an der Wand. Der Ausgang ist bei Gustav und Frieda ein schwerer Defekt.

Daß es sich bei der „psychotischen Reaktion“ Rosas um den ersten Schub einer Katatonie gehandelt hat, erscheint mehr als wahrscheinlich, besonders im Hinblick auf die Erkrankung ihrer Schwester, die ebenfalls im Anschluß an ein Erlebnis, vermutlich auch Liebeserlebnis, ausbrach. Der erste Schub der Schwester dauerte 3 Monate und wurde von einer 3jährigen Remission gefolgt. Rosa selbst wurde nach 6 Monaten ungeheilt entlassen (1933) und ihr jetziger Zustand ist uns nicht bekannt. Es ist leicht möglich, daß sie sich nur in einer Remission befindet und ein neuer Schub jeden Tag ausbrechen kann. Die 3 Geschwister hatten noch 9 weitere Geschwister. Davon ist ein Bruder gefallen und eine

Schwester nach einem künstlichen Abort gestorben. Von 3 Schwestern und 2 Brüdern ist nichts Auffälliges bekannt. Eine Schwester ist angeboren schwachsinzig und ihre Unfruchtbarmachung bereits angeordnet. Eine andere, jetzt 34jährige verheiratete Schwester haben wir selbst aufgesucht. Sie machte einen schwer psychopathischen Eindruck, war hochgradig erregt, für die Erkrankungen ihrer Geschwister ganz uneinsichtig, gegen den Vater ausgesprochen paranoisch eingestellt, seiner Strenge, Grobheit, Brutalität und Herrschsucht alle Schuld an dem Familienunglück gebend. Sie gebärdete sich theatralisch, rang die Hände, jammerte in rührseliger Weise, war dabei nicht recht auf Sinn und Zweck des Besuches zu fixieren, redete ununterbrochen sehr verworren daher.

In der weiteren Verwandtschaft sind Psychosen nicht nachweisbar. Die Mutter des Vaters soll nach Angabe der letztgenannten Schwester eine eigenartige, mißtrauische, gehässige Frau gewesen sein, die ständig Haus und alle Türen abschloß (Verfolgungswahn?).

Geschwister Gei. (vgl. Erbtafel 3). Probandin Maria Gei., geb. 1887. Gut gelernt, vor der Ehe Hausangestellte. Nervös, weich, leicht gerührt, sehr religiös, Neigung zu Zittern und Ohnmachten. Körperbau kräftig-leptosom. Plötzlicher Krankheitsbeginn mit 36 Jahren (1923) im Anschluß an den Besuch einer Bibelstunde kurz nach Himmelfahrt. Ekstatische Verzückung, predigte ihrem Mann, er solle umkehren, sein eigenes Ich ablegen, es sei ihr gesagt worden, sie müsse noch einen Kampf ausfechten, den Leidenskelch austrinken, den Teufel austreiben usw. Griff nachts ihren Mann an, riß ihm das Hemd vom Leib, brachte ihm erhebliche Kratzwunden bei. Deshalb in die Klinik. Sagt hier, eine göttliche Macht habe ihr befohlen, zu toben. Ganz beherrscht von religiösen Vorstellungen, massenhafte Beziehungen zwischen diesen und allem, was um sie herum vorgeht. Beziehungen- und Bedeutungsdenken, Paralogien. Gedankenlautwerden und echte Halluzinationen. Spürt elektrische Strahlen. Personenverkennungen, Bewegungstereotypien, einförmiges Wiegen mit gefalteten Händen, rhythmisches Wackeln mit dem Kopf, Echopraxie, Iterationen, Verharren in bestimmten Stellungen. Katalepsie. Halluzinatorisch bedingte Erregungen mit Angriffen auf die Pflegerinnen, spürt den Teufel in der Nähe. Zahlreiche Verkennungen und Fehlbeziehungen. Ratlosigkeit. Lange stuporöse Zeiten, starr und stumm, einförmiges Wiegen des Körpers, Hände krampfhaft gefaltet, beißt sich die Unterlippe durch. Negativistisch, verweigert die Nahrung. Impulsive Erregungen durchbrechen den Stupor, Scheibenschlagen, Aggressivität, hartnäckiger Strangulationsversuch. Diagnose: *Katatonie*. Nach einem Jahr ganz unverändert vom Mann nach Hause geholt, nach 4 Wochen aber wiedergebracht. Dasselbe Bild. Nach der Anstalt H. überführt. Dort unzugänglich, interesselos, antriebsarm. Manchmal ängstlich-depressiv, mehrfache Selbstmordversuche. Erregungen, Verkennungen, will eine andere Kranke, die sie für ihre Tochter hält, erdrosseln, um sie zu erlösen. Lacht manchmal, schimpft dann wild, grimassiert. Halluziniert offenbar dauernd. Nach 5 Jahren in der Anstalt gestorben.

Rosine Gei., geb. 1884. Mittelmäßige Schülerin, vor der Ehe Hausangestellte. Still, zurückhaltend, ungesellig. Kam sich selbst oft komisch vor. Neigung zu Zittern und Ohnmachten. Sehr religiös. Körperbau kräftig-leptosom, nach den vorliegenden Lichtbildern große Ähnlichkeit mit der Probandin. Krankheitsbeginn plötzlich mit 39 Jahren (1923) gleichzeitig mit der Schwester, wie diese nach einer religiösen Übung. Beschloß ein anderes Leben anzufangen, bevor das jüngste Gericht komme. Blieb im Bett liegen, schrie manchmal laut. Ihr Mann, ebenfalls von

einer religiösen Ekstase ergriffen, verschloß die Wohnung, ließ niemanden herein. Die Polizei lieferte beide Eheleute gleichzeitig in die Klinik ein.

Bei der Aufnahme erregt, sie habe Sehnsucht nach ihrem Geliebten, dem Heiland. Vielerlei religiöse Vorstellungen, eine Macht wirke auf sie, sie habe einen Fernblick, habe „hellgesehen in der Bibel“, wolle sich ans Kreuz schlagen lassen für den Heiland, den Sohn ihrer Liebe, sie wolle „glücklich leben im oberen Licht“ usw. Visionen, sie habe das wilde Heer gehört, einen Zug gesehen, in dem Maria getragen wurde. Bei der psychisch-experimentellen Prüfung massenhaft egozentrische Verkennungen, Eigen- und Fehlbeziehungen. Keine faßbaren Paralogien, aber begriffliche Unschärfen. Dann stuporös, mutistisch, leerer Gesichtsausdruck, negativistisch, Nahrungsverweigerung. Bewegungsstereotypien, einförmiges Wiegen und Schaukeln, gefaltete Hände, Katalepsie. Personenverkennungen. Weigert sich aufzustehen, lehnt jede Beschäftigung ab. Stumpf, interesse- und initiativlos, antriebsarm. Nach 6 Wochen ungeheilt entlassen. Diagnose: *Reaktive religiöse Erregung*. Bald darauf wanderte sie mit ihrem Mann — der sich übrigens nach der ersten Erregung in der Klinik ziemlich unauffällig und einsichtig verhielt — nach Amerika aus. Seither fehlt jede Nachricht von beiden.

Wilhelm Gei., geb. 1882. Lernte schwer, arbeitete bei seinem Vater als Schmied. Empfindlich, schwernehmend, übelnehmerisch, unset, erregbar, leicht gereizt, aufbrausend, schlug seine Frau, bereute es dann tief. Trank viel. Körperbau kräftig-leptosom. Krankheitsbeginn mit 32 Jahren (1914 Himmelfahrt!). Einweisung in die Anstalt Pf. wegen religiöser Wahnideen. Selbstvorwürfe wegen seines ausfallenden Wesens, seiner Trunksucht, daß er zu wenig in die Kirche gegangen sei. Innere Unruhe, Angstzustände. Er sei jetzt wiedergeboren, habe eine Mission zu erfüllen. Fühlt sich aber auch verspottet und beschimpft, die Leute steckten die Köpfe zusammen und tuschelten über ihn. Spürt elektrische Funken in seinem Körper. Hört Stimmen, die aus dem Himmel kommen und ihm Befehle erteilen. Stark gehemmt, ängstlicher Affekt, erkennt den Oberpfleger als Richter. Liegt ruhig im Bett, starrer Gesichtsausdruck. Später etwas freier, hält sich aber für sich, noch gedrückt, keine Lust, sich zu beschäftigen, zögernde Antworten, allgemein verlangsamte. Allmählich immer unauffälliger, nach 8 Wochen als geheilt entlassen. Diagnose: *Manisch-depressives Irresein*.

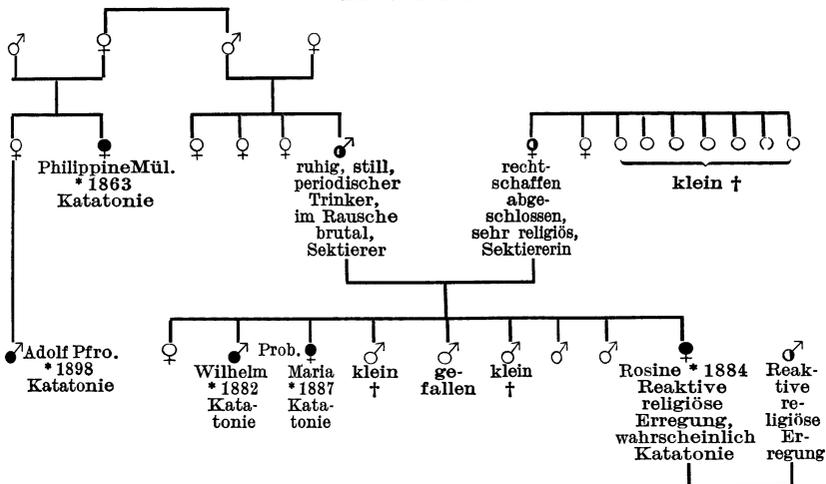
Ging nun fast 10 Jahre seiner Arbeit nach, angeblich nicht besonders auffällig, aber wie früher leicht gereizt, schlug seine Frau mit der Peitsche. Sprach dann viel von Auswanderungsplänen nach Amerika. Besuchte Vorträge eines Missionars, vertiefte sich in religiöse Dinge. Fühlte sich körperlich schwach und elend, spürte elektrische Ströme in der Brust, im Kopf zog sich alles zusammen. Glaubte, die Leute redeten über ihn, seine Gedanken würden gemacht. Deshalb 1924 in die Klinik H. Hier still gehemmt, verstimmt, liegt akinetisch mit abgehobenem Kopf im Bett, gibt an, Stimmen zu hören. Spricht leise und monoton, gibt langsame, schwerfällige Antworten. Farblose Schilderungen seiner Erlebnisse. Starrer Blick, kein Mienenspiel, langsame Bewegungen „ohne gehemmt zu sein“. Zurückhaltend, sondert sich ab, verhält sich äußerlich ruhig. „Über psychotische Erlebnisse ist wenig zu erfahren, da jede Verarbeitung und Beobachtung fehlt.“ Nach 3 Wochen entlassen. Diagnose: *2. Schub einer Schizophrenie*.

Zuhause fast 3 Jahre lang wieder ziemlich unauffällig. Sehr empfindlich, auch körperlich wenig leistungsfähig, zitterte und schwitzte viel, arbeitete in einer eigenen kleinen Landwirtschaft. Wurde allmählich aufgeregter, schlaflos, las wieder häufig in der Bibel, „simulierte“, bezog manches auf sich. Hörte die Stimme des Teufels, er solle Buße tun, sah auch den Teufel „bildhaft“, schwarz mit 2 Hörnern, konnte dabei kein Glied rühren, war gebannt. Fühlte sich wieder elektrisiert von der Hölle aus. In der Klinik H. depressive Stimmungslage, ängstlich-gequält, dissimuliert. Sonst enthält die Krankengeschichte nichts Bemerkenswertes, insbesondere keine Angaben über das motorische Verhalten. Nach 12 Tagen entlassen. Diagnose:

Schizophrenie. Seitdem soll er nicht mehr in einer Anstalt gewesen sein, er verzog nach einem anderen Ort, Genauerer ist über sein weiteres Schicksal nicht bekannt.

Zusammenfassung. Die Ähnlichkeit der Persönlichkeiten sowie der Psychosen der 3 Geschwister Gei. ist unverkennbar. Körperbau, Präpsychose und Erkrankungsalter stimmen überein. Am hervorstechendsten ist die gemeinsame (reaktive) Art des Beginns und die religiöse Färbung der akuten Psychose. Zahlreiche Einzelheiten (Art der Eingebungs- und Berufungserlebnisse, der Halluzinationen und der körperlichen Mißempfindungen) finden sich bei allen 3 Geschwistern gemeinsam. Worin sich die Erkrankungen unterscheiden, ist der Verlauf. Bei der Probandin ist er progressiv, bei ihrem Bruder, bei dem die Krankheiterscheinungen überhaupt weniger massiv und stürmisch in Erscheinung traten, liegen jahrelange Remissionen zwischen den 3 Schüben, das Schicksal der Schwester Rosine ist leider ganz unbekannt. Daß es sich auch bei den beiden Geschwistern um schizophrene Erkrankungen handelte, darf wohl mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn uns leider auch die Möglichkeit der eigenen Nachuntersuchung und somit der Nachweis des zurückgebliebenen Defekts fehlt. Und mit demselben Vorbehalt dürfen die Geschwisterpsychosen wohl ebenfalls als Katanonien bezeichnet werden, zumindest zeigen sie beide unverkennbare katanone Züge.

Erbtafel 3.



Von 6 weiteren Geschwistern starben 2 klein, 1 Bruder fiel im Krieg, 2 Brüder und eine Schwester werden als ruhig, still und unauffällig bezeichnet. Der Vater war Schmied, ebenfalls ruhig, still und tüchtig im Beruf, trank aber wochenweise sehr stark und wurde dann schwer erregt und brutal. Er soll mehrfach geäußert haben, der Teufel treibe ihn zum

Trinken. Danach war er wochenlang völlig enthaltsam. Die Mutter wird als rechtschaffen, abgeschlossen, sehr religiös bezeichnet. Beide Eltern gehörten einer kirchlichen Sekte an.

Eine Base des Vaters, Philippine Mü., starb nach 14jährigem Aufenthalt in der Anstalt Pf. Diagnose: *Dementia paranoides*. Sie erkrankte 36jährig akut, ebenfalls nach einem Gottesdienst. Fühlte sich verzaubert, verfolgt, es spuckte im Haus, wollte ihre Kinder ertränken. Krankheitsbild: Affektlos, ohne Interesse, untätig, monotones, stereotypes Jammern und ganz einförmige Entlassungswünsche in stets denselben Redewendungen. Halluzinationen, vielerlei Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Bedeutungsideen, Eifersucht auf den Ehemann. Die Gedanken werden ihr entzogen und „vorgezogen“. Personenverkennungen, hält den Arzt für einen Richter. Unzugänglich bis negativistisch, wird monatelang mit der Sonde gefüttert. Der Sohn einer Schwester dieser Kranken, Adolf Pfro., erkrankte 23jährig und befindet sich seit 16 Jahren bis heute in der Anstalt W. Diagnose: *Schizophrenie*. Beziehungs-, Bedeutungs-, Vergiftungsideen, Halluzinationen, Personenverkennungen, körperliche Mißempfindungen (elektrischer Strom). Im Anfang mehr hebephrenes, später deutlicher katatonies Bild. Bewegungsstereotypien und -manieren, steife Haltungen „die bekannte Hampelmannstellung“, stuporöse Zustände, impulsive Erregungen mit Aggressivität, Selbstmordversuche, Negativismus, Kotschmierer. Schwerer gedanklicher und sprachlicher Zerfall, massenhafte Wortneubildungen.

Geschwister Rei. Probandin Philippine Rei., geb. 1895. In der Schule gut gelernt, Kantoristin. Sensible, weiche Natur, leicht erregbar. Schwer zugänglich, verschlossen, zurückgezogen, ungesellig. Krankheitsbeginn allmählich mit 23 Jahren im Anschluß an sexuelles Erlebnis. Wurde zunehmend nervös, erregbar und menschenscheu. Anfang 1920 plötzlich abends verwirrt, blieb die halbe Nacht angekleidet im Badezimmer sitzen, war tagelang ganz unzugänglich, aß nichts, schrie plötzlich, lief im Hemd auf die Straße. Deshalb in die Anstalt H. M. Wirft sich unruhig im Bett herum, weint viel, versteckt sich unter der Decke, klagt über diffuse Beschwerden, macht nur unklare Angaben. Allmähliche Besserung, nach 3 Monaten entlassen. Diagnose: *Reaktive (hysterische) Neurose*.

Arbeitet wieder in ihrem Beruf, noch verschlossener und zurückhaltender als früher. Anfang 1922 Beziehungsideen, glaubte sich beobachtet und von einem Manne hypnotisiert. Saß stundenlang untätig herum, deshalb in die Anstalt K. Hier abweisend, liegt mit abgewandtem Gesicht und geschlossenen Augen im Bett, gibt keine Antwort, angedeutetes Grimassieren. Hört nachts vor ihrer Tür Männertritte, macht später zögernde Angaben über ihr früheres sexuelles Erlebnis. Benimmt sich albern und kindisch, wird nach 6 Wochen entlassen. Diagnose: *Hysterie (Sexualtrauma? Schizoid?)*.

Arbeitet wieder ein Jahr auf der Bank, fühlt sich angeblich wohl, stets leichtere Eigenbeziehungen. Glaubt sich besonders von Männern merkwürdig angeblickt, immer etwas ängstlich. Anfang 1923 wieder aufgeregter, stärkere Eigenbeziehungen, Verstimmungen, deshalb wieder in die Anstalt K. Kommt hier wieder auf ihr früheres Erlebnis zurück, fühlt sich entehrt und befleckt. Ist abweisend und widerstrebend, wortkarg, wendet sich weg, lacht mitunter einfältig. Kindliches Benehmen, angedeutetes Grimassieren. Nach 3 Monaten entlassen. Diagnose:

Schizophrenie? Nahm nun ihren Beruf nicht mehr auf. Half ihrer Mutter im Haushalt. Ende 1924 wieder verändert, aß nichts mehr, hörte Stimmen, ratlos, saß untätig herum, verstimmt, Selbstvorwürfe. Deshalb (32jährig) in die Klinik. Hier stark gehemmt, widerstrebend bis negativistisch, sitzt in steifer Haltung da, gibt auf Fragen keine Antwort, hört Stimmen. Liegt dann ganz stuporös im Bett, Affekt wechselnd, albern bis gereizt, verweigert die Nahrung, grimassiert. Ab und zu impulsive Unruhe, wälzt sich im Bett herum, schlägt mit den Armen auf die Decke, wirft Gegenstände durch den Saal, versucht dem Arzt den Mantel herunterzureißen. Diagnose: *Katatonie*.

Überführt in die Anstalt H., dort seitdem ununterbrochen bis heute. Vorwiegend schwer stuporös, unzugänglich, mutistisch, meist im Bett, unter der Decke verkrochen, stark negativistisch, Nahrungsverweigerung, unrein mit Kot und Urin. Wochenlang in starrer Haltung. Von Zeit zu Zeit triebhafte Erregungen mit Schreien und Toben, zerreißt das Bettzeug, wirft mit Geschirr, wird tätlich gegen das Personal.

Elia Rei., geb. 1892. Gut gelernt, Archivarin an einer Zeitung. Immer schon „pathologisches Wesen“, „romantische Neigungen“, oft verstimmt. Empfindsam, übernehmerisch, theatralisch. Allmählicher Krankheitsbeginn mit 34 Jahren (1926). Nach Vertrauensbruch einer Freundin heftige Erregung, stundenlanges Schimpfen und Toben. Wochenlang erregt und verstimmt, kam immer wieder auf diesen Vorfall zurück. Seitdem mißtrauisch, zurückhaltend, verschlossen, wittert überall Feinde, vielerlei Eigenbeziehungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Deshalb 1928 in die Anstalt H. M. Hier verschrobene Gestik und Mimik, gespreizt, maniert, monotone Stimme, unzugänglich bis stuporös. Grimassiert, halluziniert, flacher Affekt. Schwere Erregungen mit Toben, Brüllen, Schlagen. Negativistisch, Sondenfütterung, unrein. Diagnose: *Schizophrenie*. Nach 2½ Jahren versuchsweise entlassen, zu Hause aber grob auffällig, schwere Erregungen. 5 Monate später in die Klinik. Auch hier massenhaft Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, Sinnestäuschungen, ständiger Wechsel zwischen negativistischem Stupor und abrupten Erregungen. Starre Haltungen, Bewegungstereotypen, Handlungsverfahren, Parakinesen. Wildes Heulen und Schreien, aggressiv. Diagnose: *Katatonie*. Seitdem dauernd in Anstalten bis zum Tod 1934. Ununterbrochen bis zuletzt sehr schweres Krankheitsbild, zerstörungssüchtig und gefährlich, Koprophagie.

Zusammenfassung. Beide Schwestern haben gut gelernt und waren berufstätig. Beide präpsychotisch auffällig, empfindsam, unzugänglich, ungesellig. Bei beiden allmählicher Krankheitsbeginn, bei der einen im Anschluß an ein sexuelles Erlebnis, bei der anderen nach dem Vertrauensbruch einer Freundin. Die Entwicklung der eigentlichen Psychose zieht sich über Jahre hin. Bei der Probandin wird zuerst an eine hysterische Neurose, dann an ein „Sexualtrauma“ gedacht. Erst nach dem 30. Jahr (32 und 34) bricht bei beiden Schwestern die Psychose katastrophal aus, und nimmt nun einen progressiven, besonders schweren Verlauf. Beide Erkrankungen sind sich außerordentlich ähnlich und charakterisiert durch ein ständiges Abwechseln von tiefem Stupor mit schwerem Negativismus, Nahrungsverweigerung, starren Haltungen, Bewegungstereotypen und -manieren und sehr hochgradigen, triebhaften Erregungen mit Zerstörungswut, Aggressivität, wildem Schreien und übelstem Kot-schmierern.

Von 4 weiteren Geschwistern starb ein Bruder als Kind, die 3 anderen sind alle nervös. Die Mutter ist eine erregbare, leicht gereizte, miß-

trauische und einsichtslose Frau, über den Vater s. S. 485. In der entfernteren Verwandtschaft sind Psychosen nicht nachweisbar.

Geschwister Eig. Probandin Katharina Eig., geb. 1897. Durchschnittliche Schülerin, im Wesen etwas still, aber nicht auffällig. Als Hausangestellte tüchtig. Kräftig-leptosomer Körperbau. Krankheitsbeginn mit 24 Jahren ohne äußere Ursache mit körperlichen Mißempfindungen, Gefühl der Umweltsveränderung, ängstlichen Vorstellungen, der Teufel hole sie. Die Mutter sei eine Hexe, sah Totenköpfe. Ging ins Wasser. 1921 in die Klinik. Hier zunächst ruhig, ausdruckslose Mimik, sitzt akinetisch da, lächelt und weint nacheinander. Beziehungs-, Verfolgungs- und Versündigungsideen. Zurückhaltend, unzugänglich, ablehnend. Dann plötzliche starke Erregung, die ganze Welt ginge durch ihren Kopf, sie habe böse und schmutzige Gedanken gedacht, sie wolle nicht mehr leben, sei eine Hexe und müsse verbrannt werden. In ihrem Herzen säße eine menschliche Stimme, die schmutzige Gedanken ausspräche, sie sähe dunkle Gestalten mit schwarzen Händen, die starr und stumm herumstünden. Dann wieder regungslos im Bett liegend, stumm, mit leerem Gesichtsausdruck. Negativistische Nahrungsverweigerung. Katalepsie. „Gespanntes Verhalten.“ Verkriecht sich unter die Bettdecke, starr, kaum spontane Bewegungen. Dann triebhaftes Hochspringen, aggressives Vorgehen. Bringt einformig den Wunsch vor, man solle sie erschießen oder vergiften. Diagnose: *Katatonie*. Verlegung in die Anstalt E. Hier, sowie später in der Anstalt K., in der sie sich noch heute befindet, bietet sie seit 16 Jahren stets das gleiche Bild einer schwer negativistischen Katatonen. Liegt meist unter der Decke verkrochen, völlig unzugänglich, ohne jegliches Interesse an den Vorgängen ihrer Umgebung, ohne Initiative. Häufig wild erregt, schlägt, tritt, kratzt und beißt dann, schmiert furchtbar mit Kot. Scheint zu halluzinieren, spricht nichts.

Elisabeth Eig., geb. 1890. Durchschnittliche Schülerin, Hausangestellte. Über präpsychotische Persönlichkeit nichts genaueres bekannt. Kräftig-leptosomer Körperbau. Mit 24 Jahren ohne äußere Ursache erkrankt. Hörte allerlei, ihren Namen rufen, ihren Bruder schreien, sah ihre Mutter, wurde ängstlich erregt, äußerte, der Boden wanke, es brenne. Verrichtete Aufträge falsch, wurde ruhe- und schlaflos, schrie eines nachts laut, wollte aus dem Fenster springen. In der Klinik mürrisch, abweisend bis ausgesprochen negativistisch. Unproduktiv, macht dürftige Angaben. Unruhig, läuft beständig umher, legt sich zu anderen Kranken ins Bett, nörgelt und schimpft, in allem stark negativistisch. Wird nach 14 Tagen ungeheilt nach Hause geholt. Diagnose: *Katatonie*. Über das weitere Schicksal dieser Kranken stehen uns nur spärliche Angaben zur Verfügung, eine Nachuntersuchung war leider nicht möglich. Die Kranke soll später nochmals vorübergehend in Stellung gewesen sein, es sei aber „nicht gegangen“. Blieb dann zu Hause bei den Eltern. 1920 bekam sie wegen einer Lebensmittelschiebung 14 Tage Gefängnis. 1921 gab die Mutter an, ihre Tochter sei zu Hause, arbeite etwas, liege aber viel zu Bett, sei manchmal aufgeregt, mißtrauisch, habe böse Gedanken. 1922 bestätigen die Angehörigen, sie sei ähnlich wie die zur Zeit in der Anstalt befindliche (negativistische) Probandin, nur etwas lenkbarer. 1935 teilte der Bruder auf Anfrage mit, seine Schwester sei seit 8 Jahren (1928) vollkommen in Ordnung, sehr brav und fleißig, ernähre sich selbst und habe „seit dieser Zeit nicht die geringste Geistesstörung gehabt“.

Zusammenfassung. Die beiden Schwestern, die anscheinend präpsychotisch nicht auffällig waren, erkrankten im gleichen Alter ohne äußere Ursache unter genau denselben Symptomen. Schon zu Beginn der katatonen Psychose beherrschte bei beiden der Negativismus das Bild. Der Unterschied liegt lediglich im weiteren Verlauf, indem die Probandin

dauernd anstaltspflegebedürftig blieb und seit dem Krankheitsausbruch bis heute im ganzen das gleiche Bild bietet, während die Schwester außerhalb der Anstalt leben kann, wenn auch zweifellos in einem dauernden Defektzustand. Die Angaben des Bruders erscheinen wenig glaubhaft, denn man müßte dann eine Heilung nach 14jähriger Krankheitsdauer (1914—1928) annehmen. In der weiteren Verwandtschaft sind weder Psychosen noch Psychopathen festzustellen.

Geschwister Bä. Proband Johann Bä., geb. 1882. Schulleistungen unbekannt. Metzger. Athletischer Körperbau. Ungesellig, war gern mit sich allein, ging mit seinen Kindern spazieren. Alkoholintolerant, auch sonst leicht aufgeregt, immer eifersüchtig. Starker Raucher. Fand nach dem Krieg keine Arbeit, wollte keine Unterstützung beziehen, machte allerhand Schiebergeschäfte. Ließ sich zum Spielen und Wetten verleiten, weil er viel Geld haben wollte. Verlor aber alles, regte sich hierüber sehr auf. Im Anschluß hieran Krankheitsbeginn (1919, 37jährig). Wurde schlaflos, stand nachts auf, hörte Klopfen und Telephonieren, suchte nach vermeintlichen Verfolgern. Wurde fromm, ging häufig in die Kirche, was er früher nie getan hatte.

September 1919 in die Klinik aufgenommen. Er möchte zum Kaiser geführt werden, verlangt nach den „höheren Herren“. Man solle ihn an der Brust operieren, da habe er Schmerzen, da müsse was drin sein, ein Geschwür. Er sei ganz durcheinander gekommen, habe schon lange nicht mehr gebeichtet, möchte dies jetzt nachholen. Bittet den Arzt, er möge ihm beistehen, „die ganze Welt ist auf mir“. Die ganze Welt sei gegen ihn, alles drehe sich in seinem Kopf, wenn er bloß wieder seinen guten Verstand zurückbekomme. Innere Unruhe, ängstlich, ratlos.

Verhält sich ruhig, bleibt für sich, ist etwas gedrückt. Halluziniert. Nachts kniet er vor seinem Bett, betet und führt Selbstgespräche. Zeitweise sehr unruhig, erregt, schlägt auf die Pfleger ein. Beruhigt sich nach einiger Zeit, beschäftigt sich, ist verschlossen, spricht wenig, steht oft allein herum, sondert sich ab, abweisend. In einem Brief deutliche sprachliche und gedankliche Schiefheiten. Nach 10 Wochen versuchsweise nach Hause entlassen. Diagnose: *Katatonie*.

Kommt nach 2 Monaten freiwillig wieder, klagt über Verstimmung, Niedergedrücktheit, Kopfweg. Ist leicht depressiv. Wird nach 2 Tagen wieder abgeholt. 2 Monate später Wiederaufnahme, war zu Hause untätig, schlief viel, aß wenig, sprach nichts. In der Klinik stuporös, stumm, akinetisch, deutliches Haltungsverharren, psychomotorische Dyskinese. Halluziniert. Später arbeitet er etwas, aber antriebsarm, sondert sich ab. Paralogien, Neologismen. Unverändert in die Anstalt H. Hier stehen im Vordergrund deutliche körperliche Mißempfindungen, klagt, er bekomme „furchtbare Schmerzen gemacht“. Starre Haltung, Bewegungs- und Sprachmanieren, selten einmal halluzinatorisch bedingte Erregungen. Fleißig und regelmäßig bei der Feldarbeit. Nach 3 Jahren entwichen. Ein halbes Jahr später polizeilich in die Klinik eingewiesen, weil er Streit mit Mitbewohnern bekam, unfleißig schimpfte. Hypochondrische Wahnideen, Paralogien. Seitdem bis heute ununterbrochen in der Anstalt. Im wesentlichen unverändertes Bild, arbeitet im Haus, führt verworrene Selbstgespräche einförmigen Inhalts, darin massenhaft Neologismen und Agrammatismen. Queruliert über alle möglichen körperlichen Beeinträchtigungen. Stereotype Gesten und Manieren. Zeitweise Erregungszustände.

August Bä., geb. 1887. Nach den Schulzeugnissen Analphabet. Tölpel, wurde viel gehänselt. Ungelernter Arbeiter. Krankheitsbeginn mit 28 Jahren (1915). Arbeitet nichts mehr, war ängstlich verstimmt, schlaflos, unruhig. Selbstbeschuldigungen, er habe ein Mädchen ermordet, ein anderes mißbraucht. Fürchtet, man wolle ihn vom Kirchturm herunterstürzen oder verbrennen. Verweigert die Nahrung,

weil er sie nicht bezahlen könne. Wegen Selbstmordgefahr in die Anstalt W. Hier zunächst ängstlich, weinerlich, kann die einfachsten Fragen nicht beantworten. Sitzt aufrecht im Bett, zupft stereotyp Fäden aus der Decke. Untätig, unzugänglich, widerstrebend bis negativistisch, unsauber, stopft sich Schmutz in den Mund. Halluziniert, hört schimpfen, man bezichtige ihn eines Diebstahls. Ab und zu erregt, „krakeelt den ganzen Tag“. Versucht einmal, sich zu strangulieren. Diagnose: *Pfropfhebefrenie*. In der Folgezeit meist stereotype Unruhe, einförmiges Hin- und Herlaufen, Händeklatschen, dauernde unverständliche Selbstgespräche. Wird jahrelang als der unruhige Störenfried bezeichnet, der ununterbrochen umhertippelt, in die Hände klatscht und sonstigen Lärm macht, dabei unaufhörlich verworren daherredet. Bietet dieses gleiche Bild 18 Jahre lang bis zu seinem Tod 1933.

Zusammenfassung. Von diesen beiden Brüdern stand nur der Proband in unserer eigenen Beobachtung, und es liegen daher über ihn eingehendere Untersuchungen vor als über seinen Bruder. Außerdem ist bei dem Vergleich der beiden Psychosen zu berücksichtigen, daß August offenbar angeboren schwachsinnig war. Trotzdem ist auch hier die Ähnlichkeit nicht zu verkennen. Beide Psychosen sind schwere Katatonien mit progressivem Verlauf, beiden ist das Gleichbleibende des Zustandsbildes lange Jahre hindurch gemein, ein Wechseln und Schwanken fehlt, von beiden wird die ununterbrochene Unruhe, das ständige, verworrene Vorschichschwätzen, das Einförmige und Stereotype in Motorik und Sprache betont. Beide halluzinieren, lediglich die bei dem Probanden beobachteten Körpersensationen werden von seinem Bruder nicht berichtet. In dessen Krankengeschichte ist leider auch nicht vermerkt, ob er in seinem Rededrang die bei dem Probanden so auffälligen sprachlichen Absonderlichkeiten bot. Es kann dies aber wohl angenommen werden, da seine Selbstgespräche immer als „ganz unverständlich“ bezeichnet werden.

In der weiteren Verwandtschaft finden sich keine Psychosen. Die Mutter der Mutter soll „schwermütig und schwachsinnig“ gewesen sein, eine Schwester ist beschränkt und einfältig, ein Bruder wird als nervös, rechthaberisch, halsstarrig und unbelehrbar geschildert, er rede immer dasselbe und falle durch „Kopfschütteln und Augenzucken“ auf.

Geschwister Stod. Proband Richard Stod., geb. 1887. Schlecht gelernt. Als Kind artig, leicht schwermütig, spielte nicht gern mit andern Kindern, auch später gern für sich. Als Eisenbahnschlosser solid und tüchtig. 4 Jahre im Krieg, 1917 Malaria. Krankheitsbeginn mit 34 Jahren allmählich ohne äußere Ursachen mit Eigenbeziehungen. Arbeitskameraden redeten über ihn, verspotteten ihn, bezeichneten ihn als politischen Verräter. Angst, umgebracht zu werden. Warf sich vor, von Gott abgefallen zu sein. Saß starr herum, redete kaum ein Wort. 1921 in die Klinik. Hier ängstlich, ruft nach seiner Mutter, ratlos. Wortkarg, spricht mit kläglichlicher Stimme, versagt bei den einfachsten Fragen, sehr unproduktiv, starker Ausfall an Regsamkeit. Mehrere, ernst gemeinte Selbstmordversuche. Muß wegen ängstlicher Erregungen, in denen er immer nach seiner Mutter ruft, oft im Bad gehalten werden. Läuft sonst unruhig hin und her, mißtrauisch, hört Stimmen, weint vor sich hin, kniet betend nieder, er sei an allem Schuld, nehme seine Strafe willig hin, man solle ihm verzeihen, er sei dankbar für die Behandlung. Diagnose: *Katatonie mit depressivem Beginn*. Nach 3 Wochen nach der Anstalt E. überführt, hier traurig, verstimmt, weinte viel, betete in seinem Zimmer, daß die Menschen anständig würden. Nach 3 Monaten gegen Revers nach Hause entlassen.

Arbeitete nun wieder bei der Bahn als Vorarbeiter. 1923 wegen Arbeitsmangels entlassen, arbeitete dann 2 Jahre in einer Druckerei, äußerte zuweilen Vergiftungsideen. März 1926 Selbstvorwürfe und Selbstanschuldigungen. Weinte wieder viel. Es war ihm, als ob ein anderer in seinem Kopfe dächte, die Gedanken verwirren sich, er hörte schimpfende Stimmen, die ihn ganz durcheinanderbrachten. Gefühl, als ob er am Kopf gequetscht würde. Kam mit seiner Arbeit nicht mehr zustande. Deshalb Mai 1926 in die Anstalt K. Dort still, zurückhaltend, für sich, manchmal etwas läppisch. Bestreitet Sinnestäuschungen. Katalepsie. Sonst nach dem Krankenblatt wenig auffällig. Wird nach 5 Monaten gebessert entlassen. Diagnose: *Katatonie*.

Arbeitete wieder als Schlosser. Nach Angabe seiner Frau nie mehr ganz gesund, machte viel verkehrt, äußerte Beziehungsideen, glaubte sich beobachtet, gefilmt, geröntgt, elektrisiert. Wurde dann arbeitslos, stierte viel vor sich hin, sehr mißtrauisch, legte Zeitungsartikel falsch aus, las deshalb gar nichts mehr, hörte Summen im Kopf, hatte abnorme Körpersensationen. Manchmal sehr aufgeregt. Bei einer Nachuntersuchung 1934 ganz beherrscht von akustischen Halluzinationen und Beziehungsideen. Bringt diese in großem Redeschwall vor. Das Dach gebe Töne, da müsse eine elektrische Zentrale drin sein. Glaubt von allen Seiten schikaniert zu werden, die Frau tue ihm Gift ins Essen. Auch bei einer Nachuntersuchung 1937 einförmiger Redeschwall mit unklaren Wahnideen, querulatorisch, nicht recht zu fixieren. Dabei unbelebte Mimik, im ganzen bewegungsarm, ohne rechten Affekt.

Maria Stod., geb. 1897. Als kleines Kind unklare Wirbelsäulenerkrankung, mußte lange Zeit auf einem besonderen Kissen liegen. In der Schule angeblich gut gelernt. Danach Putzmacherin, tüchtige Arbeiterin. Krankheitsbeginn mit 27 Jahren (1924) plötzlich und ohne äußere Ursache. Wurde unruhig und ängstlich, schrie laut, glaubte, sie müsse sterben, rief nach einem Geistlichen. Sie müsse zum lieben Gott, er rufe sie. Würgte ohne Grund eine Bekannte, wollte dann zum Fenster hinausspringen. Deshalb in die Anstalt B. Kleine, infantile Frau, Kyphoskoliose. In dauernder psychomotorischer Erregung, bleibt nicht im Bett, pendelartiges Wippen des Körpers, fährt mit den Händen durch die Luft, halluziniert, ist nicht zu fixieren. Affektarm, sprachliche Stereotypien, inkohärenter Rededrang. Ist schlecht, widerstrebt, ab und zu ängstliche Erregungszustände. Nach etwa 4 Wochen ändert sich das Bild, akinetisch, amimisch, mutistisch, initiativlos. Wird in diesem Zustand 3 Monate nach der Aufnahme von der Mutter nach Hause geholt. Diagnose: *Katatonie*.

Arbeitete wieder 10 Jahre lang als Modistin. Sehr für sich, in sich gekehrt, verschlossen, ging nicht gern unter Menschen, sehr empfindlich, nahm sich jede Kleinigkeit zu Herzen. Sonst nicht weiter auffällig. Sorgte für die Mutter, Anfang 1935 kam sie aufgeregt vom Grab ihres Vaters zurück, redete von drohendem Unheil, Flugzeuge würden kommen, es werde allen schlimm ergehen. Am nächsten Tage wollte sie sich aus dem Fenster stürzen, weil man dann „so schön in der Luft fliegen kann wie ein Zeppelin und flattern wie eine Fledermaus“. Lief dann halb bekleidet auf die Straße, wurde aufgegriffen und in die Anstalt B. gebracht. Schreit und schimpft dort laut, weigert sich, ihren Namen zu nennen, jammert, „schlagt mich nicht“, hat offenbar körperliche Mißempfindungen, halluziniert lebhaft. Nahrungsaufnahme schlecht, hält die Bissen lang im Munde, läßt flüssige Nahrung wieder herausfließen, verschluckt sich häufig. Dann wieder erregt, schreit um Hilfe, schlägt um sich. Dauernde Unruhe, rutscht im Bett hin und her, macht stereotype Bewegungen mit den Händen, schüttelt stundenlang den Kopf. Nach 3 Wochen Exitus an schwerer Herzinsuffizienz und Bronchopneumonie. Diagnose: *Schizophrenie*.

Zusammenfassung. Beide Psychosen beginnen mit ängstlicher Unruhe, Eigenbeziehungen, Halluzinationen, Todesangst und Selbstmordversuchen.

Depressive Färbung, Schuldgefühle. Erster Schub gekennzeichnet durch ängstliche Erregungen, wechselnd mit akinetischen, stuporösen Zuständen. Dauer in beiden Fällen etwa 3 Monate. Bei dem Probanden folgt nach 5jähriger guter Remission nochmals ein leichterer Krankheitsanfall, von dem aber deutliche Defekterscheinungen, weniger katatoner als paranoider Art zurückblieben. Bei seiner Schwester folgt nach 10jähriger, scheinbar ebenfalls guter Remission, ein schwerer Krankheitsschub, in dessen Erregung sie rasch zugrunde geht. In der Symptomengestaltung, abgesehen von dem verschiedenen Grad der Erregungen, sind sich die Psychosen der beiden Geschwister ähnlich. Von den 6 weiteren Geschwistern sind 2 klein gestorben und ein Bruder seit dem Krieg verschollen, 2 Brüder und 1 Schwester sollen angeblich unauffällig sein. Der Vater war Trinker und ein geiziger, jähzorniger, bigotter Sonderling, die Mutter ist eine querulatorisch-geschwätzig, für die Erkrankungen ihrer Kinder völlig uneinsichtige Frau. Psychosen sind in der entfernteren Verwandtschaft nicht bekannt.

Geschwister Gröm. (vgl. Erbtafel 4). Probandin Franziska Gröm., geb. 1892. Schwer gelernt, als Kind eigensinnig, gemütlös. Dienstmädchen. Oberflächlich-leichteres Wesen, haltlos, leichtsinnig, mit 16 Jahren uneheliches Kind, mit 20 Jahren Lues. Körperbaulich kräftig-massiv, dysplastisch, breites, grobknochiges Gesicht. Krankheitsbeginn mit 30 Jahren (1922) nach einem sexuellen Erlebnis. Geriet in ängstliche Erregung, alles kam ihr komisch und unheimlich vor, im Schrank polterte es, das Licht ging von selbst aus, sie hörte furchtbares Schreien, sah einen schwarzen Schatten, der sie vergewaltigen wollte, rief um Hilfe, wollte zum Fenster hinausspringen. Deshalb in die Klinik (Dezember 1922).

Berichtet hier von früheren Gespenstergeschichten. Habe auch ihre tote Schwester leise rufen gehört. Stark ängstlicher Affekt, fürchtet geschlachtet oder an einen Mädchenhändler verkauft zu werden. Massenhafte, zum Teil phantastische Beziehungs-, Bedeutungs-, Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Mißtrauische Umdeutungen, Personenverkennungen, optische und akustische Sinnestäuschungen. Schwere ängstliche Erregungen, verteidigt sich schimpfend gegen vermeintliche Beschuldigungen. Körperliche Mißempfindungen. Bei der psychisch-experimentellen Prüfung A- und Paralogien, Verkennungen und Fehlbeziehungen. Verbigerationen, Stereotypien, Echolalie. Nach Abklingen der Erregung zunehmend stuporös, liegt starr im Bett, macht öfters stereotype Handbewegungen. Einsilbig, ablehnend. Immer mehr akinetisch und negativistisch. Zieht sich die Decke über den Kopf, völlig mutistisch. In diesem Zustand nach 5 Monaten in die Anstalt H. überführt. Diagnose: *Katatonie*.

In H. unzugänglich, abweisend, versteckt sich. Häufig stark erregt, schimpft dann laut, fühlt sich bestohlen, verkennt die Umgebung. Zerreißt die Wäsche, verweigert öfters die Nahrung. Abnorme Körpersensationen, sie werde mit kochendem Wasser verbrüht, von der Decke werde kochende Blausäure auf sie herabgegossen. Bindet sich nachts einen „Kopfschützer“ um, reißt sich büschelweise Haare aus. Halluziniert optisch und akustisch. Sieht schwarze Gespenster, das sei der Teufel, der ihre Seele holen wolle, sieht Särge und ihre tote Schwester, die man wieder ausgegraben hat. Hört ihren Vater im oberen Stockwerk, fühlt sich von einem „bösen Bund“ und „Freimaurerkerlen“ bedroht. Nach 1½ Jahren allmähliche Beruhigung, arbeitet etwas in der Waschküche, wird im September 1924 gebessert entlassen.

Blieb nun 1 Jahr zu Hause, ging dann wieder in Stellung, wechselte häufig. Nie recht gesund, ab und zu „schlechte Zeiten“, lief nachts umher, sah und hörte

allerlei. Dezember 1927 wieder ängstlicher, mißtrauisch, Eigenbeziehungen. Anfang 1928 6 Wochen in der Anstalt K., hier nach dem Krankenblatt außer deutlichen Beziehungsideen nicht besonders auffällig. Gutachten: *Paranoide Schizophrenie*. Arbeitete nun nichts mehr, „erzählte eigenartige Geschichten“, hatte Sinnes-täuschungen. Juli 1929 wieder in die Klinik. Hier stehen jetzt die katatonen Erscheinungen im Vordergrund, während die früher so lebhaften halluzinatorischen Erlebnisse nur noch spärlich hervortreten. Akinese, Parakinesen, Grimassieren, leerer Gesichtsausdruck, Affektarmut, Negativismus, Katalepsie, Gegenhalten, Zwangslachen und -weinen. Deutliche Paralogien. Unverändert nach H. Hier arbeitete sie zeitweise etwas, meist ganz mit sich selbst beschäftigt, dann wieder negativistisch, erregt, streitsüchtig, gewalttätig. Fühlt sich von Hexen belästigt, sieht Totenköpfe und Gespenster. Auffallendes unbändiges Lachen oder Zwangsweinen. Nach 3 Jahren in der Anstalt gestorben.

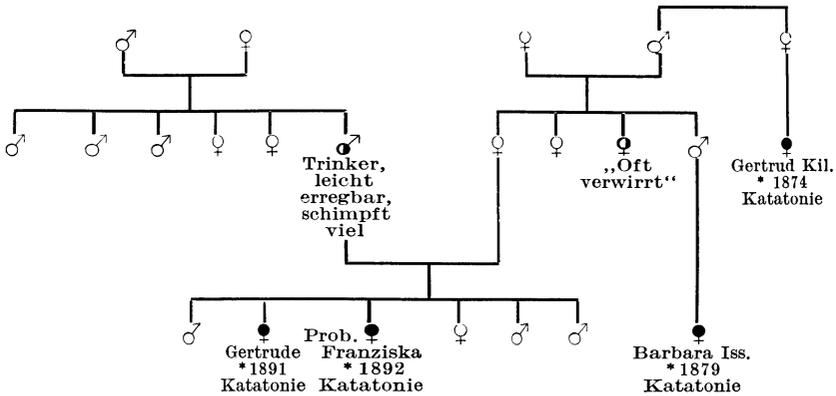
Gertrude Gröm., geb. 1891. Schwer gelernt, bis zur Ehe Dienstmädchen. Unstet, Stellen oft gewechselt, immer hitzig und nervös, bigott. Vor der Ehe Mißfall. Körperlich kräftig, massiv, dysplastisch. Nach dem Lichtbild große Ähnlichkeit mit der Probandin.

Krankheitsbeginn etwa mit 40 Jahren (1931), 1 Jahr nach dem Tod des Mannes. Hörte Stimmen, glaubte sich von allen Männern beobachtet, mit elektrischen Strömen bearbeitet. Körperliche Mißempfindungen, Genitalsensationen. Gesichtstäuschungen. Fühlte sich von allen Seiten bedroht, brachte in ihrer Wohnung neue Schlösser an, stellte sich schließlich der Polizei. Wegen *paranoider Psychose* in die Klinik. Hier starke ängstliche Unruhe, spürt ein Unheil nahen, fürchtet Arme und Beine abgehackt zu bekommen. Sie sei in 2 Höllen „in der Welthölle und in der andern Hölle“. Der Pfarrer ziehe ihr mit Strömen die Kraft aus dem Leibe. Selbstvorwürfe, Versündigungsideen. Verweigert die Nahrung. Nach dem Abklingen der Erregung bewegungsarm, langsam bis ausgesprochen akinetisch. Stumpfer, leerer Gesichtsausdruck. Einsilbig, ohne Spontaneität. Diagnose: *Paranoide Schizophrenie*.

Nach 4 Monaten in die Anstalt H. überführt. Hier in der Folgezeit massenhafte, zum Teil phantastische Sinnestäuschungen, Beeinflussungs- und Beeinträchtigungsempfindungen, Beziehungserlebnisse, körperliche Mißempfindungen. A- und paralogische Denkstörungen. Angstzustände, Selbstmordversuche. Allmähliches Abblenden des Bildes, Zurücktreten der Halluzinationen, Verarmung des Affektes, zunehmend negativistisch, häufig gewalttätig. Ißt unmäßig, schmiert mit Kot. Zeitweise nicht aus dem Bett zu bringen, völlig „autistisch“. Lacht vor sich hin, widerstrebt, wochenlange schwere Stuporzustände. Dann wieder „mechanisch-kataton“ Arbeiten, dabei stumm, unzugänglich und ohne Konnex. Von Zeit zu Zeit abrupte Erregungszustände mit Angriffen auf andere. Noch heute in der Anstalt.

Zusammenfassung. Auch hier bei beiden Geschwistern große Ähnlichkeit. Übereinstimmung im Körperbau, mäßiger Begabung und präpsychotischer Persönlichkeit. Erkrankungsalter verschieden, Symptomen-gestaltung der akuten Psychose auffallend ähnlich, in beiden Fällen gekennzeichnet durch den hochgradig ängstlichen Affekt, das „gespürte Bedrohtsein“. Massenhafte, zum Teil phantastische Sinnestäuschungen und Körpersensationen. Stark paranoische Färbung. Im Anfang treten katatone Erscheinungen zurück, bis sie allmählich unverkennbar das Bild beherrschen. Verlauf bei der Schwester Gertrude von vornherein progressiv, bei der (um 10 Jahre früher erkrankten!) Probandin von einer längeren Teilremission unterbrochen. Ausgang gleich schwerer Zerfall.

Erbtafel 4.



Vater Trinker, hitzig, schimpft viel. Mutter und 3 Geschwister unauffällig, 1 Schwester jung gestorben. In der entfernteren Verwandtschaft 2 weitere *Katatonien*. Base Barbara Iss. erkrankte 21jährig mit ängstlichen Beziehungs- und Verfolgungsideen und bot von Anfang an ein katatonisches Bild mit Stupor, Negativismus, Grimassieren, Manieren, motorischen und sprachlichen Stereotypen. Nach 1jährigem Aufenthalt in der Klinik W. wurde sie von ihren Angehörigen aus finanziellen Gründen nach Hause genommen und hier bis zu ihrem Tode 13 Jahre später „in einer Art Zwangshaft“ gehalten, da sie böswillig war. Gertrud Kil., Tochter der Schwester des Vaters der Mutter, mäßig begabt, eigensinnig, wurde im 36. Jahre auffällig durch Versündigung- und religiöse Wahnideen und ängstliche Erregungen, in denen sie ziellos herum lief, mit Selbstmord drohte, allerlei Verkehrtheiten beging, Fenster einschlug. Tageweise blieb sie im Bett und verweigerte die Nahrung. Erst nach 3 Jahren kam sie in die Anstalt L. Hier stuporös, akinetisch, stumm, negativistisch, muß mit der Sonde gefüttert werden, unrein. Ab und zu schwere Erregungszustände. Nach 6 Jahren ungeheilt nach Hause geholt. Dort soll sie „etwas scheu“ sein, aber noch allerlei Haus- und Feldarbeiten verrichten können.

Geschwister Wei. Probandin Lina Wei., geb. 1892. Schulleistungen unbekannt. Kaufmännische Angestellte bis zur Heirat. Etwas argwöhnisch, sonst unauffällig. Kräftiger Körperbau, leicht basedowoid. Mit 22 Jahren Scharlach mit kurzem „Verwirrtheitsanfall“. Krankheitsbeginn mit 29 Jahren (Juli 1921) mit plötzlichen Erregungszuständen. Schrie, tobte, schimpfte nachts ohne ersichtlichen Grund, sang dann religiöse Lieder, las in stereotyper Weise einen frommen Wandspruch herunter. Wollte zum Fenster hinaus. Beziehungs-, Vergiftungs-, Beeinträchtigungsideen, Eifersucht. Beklagte sich über üble Nachrede der Nachbarn. In der Klinik unruhig umherlaufend, singt unverständliche Silben vor sich hin, nickt im Takt mit dem Kopf, klatscht stereotyp in die Hände, antwortet nicht auf Fragen. Befehlsautomatie, Katalepsie, unzugänglich, widerstrebend. Lacht, singt und schimpft durcheinander, lebhafter Bewegungsdrang, vielerlei motorische und sprachliche

Einförmigkeiten. Eifersüchtig-erotisch gefärbte paranoische Äußerungen. Später bizarre Stellungen, die stundenlang beibehalten werden. Diagnose: *Katatonie*.

Nach 11 Wochen unverändert in die Anstalt E. überführt. Dort noch häufig schwer erregt, schimpft und ist gewalttätig. Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen. Allmähliche Beruhigung, beschäftigt sich, deutlich affektarm, wenig regsam. März 1922 ungeheilt vom Mann nach Hause geholt.

Nun 6 Jahre zu Hause. Nie recht gesund, oft sehr aufgeregt, wirtschaftete schlecht, gab unnötig Geld aus, nahm gegen den Willen des Mannes ein Pflegekind an, deswegen ewiger Zank. Eifersucht und Mißtrauen. Diese nahmen Anfang 1928 stark zu, sie glaubte ihrem Mann nichts mehr, beschwerte sich bei anderen über ihn, wollte sich scheiden lassen, erhob die unmöglichsten Beschuldigungen gegen ihn. Wegen eines schweren Erregungszustandes, in dem sie gegen den Mann tätlich wurde, Juni 1928 wieder in die Klinik. Hier steht nun die paranoische Einstellung zu ihrem Mann ganz im Vordergrund, sie sieht ihn mit seiner Geliebten im Flugzeug vorbeifliegen und ähnliches. Körperliche Mißempfindungen, Vergiftungsfurcht. Motorische Stereotypen und Iterationen, zeitweise akinetisch. Nach 2 Monaten wieder in die Anstalt E. überführt. Dort zunächst verschlossen und abweisend, einige Wochen später „Zustand dauernder katatonischer Erregung“, muß gepackt und im Dauerbad gehalten werden. Auch in der Folgezeit ständiger Wechsel, einmal ganz akinetisch, muß von der Stelle geschoben werden, mutistisch, negativistisch, kataleptisch, dann einige Zeit mechanisches Arbeiten, ohne Antrieb, Interesse und Initiative, läppisch-affektler, dann wieder wochenlang auf der unruhigen Abteilung. Im Februar 1929 ungeheilt entlassen.

Seitdem bis heute zu Hause. Auch hier im Zustand wechselnd. Verläßt das Haus nicht, hochgradig mißtrauisch und eifersüchtig, bei jeder Kleinigkeit schwer gereizt und erregt, tyrannisiert die Familie, kümmert sich um nichts, untätig, liegt viel im Bett. Körperliche Mißempfindungen, spürt elektrische Ströme, riecht Gas. Der ganz verschüchterte Ehemann wagte nicht, eine Nachuntersuchung zuzulassen, aus Angst, die wütesten Szenen heraufzubeschwören. Mehrmals hatte er eine erneute Anstaltsunterbringung in Aussicht genommen, sie aber nie durchgeführt.

Johanna Wei., geb. 1878. Schlecht gelernt, aus der 4. Klasse entlassen. Fabrikarbeiterin bis zur Heirat. Oft aufgeregt, ist „nie aus dem Hause gegangen“. Kräftiger Körperbau, leicht basedowoid. Krankheitsbeginn etwa mit 46 Jahren. Hörte Stimmen, die sie der Unzucht mit ihrem Sohne und mit Hunden bezichtigten und sie beschimpften, Hexe, Hundeweib, Affenweib und ähnliches. Erst 2 Jahre später (August 1926) wegen eines Erregungszustandes in die Klinik. Kurz zuvor Selbstmordversuch durch Erhängen. War zunehmend gereizt geworden, schimpfte viel über ihre Mitmenschen, mißtrauisch, ängstlich, Vergiftungsfurcht, aß nur trockenes Brot und Kartoffeln. In der Klinik sehr unproduktiv, gibt einförmige, nichtssagende Antworten, sitzt regungslos mit starrer, ausdrucksloser Miene und offenem Munde da. Sitzt einmal die ganze Nacht wach und klopft mit beiden Händen auf die Bettdecke. Sondert sich von den andern Kranken ab, weigert sich manchmal, das Bett zu verlassen, widerstrebt, ißt wenig. Lebhaft, quälende Halluzinationen. Ängstlicher Affekt, fürchtet, am Kopf operiert oder umgebracht zu werden. Diagnose: *Progressive Halluzinose*. Nach 4 Wochen in die Anstalt H. überführt. Hier äußerlich ruhiges Verhalten, stumpf, interesselos, antriebsarm, leicht gedrückt, einförmiges affektloses Jammern. November 1926 unverändert vom Mann nach Hause geholt.

Dort in den folgenden Jahren gleichbleibend „stumpf, interesselos und phlegmatisch“, kümmert sich um nichts, läßt alles stehen und liegen, „verschmutzt und verschlampt völlig“. Stark mißtrauisch, verläßt nicht die Wohnung, verriegelt die Türen. Hört Stimmen, die sie offenbar belästigen, murmelt unverständlich vor sich hin. Bleibt tagelang im Bett, ißt nichts. Allerlei Verkehrtheiten, verbrennt ihre Kleider, sägt die Verzierungen von den Möbeln, klopft mit dem Hammer an dieselben. Aber angeblich nie stärker erregt. 1936 Tod durch Sturz aus dem Fenster,

wobei zweifelhaft bleibt, ob in selbstmörderischer Absicht oder weil sie eine Fahne, durch die sie sich beeinträchtigt fühlte, herunterholen wollte. Riß diese bei dem Sturz mit sich.

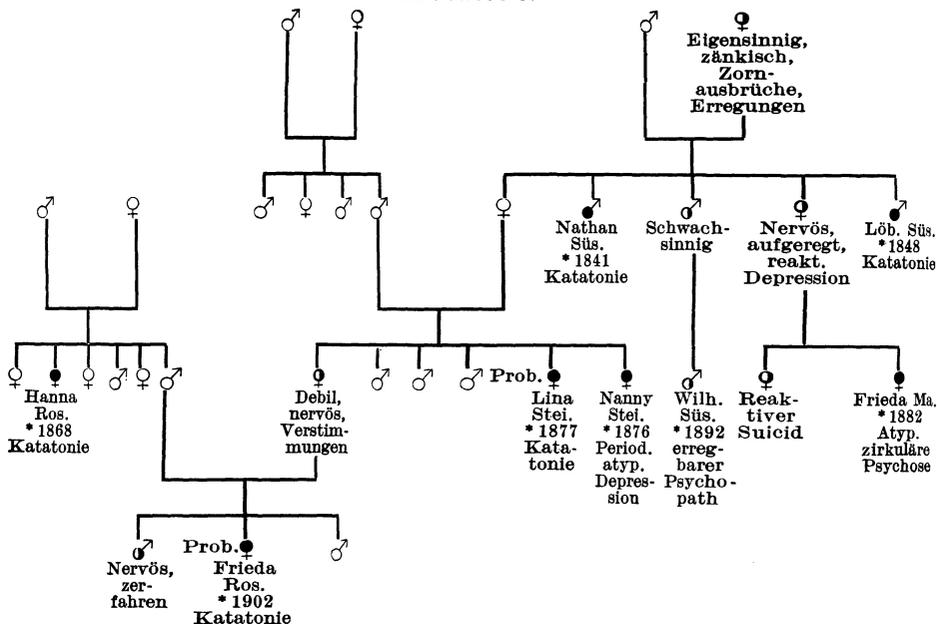
Zusammenfassung. Diese beiden Schwestern ähneln sich in ihrer körperlichen Konstitution, dem ungesellig argwöhnischen Zug ihrer präpsychotischen Persönlichkeit, und in dem Ausgang ihrer Psychose, einer ausgesprochenen paranoiden Demenz. Sie unterscheiden sich durch das verschiedene Erkrankungsalter und das Fehlen eigentlicher katatoner Symptome bei der Schwester Johanna. Während die Erkrankung der Probandin in jüngerem Alter plötzlich und akut mit massiven psychomotorischen Erscheinungen ausbricht und allmählich immer mehr ein paranoides Gepräge annimmt, fehlt bei der Schwester der akute Beginn und die psychomotorische Erregung und sie wird erst mit 46 Jahren und von vornherein durch halluzinatorisch-paranoische Erscheinungen auffällig. Auch im Endzustand fehlen die von der Probandin berichteten Erregungen, sie wird als mehr „stumpf“ und „phlegmatisch“ geschildert. Beide Ehemänner meinen, daß sie von jeher weniger lebhaft war als die Probandin, und wir erinnern uns außerdem, daß sie imbezill, zumindest debil war. Ob und wie weit vielleicht der Intelligenz- und Temperamentsunterschied der beiden Schwestern die Verschiedenheit ihrer Psychosen zu erklären vermag, muß dahingestellt bleiben.

2 weitere Schwestern starben jung an Lungentuberkulose, 1 Bruder fiel im Krieg. 2 Töchter der einen verstorbenen Schwester sind imbezill. Der Vater war Trinker. Über die senile Demenz der Mutter s. S. 489.

Geschwister Stei. Hier sei vorausgeschickt, daß es sich um eine jüdische Familie handelt und schon aus diesem Grunde eine atypische Gestaltung der Psychosen zu erwarten ist. Ein Blick auf die Erbtafel 5 zeigt die schwere Belastung. Bei mehreren Psychosen dieser Familie bestanden diagnostische Schwierigkeiten und bei manchen wird die Einreihung in den einen oder den anderen Formenkreis strittig bleiben müssen.

Probandin Lina Stei., geb. 1877. Gut gelernt, unauffällig, arbeitsam, religiös. Krankheitsbeginn allmählich mit 43 Jahren (1920). Arbeitete nicht mehr, saß untätig herum, aß wenig. In der Klinik still, einsilbig, stereotype Redewendungen wie „ich darf nichts sagen“, lächelt blöde, tut etwas überlegen. Unterhaltung unmöglich, redet manchmal offensichtlich vorbei. Verkrücht sich bei der Visite unter die Bettdecke, verweigert die Nahrung, bringt dies mit religiösen Vorstellungen zusammen. Sträubt sich nicht gegen die Sondenfütterung, bindet sich selbst die Serviette um. Kein Negativismus, läßt alles mit Duldermiene über sich ergehen. Betet viel, unzugänglich, sucht abgelegene Winkel auf. Keine Erregungszustände. Nach 7 Monaten nach Hause entlassen. Nicht ganz 1 Jahr zu Hause. Betet den ganzen Tag, sonst untätig. Wieder in die Klinik. Lächelt, gibt keine Antworten, es fehle ihr nichts. Sondert sich ab, liest dauernd in einem Gebetbuch, den Kopf dabei einförmig bewegend und das Buch in regelmäßigen Abständen küssend. Auch sonst vielerlei motorische Stereotypien, Grimassieren. Zunehmend stuporöser, negativistisch, mutistisch. Zwischendurch manchmal gereizt, impulsiv erregt, gewalttätig. Nach 1½ Jahren nach der Anstalt L. überführt. Hier das gleiche Bild, oft erregt, Selbstbeschädigungsversuche, Nahrungsverweigerung, verlangt gefüttert zu werden. Kurze Zeit zu Hause, arbeitet nichts, verträgt sich nicht mit den Geschwistern, schlägt impulsiv Scheiben ein. 3. Aufnahme in die Klinik, stumpf,

Erbtafel 5.



interesselos, stereotypes, leeres Lächeln, ablehnend, dürftige Antworten, iterative Rumpfbewegungen, Scheibenschlagen. In der Anstalt H. dasselbe Bild bis zu ihrem Tode 1927.

Nanny Stei., geb. 1876. 1912 Verstimmung, 6 Wochen Sanatorium, geheilt entlassen. 1914 Suicidversuch mit Gas. 1917: Arbeitet nichts mehr, sitzt untätig herum, schlaflos, ißt nicht, weint viel. Sie habe keine Empfindung, könne nichts arbeiten, ihren Haushalt nicht versorgen, sich nicht aufraffen. Etwas einförmig, leicht ablehnend, wenig zugänglich. Nach 2 Monaten gebessert entlassen. Diagnose: *Melancholie*. 5 Monate gesund. 1918: Bleibt zu Bett, steht nicht auf, ißt wenig. Selbstvorwürfe. Verschluss, geht nicht aus sich heraus. Starres Festhalten an rituellen Gebräuchen, läßt sich besondere Kost kommen. Nach 6 Wochen gebessert entlassen. Diagnose: *Melancholie*. 1918—1928 häufige kurze Depressionen, niedergeschlagen, lebensunlustig, Dauer 3—4 Wochen. 1928: Wegen Schlafmittelvergiftung aufgenommen. Depressiv, gehemmt. Spärliche Äußerungen. Nach 11 Tagen entlassen. 4 Monate später wieder deprimiert, weinte viel, für nichts Interesse, blieb wieder im Bett, aß nichts. Stuporös eingeliefert. Akinetisch, gibt keine Antwort. Wie früher die stereotype Redewendung „Sie wissen ja alles“. Verstimmt, widerstrebend. Paranoische Züge, ihr Mann und das Personal steckten unter einer Decke, sie sei durch böse Menschen hierhergebracht worden. Dann etwas freier, beschäftigt sich. Bleibt ablehnend, gibt gereizte Antworten, sie sei nicht krank. Wird nach 12 Tagen abgeholt, zeigt hierüber keine besondere Freude. Nicht ganz ein halbes Jahr zu Hause, unauffällig. Dann wieder lebensüberdrüssig, interesselos, Selbstmordgedanken. Stieß mit dem Kopf gegen die Wand. 1929: Deshalb wieder in die Klinik. Traurig, weinerlich, gehemmt. Gibt keine Antwort, reagiert nicht auf Zuspruch, liegt starr, halb aufgerichtet im Bett. Ausgesprochen ablehnend, läßt sich nicht untersuchen, äußert sich nicht über ihren Zustand. Höchstens ein

mürrisches „mir gehts gut“. Paranoisch, sie wisse schon, was man mit ihr vorhabe, es sei ihr aber alles gleichgültig. Nach 6 Wochen entlassen. Nach 4 Tagen wiedergebracht, mißmutig, gereizt, ablehnend. Akinetisch. Sie wolle von gar nichts wissen, sei nicht krank, sie sei hier, weil ihr Mann es wohl für besser gehalten habe. Nach 3 Wochen wieder entlassen, 8 Tage darauf wiedergebracht, weil sie sich um nichts kümmerte. Verstimmt, aber kein rechter Affekt. Sie werde sich schon an ihre Verstimmungen gewöhnen. Unzugänglich und ablehnend. Äußert Minderwertigkeitsgefühl und Selbstvorwürfe. Nach 17 Tagen wieder von dem ganz uneinsichtigen Ehemann gegen Revers abgeholt. 3 Wochen später 8. Aufnahme. War zu Hause still, aber sonst nicht auffällig gewesen, dann wieder das alte Bild, nahm Schlafmittel. Bewußtlos aufgenommen. Stark depressiv, heftige Selbstvorwürfe, Insuffizienzgefühle, Lebensüberdruß. Weint. Gibt wenig Auskunft, äußerst mißtrauisch, verweigert das Essen. Rascher Umschwung in leicht hypomanische Stimmung. Nach 4 Wochen entlassen. 14 Tage später schon wieder lebensmüde, weinte, blieb im Bett, sie wolle sterben. In der Klinik weint und kreischt sie, widerstrebt heftig, drängt heraus, ablehnend, gereizt, muß auf die unruhige Abteilung. Nach wenigen Tagen wieder Umschwung, lebhaft und betriebsam. Gelegentlich mißtrauisch, meint, die Pflegerin mache ungünstige Berichte über sie, weil sie Jüdin sei. Nach 5 Wochen entlassen. Nun 1½ Jahre zu Hause, „es ging“. 1931: Wegen Suicidgefahr wieder eingewiesen. Depressiv gehemmt, stumm. Will nicht aufstehen, ißt wenig. Hält sich von allem zurück. Bald Besserung, nach 4 Wochen entlassen. Fast 2 Jahre zu Hause, ab und zu leichtere Verstimmungen. Versorgte aber ihren Haushalt. 1933: Ganz plötzlich Suicidversuch mit Schlafmitteln. Tagelang stumm und nicht ansprechbar. Dann depressiv gehemmt, leichte Besserung, nach 4 Wochen entlassen. Wenige Tage darauf aber wiedergebracht, weil sie nicht zum Aufstehen zu bewegen war. Depressiv, weint, gehemmt. Das Leben habe keinen Zweck, sie wolle sterben. Äußeres Verhalten aber ziemlich unauffällig, 4 Wochen später entlassen. Nun wieder ein halbes Jahr zu Hause. 1934 kommt sie von selbst wieder, sie könne sich nicht zurechtfinden, ratlos und schwer depressiv. Ablehnend, stuporös, verweigert die Nahrung. Bald Besserung, wird nach 4 Wochen ruhig und unauffällig entlassen.

Seitdem bis heute zu Hause. Bei einem Hausbesuch 1935 lebhaft, gesprächig, mischt sich in die Unterhaltung mit der Nichte ein, ist guter Stimmung, lacht viel, geht scherzhaft über Fragen nach ihren depressiven Zuständen hinweg. Macht einen hypomanischen Eindruck.

Zweifellos können die durchgemachten Krankheitsanfälle nicht als Phasen eines typischen manisch-depressiven Irreseins bezeichnet werden. Ungewöhnlich hierfür ist allein schon die kurze Dauer der Depressionen, ferner die mißtrauisch-paranoische Gesamthaltung, vor allem aber die ausgesprochene Unzugänglichkeit, Ablehnung und Gereiztheit, die fast an Negativismus erinnert, wie die zeitweilige hochgradige Gehemtheit an einen akinetischen Stupor. Trotzdem wird man sich hüten müssen, diese Erkrankung dem schizophrenen Formenkreis zuzurechnen, wir wollen sie unverbindlich als „atypische periodische Depression“ bezeichnen.

Es würde zu weit führen, alle Psychosen dieser Familie zu beschreiben. Sie seien kurz mit Stichworten gekennzeichnet:

Probandin Frieda Ros., geb. 1902. Katatonie. Allmählicher Krankheitsbeginn mit 20 Jahren, remittierender Verlauf, jetzt seit einem Jahr wieder zu Hause. Deutlicher Defektzustand.

Hanna Ros., geb. 1868. Katatonie. Mit 23 Jahren erkrankt, schwerer progressiver Verlauf, ununterbrochen in der Anstalt bis zum Tode 1935. Ständig erregte, negativistische, gefährliche, „geradezu unheimliche“ Kranke.

Nathan Süs., geb. 1841. Katatonie. Mit 28 Jahren erkrankt, progressiver, rasch zu schwerem Zerfall führender Verlauf, schon nach 3 Jahren völlig verblödet. Kam dann (1872) in eine jetzt nicht mehr bestehende jüdische Anstalt, soll dort noch 1907 gelebt haben. Eine Krankengeschichte über diese Zeit liegt nicht vor.

Löb. Süs., geb. 1848. Katatonie. 24jährig erkrankt, seit dem 31. Lebensjahr (1879) ununterbrochen in der Anstalt bis noch 1935. Ausgesprochen periodisch auftretende schwere Erregungen.

Frieda Ma., geb. 1882. Atypische zirkuläre Psychose. Von 1897 bis zum Tod 1930, also innerhalb 33 Jahren, nicht weniger als 25mal in der Klinik. Sehr wechselnde Diagnosen entsprechend den wechselnden Krankheitsbildern. Katatonie in Schüben oder periodische gereizte Manie? Vielgestaltige Bilder und wechselnder Verlauf. Nicht mit Sicherheit einzuordnen.

Wilhelm Süs., geb. 1892. Schwachsinniger, erregbarer, moralisch minderwertiger Psychopath, mehrfach in Anstalten.

Geschwister Pet. Eine vergleichende Betrachtung der Psychosen der 3 Geschwister Pet. ist leider unmöglich, da von den beiden Geschwistern der Probandin Ida Pet., geb. 1863, nur ganz unzulängliche Krankheitsgeschichten vorliegen und auch keinerlei lebende Angehörige mehr zu ermitteln waren, die hätten Auskunft geben können.

Die Schwester Helene Pet., geb. 1853, starb nach 10jährigem Aufenthalt in der Anstalt F. Sie war als Kind verdrossen und mied Spielgefährten, war seit ihrem 16. Lebensjahr auffällig, mit geringen Schwankungen, begann mit 30 Jahren alles zu zerstören und zu zerschlagen, zu schimpfen und zu widerstreben, kam mit 32 Jahren in die Anstalt und war hier „eine zeitweilig unreine Blödsinnige, die wegen Tbc. pulm. meist im Bett liegt und öfters häßlich schimpft“. Mit einiger Wahrscheinlichkeit wird man die Psychose dieser Schwester wohl als Schizophrenie auffassen dürfen.

Der Bruder Gustav Pet., geb. 1855, war mit 36 und mit 50 Jahren wegen hypochondrischer Melancholie in der Anstalt K. Wie die letzte Erkrankung ausging, ist unbekannt.

Es ist dies umso bedauerlicher, als die Psychose der *Probandin* ebenfalls unter dem Bilde einer hypochondrisch gefärbten Melancholie begann und bei den ersten beiden Schüben auch als solche diagnostiziert wurde. Erst bei dem dritten Krankheitsanfall im Alter von 36 Jahren traten schwerste katatone Erscheinungen ganz in den Vordergrund und beherrschten nun das Bild während weiterer 24 Jahre ununterbrochenen Anstaltaufenthaltes bis zum Tode. Es wäre also wohl denkbar, daß es sich auch bei der Psychose des Bruders um einen atypisch verlaufenden schizophrenen Prozeß gehandelt hat.

Unter 6 weiteren Geschwistern soll eine Schwester „ebenfalls nicht normal“ gewesen sein. Der Vater war Trinker und machte mehrere Delirien durch. 2 Schwestern von ihm waren vorübergehend in Anstalten, die eine habe nach dem Tode eines Sohnes die fixe Idee gehabt, alle ihre Kinder seien tot, die andere habe sich für unfähig gehalten, ihrem Haushalt vorzustehen. Beide sollen später gesund geworden sein, aber etwas „ängstlich und peinlich“. An anderer Stelle heißt es, sie hätten an

Puerperalpsychosen gelitten. Krankengeschichten waren von beiden nicht zu beschaffen.

Geschwister Wag. Der Proband Robert Wag., geb. 1853, gestorben 78jährig nach 57jähriger Krankheit und ununterbrochenem Anstaltsaufenthalt, hatte einen Bruder, der im Alter von 60 Jahren wegen Geistesstörung kurze Zeit in der Anstalt H. M. untergebracht war. Kurz nach seiner Entlassung erschöß er seine Frau und sich selbst. Ein Krankenblatt der Privatanstalt war nicht zu beschaffen, Angehörige leben nicht mehr. Es bleibt also unklar, welcher Art die Psychose dieses Bruders war.

Rückblick auf die Psychosen der Geschwister.

Wir haben 13 Geschwisterreihen mit im ganzen 31 Psychosen betrachtet. Die beiden letzten Fälle Pet. und Wag. müssen aus der Betrachtung ausscheiden, weil über die Erkrankungen der Geschwister zu wenig oder gar nichts bekannt ist. Bei dem einen Geschwister Pet. kann nur soviel gesagt werden, daß es sich mit einiger Wahrscheinlichkeit ebenfalls um eine Katatonie handelte. Fall Stei. nimmt als jüdische Familie eine besondere Stellung ein. Von den 14 psychotischen Geschwistern der übrigen 10 Probanden waren mit Sicherheit 11 wiederum kataton und 1 paranoid (Wei.). Bei 2 Geschwistern (Gei. und Schin.) ist es nicht absolut sicher, ob ihre Psychosen überhaupt schizophrener Art waren, mit großer Wahrscheinlichkeit können sie aber wohl ebenfalls als beginnende Katatonien aufgefaßt werden.

Wir fanden also in allen den Fällen, in denen über die Psychosen der Geschwister genügende Aufzeichnungen vorliegen, mit der einzigen Ausnahme des Falles Wei., daß die Geschwister an der gleichen schizophrenen Sonderform, nämlich einer Katatonie, erkrankten. Darüber hinaus aber zeigte sich auch noch eine ganz auffällige Ähnlichkeit der Geschwister in ihrer körperlichen Beschaffenheit, in ihrer präpsychotischen Persönlichkeit, ihrem Erkrankungsalter, in der Art des Beginns, des Verlaufs und des Ausgangs der Psychose bis zu vielen Einzelheiten der Symptomgestaltung. Unsere Befunde in Hundertteilen ausgedrückt, zeigt Tabelle 7.

Tabelle 7. Die Psychosen unter den Probandengeschwistern.

Sichere Schizophrenien	{ Katatonien Andere Formen	13 1	6,28 % 0,48 %	} 6,76 %	} 8,21 %
Wahrscheinliche Schizophrenien	{ Katatonien Andere Formen	3 —	1,45 %		
Nichtschizophrene bzw. zweifelhafte oder unbekannte Psychosen		3			1,45 %
Psychosen überhaupt		20			9,66 %

Rudin hatte ursprünglich unter den Geschwistern seiner Probanden einen Dementia praecox-Prozentsatz von 4,48 errechnet in den Fällen, in denen beide Eltern D. p.-frei waren und von 6,18 in den Fällen mit

einem D. p.-kranken Elternteil. *Schulz* hat daraus für *Rüdins* Gesamtmaterial eine Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern von 5,37% errechnet. Er selbst fand in seinem, alle Formen der Schizophrenie umfassenden Gesamtmaterial und ohne Berücksichtigung der Beschaffenheit der Eltern eine Schizophreniehäufigkeit von 6,7% unter den Geschwistern, wenn er nur die sicheren Fälle einrechnete, und von 8,2%, wenn er die unsicheren mit einbegriff, also die gleichen Ziffern wie wir. Seine für die Katatonie allein errechneten Ziffern liegen allerdings mit 5,1% bzw. 7,4% tiefer als die unseren, was sich wohl dadurch erklärt, daß *Schulz* außer einer „katatonen Gruppe“ noch eine „hebephren-katatone“ und eine „paranoid-katatone“ Gruppe aufgestellt hat. Unter den Geschwistern seiner „endogenen“ Katatonieprobanden, d. h. derjenigen ohne Ursachenangabe, fand er dagegen wieder höhere Ziffern, 8,9% bzw. 12,4%. Die letzten Ziffern *Luxenburgers* und *Kallmanns* steigen bis zu 13% an.

Schulz fand eine „Neigung der Geschwister, an gleichen klinischen Unterformen zu erkranken“, und zwar besonders stark bei den Katatonen, besonders gering dagegen bei den Hebephrenen. Unter den schizophrenen Geschwistern seiner Katatonen fand er etwa 30% bis 33% Katatone, sodann folgen die Mischfälle und die paranoid-katatonen. Zu den rein katatonen Geschwistern diejenigen hinzugenommen, deren Psychosen doch deutliche katatone Züge aufwiesen, ergeben sich für die *Schulz*schen Katatoniefälle 60—66%. Unsere Ziffer wäre 92,9%, da wir unter den 14 sicher schizophrenen Geschwistern unserer Fälle nur 1 nichtkatatones fanden.

Auffällig und ganz unseren Beobachtungen entsprechend ist, daß *Schulz* unter den Geschwistern seiner „endogenen“ Katatonen keine hebephrenen und auch keine paranoid-hebephrenen fand, also katatone Erscheinungen doch offenbar immer in den Psychosen der Geschwister zu erkennen waren. Es scheint demnach so, als habe die Katatonie sehr geringe Beziehungen zur Hebephrenie, eher dagegen zu paranoiden Formen. Nach *Lange* hat man bisher auch noch keine Zwillinge gefunden, von denen der eine rein kataton, der andere rein hebephren war. Auf die Beobachtungen von *Le Gras*, der bei 6 eineiigen Zwillingspaaren eine völlige Übereinstimmung bezüglich der Sonderform ihrer Psychose nachwies, wurde schon im ersten Teil der vorliegenden Arbeit hingewiesen.

Luxenburger dagegen hält daran fest, daß die verschiedenen klinischen Sonderformen der Schizophrenie ohne selbständige erbbiologische Bedeutung seien, daß sie sich in der Familie, bei den Kindern schizophrener Elternpaare und bei den Partnern erbgleicher Zwillinge vertreten und somit lediglich als verschiedene Äußerungsformen der gleichen Erbkrankheit, als verschiedene Phänotypen des gleichen Genotypus angesehen werden dürfen. Wir können zu der Frage der Einheitlichkeit der Anlage zum schizophrenen Prozeß bzw. der genotypischen Selbst-

ständigkeit der schizophrenen Sonderformen auf Grund unseres kleinen Materials nicht entscheidend Stellung nehmen, wollen aber doch ausdrücklich darauf hinweisen, daß wir in unseren Katatonikerfamilien nicht ein wahlloses Nebeneinander der einzelnen Erscheinungsformen finden, sondern eine Häufung der gleichen Sonderform, eben wieder von Katatonien.

Die Psychopathen und anderen abnormen Typen unter den Geschwistern.

Die Schwierigkeit der Beurteilung nichtpsychotischer, aber in irgendeiner Weise auffälliger Persönlichkeiten in den Familien der Probanden ist bekannt. Erst kürzlich hat *Lenz* wieder darauf hingewiesen, daß es oft unmöglich ist, schizoide Psychopathie, leicht verlaufende schizophrene Prozesse oder postpsychotische Defektzustände mit Sicherheit voneinander abzugrenzen. Wir konnten die Verwandten unserer Probanden nur zum kleinsten Teil persönlich kennen lernen und auch dann nur anlässlich eines Hausbesuchs oder einer Vorstellung in der Klinik einen ungefähren Eindruck ihrer Persönlichkeit gewinnen. In den meisten Fällen sind wir auf die Schilderungen anderer angewiesen oder auf mehr oder weniger unzureichende Notizen in Krankenblättern, Briefen usw. Selten liegen ausführliche und verlässliche Berichte oder klar überblickbare Lebensläufe vor.

Bei dem Versuch der Aufteilung der abnormen Typen unter den Geschwistern wollen wir zunächst folgende 6 Fälle herausstellen, die, zum Teil ja durch exogene Schädigungen bedingt, offensichtlich keinerlei Beziehungen zur Schizophrenie haben:

- 1 multiple Sklerose,
- 1 unklare halbseitige Kinderlähmung, die in Verblödung ausging,
- 2 unklare Rückenmarksleiden (Tabes?),
- 1 Taubstummheit,
- 1 körperliche Mißbildung (Dextrokardie).

Weiter nicht eingruppierbar sind 2 Selbstmörder und 1 Trinker, über deren Persönlichkeiten nichts Genaueres bekannt ist. Eine Gruppe für sich bilden die 11 Schwachsinnigen, von denen 8 einfach als mehr oder minder „schwachsinnig“ bezeichnet werden, 1 als Idiot, 1 als „geistes-schwach“ und 1 als „nicht normal“. Es muß dahingestellt bleiben, ob es sich in diesen Fällen um gewöhnlichen Schwachsinn handelt, oder ob sich unter diesen Bezeichnungen nicht psychotische Elemente verbergen. Eine weitere Gruppe setzt sich zusammen aus 1 Epilepsie und 6 „epileptoiden“ Persönlichkeiten (1 unklare Anfälle, 1 krimineller Landstreicher, der als Kind epileptische Anfälle hatte, 1 unsteter und verschollener Auswanderer, 1 nervöser, bigotter Nachtwandler, 1 debiler Bettnässer und 1 Migräne). Einer vorsichtigen Beurteilung bedürfen die 12 lediglich als „nervös“ oder „aufgeregt“ Bezeichneten, die sicherlich zum Teil wirkliche Psychopathen sind, vielleicht sogar im engeren Sinne schizoide,

zum andern Teil aber wohl auch „noch Normale“, biologisch Unbedenkliche. Hier ist ein Trennungsstrich nicht zu ziehen, und wir wollen sie zunächst den abnormen Typen zuzählen.

29 Geschwister sind eigentliche schizoide Psychopathen. Sie gleichen weitgehend den präpsychotischen Persönlichkeiten der Probanden und lassen sich in dieselben 4 Gruppen aufteilen wie diese. Die kennzeichnenden Stichworte sind in den beiden ersten Gruppen der „Empfindsam-Ungeselligen“ und „Erregbar-Unklaren“ genau die gleichen, die „Gemütskalt-Herrischen“ werden außerdem noch bezeichnet als „streng, verhalten, verschlossen, ernst, schweigsam, reserviert, korrekt, pessimistisch, geizig“. Unter den „Stumpfen“ finden sich hier keine Bettler, Landstreicher u. ä., sondern mehr „stumpfe, lahme, langsame, indolente, anspruchslose, brave, fromme“ Personen. Auch das Verhältnis der Gruppen zueinander ist ähnlich wie bei den präpsychotischen Probanden, 34,5% : 24,1% : 20,7% : 20,7% (Bezugsziffer 29), d. h. auch hier überwiegen die Empfindsam-Ungeselligen.

Die 29 schizophrenie-ähnlichen Psychopathen zu den 17 Schizophrenien hinzugerechnet, ergibt unter den Geschwistern 46 (Bezugsziffer 207), d. h. 22,2%. Dies wäre eine Maximalzahl, die sichere Schizophrenien, wahrscheinliche Schizophrenien und schizoide Psychopathen bei weiter Fassung des Begriffs einschließt. Es wären die sicher Erkrankten zuzüglich aller derjenigen, die man eventuell als „Manifestationsverhinderte“ ansehen könnte.

In Hundertteilen ausgedrückt, ergeben sich folgende Zahlen (wobei die erstgenannten 6 Fälle, multiple Sklerose usw. außer acht gelassen wurden):

Schizophrenieähnliche Psychopathen	29 = 14,0%
Andere abnorme Typen	33 = 15,9%

Die entsprechenden Zahlen *Luxenburgers* sind 9,66% und 16,3%. *Kallmann* fand eine Schizoidiehäufigkeit von 10,5% unter den Geschwistern seiner Gesamtschizophrenen und von 10,2% unter den Geschwistern seiner Katatonen.

Die Zahl unserer schizoiden Psychopathen erscheint demnach etwas hoch, und die Vermutung liegt nahe, daß wir den Begriff des Schizoids etwas zu weit gefaßt haben könnten. Wir waren hierbei jedoch von vornherein sehr vorsichtig, und es könnte höchstens die letzte Untergruppe der „Gemütsstumpfen“ noch ausgesondert und vielleicht den einfach Schwachsinnigen zugeordnet werden. Das Verhältnis wäre dann 23 : 39 = 11,1% : 18,8%. Würde man schließlich von den 12 einfach „Nervösen“ nur die Hälfte als abnorme Typen, die andere Hälfte aber als noch Normale ansehen wollen, so würden unsere Zahlen mit 23 : 33 = 11,1% : 15,9% mit den Zahlen *Luxenburgers* und *Kallmanns* weitgehend übereinstimmen.

4. Die Eltern der Probanden.

Von den 170 Eltern unserer 85 Probanden sind 10 vor dem 40. Lebensjahr gestorben und 2 Väter unbekannt, da die betreffenden Probanden unehelich geboren waren. Verwandtenehen fanden sich unter den Eltern unserer Fälle nicht.

Die Schizophrenien der Eltern.

Unter den Eltern finden sich 6 sichere Schizophrenien, d. h. 3,65%. Es handelt sich um 4 Katatonien und 2 paranoide Demenzen, bzw. um 3 Katatonien und 1 paranoide Demenz, da die beiden Geschwisterprobanden Kne. doppelt belastet sind.

Vater Kne., geb. 1870, Registrator. Mit 36 Jahren akut psychisch erkrankt, nach 3 Wochen im Hospital zu St. an Nieren- und Lungenentzündung gestorben. Diagnose: *Katatonie*. Ein Krankenblatt ist leider nicht mehr vorhanden.

Mutter Kne., geb. 1873. Stammt aus guten Verhältnissen, Vater Jurist, Stadtschultheiß in T. In der Schule mäßig gelernt, immer sehr still, empfindsam. Ein halbes Jahr in Paris, um Sprachen zu lernen, mit 26 Jahren geheiratet. Fühlte sich von dem Mann nicht verstanden, war eine andere Umgebung gewohnt. 5 Kinder 1899—1907. Nach dem Tode des Mannes 1906 fast mittellos. Mußte verschiedene Stellen als Haushälterin und Näherin annehmen. Adventistin. Wird 1915 in der Krankengeschichte ihres Sohnes Julius bereits als geisteskrank bezeichnet. 1925 wegen diffuser körperlicher Beschwerden und Erschöpfungszuständen vom Fürsorgeamt in die Klinik eingewiesen. Hier ruhig, gedrückt, empfindlich, hypochondrische Beschwerden, Eigenbeziehungen, fühlt sich zurückgesetzt, etwas querulatorisch. Nach 4 Monaten in ein Mädchenheim verlegt. Diagnose: *Schizoide Psychopathie*, autistisch, sensitiv, paranoisch, reizbar. 5 Jahre später kommt sie allein in die Klinik und bittet um Aufnahme, da alle Leute in der Stadt über sie redeten und ihr nachsagten, sie sei verrückt. Sie wisse sich keinen Rat mehr. Hatte inzwischen von öffentlicher Unterstützung gelebt. In der Klinik ruhig, zugänglich, etwas gedrückte Stimmung, Beziehungsideen, leicht gekränkt, selbstbewußte Haltung. Sondert sich ab, spricht nicht mit anderen Kranken. Keine Initiative. Keine Denkstörung nachweisbar, trotzdem Verdacht auf Endzustand einer paranoiden Schizophrenie. Am 10. 7. 30 nach der Anstalt H. überführt. Dort ruhig, zurückhaltend, etwas depressiv, bisweilen querulatorisch. Am 18. 10. 30 entwichen. 2 Jahre später (16. 8. 32) Wedereinweisung in die Klinik wegen Sinnestäuschungen und Wahnideen. Fühlte sich von Kommunisten verfolgt, vom Hauswirt bedroht. Stellt dies nachher aber in Abrede. Wieder empfindlich, leicht gekränkt, mißtrauisch, fühlt sich nicht gut genug behandelt, ist ablehnend, verschließt sich, fühlt sich beeinträchtigt. Verkennt dann die andern Kranken als Ausländer, verlangt nach Deutschland zurückgebracht zu werden. Steht oder sitzt in Ecken herum, spricht nichts, antriebs- und bewegungsarm. Diagnose jetzt: *Progressive Beziehungspsychose*.

Am 3. 12. 32 nach der Anstalt H. verlegt. Hält hier ihre Umgebung für Juden und Kommunisten und sich selbst für die einzig wahre Gläubige, von jedermann verspottet und angegriffen. Mißtrauisch, hochmütig, unverträglich. Äußert, sie sei berufen, der Menschheit zu helfen. Die Adventisten wollten ein Reich aufrichten, und sie solle Sabbathkönigin werden. Am 20. 4. 33 nach K. überführt. Hier autistisch, ohne Konnex, lehnt eine Beschäftigung ab, hält es für unter ihrer Würde zu arbeiten, bezeichnet sich als Dichterin. In ihren Briefen und Gedichten Paralogien nachweisbar. Drängt sehr auf Entlassung, wird am 30. 9. 34 vom Sohn nach Hause geholt. Lebt nun wieder 2 Jahre allein von öffentlicher Unterstützung,

zeitweise mit ihrer ebenfalls geisteskranken Tochter Antonie zusammen. Am 11. 9. 36 wegen Unruhe, Sinnestäuschungen und Wahnideen erneut eingewiesen. Hatte sich in ihrer Mansarde eingeschlossen und Hausbewohner mit dem Feuerhaken bedroht. Zustand gegenüber früher unverändert. Untätig, sondert sich ab, verhält sich sonst ruhig, etwas bewegungsarm, starre Mimik, abweisend, leicht gereizt. Hört Stimmen, die sie beschimpfen oder „schreiende Lieder wie im Kabarett“. Verfaßt kleine einfältige Gedichte, die sie mit „Großfürstin Olga“ unterzeichnet. Am 23. 10. 36 in die Anstalt H. überführt, dort noch heute. Bei einer Nachuntersuchung 1937 lebhaft, gesprächig, ohne erkennbare Denk- oder Sprachstörungen, etwas einförmig, kommt immer wieder auf ihre Dichtungen zurück. Hört Stimmen, bringt Größenideen ohne Affekt vor. Paranoische Einstellung zur Umgebung jetzt nicht zu ermitteln. Etwas geringe Mimik, sonst in Haltung und Gestik nichts Auffälliges. Abschließende Diagnose: *Paranoide Schizophrenie mit katatonen Zügen*.

Die Psychosen der Geschwister Kne. wurden S. 451 ff. beschrieben. Leider ist über Präpsychose und Krankheit des Vaters nichts Näheres bekannt. Jedenfalls brach auch bei ihm, wie bei den Kindern, die Psychose akut aus und zwar, wie sich aus dem raschen Tod wohl schließen läßt, mit einer schweren Erregung. Die Krankheit der Mutter trägt vorwiegend paranoisches Gepräge, sie läßt stärker erregte Schübe vermissen, zeigt aber doch auch manche katatonen Züge, wie Antriebsarmut, Akinese und autistische Zurückgezogenheit.

Vater Spal., geb. 1876, Fabrikarbeiter. Mittlerer Schüler. Immer schon eigenartig, meist für sich, hatte einen eigenen Kopf. „Unmerklicher und langsamer Beginn eines Schwachsinn.“ Mindestens seit dem 25. Lebensjahr deutlich psychisch auffällig. Machte 2 Selbstmordversuche, verschwendete Geld für unnütze Dinge. Mit 32 Jahren wegen Diebstahlverdacht entlassen. Danach „tiefsinnig“, sprach 14 Tage kein Wort, wurde dann unruhig, jammerte viel, schlug zu Hause alles zusammen, schimpfte über die Nachbarn. Deshalb am 11. 9. 08 in die Klinik zu W. Macht hier einen schwachsinnigen Eindruck, Stimmung gedrückt, stuporös, negativistisch. Spricht spontan nichts, liegt unbeweglich im Bett, hört offenbar Stimmen, sondert sich von den andern Kranken ab. Ab und zu stärkere Erregungszustände, wahrscheinlich halluzinatorisch bedingt. Schimpft und schreit laut, wird tötlich, muß isoliert werden, verweigert die Nahrung. Diagnose: *Dementia*. Nach 6 Wochen in die Anstalt W. überführt. Hier öfters plötzlich erregt, schlägt auf andere Kranke ein, schüttet sein Essen ins Zimmer, ist unwirsch, nörglerisch, will besser bedient sein, unzugänglich, mürrisch. Steht viel am Fenster herum, gibt auf Befragen an, er „mache Kalender“. Spricht vor sich hin. Muß manchmal ins Dauerbad oder isoliert werden. In der Folgezeit sehr wechselndes Verhalten, wochenlang unzugänglich, liegt mit finstern Gesicht im Bett oder steht stundenlang am Fenster. Dann wieder einige Tage gesprächig, drängt nach Hause. Am 18. 4. 09 ungeheilt entlassen. Seitdem nicht mehr in einer Anstalt gewesen. Heiratete ein zweites Mal, zeugte in 10 Jahren 6 Kinder. Nach Auskunft des Pfarramts genießt er keinen guten Ruf, ist wegen Diebstahls bestraft, war vor einigen Jahren im Arbeitshaus, soll sich an seiner kranken Tochter vergangen haben. Lebt in ärmlichen Verhältnissen, meist von Almosen und öffentlichen Unterstützungen. Ist gut zu seinen Kindern, hat mit andern Leuten keinen Verkehr. Bei Sp. handelte es sich also zweifellos um eine *stuporös-negativistische Katatonie*, die in Defektheilung ausging.

Seine Tochter, Probandin Spal., war ebenfalls eine mittlere Schülerin, im Wesen still, ungesellig, wenig aus sich herausgehend. Dienstmädchen, Krankheitsbeginn

mit 21 Jahren, ohne äußere Ursache mit plötzlichem Erregungszustand. Schlug Fenster ein, warf Geschirr hinaus, schrie um Hilfe. Eigenbeziehungen und Halluzinationen. In der Klinik Wechsel zwischen katatonem Stupor mit Negativismus und psychomotorischer Erregung mit Halluzinationen, der in dem ganzen weiteren Verlauf bis heute anhält.

Persönlichkeit und Psychose von Vater und Tochter ähneln sich sehr, die Psychose des Vaters verlief nur milder und machte keine dauernde Anstaltspflege notwendig.

Mutter Fle., geb. 1860. Über frühere Persönlichkeit nichts Genaueres bekannt. Verheiratet, 9 Kinder. Erkrankte mit 45 Jahren (1905). Führt plötzlich wirre Reden, sie habe sich mit einem Witwer verlobt, sprach geheimnisvoll von ihrer Abkunft, lief in Nachbarorten herum, suchte die Gesellschaft junger Leute, sang eine Unmenge sowohl geistlicher als obszöner Lieder. Hielt ihre Verwandten für Feinde, wurde tötlich gegen ihre Schwiegermutter, schimpfte und lärmte nachts auf der Straße, kümmerte sich nicht mehr um ihren Haushalt. Deshalb am 20. 7. 05 in die Anstalt H. Hier motorisch sehr erregt, halluziniert stark, muß ins Bad. Verwirrt, ablenkbar, ideenflüchtig. Verkennt den Arzt, allerlei wahnhafte Inhalte, sie sei verkauft worden, habe 3 Namen, im Fürstengrund habe man sie nährisch gemacht. Widerstrebend, Vergiftungsideen, Beeinträchtigungsideen, Nahrungsverweigerung. Stimmung dabei vorwiegend heiter. Manchmal gewalttätig. Nach etwa 3 Monaten Beruhigung. Drückt sich vor der Arbeit, ist neugierig-geschwätzig. Paranoisch, glaubt sich von ihren Verwandten benachteiligt. Zerfahren, unklar. Diagnose: *Schizophrenie*. Wird am 11. 4. 06 nach Hause entlassen, aber schon am 26. 4. wiedergebracht, weil sie unruhig wurde, sang, pfiff, schrie, im Hemd herumlief, sich auf dem Boden wälzte, im Nachbargarten Rosenstöcke ausriß usw. In der Anstalt einförmige Unruhe, Trommeln mit den Füßen, Klangreimereien. Explosive Erregungen, Gewalttätigkeiten, Nahrungsverweigerung. Zeitweise expansiv. Schmiert, spuckt, lärmte, schimpft unflätig. Unruhe hält mit kurzen Unterbrechungen fast 3 Jahre an. Januar 1909 ruhiger, müßig, untätig, oberflächlich-schwachsinig. In den folgenden Jahren bis 1932 in der Anstalt immer wiederkehrender Wechsel zwischen stuporösen Zeiten mit etwas depressiver Grundstimmung, Selbstanschuldigungen, Beziehungs- und Beeinflussungsideen, hypochondrischen Beschwerden, Akinese, Nahrungsverweigerung und heftigen Erregungszuständen mit vorwiegend gehobener Stimmung, Neigung zu Gewalttätigkeiten, Schimpfen, Schmieren, Zerstörungswut, stereotyp-iterative Unruhe. 1932 in Privatpflege entlassen, dort noch heute, nach Mitteilung der Bürgermeisterei „in höchstem Grade geistig gestört“.

Es handelte sich bei Frau Fle. demnach um eine progressiv verlaufende *Katatonie* mit paranoischen und zirkulären Zügen. Bei der Tochter, Probandin Fle., einer imbezillen, mehrfach vorbestraften Prostituierten, brach die Krankheit mit 32 Jahren, angeblich im Anschluß an ein Liebeserlebnis plötzlich mit einem schweren Erregungszustand aus, in dem sie die Kinder ihrer Wohnungsgeberin mit dem Messer bedrohte. In der Klinik zuerst ängstlich-ratlose Erregung, dann einförmiges Jammern, stereotyp-iterative psychomotorische Unruhe, Grimassieren, schließlich Stupor, Negativismus, Nahrungsverweigerung. Progressiver Verlauf mit ständigem Wechsel zwischen stuporösen und erregten Zeiten bis zum Tod 6 Jahre nach Ausbruch der Psychose. Besonders wird der ängstlich-depressive Affekt hervorgehoben, was an die depressiven und manischen Züge in der Psychose der Mutter erinnert.

Außer diesen sicher schizophhren Eltern finden sich noch 3 sehr auf Schizophrenie verdächtige Persönlichkeiten:

Mutter Kem., geb. 1870. Soll früher immer gesund gewesen sein. Verheiratet, 3 Kinder, Krankheitsbeginn mit 40 Jahren. Wurde plötzlich ohne äußere Ursache erregt, äußerte, sie müsse einen Eid schwören, sich aufopfern. Deshalb am 24. 9. 10 in die Klinik. Hier sehr erregt, unruhig und laut, reißt andere Kranke an den Haaren, zerreißt das Bettzeug, legt sich unter die Betten, drängt nach den Türen, widerstrebt, ist unrein, muß im Bad gehalten werden. Nach 8 Wochen Beruhigung, beginnt sich zu beschäftigen. Am 14. 12. 10 gegen Revers entlassen. Nach 2 Tagen aber schon wiedergebracht. Äußert unklare Beziehungsideen, „es lägen Sachen vor, sie sei ganz wirr“. Wieder sehr unruhig und laut, rutscht auf den Knien umher, nimmt anderen Kranken das Essen weg, läuft planlos herum, wühlt ihr Bett durcheinander, ist widerstrebend. Nach 5 Wochen ungeheilt vom Mann nach Hause geholt. Diagnose: *Katatonie, halluzinatorisch-verwirrte Form*. Später war sie nicht mehr in einer Anstalt, starb 1934 zu Hause an Nierenentzündung. Nach Angabe ihrer Tochter soll sie gesund und unauffällig, vielleicht etwas sehr ruhig und unbeholfen gewesen sein, habe ihren Haushalt gut versorgt.

Die Diagnose ist hier zweifelhaft, da in der Krankengeschichte eigentlich katatone Symptome nicht genannt werden und scheinbar auch kein deutlicher Defekt zurückgeblieben ist. Verdächtig auf Katatonie mit Ausgang in leichteren Defekt bleibt sie aber in jedem Fall.

Der Sohn, Proband Kem., ein ungeselliger Einzelgänger, erkrankte 27jährig plötzlich ohne äußere Ursache. In der Klinik schwer fixierbar, ablenkbar, abschweifend, optische und Geruchshalluzinationen, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, Negativismus, Wechsel zwischen psychomotorischer Unruhe und katatonem Stupor. Progressiver Verlauf, vorwiegend akinetisch, antriebsarm und initiativelos, von Zeit zu Zeit triebhaft erregt. 7 Jahre nach Krankheitsausbruch in der Anstalt gestorben.

Mutter Lüt. war nicht in einer Anstalt. Sie soll nach Angabe ihrer Tochter an Verfolgungswahn gelitten haben. Habe Erregungszustände gehabt, in denen sie alles kurz und klein geschlagen habe, sei mit einem Beil auf der Straße herumgerannt, habe laut geschrien, gemeint, die Leute wollten ihr etwas antun. Nach den Wechseljahren sei sie ruhiger geworden und mit 64 Jahren an einem Magenleiden gestorben. *Katatonie? Paranoide Schizophrenie?*

Ihre Tochter, Probandin Lüt., präpsychotisch unauffällig, erkrankte mit 26 Jahren ohne äußere Ursache. Wurde untätig, saß stundenlang akinetisch herum, grimassierte, hörte Stimmen, bezog vieles auf sich, fühlte sich hypnotisiert. In der Klinik antriebsarm, affektler, unproduktiv, alogisch. Im weiteren progressiven Verlauf bis heute ständiger Wechsel zwischen Stupor und schwersten, zum Teil halluzinatorisch bedingten Erregungszuständen, in denen sie gefährlich aggressiv wird.

Vater Meid., Kaufmann, Jude. War nach Schilderung seiner Verwandten ein eigentümlicher Sonderling, sehr verschlossen, sprach kaum ein Wort zu seinen Angehörigen, ging tagsüber nicht aus, machte abends ganz bestimmte Spaziergänge, immer in genau der gleichen Weise. Ging zwar ins Geschäft, das aber in Wirklichkeit von seiner Frau geführt wurde. Hatte Verfolgungs- und religiöse Wahnideen, war nach dem 50. Lebensjahr 2mal in einem Nervensanatorium, starb 58jährig an Herzlähmung. *Schizoider Psychopath? Paranoide Schizophrenie? Katatoner Defektzustand?*

Sein Sohn, Proband Meid., stud. med., präpsychotisch als reizbar, unbeherrscht und streitsüchtig geschildert, erkrankte 21jährig ohne äußere Ursache. Allmählicher Beginn mit Verfolgungsideen, wurde ängstlich und verstört, suchte von sich

aus die Klinik W. auf. Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen. Im Hinblick auf das vom Vater Gesagte, erscheint ein Vermerk in der Krankengeschichte bemerkenswert: „Ging tagsüber nicht aus, machte jeden Abend denselben Spaziergang“. Weiterer Verlauf progressiv, dauernd in Anstalten. Beherrscht von vielen Wahnideen, mißtrauisch, halluzinierend. Haltungs-, Bewegungs- und Sprachstereotypien. Akinetisch, wortkarg, negativistisch. Unvermittelte schwere Erregungen mit Gewalttätigkeiten.

Zählen wir diese 3 Fälle zu den sicher schizophrenen Eltern hinzu, so erhalten wir 9, d. h. 5,48 %, eine Zahl, die der bisher im Durchschnitt gefundenen von 4—5 % entspricht.

Die nichtschizophrenen Psychosen unter den Eltern.

Es sind dies:

- 2 arteriosklerotische Demenzen,
- 1 arteriosklerotische Altersdepression,
- 2 sichere progressive Paralysen,
- 1 fragliche progressive Paralyse,
- 1 deliriöse Verwirrtheit bei Carcinomkachexie,
- 2 Depressionen,
- 2 senile Demenzen.

Von diesen Erkrankungen sind nur die 4 letzten als endogene (neurogene) Erkrankungen zu bezeichnen, während die ersten 7 als allogene, bzw. somatogene Erkrankungen und somit als nicht erblich bedingte Krankheiten von vornherein aus der Betrachtung ausscheiden müßten. Eine genauere Betrachtung dieser 7 Eltern zeigt aber, daß einige von ihnen schon vor ihrer späteren Erkrankung und offenbar unabhängig von dieser psychopathische Persönlichkeiten waren.

Vater Rei., Kaufmann. Im Alter von 38—44 Jahren 8mal wegen Beleidigung, Hausfriedensbruchs, Vergehens gegen die Gewerbeordnung mit Haft und Gefängnis bestraft. Mit 60 Jahren wegen *arteriosklerotischer Demenz* in die Klinik. Hier nach 10 Tagen gestorben. Sektion bestätigte die Diagnose. (Mutter Trinkerin, ein Bruder unstet, hielt es in keinem Beruf aus. Über seine beiden Töchter s. S. 463f.). R. war also offenbar schon vor seiner späteren Erkrankung ein reizbarer Psychopath.

Mutter Fra. In der Schule mehrmals sitzengelieben. Stottert seit der Kindheit. Körperlich nie krank, auch von Lues nichts bekannt. Mit 20 Jahren Heirat. 3 Kinder. Immer schon auffällige Persönlichkeit, still, ruhig, verschlossen, empfindlich, leicht verletzt, sprach nicht viel, kümmerte sich um niemanden außer um ihre Familie. Niemals besonders heiter und lebensfroh. Mit 33 Jahren verließ sie plötzlich grundlos ihren Mann und fuhr von Paris aus zu ihrer Schwester nach Mannheim, kehrte nach 5 Monaten von selbst zurück. Gab an, das Blut sei ihr in den Kopf gestiegen. 2 Jahre später verschwand sie wieder, fuhr in ihre Heimat, arbeitete, verdiente sich selbst ihren Unterhalt, kehrte nach einigen Monaten zurück, motivierte ihr Weglaufen mit Heimweh. 3 Jahre darauf dasselbe nochmals. Mit 39 Jahren Klagen über allerlei körperliche Beschwerden, wurde gleichgültig, ließ den Haushalt verwahrlosen, versuchte sich plötzlich zu erhängen, schnitt sich aber selbst wieder ab. Anschließend ängstliche Erregung, behauptete, ihr Mann wolle sie umbringen. Deshalb Aufnahme in die Klinik. Hier apathisch, stumpf, kümmerte sich nicht um die Umgebung, sprach nichts, saß meist aufrecht im Bett, blöde vor sich hinblickend. Gab als Grund ihres mehrfachen Weglaufens Schimpfen des Mannes an. Anhaltspunkte für Dämmerzustände fanden sich nicht. Affektarm,

deutlich schwachsinnig. Pupillen verschieden weit, aber gut reagierend, sonst neurologisch o. B. *Wassermannsche Reaktion* unbekannt. Diagnose: *Dementia paralytica?* Nach 3 Wochen gegen Revers vom Mann nach Hause geholt. Nach Angabe des Mannes 3 Jahre später an „Gehirnerweichung“ gestorben (Mutter etwa 45jährig gestorben, ganz ähnlich geartet wie die Tochter, war zuletzt stumpfsinnig, verschlossen, sprach kaum etwas).

Die Diagnose progressive Paralyse erscheint fraglich. Zumindest war die Kranke schon früher eine eigenartige Persönlichkeit, debil, autistisch, zu Verstimmungen und plötzlichem Weglaufen geneigt.

Vater Wei., Kaufmann. Schon als junger Mann nervös, erregbar jähzornig, etwas „großmannssüchtig“. Lebte später von seiner Frau getrennt. Mit 53 Jahren in die Klinik wegen *progressiver Paralyse*. Schon seit 1½ Jahren arbeitsunfähig, geistig zurückgegangen. Wassermann im Blut und Liquor positiv, Pupillenstarre, gesteigerte Reflexe. Ängstlich-halluzinatorische Erregung. Nach 3 Wochen gestorben, Sektion bestätigte die Diagnose (Schwester sichere Katatonie). In diesem Falle ist an der Diagnose kein Zweifel, W. war aber schon in jungen Jahren psychisch auffällig.

Mutter Ed. Putzmacherin, mit 24 Jahren geheiratet, 7 Kinder, davon 2 klein gestorben. Zeitpunkt der luischen Infektion unsicher. Mit 42 Jahren wegen Kuppelei 3 Tage Gefängnis, ein Jahr später geschieden. Mit 47 Jahren wegen Sprachstörung, Gedächtnisschwäche, Händezittern usw. ins Krankenhaus. Diagnose: *Progressive Paralyse*. Pupillenstarre, gesteigerte Reflexe. Flach-euphorisch, dement. 2 Jahre später in der Klinik gestorben. Diagnose durch Sektion bestätigt (Schwester paranoide Demenz).

Hier ist es fraglich, ob die auffälligen Züge, die die Kranke bot (Kuppelei) ihrer Persönlichkeit entsprachen oder bereits Zeichen der beginnenden Paralyse waren.

Mutter Witt. Früher gesund und unauffällig. Mit 72 Jahren Schlaganfall, rechtsseitige Lähmung, nach einem Jahr etwas erholt, wurde aber kindisch, launisch, vergeßlich, geschwätzig. Mit 79 Jahren in die Klinik. Deutlicher neurologischer Befund, Demenz. Mit 84 Jahren gestorben. Diagnose: *Arteriosklerotische Demenz* durch Sektion bestätigt (Schwester Verfolgungswahn).

Vater Mün., Oberkellner. Über frühere Persönlichkeit nichts bekannt. Mit 48 Jahren wegen Magencarcinom operiert. 9 Wochen nach der Operation ängstlich erregt, deshalb in die Nervenklinik. Hier ratlos, umdämmert, optische Sinnestäuschungen, traumhafte Erlebnisse. Diagnose: *Deliriose Verwirrtheit bei Carcinomkachexie*. Ein halbes Jahr später gestorben, Sektion bestätigte die Diagnose (Bruder erregbar, leichtsinniger Nichtsnutz).

Mutter Bach. Wird ausdrücklich als früher geistesgesund und unauffällig bezeichnet. Mit 48 Jahren ziemlich plötzlich auftretende Depression mit innerer Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, schwerem Krankheitsgefühl, Lebensüberdruß, Entschlußunfähigkeit. Deshalb in die Anstalt H. Vorzeitig gealtert und ergraut, neurologische Symptome. Diagnose: *Arteriosklerose*. Nach 5 Monaten als „nicht geisteskrank“ entlassen. 7 Jahre später nach Darmoperation gestorben (keine erbliche Belastung).

Wir können streng genommen nur bei den 4 letztgenannten Personen die Krankheit allein auf allogene bzw. somatogene Ursachen zurückführen, die 3 ersteren aber waren zweifellos schon vor dem Hinzutreten der körperlichen Erkrankung psychopathische Persönlichkeiten. Es erscheint uns daher berechtigt, die ersteren 3 den Psychopathen zuzurechnen,

die letzteren 4 dagegen als weder sicher psychopathisch noch endogen psychotisch aus der weiteren Betrachtung auszuschließen. Als *nicht-schizophrene Psychosen* unter den Eltern bleiben somit nur 2 depressive Erkrankungen und 2 senile Demenzen (4 = 2,44%).

Vater Hö., Kaufmann. Großspuriges Wesen, dünkelfhaft, verschlossen, schwer zugänglich. Nie ernsthaft krank gewesen. Im Beruf tüchtig. Mit 54 Jahren Auflösung seiner Firma, finanzielle Verluste. Im Anschluß hieran psychisch verändert, fühlte sich benachteiligt, hatte Angst, wegen Unregelmäßigkeiten vor Gericht zu kommen, fühlte sich als Antisemit von den Juden verfolgt, wurde menschenscheu, zunehmend reizbar, entschlußunfähig. Eigenbeziehungen, alle Leute verhielten sich ihm gegenüber eigenartig, man weiche ihm aus, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken. Deshalb in die Anstalt N. Hier gedrückt, verstimmt, unentschlossen, menschenscheu, energielos, wortkarg, klagt und stöhnt viel, äußert Lebensüberdruß. Nach 4 Monaten gegen ärztlichen Rat entlassen. Diagnose: *Manisch-depressives Irresein*. Danach wieder kurze Zeit als Kaufmann tätig. Nach etwa 10 Monaten traten erneut Wahnideen auf, seine Stellung werde ihm von Juden untergraben, sein früherer Sozium habe ihn um sein Geld gebracht, man stecke unter einer Decke, um ihn zu ruinieren, usw. Sprach von nichts Anderem. Deshalb wegen „Paranoia“ in die Klinik eingewiesen. Fühlt sich in Schande und Spott geraten, rücksichtslos ausgebeutet. Selbstvorwürfe, seiner Frau gegenüber mißtrauisch, eifersüchtig. Stimmung gedrückt bis gereizt, im allgemeinen affektarm. Nach 2 Monaten gebessert entlassen. Diagnose: *Manisch-depressives Irresein*. Starb noch im selben Jahr an Herzschlag.

Es mag hier zweifelhaft sein, ob es sich um eine echte Melancholie gehandelt hat oder mehr um eine reaktive Depression nach geschäftlichen Mißerfolgen. Atypisch sind auch die ausgesprochen paranoischen Züge, vielleicht wäre an eine *Involutionsparanoia* zu denken.

Eine Schwester des Kranken war von lebhaftem, geselligem Temperament und hatte schon früher leichtere (reaktive) Verstimmungen durchgemacht. Im Alter von 67 Jahren war sie vorübergehend wegen einer ängstlich gefärbten Depression in einer Anstalt. Im Anschluß an einen Wohnungswechsel wurde sie verstimmt, gedrückt, ängstlich, fand überall Mängel in dem neuen Heim, fürchtete sich vor Einbrechern, hatte Heimweh. Der Zustand besserte sich bald, und sie konnte nach 3 Wochen entlassen werden. Diagnose: *Manisch-depressives Irresein*. Ihr weiteres Schicksal ist uns nicht bekannt. Auch hier erscheint die Annahme einer endogenen Depression fraglich und eine reaktive Verstimmung wahrscheinlicher. Die Großmutter mütterlicherseits dieser beiden Geschwister soll „immer etwas quengelig und quälerisch“ und zu Depressionen geneigt gewesen sein und Angst gehabt haben, es lange nicht zu, und sie müsse verhungern.

Die Psychose der Probandin Hö. selbst zeigt keinerlei manisch-depressive Züge. Hier entwickelte sich bei einer schon von jeher eigenartigen verschrobenen Persönlichkeit schleichend ein kataton-schizophrener Prozeß, der ohne Remission in völlige Verblödung ausging.

Vater Witt., Tagelöhner. Über seine frühere Persönlichkeit nichts Auffälliges bekannt. Im 49. Lebensjahr zum erstenmal an einer Melancholie erkrankt mit

Angst, Bangigkeit, innerer Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, körperlichen Klagen, Lebensüberdruß. Deshalb in die Klinik. Arteriosklerotische Zeichen. Nach 3 Monaten klang die Depression ab, er wurde geheilt entlassen. Diagnose: *Melancholie*. Ein Jahr später derselbe Zustand, traurig, freudlos, ängstlich, Insuffizienzgefühle, Eigenbeziehungen. Besserung nach 3 Monaten. Wiederum ein Jahr später das gleiche Bild, Abklingen nach etwa 3 Monaten. Sehr deutliche arteriosklerotische Zeichen. Diagnose: *Melancholie des Rückbildungsalters*.

Nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahren erneut Aufnahme wegen desselben Zustandes, diesmal auch ausgesprochene Zwangsvorstellungen. Dauer 2 Monate. Dann 14 Jahre gesund, allerdings stets etwas aufgeregt, arbeitet in einer Sektkellerei. Im Alter von 69 Jahren Wiederaufnahme wegen der gleichen Krankheitserscheinungen wie früher. Blieb nun 8 Jahre bis zu seinem Tode in der Klinik. Die ängstlichen Depressionen traten von Zeit zu Zeit immer wieder auf, jedoch in geringerer Stärke. Starb 76jährig an Ruhr.

Auch in diesem Falle erscheint es fraglich, ob es sich um eine echte periodische Melancholie gehandelt hat, oder etwa um Depressionen im Rückbildungsalter (arteriosklerotische Zeichen!). Ein Bruder von ihm soll von Kind auf geistesschwach gewesen sein. Ein Bruder des Vaters war von seinem 24.—58. Lebensjahr mehrmals in der Anstalt mit den Diagnosen: „Mania simplex, Aufregung mit Sinnestäuschungen, Maniakalische Exaltation“. In den Zwischenzeiten war er meist im Arbeitshaus. In dem lückenhaften alten Krankenblatt wird er „Tagedieb von Beruf“ genannt, und es ist die Rede von Vagabundieren, Völlerei, Alkoholfolgen, auch vom Verdacht auf Verstellung. Später ist einmal „Melancholia cum stupore“, ängstliche Abwehr, Stummheit verzeichnet, er murmele unverständliche Antworten, flüstere einsilbig. Dann wird der Verdacht geäußert, „das Gehirn sei tiefer erkrankt und Blödsinn vorhanden“. Später heißt es: „faul und träge, Energielosigkeit, dabei gesteigertes Selbstbewußtsein. Possierlicher Kerl, macht gern Witze und Possen, wie ein Hanswurst, schlagfertig“. Zu anderen Zeiten arbeitet er fleißig. Es wird betont, daß niemals Sinnestäuschungen oder Wahnideen festzustellen waren. Nach 34 Jahren „schied er in alter Hanswurstlaune“ aus der Anstalt und siedelte in ein Asyl über. Es handelte sich bei diesem Großonkel wahrscheinlich um einen Hypomanikus mit öfteren manischen und depressiven Phasen.

Betrachten wir nun die Psychose der Probandin Witt., so ist im Beginn derselben eine depressive Komponente unverkennbar. Die Probandin war seit der Schulzeit häufig grundlos verstimmt, machte sich über jede Kleinigkeit Gedanken, grübelte viel, lebte zurückgezogen. Nach dem Tode ihres Mannes längere Zeit depressiv, trug sich mit Selbstmordgedanken. Mit 40 Jahren Liebesverhältnis. Im Verlauf einer Streitigkeit brachte der Liebhaber ihr einen Kopfschuß bei. Seitdem mehr denn je lebensüberdrüssig, mehrere Selbstmordversuche. Im selben Jahr Aufnahme in die Klinik. Hier zunächst starke ängstliche Unruhe, dann wortkarg und bewegungsarm. Nach 3 Monaten Umschwung und kurze heitere Erregung mit Ideenflucht, Ablenkbarkeit und theatralischem Gebaren, danach wieder depressiv und weinerlich. Allmählich Auftreten katatoner Zeichen: Einförmigkeit in Motorik und Sprache, Iterationen, Echolalie, Echopraxie, Haltungsverharren, Antriebs- und Bewegungsarmut, Spontanitätsverlust, affektive Verflachung. Außerdem Phoneme, körperliche Mißempfindungen, Entfremdungsgefühle. Entwicklung zur

diagnostisch sicheren Katatonie, weiterer progressiver Verlauf, dauernder Anstaltsaufenthalt bis zum Tode 8 Jahre nach Krankheitsbeginn.

Mutter Wei. Früher gesund, über ihre Persönlichkeit nichts näheres bekannt. Krankheitsbeginn mit 73 Jahren, schlief schlecht, wanderte nachts herum, fand sich im Haus nicht mehr zurecht, wurde vergeßlich. Sah Gestalten, glaubte sich von einem Mann verfolgt, wurde ein Jahr später in die Klinik gebracht, weil sie laut schrie und zum Fenster hinausspringen wollte. In der Klinik amnestisches Zustandsbild, akustische Halluzinationen, agnostische Störungen. Wurde von den Angehörigen mehrmals nach Hause genommen, aber immer bald wiedergebracht. Diagnose: *Senile Demenz*. In den letzten Jahren von Größen- und Beeinträchtigungsideen, sowie Halluzinationen beherrscht, oft sehr unruhig und böse schimpfend. 82jährig in einer Anstalt gestorben.

Mutter Brand. Früher nie krank, aber immer schon leicht aufgeregt. Hatte 10 Kinder, 5 davon klein gestorben. Krankheitsbeginn mit 77 Jahren mit Unruhe und Erregungszuständen, schweren Selbstvorwürfen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, sprach dauernd vor sich hin, jammerte ständig, war nicht zu beruhigen. Beim An- und Auskleiden widerstrebend. Ging ins Wasser, wurde gerettet und in ein Krankenhaus gebracht, von dort in eine Anstalt. Auch hier jammerte sie viel, redete nachts vor sich hin, aß schlecht, wurde auf Luminaletten etwas ruhiger. Neurologisch o. B. Lebt noch heute in einem Schwesternhaus, wandert mit gedrückt-ratloser Miene umher, oder liegt stumpf im Bett, anscheinend völlig desorientiert, spricht nichts, gibt auf Fragen keine Antwort, erkennt niemanden, ist unrein. Diagnose: *Senile Demenz*.

Zusammenfassend ist über die Psychosen der Eltern zu sagen: Unter Außerachtlassung der 7 exogen (allogen, bzw. somatogen) bedingten Erkrankungen handelt es sich um 6 (bzw. 4) sichere und 3 wahrscheinliche Schizophrenien, 2 senile Demenzen und 2 Depressionen. Bei den beiden Depressionen bestehen begründete Zweifel, ob es sich um echte Melancholien gehandelt hat, im Falle Hö. liegt die Annahme einer reaktiven, stark paranoisch gefärbten Depression, im Falle Witt. einer arteriosklerotisch bedingten Depression des Rückbildungsalters näher. Die vergleichende Betrachtung mit den Psychosen der entsprechenden Probanden läßt im Falle Hö. keinerlei Ähnlichkeit erkennen, im Falle Witt. scheint eine gewisse depressive Anlage der Krankheit der Probandin im Beginn ein besonderes Gepräge zu geben.

Vergleichen wir die schizophrenen Psychosen der Eltern mit denen ihrer Kinder, so finden wir in den Fällen Spal. und Fle. bei Vater bzw. Mutter wiederum sichere Katatonien, die auch in ihrem Erscheinungsbild den Psychosen der Kinder ähnelten. Fall Kne. bildet eine Ausnahme, da beide Eltern schizophren sind. Bei dem Vater handelte es sich wohl um eine akut mit schwerer Erregung ausgebrochene, rasch tödlich verlaufene Katatonie, bei der Mutter, bei der wohl ebenfalls gewisse katatone Züge erkennbar sind, im ganzen betrachtet um eine mehr paranoide Form. In den 3 Fällen Kem., Lüt. und Meid. können die Psychosen der Eltern nicht mit voller Sicherheit als schizophrene bezeichnet werden. Da auch keine ausführlichen und objektiven Verlaufsschilderungen vorliegen, ist ein Vergleich nicht möglich. Nach dem uns Bekannten ist es aber

wahrscheinlich, daß es sich bei diesen Erkrankungen wiederum um Katanien gehandelt hat.

Die Psychopathen und anderen abnormen Typen unter den Eltern.

Die Gruppierung geschieht hier entsprechend der bei den Probandengeschwistern durchgeführten. Zunächst werden 2 Fälle als offenbar exogen bedingt ausgeschieden, ein organisches Nervenleiden mit Halbsseitenlähmung, Muskelstarre und Sprachstörung und ein Fall von „Rückenmarksschwund“. Unklar bleibt ein Fall von „Nervenkrankheit“.

Zu einer „epileptoiden“ Gruppe fassen wir wieder zusammen: 1 Migräne, 1 „Nervenschmerzen“, 1 „unklare Anfälle oder Ohnmachten“, 1 Nervosität mit triebhaftem Fortlaufen und 1 impulsive, reizbare Frömmlerin. Ferner 2 vorhin aus der Gruppe der nichtschizophrenen Psychosen ausgeschiedenen Fälle, den reizbaren, jähzornigen, kriminellen Vater Rei. (S. 485), der später an einer arteriosklerotischen Demenz erkrankte, und die Mutter Fra. (S. 485), die wir als debile, zu reaktiven Verstimmungen und zum Fortlaufen neigende Person kennenlernten und die später an einer fraglichen Paralyse erkrankte.

Eine ungewöhnlich große Gruppe wird von den Trinkern gebildet. Es sind dies 16. Von etwa der Hälfte wissen wir nichts Genaueres, die Persönlichkeit der andern wurde uns mit Stichworten wie „erregbar, hitzig, jähzornig, streitsüchtig, gewalttätig, brutal“ oder „oberflächlich, leichtsinnig, arbeitsscheu“ näher gekennzeichnet. Einer machte mehrere Delirien durch, von 2 heißt es, daß sie periodisch tranken, einer war „leutscheu“ und einer endete durch Selbstmord.

Es folgt die Gruppe der 9 Schwachsinnigen, die öfters noch mit anderen Prädikaten, wie „aufgeregt, leichtsinnig, oberflächlich, verstimmt, geschwätzig, ungelent, langsam“ usw. versehen wurden. Einfach „Nervöse und Aufgeregte“ finden wir 12, wobei wir hier den Vater Weil., der später eine Paralyse bekam, mitrechnen.

Was diejenigen Psychopathen anbetrifft, die wir als die eigentlich Schizoiden bezeichnen möchten (24), so ergeben sich 3 Gruppen, die den ersten schon bei den Geschwistern und den präpsychotischen Persönlichkeiten der Probanden genannten Gruppen entsprechen, während wir eine Gruppe von „Gemütsstumpfen“ nicht mehr besonders herausstellen konnten. Sie war auch schon bei den Geschwistern wenig charakteristisch, so daß wir fast geneigt waren, sie den einfach Schwachsinnigen zuzurechnen. Ohne Zweifel sind unter den Geschwistern wie unter den Eltern Schizoide dieser Prägung, nur liegt die Schwierigkeit ihrer Erfassung wohl darin, daß sie im allgemeinen nach außen hin weniger auffallen und unter der Maske der „Braven, Stillen, Unauffälligen“ verborgen bleiben.

Das Verhältnis der 3 Gruppen untereinander ist 41,7% : 25,0% : 33,3%, also wiederum ein Überwiegen der „Empfindsam-Ungeelligen“. Wir

sprachen schon von der psychästhetischen Proportion *Kretschmers* und deren Verschiebung im Laufe des Lebens nach dem anästhetischen Pol hin. Nun wäre vielleicht zu erwarten gewesen, daß wir unter den Eltern und den Geschwistern der Probanden weniger Hyperästhetische und mehr Anästhetische finden würden. Eine gewisse Verschiebung zugunsten der Anästhetischen findet sich in der Tat. Wenn wir uns auch bewußt sind, daß unsere Zahlen klein und die Schilderungen der Persönlichkeiten nur grob sind. Trotzdem überwiegen sowohl bei den präpsychotischen Katatonen selbst als bei ihren Verwandten, unabhängig vom Lebensalter, die hyperästhetischen Temperamente.

Zusammenfassend finden wir also unter den Eltern unserer Probanden

sichere Schizophrenien	6 = 3,65%
wahrscheinliche Schizophrenien	3 = 1,83%
nichtschizophrene Psychosen	4 = 2,44%
schizophrenieähnliche Psychopathen	24 = 14,63%
andere abnorme Typen	45 = 27,44%

Die Häufigkeit der *Tuberkulose* als Todesursache der Eltern beträgt, wenn bei der Berechnung die eines gewaltsamen Todes Verstorbenen weggelassen werden, 9,9%, wenn wir einige Fälle von „Lungenleiden“ hinzunehmen, 13,2%. *Schulz* errechnete für die Eltern seines Gesamtmaterials 11,5%, für die Eltern seiner Katatonen 9,2%.

5. Die Psychosen in der entfernteren Blutsverwandtschaft.

Es ist uns nicht möglich, eine regelrechte Berechnung der prozentualen Häufigkeit der Schizophrenie unter den einzelnen entfernteren Verwandtschaftsgraden anzustellen, da diese Verwandtschaftsgrade nicht immer vollständig erfaßt werden konnten. Um aber ein ungefähres Bild von den Onkeln und Tanten, Vettern und Basen zu gewinnen und um Vergleichsziffern zu den von *Schulz* errechneten zu bekommen, sind wir in derselben Weise wie *Schulz* vorgegangen und haben folgendes gefunden: Unter den Onkeln und Tanten unserer 85 Probanden sind 7 sichere Schizophrene (5 Katatonien, 1 Pfpfhebephrenie und 1 paranoide Demenz) und 12, wenn wir die wahrscheinlichen Fälle mitrechnen. Auf 100 Probanden kämen demnach 8,2 bzw. 14,1 schizophrene Onkel und Tanten. *Schulz* hat 6 verschiedene Ziffern angegeben, je nach dem angeblichen Krankheitszustand seiner Probanden. Wir errechnen daraus für diese Fälle insgesamt die Ziffer 10,9, also eine den unseren entsprechende.

Unter den Vettern und Basen unserer Probanden finden wir 5 sichere Schizophrene (4 Katatonien und 1 Schizophasie) und 7, wenn wir 2 wahrscheinliche Fälle einbeziehen. Auf 100 Probanden kämen demnach 5,9 bzw. 8,2 schizophrene Vettern und Basen. Für die *Schulz*schen Fälle errechneten wir eine höhere Ziffer, nämlich 10,5. Eine Einteilung der

Probanden nach ihrer Belastung mit Schizophrenie überhaupt und in welchen Verwandtschaftsgraden sich schizophrene Erkrankungen finden, zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8.

Schizophrenien	Zahl der Probanden	
I. In der näheren und weiteren Blutsverwandtschaft nicht nachweisbar	54 (63,5%)	
	sichere	sichere und wahr- scheinliche
II. Irgendwo in der Verwandtschaft nachweisbar, gleichgültig, ob bei Geschwistern, Eltern oder entfernteren Blutsverwandten	27 (31,8%)	31 (36,5%)
a) Nur bei den Geschwistern	6	7
b) Nur bei den Eltern	2	5
c) Nur bei entfernteren Verwandten	14	14
d) Sowohl bei Geschwistern als bei entfernteren Verwandten	3	3
e) Sowohl bei Geschwistern, als bei Eltern, als bei entfernteren Verwandten	2	2

Um aber gleichzeitig auch einen Überblick über die nichtschizophrenen Psychosen in der weiteren Verwandtschaft zu gewinnen, wollen wir jede einzelne Gruppe der Tabelle 8 noch einmal gesondert für sich betrachten.

Gruppe I. Diese 54 Probanden teilen sich wieder wie folgt auf:

a) Weder Psychopathen noch Psychosen in der weiteren Verwandtschaft	6
b) Nur Psychopathen, aber keine Psychosen in der Verwandtschaft	31
c) Psychopathen und nichtschizophrene Psychosen in der Verwandtschaft	17
	54

Gruppe Ia bedarf keiner weiteren Besprechung. Nur eins sei kurz bemerkt. *M. Bleuler* fand eine kleine Gruppe rasch und schwer Verblödeter, die keinerlei Belastung aufwiesen und auch *Leonhard* machte die Beobachtung, daß gerade seine typischen Defektschizophrenien mit progressivem Verlauf und Ausgang in schwere Defektzustände weniger belastet waren, als die atypischen, oft periodisch verlaufenden und zu leichteren Defekten führenden Formen. Es wird hiervon später noch zu reden sein. Betrachten wir unter diesen Gesichtspunkten unsere 6 Probanden, so finden wir, daß der Verlauf in 4 Fällen progressiv und in 2 Fällen remittierend war und der Ausgang in allen 6 Fällen ein schwerer Defekt. 3 Probanden befinden sich noch in Anstalten, 2 starben in Anstalten nach 5 bzw. 9 Jahren und 1 Probandin lebt mit deutlichen Mängeln zu Hause, wo sie nur deshalb gehalten werden kann, weil ihr Mann sie mit außerordentlicher Geduld und mit Nachdruck dazu erzogen hat.

Gruppe Ib. Hier würde es zu weit führen, alle vorkommenden Psychopathen aufzuführen. Allgemein sei bemerkt, daß, wenn sich überhaupt

in einer Familie Psychopathen finden, sie nicht vereinzelt dastehen, sondern es dann fast immer mehrere, untereinander ähnliche sind.

Gruppe Ic. Auch hier wollen wir nicht näher auf die abnormen Typen, Psychopathen, Schwachsinnigen, Trinker und Selbstmörder eingehen. Die in diesen Familien vorkommenden nichtschizophrenen, bzw. nicht sicher schizophrenen Psychosen dagegen sind in der folgenden Übersicht zusammengestellt:

Tabelle 9.

Yel.	1	BdM ¹	Melancholie (Näheres unbekannt)
Gol.	2	TdBdM	Krämpfe (Näheres unbekannt)
Gün.	3	entf. Verw. dM	In Anstalt gestorben (Näheres unbekannt)
Fra.	4	MdM	Im Alter stumpfsinnig (senile Demenz?)
Wag.	5	Bruder	Unbekannte Psychose (s. S. 477)
	6	VdM	Im Alter geisteskrank (senile Demenz?)
Bre.	7	BdMdM	Nach Sonnenstich geisteskrank, in einer englischen Anstalt gestorben (Näheres unbekannt)
Brand.	8	Mutter	Senile Demenz (s. S. 489)
	9	MdM	Vorübergehend geistesgestört, später gesund
Hu.	10	MdV	Arteriosklerotische Demenz (nach Krankengeschichte)
	11	BdMdV	Einmal in der Klinik (Näheres unbekannt)
Bach.	12	Mutter	Arteriosklerotische Altersdepression (s. S. 486)
Witt.	13	Vater	Depression (wahrscheinlich arteriosklerotisch, s. S. 487)
	14	Mutter	Arteriosklerotische Demenz (s. S. 486)
	15	SchdM	Verfolgungswahn (Näheres unbekannt)
	16	BdVdV	Fragliches manisch-depressives Irresein (s. S. 488)
Hö.	17	Vater	Depression (wahrscheinlich reaktiv paranoisch) (s. S. 487)
	18	SchdV	Depression (wahrscheinlich reaktiv) (s. S. 487)
	19	TdSchdM	Melancholie? (Näheres unbekannt, später gesund)
We.	20	TdSchdMdM	Manie (nach Krankengeschichte verworrene Manie?)
	21	entf. Verw. dM	Fallsucht (Näheres unbekannt)
Mar.	22	SchdM	Krämpfe (Näheres unbekannt)
Lim.	23	SdB	Epilepsie (nach Krankengeschichte)
Bos.	24	TdSchdM	Progressive Paralyse (nach Krankengeschichte)
Schmi.	25	SchdV	In den Wechseljahren vorübergehend apathisch, Eifersuchtsideen, später gesund
Lau.	26	SchdV	Zeitweise verwirrt, Versündigungsideen

Es sind also, wenn wir die schon früher besprochenen Erkrankungen der hier genannten 5 Eltern (8, 12, 13, 14, 17) und die unbekannt Psychose des Bruders Wag. (5) außer acht lassen, noch weitere 20 Verwandtenpsychosen. Hiervon sind 2 somatogener (10) bzw. allogener (24) Art, so daß 18 neurogene Psychosen verbleiben. Von diesen sind 9 unbekannter Art (3, 4, 6, 7, 9, 11, 15, 25, 26), wobei durchaus die Möglichkeit besteht, daß es sich bei einigen doch um schizophrene Erkrankungen gehandelt hat (3, 7, 15), zumal in den 2 Fällen, die in Anstalten

¹ Die Abkürzungen bedeuten: B = Bruder, Sch = Schwester, S = Sohn, T = Tochter, V = Vater, M = Mutter. Beispiel: BdMdV = Bruder der Mutter des Vaters.

Tabelle 10.

1 Prob.	2 Verwandter	3	4 Ursprüngliche Diagnose	5 Jetzige Diagnose	6 Bemerkungen
Wei.	SchdV	1	Dementia mit Aufregung	Katatonie	Hebephrener Beginn, nach 25 Jahren in Anstalt gestorben
	BdM	2	Imbez. mit Erregungen, Hebephrenie	Pfropfhebenphrenie	Atypisch, Zwangsercheinungen, Jude! Nach 24 Jahren in Anstalt gestorben
Hie.	BdV	3	Imbez. mit Erregungen, Schizophrenie	Katatonie	Nach 9 Jahren in Anstalt gestorben
Esch.	SchdM	4	Paranoide Demenz	Katatonie	Nach 13 Jahren in Anstalt gestorben
Ed.	SchdM	5	Paranoia incipiens	Paranoide Demenz	Schicksal unbekannt
	VdV	6	Geisteskrank, Suicid	Unbekannte Psychose	Nicht in Anstalt gewesen
	SdBdV	7	Schizophrenie	Katatonie	Noch in Anstalt
Feu.	StSch	8	Dementia paranoides	Paranoide Demenz	Noch in Anstalt, schwere halluzin. Erregungen
Schäf.	TdSchdV	9	Schizophasie	Schizophasie	Noch in Anstalt
	BdM	10	Expansive Erregung	Expansive Erregung	Seit 10 Jahren angeblich gesund
Zo.	SdSchdV	11	Paranoia, Schizophrenie	Katatonie	Nach 19 Jahren in Anstalt gestorben
	SdSchdV	12	Geisteskrank	Unbekannte Psychose	In einer amerikanischen Anstalt
Bech.	TdB	13	Katatonie	Katatonie	Noch in Anstalt
Eif.	SdBdV	14	Progressive Paralyse	Progressive Paralyse	Noch in Anstalt
	SdTdSchdMdM	15	Katatonie ?	Katatonie ?	Schicksal unbekannt
Krai.	TdSch	16	Katatonie	Katatonie	Nach 8 Jahren in Anstalt gestorben
	MdV	17	Ohne Diagnose (1876)	Atyp. period. Psych.	In Anstalt gestorben
	SchdMdV	18	Ohne Diagnose (1850)	Atyp. period. Psych.	In Anstalt gestorben
Schmi.	VdV	19	Chronische Verrücktheit, Dem. paranoides	Paranoide Demenz	Nach 38 Jahren in Anstalt gestorben
	VdVdV	20	15 Jahre lang gemütsleidend	Unbekannte Psychose	Nicht in Anstalt gewesen
Stei.	BdM	21	Ohne Diagnose	Katatonie	Siehe S. 476
	BdM	22	Ohne Diagnose	Katatonie	Siehe S. 476
	TdSchdM	23	Katatonie, periodisch gereizte Manie	Atyp. zirkul. Psych.	Siehe S. 476
Ros.	TdSch	24	Katatonie	Katatonie	Prob. Ros. Siehe S. 475
	SchdV	25	Verrücktheit, Katatonie	Katatonie	Siehe S. 476
	SchdM	26	Katatonie	Katatonie	Prob. Stei. Siehe S. 473
	SchdM	27	Atyp. zirkuläres Irresein	Atyp. period. Depr.	Siehe S. 474 f.
	BdMdM	28	Ohne Diagnose	Katatonie	Siehe S. 476
BdMdM	29	Ohne Diagnose	Katatonie	Siehe S. 476	

Tabelle 10 (Fortsetzung).

1 Prob.	2 Verwandter	3	4 Ursprüngliche Diagnose	5 Jetzige Diagnose	6 Bemerkungen
Ros.	TdSchdMdM	30	Katatonie, periodisch gereizte Manie	Atyp. zirkul. Psych.	Siehe S. 476
Ka.	SdTdBdVdMdM	31	Katatonie, man.-depr. Irresein	Atyp. zirkul. Psych.	Nach 39 Jahren in Anstalt gestorben
	BdMdV	32	Ohne Diagnose	Katatonie	Nach 54 Jahren in Anstalt gestorben
	SchdMdV	33	Melancholie mit Aufregung	Katatonie ?	1858/59, weiteres Schicksal unbekannt
	SchdMdV	34	Geisteskrank, Näheres unbekannt	Unbekannte Psychose	Offenbar nicht in einer Anstalt gewesen
	TdBdMdV	35	Primäre Verrücktheit	Paranoide Demenz	Nach 33 Jahren in einer Anstalt gestorben
	SdBdMdV	36	Progressive Paralyse	Progressive Paralyse	In Anstalt gestorben
	SdSchdMdV	37	Manie	Katatonie	Nach 9 Jahren in Anstalt gestorben

gestorben sind (3, 7), auf senile Demenz verdächtig sind davon 2 (4, 6). Dem manisch-depressiven Formenkreis gehören an oder scheinen nahe zu stehen 5 Fälle (1, 16, 18, 19, 20), in 4 Fällen handelt es sich wohl um Epilepsie (2, 21, 22, 23).

Gruppe IIa. Die Psychosen der Geschwister dieser 7 Probanden (Schin., Rei., Eig., Bä., Stod., Wei., Pet.) wurden bereits ausführlich besprochen. Weitere schizophrene Erkrankungen kommen in diesen Familien nicht vor. Dagegen 1 arteriosklerotische Demenz (Vater Rei., S. 485), 1 senile Demenz (Mutter Wei., S. 489) und 2 fragliche Wochenbettpsychosen (Pet., S. 476 f.).

Gruppe IIb. Die Psychosen der Eltern dieser 5 Fälle (Spal., Fle., Kem., Lüt., Meid.) wurden S. 482ff. genannt, andere Psychosen waren in diesen Familien nicht zu finden.

Gruppe IIc. Diese 14 Probanden haben weder unter ihren Geschwistern, noch unter ihren Eltern Schizophrene, wohl aber unter den entfernteren Verwandten. Diese sind in Tabelle 10 zusammengestellt. Die in Spalte 4 angegebene Diagnose ist die des betreffenden Krankenblattes, die Diagnose in Spalte 5 diejenige, zu der wir nach genauer Durchsicht des Krankenblattes bei objektiver Beurteilung des klinischen Bildes und der Verlaufsweise kommen müssen.

So interessant es nun wäre, die Psychosen einer Familie miteinander zu vergleichen, so wie wir es bei den Geschwistern und Eltern getan haben, so müssen wir doch aus Platzmangel darauf verzichten und uns mit den folgenden kurzen Feststellungen begnügen. Die 14 Probanden dieser Gruppe haben unter ihren entfernteren Verwandten 37 Psychosen. Hiervon scheidet die 2 progressiven Paralysen (14, 36) wieder aus der Betrachtung aus. Von den 35 neurogenen Psychosen sind 22 sichere

Schizophrenien und zwar 16 Katatonien, 4 paranoide Demenzen, 1 Schizophrenie und 1 Pflorhebefrenie. Hierzu können die fast zweifelsfreien Katatonien 15 und 33, von denen lediglich das weitere Schicksal unbekannt ist, hinzugerechnet werden. Es wären demnach von den 35 weiteren Verwandtenpsychosen dieser Gruppe 24, d. h. 68,6%, Schizophrenien und allein 18, d. h. 51,4%, Katatonien.

Es folgen dann einige atypische periodische Psychosen (17, 18, 23, 27, 30, 31), die, soweit ursprünglich überhaupt eine Diagnose gestellt wurde, teils mehr als manisch-depressive, teils mehr als schizophrene Erkrankungen aufgefaßt wurden. Die periodisch verlaufenden Psychosen der beiden Schwestern 17 und 18 ähnelten sehr der ebenfalls ganz atypischen periodischen Katatonie ihres Großneffen Krai. und waren vielleicht auch atypische Katatonien. Beide Schwestern starben in Anstalten. Die atypische zirkuläre Psychose 23/30 wurde schon S. 476 genannt. Fall 31 wurde anfangs als Katatonie, später als manisch-depressives Irresein aufgefaßt und zeigte einen besonders schweren Verlauf mit häufigen, rasch aufeinanderfolgenden, doch überwiegend manischen Krankheitsperioden bis zum Tod in der Anstalt.

Diese atypischen Psychosen mit vielen, bis zum Lebensende immer wiederkehrenden Krankheitsanfällen, teils mehr schubartig, teils mehr phasenhaft, machen die größten diagnostischen Schwierigkeiten, und es ist oft bis zuletzt nicht sicher zu entscheiden, ob es sich um manisch-depressive Erkrankungen, Degenerationspsychosen oder Schizophrenien handelt. Atypisch sind sie immer. Welcher Art die 4 unbekanntesten Psychosen (6, 12, 20, 34) waren, muß dahingestellt bleiben, ebenfalls wie die expansive Erregung (10) zu werten ist.

Gruppe II d wird gebildet von den 3 Probanden Mün., Gei. und Gröm., die nicht nur unter ihren Geschwistern, sondern auch in der weiteren Verwandtschaft Schizophrene aufzuweisen haben. Alle diese Psychosen wurden bereits beschrieben.

Gruppe II e. Diese beiden Probanden sind die schon mehrfach genannten Geschwister Kne. Über ihre Psychosen sowie über die ihrer Eltern und entfernteren Verwandten wurde S. 451ff. und S. 481f. ausführlich berichtet.

Tabelle 11 gibt schließlich noch einmal einen Überblick über sämtliche in der näheren und weiteren Blutsverwandtschaft aller 85 Probanden gefundenen Psychosen. Sie zeigt, daß nach Abzug der 11 allogenen bzw. somatogenen 97 neurogene Erkrankungen ermittelt werden konnten, von denen 56, d. h. 57,7% Schizophrenien sind (einschließlich der wahrscheinlichen Fälle). Dazu ist jedoch zu bemerken, daß unter den in Spalte e) angeführten periodischen atypischen Psychosen, sowie unter den in Spalte h) genannten unbekanntesten Psychosen noch mehrere Fälle schizophrener Erkrankungen verborgen sein werden. Die Schizophrenien sind ganz überwiegend Katatonien (80,3%).

Tabelle II. Übersicht über sämtliche Psychosen in der Verwandtschaft aller 85 Probanden.

	Schizophrenien				Nichtschizophrene Psychosen				
	sichere		wahr-schein-liche		M.d.I. und period. atyp. Psych.	Epi-lepsie	senile De-menz	unbe-kannte	Allogene oder Somato-gene
	Kata-tonien	andere Formen	Kata-tonien	andere Formen					
	a	b	c	d	e	f	g	h	i
Geschwister	13	1	3	—	2	1	—	1	—
Eltern	4	2	3	—	2	—	2	—	7
Entferntere Verwandte	20	8	2	—	11	4	—	18	4
	37	11	8	—	15	5	2	19	11
	48		8		41				
	56				97				
	108								

Was die manisch-depressiven Erkrankungen betrifft, so ist unter diesen, soweit über sie Krankengeschichten vorliegen, kein einziger Fall, der als typisch bzw. diagnostisch einwandfrei bezeichnet werden könnte. Vielfach handelt es sich um reaktive oder körperlich bedingte Depressionen oder um in Zustandsbild und Verlauf atypische Erkrankungen mit anderen psychotischen Zutaten wie Wahnbildungen u. ä. Solche Psychosen, die man unbedenklich dem eigentlich manisch-depressiven Formenkreis zurechnen könnte, fanden wir jedenfalls nicht.

6. Untersuchung der Schizophrenie unter den Geschwistern nach Aufteilung der Probanden in verschiedene Gruppen.

a) *Gruppierung nach dem Vorkommen von Schizophrenien unter den Eltern und weiteren Verwandten.* Rüdín fand unter den Geschwistern seiner Probanden mit je einem schizophrenen Elternteil 6,18% Schizophrene gegenüber 5,35% in seinem Gesamtmaterial, Schulz 7,2% gegenüber 6,7%, wenn er die unsicheren Fälle einbezog 12,6% gegenüber 8,2%, Hoffmann und Oppler 9,2%, Kallmann 14,8—23,9%. Letzterer nennt als entsprechende Ziffer des Gesamtmaterials Luxenburger-Schulz 11,7—16,7.

Die Kleinheit unseres Materials läßt eine Aufteilung der Probanden je nach Beschaffenheit der Eltern nicht zu. Wir können daher keine Vergleiche anstellen zwischen der Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern der Probanden mit 2 gesunden Eltern, einem kranken Elter oder 2 kranken Eltern. Wir finden nur 2 Fälle mit einem sicheren schizophrenen Elternteil (Spal., Fle.), 3 Fälle mit einem wahrscheinlich schizophrenen Elternteil (Kem., Lüt., Meid.) und 2 Fälle mit 2 sicher

schizophrenen Eltern (die beiden Geschwister Kne.). Die 5 Probanden mit je einem sicher bzw. wahrscheinlich schizophrenen Elternteil haben zusammen 23 Geschwister (Bezugsziffer 44), unter denen sich 1 Schwachsinniger, 1 schizoider und 3 andere Psychopathen, aber kein Schizophrener findet. Von den Geschwistern Kne. wurde bereits gesagt, daß sie noch eine katatone Schwester und einen schizoiden Bruder hatten.

Wir haben dann diejenigen Probanden, die zwar keine schizophrenen Eltern, aber entferntere Verwandte mit sicheren Schizophrenien haben (Onkeln, Tanten, Stiefgeschwister, Vettern, Basen, Neffen, Nichten usw.) gesondert untersucht. Es sind 17 Fälle (vgl. Tabelle 8, S. 492, Spalte IIc und d). Unter ihren Geschwistern (Bezugsziffer 39,5) finden sich 10,1% sichere Schizophrene, 12,6% wenn ein sehr wahrscheinlicher Fall (Gei., reaktive religiöse Erregung) mitgerechnet wurde. *Schulz* fand im entsprechenden Falle (bei 86 Probanden und der Bezugsziffer 267) 8,2%. Nehmen wir zu diesen 17 Fällen die 2 Fälle mit je einem sicher schizophrenen Elternteil und die 2 Fälle mit je 2 sicher schizophrenen Eltern hinzu, also alle Fälle, die eine schizophrene Belastung außer unter den Geschwistern haben, so erhalten wir die Ziffern 16,7% bzw. 18,7%.

b) *Gruppierung nach dem Geschlecht.* Untersuchen wir die Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern der männlichen Probanden und denen der weiblichen gesondert, so finden wir 6,7% bei den ersteren und 6,8% bei den letzteren, also gleiche Ziffern für beide Geschlechter. Beziehen wir die 3 nicht sicheren, aber wahrscheinlichen Fälle von Schizophrenie unter den Geschwistern ein, so erhöht sich die Ziffer zugunsten der weiblichen Probanden auf 9,4%. Auch *Schulz* fand gleiche Verhältnisse bei männlichen und weiblichen Probanden (6,3 und 6,4%).

c) *Gruppierung nach den angeblichen Ursachen.* *Schulz* fand bei den Fällen ohne Angabe über eine Erkrankungsursache eine doppelt so starke Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern, wie unter den Geschwistern derjenigen Probanden, bei denen eine körperliche Ursache angeschuldigt wurde (186 Fälle). Bei 55 Probanden, die nach einem „Kopft trauma“ erkrankten, fand er eine Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern von nur 2,9% gegenüber 6,7% in seinem Gesamtmaterial. Dies nachzuprüfen erlaubt uns wiederum die Kleinheit unseres Materials nicht, da wir ja nur 7 Fälle mit angeblichen körperlichen Ursachen haben.

d) *Gruppierung nach der präpsychotischen Persönlichkeit.* Unter den Geschwistern unserer präpsychotisch unauffälligen Probanden beträgt die Schizophreniehäufigkeit nur 2,8% bzw. 4,3% (25 Fälle, Bezugsziffer 70, 5, zwei sichere und eine wahrscheinliche Geschwisterschizophrenie). *Schulz* fand dagegen in seinem Material gleichviel schizophrene Geschwister bei den präpsychotisch unauffälligen (6,8%) wie in seinem Gesamtmaterial (6,7%).

e) *Gruppierung nach den Schulleistungen.* Wir haben ferner die Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern derjenigen Probanden gesondert untersucht, die mangelhafte und schlechte Schulleistungen auf-

wiesen. Es waren dies ja 37 Probanden, d. h. 52,8% (vgl. S. 447). Wir fanden unter ihren Geschwistern 9,1% sichere Schizophrene, 10,1% wenn wir ein wahrscheinlich schizophrener Geschwister hinzunehmen, also eine höhere Ziffer gegenüber dem Gesamtmaterial. Auch Schulz fand einen etwas höheren Prozentsatz, 7,6% gegenüber 6,7% seiner Gesamtfälle. Brugger hatte unter den Geschwistern Pflropfschizophrener die gleiche Schizophreniehäufigkeit gefunden wie unter den Geschwistern Schizophrener.

f) *Gruppierung nach der Art des Verlaufs.* Unsere Fälle zeigen folgende Verlaufsformen:

Progressiv	52 = 61,2%
Remittierend	33 = 38,8%
mit einmaligen Teilremissionen	12
mit mehrmaligen Teilremissionen	12
mit Voll- und Teilremissionen	5
mit einmaligen Vollremissionen	2
mit mehrmaligen Vollremissionen	2

Die Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern der Probanden mit remittierender Verlaufsform beträgt 12,7%, wenn 2 wahrscheinliche Schizophrenien mit einbezogen werden 15,0% (Bezugsziffer 86,5). Sie ist also deutlich höher als die unseres Gesamtmaterials.

Noch eindrucksvoller wird das Bild, wenn wir die beiden Gruppen nicht nur nach der Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern, sondern nach ihrer Gesamtbelastung mit Schizophrenie überhaupt, also auch unter Onkeln, Tanten usw., betrachten. Wir finden dann folgendes: Unter den 33 Probanden mit remittierend verlaufender Psychose sind 16, also 48,5%, in deren engerer und weiterer Blutsverwandtschaft sichere Schizophrenien vorkommen, unter den 52 Probanden, deren Psychose progressiv verlief, sind es nur 12 (23,1%) mit sicheren Schizophrenien in der Verwandtschaft und 15 (28,8%), wenn wir die 3 vermutlich schizophrener Eltern hinzunehmen.

Dabei ist innerhalb der Fälle mit remittierendem Verlauf wiederum ein deutlicher Unterschied zwischen denjenigen mit einer Teilremission und denjenigen mit mehreren Teilremissionen festzustellen. Von den 12 ersteren sind 3 deutlich belastet, von den 12 letzteren 8. Von den ähnlichen Befunden Leonhards wird im nächsten Abschnitt zu sprechen sein.

7. Aufteilung der Probanden in typische und atypische Fälle im Sinne Leonhards und vergleichende Betrachtung der beiden Gruppen.

Leonhard hat unter seinen Defektschizophrenien typische und atypische Formen unterschieden, wobei er unter atypischen Schizophrenien diejenigen verstand, die sich nicht bloß durch ihr Zustandsbild, sondern auch durch ihren großenteils periodischen Verlauf mit oft erst spät eintretenden, nicht immer erheblichen Defekten und vor allem durch eine besondere Erbform von den typischen unterscheiden. Er fand, daß die atypischen eine bedeutend stärkere Belastung aufwiesen als die typischen.

Die *Leonhardsche* Arbeit erschien erst, als *Driest* die Nachuntersuchungen unserer Fälle bereits abgeschlossen hatte, so daß eine Aufteilung in typische und atypische Fälle im Sinne *Leonhards* nicht vorliegen konnte. Da dies aber natürlich sehr wünschenswert gewesen wäre, um an unserem Material die Beobachtungen *Leonhards* nachprüfen zu können, haben wir versucht, dies soweit als möglich nachzuholen. Ganz unmöglich war die Aufteilung bei den bereits gestorbenen Kranken. 2 Kranke befinden sich in ausländischen, 3 in weit entfernten inländischen Anstalten. 3 zu Hause lebende Kranke waren ebenfalls wegen zu großer Entfernung nicht erreichbar.

Von den 51 noch Lebenden unserer 85 Probanden konnten demnach nur 43 (34 in Anstalten und 9 zu Hause), also immerhin die Hälfte unseres Gesamtmaterials, nachuntersucht werden. *Leonhard* selbst führte die Untersuchungen durch und zwar, wie sich von selbst versteht, ohne Kenntnis von der bereits erforschten erblichen Belastung des einzelnen. Das Ergebnis war folgendes:

Die Endzustände von 20 Probanden waren typisch im Sinne von *Leonhard*, die von 21 Probanden atypisch, in 2 Fällen fraglich, d. h. das Zustandsbild war so, daß es bei einmaliger Untersuchung nicht ohne weiteres den typischen oder atypischen zugezählt werden konnte. Die klinischen Unterschiede zwischen den Fällen der beiden Gruppen aufzuzeigen, liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, es wird dies in dem späteren 3. Teil der Arbeit geschehen.

Zunächst fällt auf, daß die atypischen Katatonien an Zahl den typischen gleich sind, während in *Leonhards* Material die typischen Formen weit überwiegen (etwa 440 typische gegenüber etwa 90 atypischen). *Leonhard* selbst sprach aber schon bei Aufstellung der beiden Gruppen die Vermutung aus, daß sich ihr Verhältnis zueinander dann ändern werde, wenn man nicht nur Anstaltsfälle, sondern auch in Freiheit lebende Schizophrene untersuchte. Und es sind ja in der Tat von den 9 zu Hause lebenden Probanden allein 7 atypisch. Ferner wies *Leonhard* darauf hin, daß die atypischen Schizophrenien ganz überwiegend unter einem katatonen Bild verlaufen. Wenn man also nur Katatonien untersucht, wird man verhältnismäßig viel mehr atypische Formen finden als unter der Gesamtheit der Schizophrenien.

Wir haben nun die beiden Gruppen der „Typischen“ und der „Atypischen“ gesondert nach denselben Gesichtspunkten betrachtet wie vordem das Gesamtmaterial. Tabelle 12 zeigt zunächst, wie sich die beiden Gruppen in bezug auf die Verteilung der Geschlechter, auf Durchschnittserkrankungsalter, angebliche Ursache, präpsychotische Persönlichkeit, Schulleistungen und Verlaufsart der Psychose zueinander, zu der Gesamtzahl der 85 Probanden und zur Gesamtzahl unserer ursprünglichen 104 Katatonien überhaupt verhalten. Nicht aufgenommen sind in die Tabelle die Berufe und Körperbautypen, zu denen zu sagen ist, daß sie sich in beiden Gruppen annähernd gleich und entsprechend dem

Wie steht es nun mit der erblichen Belastung der beiden Gruppen? Hier ergibt die Gegenüberstellung eine ganz überraschende Verschiedenheit. Zunächst zeigt die grobe Übersicht in Tabelle 13, daß von den 20 typischen Fällen nur ein einziger eine schizophrene Belastung aufweist (Fall Be., Nichte Katatonie), während von den 21 atypischen Fällen 13 mit schizophrenen Psychosen belastet sind. Umgekehrt sind es unter den typischen Fällen 3mal so viele, die eine Belastung nur mit Psychopathien zeigen.

Tabelle 13.

	Typische Fälle	Atypische Fälle
Belastung mit Schizophrenien	1	13
Belastung mit nichtschizophrenen Psychosen	4	3
Belastung nur mit Psychopathien (schizoide und andere)	12	4
Keinerlei Belastung	3	1

Betrachten wir nun die *Geschwisterschaften* der beiden Gruppen, so finden wir unter den Geschwistern der 20 typischen Fälle nicht einen einzigen Fall von Schizophrenie, 1 Epilepsie, 9 schizoide und 5 andersartige Psychopathien. Unter den Geschwistern der 21 atypischen Fälle dagegen finden wir 9 sichere und 1 sehr wahrscheinliche Schizophrenie (10 = 18,2%), 8 schizoide und 11 andersartige Psychopathen. In Tabelle 14 sind die Verhältnisse im einzelnen übersichtlich zusammengestellt und in Vergleich gesetzt zu den Ziffern des Gesamtmaterials.

Unter den *Eltern* der Typischen findet sich weder eine Schizophrenie noch eine nichtschizophrene Psychose, dagegen 7 schizoide und 5 andersartige Psychopathen, d. h. 31,2% abnorme Typen. Unter den Eltern der Atypischen sind 3 Schizophrene (7,2%), 9 schizoide und 10 andersartige Psychopathen (45,8%), also im ganzen 53% abnorme Typen. Es zeigt sich also eine ganz erheblich stärkere Belastung der „Atypischen“ im Vergleich zu den „Typischen“, ein Ergebnis, das die Behauptungen *Leonhards* von dem verschiedenen Erbgang der beiden Gruppen vollkommen bestätigt. Hatte *Leonhard* selbst keine Proportionsberechnungen angestellt, so wie *Luxenburger* es vor allem für die Geschwister als unbedingt notwendig fordert, so haben wir dies nun nachgeholt. Und wir glauben, daß auch trotz der Kleinheit unseres Materials und trotz der Tatsache, daß die typischen Fälle eine geringere Durchschnittsgeschwisterzahl haben als die atypischen, das Ergebnis überzeugend bleiben muß.

Es fällt weiterhin auf, daß die typischen Katatonien trotz der fast fehlenden Belastung mit manifesten schizophrenen Erkrankungen doch eine verhältnismäßig hohe Belastung mit Psychopathen, ja gerade mit schizoiden Psychopathen haben. Letztere finden sich bei ihnen prozentual wesentlich häufiger als bei den atypischen Formen. Bei dem Fehlen von Schizophrenien unter den Geschwistern der typischen Katatonien darf man an eine sehr geringe Genpenetranz denken, darf also vermuten, daß diese Schizoiden tatsächlich bereits das volle Erbgut der

Tabelle 14.

	Gesamtmaterial	„Typische“ Fälle	„Atypische“ Fälle
Probanden	85	20	21
Durchschnittsgeschwisterzahl	5,2	4,3	6,0
Bezugsziffer	207	38	55
Sichere Schizophrenien	6,8%	—	16,4%
Sichere und wahrscheinliche Schizophrenien	8,2%	—	18,2%
Schizophrenieähnliche Psychopathen	14,0%	23,7%	14,5%
Sichere und wahrscheinliche Schizophrenien und schizoide Psychopathen	22,2%	23,7%	32,7%
Andere abnorme Typen	15,9%	15,8%	20,0%
Sichere Schizophrenien, wahrscheinliche Schizophrenien, schizoide Psychopathen und andere abnorme Typen	38,2%	39,5%	52,7%

Schizophrenie in sich tragen und nur an ihrer Manifestation verhindert sind. Man könnte dann, so wie es *Lenz* vorschlägt, Schizophrenien und schizoide Psychopathien zusammennehmen, d. h. für unseren Fall, man könnte die Zahl der Schizoiden — Schizophrene sind nicht vorhanden — als Erkrankungszahl der Geschwister auffassen. Die Zahl von 23,7% würde sich sehr dem nähern, was man bei einfach recessivem Erbgang unter der Voraussetzung, daß beide Eltern heterocygot sind, erwarten müßte, eben 25%.

Würden wir bei den atypischen Fällen zu den Katatonien die Schizoiden hinzunehmen, dann kämen wir auf 32,7%. Diese Zahl geht über die Erwartung des recessiven Erbgangs hinaus, reicht aber noch lange nicht an die Zahl 50 heran, die bei dominantem Erbgang zu erwarten wäre. Ohne weiteres die anderen Psychopathentypen hinzuzurechnen, erscheint uns doch bedenklich, aber sehr möglich ist natürlich, daß sich unter ihnen noch solche befinden, die tatsächlich in den schizophrenen Erbkreis hereingehören, nicht lediglich zufällig sind. Vielleicht ist das für die atypischen Katatonien noch wahrscheinlicher als für die typischen, denn bei ersteren findet sich das, was man schizoid nennt, relativ seltener. Vielleicht sehen also die „schizoiden“ Psychopathen des atypischen Kreises anders aus, als diejenigen, die man im engeren Sinne „schizoid“ nennt. Aber erst, wenn man sämtliche Psychopathen hinzurechnen würde, käme man mit 52,7% auf eine Zahl, die der bei dominantem Erbgang zu erwartenden nahe steht. Hier sind unsere Zahlen also nicht ganz eindeutig, was mit der Unmöglichkeit einer sicheren Abgrenzung der schizoiden von den nichtschizoiden Psychopathen zusammenhängt. Wenn wir aber das mitberücksichtigen, was *Lenz* für einen dominanten Erbgang der Schizophrenie anführt, und neuerdings auch *Patzig*, möchten wir uns doch, ausdrücklich unter allen Vorbehalten, dahin aussprechen, daß die typischen Katatonien dem recessiven Erbgang mit besonders geringer Genpenetranz, die atypischen Katatonien dagegen eher dem dominanten Erbgang folgen, wie *Leonhard* es schon angedeutet hat. Mögen ausgedehnte weitere Untersuchungen erst Endgültiges bringen,

so halten wir uns doch für verpflichtet, aus unseren Beobachtungen das herauszulesen, was sie zu bieten scheinen. Als gesichert müssen wir es heute schon ansehen, daß typische und atypische Katatonien nicht die gleiche Genpenetranz besitzen, denn die Unterschiede in der Belastung mit manifesten Schizophrenien sind zu eindeutig. Wenn Stammtafeln etwas besagen — *Patzig* hebt die Berechtigung der Schlußfolgerung aus ihnen wieder mit Nachdruck hervor — dann wird erst die Vorlage unserer, bei den typischen und atypischen Katatonien so deutlich verschiedenen Erbtafeln mit gleichzeitiger ausführlicher Beschreibung der Einzelfälle, die grundsätzlichen Unterschiede klar hervortreten lassen.

Wir möchten unsere Untersuchungen nicht schließen, ohne auf ihre praktische Bedeutung einzugehen. Wenn man sich mit einer Erbkrankheit im Sinne unserer Gesetzgebung beschäftigt, dann wird man sich immer einer besonderen Verantwortung bewußt sein und zu prüfen haben, ob für die eugenische Beurteilung neue Gesichtspunkte hervortreten. Dafür haben wir aber keine Anhaltspunkte gefunden.

Wohl sind wir geneigt, in dem Umstand, daß die Belastung der „typischen“ Katatonien mit schizophrenen Psychosen deutlich geringer ist als die der „atypischen“, einen Hinweis darauf zu erblicken, daß die „atypischen“ Fälle erbbiologisch anders zu werten sind als die „typischen“. Aber wir glauben es doch als einen Zufallsbefund ansehen zu müssen, mit dem man bei einem so kleinen Material ja stets rechnen muß, daß nun unter den Geschwistern und Eltern unserer nur 20 typischen Katatonien überhaupt keine und in der weiteren, allerdings nicht systematisch untersuchten Verwandtschaft auch nur eine schizophrene Psychose gefunden wurde, und es liegt uns fern, auf Grund dieses Befundes nun etwa die Erblichkeit der typischen Katatonien anzuzweifeln. Für eine solche sprechen unseres Erachtens nicht nur die Ergebnisse der früheren systematischen Untersuchungen in der Verwandtschaft Schizophrener, auch wenn bei ihnen eine Aufteilung in typische und atypische Fälle nicht vorgenommen wurde, es spricht dafür auch unsere eigene Untersuchung insofern, als sie eine bemerkenswerte Häufigkeit schizophrenieähnlicher Psychopathen in der Verwandtschaft unserer typischen Fälle feststellte, und schließlich auch der Umstand, daß sich für eine exogene Entstehung der typischen Formen — ebenso wie übrigens auch für die der atypischen — keine Anhaltspunkte ergeben haben.

8. Ergebnisse.

1. Das Ausgangsmaterial der vorliegenden Arbeit bilden 85 Katatoniker, die in den Jahren 1921—1925 in die Frankfurter Nervenklinik aufgenommen wurden und deren Psychosen durch die katamnesticen Nachuntersuchungen *Driests* als wirkliche Katatonien sichergestellt wurden. 60% sind noch am Leben und befinden sich zum größten Teil in Anstalten, 40% sind nach mehr als 5jähriger Krankheitsdauer gestorben. Das besondere des Ausgangsmaterials liegt einmal darin, daß es sich auf

nur eine schizophrene Sonderform, die Katatonie, beschränkt, und zum andern, daß nur ungeheilte Fälle verwertet wurden, also heilbare, nicht-schizophrene Psychosen ausgeschlossen wurden.

2. Das Verhältnis von Männern zu Frauen ist 41 : 59 %.

3. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt 25,3 Jahre, es ist unabhängig davon, ob der Kranke präpsychotisch auffällig oder unauffällig war.

4. Für den Ausbruch der Katatonie spielen körperliche Ursachen keine Rolle, eher dagegen vielleicht seelische (religiöse und Liebeserlebnisse).

5. Von denjenigen Probanden, über deren präpsychotische Persönlichkeit genaueres bekannt ist, waren 68,4% vor Ausbruch der Krankheit psychisch auffällig, 31,6% unauffällig. Die Auffälligen stellen sich als schizoide Persönlichkeiten dar, innerhalb derer sich die 4 Gruppen der Empfindsam-Ungeselligen, Erregbar-Unklaren, Gemütskalt-Herrischen und Stumpfen (Charakterschwachen) unterscheiden lassen. Die Empfindsam-Ungeselligen herrschen vor.

6. Mehr als die Hälfte der Probanden (52,8%) wiesen mangelhafte oder schlechte Schulleistungen auf.

7. Die Probanden gehören vorwiegend mittleren oder niederen Berufsständen an.

8. In körperbaulicher Hinsicht überwiegen deutlich die kräftig-leptosomen und athletischen Typen.

9. Von den 34 gestorbenen Probanden starben 13, d. h. 38% an Tuberkulose.

10. Unter den Geschwistern unserer Probanden finden sich 6,8% sichere Schizophrene, 8,2% mit Einschluß von 3 wahrscheinlichen Fällen und 1,45% nichtschizophrene oder unbekannte Psychosen. Die Schizophrenien der Geschwister sind mit einer Ausnahme ebenfalls Katatonien; es läßt sich eine große Ähnlichkeit der Geschwister bezüglich körperlicher Beschaffenheit, präpsychotischer Persönlichkeit, Erkrankungsalter, Art des Beginns, Verlaufs und Ausgangs der Psychose nachweisen.

11. Die Zahl der schizophrenieähnlichen Psychopathen unter den Geschwistern beträgt 14%, die der sonstigen abnormen Typen 15,9%.

12. Unter den Eltern der Probanden sind 3,7% sichere Schizophrene und 5,5%, wenn 3 wahrscheinliche Fälle einbezogen werden. Vorwiegend handelt es sich auch hier wieder um Katatonien. Ferner finden sich 2,4% nichtschizophrene Psychosen, 14,6% schizophrenieähnliche Psychopathen und 27,4% andere abnorme Typen. Von den Eltern starben 10 bis 13% an Tuberkulose.

13. Von den in der entfernteren Blutsverwandtschaft vorkommenden neurogenen Psychosen sind 58% Schizophrenien und zwar wiederum vorwiegend Katatonien. Rein manisch-depressive Erkrankungen fanden sich nicht, wohl aber verhältnismäßig viele atypische periodische Psychosen.

14. Die Schizophreniehäufigkeit unter den Geschwistern der männlichen und der weiblichen Probanden ist die gleiche, sie ist etwas größer

unter den Geschwistern der präpsychotisch auffälligen Probanden und denen mit schlechten Schulleistungen. Sie ist deutlich höher unter den Geschwistern der Probanden mit remittierend verlaufender Psychose.

15. 41 Probanden konnten von *Leonhard* nachuntersucht und in seinem Sinne in „typische“ und „atypische“ Fälle gruppiert werden. 20 waren typisch und 21 atypisch. Unter den atypischen sind die präpsychotisch Auffälligen und Schwachbegabten etwas häufiger, ihr Erkrankungsalter liegt etwas niedriger, Angaben über seelische Ursachen finden sich öfter, ihre Psychosen verlaufen zu zwei Drittel remittierend. Die Atypischen sind bedeutend stärker belastet als die Typischen, unter ihren Geschwistern sind 18,2% Schizophrene, während sich unter denen der Typischen nicht ein einziger Fall von Schizophrenie nachweisen läßt. Auch unter den Eltern der Typischen findet sich keine Schizophrenie, unter denen der Atypischen dagegen 7,2%. Umgekehrt ist dagegen die schizoide Psychopathie in der Verwandtschaft der typischen Katatonien verhältnismäßig häufiger.

16. Typische und atypische Katatonien im Sinne *Leonhards* sind offenbar erbverschiedene Erkrankungen. Unsere freilich nur geringen Zahlen würden am ersten dafür sprechen, daß die typischen Katatonien dem recessiven Erbgang mit besonders geringer Genpenetranz, die atypischen Katatonien dagegen eher dem dominanten Erbgang folgen.

Für die praktische Beurteilung der Katatonien im Sinne der Erbgesundheitsgesetzgebung ergeben sich aus der vorliegenden Untersuchung keine neuen Richtlinien.

Zwar möchten wir in der deutlich verschiedenen Belastung der typischen und atypischen Gruppe einen Hinweis erblicken, daß die beiden Gruppen tatsächlich erbbiologisch verschieden sind, doch scheint es uns nicht berechtigt, aus dem Umstand, daß unsere doch nur 20 typischen Katatonien im wesentlichen nur eine Belastung mit schizophreneähnlichen Psychopathien und kaum eine solche mit schizophrenen Psychosen zeigen, zu schließen, daß es sich bei ihnen nicht um eine Erbkrankheit handle. Haben wir doch übrigens auch keine Anhaltspunkte für eine exogene Entstehung dieser typischen Formen gefunden, obwohl besonders darauf geachtet wurde!

Schrifttum.

- Bleuler, M.*: Z. Neur. 127 (1930). — *Brugger, C.*: Z. Neur. 113 (1928). — *Gras, L.*: Z. Neur. 144 (1932). — *Hoffmann, H.*: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen, 1921. — *Kallmann, Allg.*: Z. Psychiatr. 104 (1935). — *Kleist*: Eigenber. Zbl. Neur. 89, H. 11/12 (1938). — *Kleist u. Driest*: Votr. Allg. Z. Psychiatr. 104 (1936). Z. Neur. 157 (1937). — *Kretschmer*: Körperbau und Charakter, 4. Aufl. 1925. — *Lenz, F.*: Erbarzt 4, Nr 11 (1937). — *Leonhard, K.*: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder, 1936. — *Luxemburger*: Fortschr. Erbpath. u. Rassenhyg. 1, H. 2 (1937). *Mauz*: Die Prognostik der endogenen Psychosen, 1930. — *Patzig, B.*: Untersuchungen zur Frage des Erbgangs und der Manifestierung schizophrener Erkrankungen. Votr. Verslg. dtsch. Neur. u. Psychiatr. München 1937. — *Rüdin*: Monographien Neur. 1916, H. 12. — *Schneider, A.*: Z. Psychiatr. 79 (1923). — *Schulz*: Z. Neur. 143 (1933).

Lebenslauf.

Am 25. August 1910 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Richard Schwab und seiner Ehefrau Helene geb. Purper in Bad Nauheim geboren. Nach Besuch der Oberrealschule meiner Heimatstadt, an der ich Ostern 1928 die Reifeprüfung ablegte, widmete ich mich dem Studium der Medizin und besuchte die Universitäten München, Marburg, Gießen, Berlin und Frankfurt a. Main. Am 23. Juni 1934 bestand ich das Staatsexamen, am 23. Juli 1935 erhielt ich die Approbation als Arzt. Als Medizinalpraktikant arbeitete ich 4 Monate an der Medizinischen Universitätsklinik und 8 Monate an der Universitäts-Nervenklinik Frankfurt a. M. Seitdem bin ich bis heute als wissenschaftlicher Assistent an der letztgenannten Klinik tätig.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Kleist für die Überlassung des Themas und für seine lebenswürdige Mitarbeit zu danken. Besonderen Dank schulde ich auch Herrn Dozent Dr. Leonhard, mit dem ich die Nachuntersuchungen der Kranken durchführen durfte, für seine mannigfachen Anregungen.