

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Jena [Direktor: Prof. *Hans Berger*.])

Klinische Beiträge zum Konstitutionsproblem.

I. Mitteilung.

Zirkuläre mit nichtpyknischem Habitus nebst einem Anhang.

Von

Kurt Kolle.

Mit 18 Textabbildungen.

(Eingegangen am 8. März 1926.)

Noch bevor der Streit um die *Kretschmersche Körperbaulehre* endgültig entschieden worden wäre, ist von Tübingen aus der Versuch unternommen worden, auch die abweichenden Ergebnisse der Körperbauuntersuchungen unserem Verständnis unter konstitutionsbiologischen Gesichtspunkten näher zu rücken. Die ersten Arbeiten von *Mauz* und *Eyrich* haben ihre geradlinige Fortsetzung in dem Referat gefunden, welches *Mauz* auf der Tagung der Südwestdeutschen Psychiater in Tübingen erstattet hat. Früher schon von *Kretschmer* angedeutete Gedankengänge haben in den *Mauzschen* Ausführungen ihre zielbewußte Ausgestaltung erfahren. Das strenge Affinitätsprinzip

leptosom
athletisch schizophren
dysplastisch

und pyknisch-zirkulär ist fallen gelassen zugunsten einer sich am körperlichen Habitus nur noch orientierenden konstitutionsbiologischen Systematik und Prognostik. Die pyknische Bauform schließt das Vorliegen einer Prozeßpsychose zwar nicht aus, übt aber doch entscheidenden Einfluß auf die Gestaltung des klinischen Bildes aus. Die pyknischen Schizophrenen nehmen keinen Anteil an den „streng destruktiven“ Verlaufsformen, dafür aber um so größeren an den „gut abgesetzten, remittierenden, nicht selten mit zirkulärer Symptomfärbung“ (*Mauz*). Umgekehrt verlieren die leptosomen resp. nicht-pyknischen Zirkulären „mehr und mehr den wohlabgesetzten, abgerundeten Verlaufstypus“ und neigen „zu protrahiertem Verlauf oder chronischem Siechtum mit atypischer Symptomgestaltung“ (*Mauz*).

Ohne vorerst das eigene Material zu berücksichtigen, können nur auf Grund der bis jetzt vorliegenden Arbeiten kritische Erwägungen

verschiedener Art angestellt werden. Wenden wir uns vorerst einmal den vorwiegend statistischen Erhebungen der Nachuntersucher zu, so wollen wir von den für die zur Rede stehende Fragestellung wichtigen Ergebnissen die folgenden Punkte herausstellen.

Moellenhoff hat — ohne nähere Angaben zu machen — bei der Durchmusterung seines „typologisch rubrizierten schizophrenen Materials auf seine klinischen Symptome“ (prämorbiide Persönlichkeit, Art des Beginns, Symptombilder, Verlauf) „nichts gefunden, was für eine Affinität der klinischen Bilder zu einer bestimmten körperlichen Erscheinung spräche.“

Aus der Tübinger Schule selbst sind *Mauz* und *Eyrich* bei der Verarbeitung der dort als pyknisch diagnostizierten Schizophrenen zu einem positiven Ergebnis gekommen¹⁾.

Ein hinsichtlich Zustandsbild, Verlaufsform, Symptomgestaltung usw. durchgearbeitetes Material von nichtpyknischen Zirkulären ist bisher nicht publiziert worden²⁾.

Einzig *Hagemann* gibt eine — leider reichlich aphoristische — kurze Zusammenstellung seiner Befunde bei den nichtpyknischen Manisch-Depressiven. Von seinen 11 Probanden waren, wie der Autor sagt, 3 echte Manisch-Depressive, einer davon mit asthenischem, 2 mit uncharakteristischem Körperbau. Bei den übrigen 8 handelte es sich um Depressionszustände des Rückbildungsalters (2 Athletiker, 2 Astheniker, 3 Unauffällige).

Schon auf Grund dieses kurzen Überblickes können wir sagen, daß eine gesetzmäßige Beziehung zwischen nichtpyknischem Körperbau und bestimmten atypischen Bildern resp. Verläufen innerhalb des zirkulären Formenkreises ausgeschlossen werden muß. Das um so mehr, als *Hagemann* bei seinem Fall 3 noch andeutet, daß auch die „präpsychotische“ Persönlichkeit oder — wie man besser sagen könnte — die seelische Anlage ein syntones Gepräge aufweist.

Im einzelnen ist folgendes zu den Fällen *Hagemanns* zu bemerken: Das körperbaulich abweichende Verhalten von Fall 4—11, die der Autor als Rückbildungsmelancholien auffaßt, will *Hagemann* dadurch zu erklären versuchen, daß er die von *Fluegel* und *Henckel* ausgesprochene Vermutung von der Sonderstellung des Habitus der weiblichen Involutionsmelancholien auch auf seine Fälle übertragen will. So beachtlich auch der Versuch erscheint, die Involutionsmelancholie, für deren

¹⁾ Über unsere pyknischen Schizophrenen befindet sich eine eigene Arbeit in Vorbereitung.

²⁾ *Anmerkung bei der Korrektur*: Wenn wir von dem inzwischen publizierten *Mauzschen Referat* (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 101) absehen, welches allerdings — leider — keinerlei detaillierte Angaben bringt, sondern mit schwungvollem Enthusiasmus mehr zusammenfassend referiert.

klinische Ausnahmestellung bereits seit langen Jahren *Bumke* eingetreten ist, rein körperbaudiagnostisch abzugrenzen, müssen uns doch gewisse konstitutionspathologische Erfahrungstatsachen bedenklich stimmen. Wenn wir von der Voraussetzung ausgehen, daß der Sondercharakter dieser Depressionszustände des höheren Lebensalters (sei es auf involutiv-klimakterischer, sei es auf arteriosklerotischer Grundlage) durch das Hineinspielen eben dieser „exogenen“ Momente bestimmt ist und daß wir in diesen biologischen Faktoren den eigentlich pathogenetischen Grundvorgang, in der Auswirkung der anlagemäßig gegebenen Reaktionsformen aber nur das pathoplastische Beiwerk zu sehen haben, so dürfen wir doch folgendes nicht übersehen:

Die internistisch orientierte Anlageforschung weiß seit langem, daß Individuen mit einem Typ digestiv oder Habitus apoplecticus sive pyknicus besonders zu arteriosklerotischen Erkrankungen disponiert sind. Mit diesen Erfahrungen stimmt *Kretschmers* Angabe gut überein, daß „viele, aber nicht alle arteriosklerotischen und Altersdepressionen und ein Teil der Involutionsmelancholien körperbaumäßig mit dem zirkulären Formenkreis übereinstimmten“. Danach stehen die Beobachtungen *Hagemanns* in direktem Widerspruch zu denjenigen *Kretschmers*.

Es muß aber auf Grund obiger Erörterungen gefragt werden, ob es denn überhaupt wahrscheinlich ist, daß den nicht ohne weiteres in den zirkulären Formenkreis mit einzubeziehenden Depressionszuständen des Präseniums auch körperbaulich ein außerhalb des pyknischen Konstitutionskreises gelegener besonderer Habitus entspreche. Wir glauben diese Frage nicht nur in Anbetracht der aufgezeigten Differenzen zwischen *Kretschmer* und *Hagemann*, sondern auch deswegen verneinen zu müssen, weil uns die innigen biologischen Beziehungen zwischen Arteriosklerose und depressivem Syndrom einerseits und Arteriosklerose und pyknischem Körperbau andererseits darauf hinweisen, daß wir eine Ausnahmestellung der Involutionsmelancholie (in körperlicher Hinsicht) in der von *Flügel-Henckel* und *Hagemann* gesuchten Richtung nicht werden erwarten dürfen.

Wir notieren weiterhin, daß mehrere von den zur Rede stehenden nichtpyknischen Kranken *Hagemanns* in ihren gesunden Zeiten ausgesprochen syntone Züge aufweisen.

Bezüglich der Verläufe muß angesichts der spärlichen Angaben des Autors natürlich von einer eingehenden kritischen Stellungnahme Abstand genommen werden. Wohl aber kann geltend gemacht werden, daß bei 5 Fällen die klinische Behandlung nur 1—2 Monate nötig war. Diese Feststellung deutet doch zumindest darauf hin, daß wir es hier nicht — wie wir es nach den Ausführungen von *Mauz* erwarten müßten — mit exquisit protrahierten Verlaufsformen zu tun haben.

Ob man berechtigt ist, *Hagemanns* Fall 10 als „Melancholie im Rückbildungsalter mit katatonem Einschlag“ aufzufassen, wagen wir ohne eingehendere Kenntnis des offenbar interessanten Falles nicht zu entscheiden. *Hagemann* schreibt: „Vierzehn Tage vor der Aufnahme im Anschluß an fieberhafte Erkrankung¹⁾ mit Halluzinationen, Angst- und Verfolgungsidenen erkrankt. — Versündigungsideen, Verarmungsideen, depressive Verstimmung, zahlreiche, besonders nächtliche Halluzinationen. In der letzten Zeit katatone Züge, Negativismen, Nahrungsverweigerung.“ Wir würden danach annehmen, daß es sich entweder um eine exogene Reaktionsform im Sinne *Bonhoeffers*, also um eine symptomatische Psychose, oder um eine durch eine akute Infektionskrankheit ausgelöste Schizophrenie handelt. Auf alle Fälle genügen die Anmerkungen des Autors, um sagen zu können, daß *derartige Fälle im höchsten Grade ungeeignet zum Studium konstitutioniologischer Fragen sind*. Wenn wir nun aber noch hören, daß der Mann außer „etwas Adlernase“ ein „sonst pyknisches Gesicht“ hat, daß er „kurzhalsig . . . mit relativ sehr weitem Thorax (87,6 cm)“ ist, aber „sehr abgemagert (Aufnahmegericht 64,4 kg)“ und daß „die Maßzahlen nach Einsetzung des Anfangsgewichtes den pyknischen Durchschnittszahlen zuneigen,“ so werden wir beinahe mit Bestimmtheit sagen können, daß es sich nicht, wie Autor annimmt, um einen „ganz uncharakteristischen“, sondern um einen pyknischen Habitus handelt. (Daß wir bei einer so schweren akuten Psychose eine erhebliche Gewichtsabnahme bis zu 54,5 kg zu verzeichnen haben, nimmt ja gar nicht wunder!) Der Autor hat sich jedenfalls durch die starke Abmagerung täuschen lassen und *Kretschmers* Rat nicht befolgt, „daß es zur Diagnose des Pyknikers eines stärkeren Fettansatzes nicht bedarf“.

Ebenso scheint uns *Hagemanns* Fall 11 seiner Beschreibung nach nicht „uncharakteristisch“, sondern vorwiegend pyknisch zu sein: „Untersetzt gebauter Mann, mittelkräftig, Muskulatur plastisch, wenn auch nicht allzu stark; pyknischer Kopf, schwache Terminalbehaarung“.

Wie vereint es sich aber mit der eingangs zitierten Feststellung von *Mauz*, wenn *Henckel* schreibt, daß „die Diagnose manisch-depressive Irresein recht eng gefaßt und alle auch nur einigermaßen zweifelhaften Formen von der Verarbeitung ausgeschlossen wurden“, so daß 13 von 86 Fällen wegfallen mußten, „bei denen entweder das Leiden sich stark hinzog und nur wenig Heilungsnraigung aufwies oder im Symptomenbild katatonische und stark paranoide Beimischungen, erhebliche Wahnbildung, geringe Zugänglichkeit sich zeigten“¹⁾.

Der Autor hat also mit anderen Worten alle jene klinischen Sonderformen von vornherein aus seiner Statistik ausgeschieden, für welche eben das neue Gewand der *Kretschmerschen* Theorie geschmiedet wurde.

¹⁾ Vom Ref. hervorgehoben.

Die — gerade auf dem Gebiet der Konstitutionsforschung nachahmungswerte — Kritik und Objektivität, die *Henckel* hat walten lassen, kommt der Konsolidierung der neuen, von *Kretschmer* und seinen Schülern ausgesprochenen Vermutung aber nicht zustatten. Denn ein reines, ausgelesenes Material von Manisch-Depressiven dürfte keinesfalls einen so hohen Prozentsatz an nichtpyknischen Körperbautypen wie das *Henckelsche* aufweisen, wenn wir überhaupt noch von Gesetzmäßigkeiten, von biologischen Affinitäten, von einem spezifischen Verkettungsmodus körperlicher und seelischer Anlage sprechen wollen. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, fällt es schwer ins Gewicht, daß *Henckel* unter 73 männlichen Zirkulären nur 42 (57,6%) Pykniker oder pyknische Mischformen, unter 78 zirkulären Frauen gar nur 33 (42,1%) solcher Bauformen findet. Selbst bei Abrechnung von 16 weiblichen Kranken, welche unter Mitwirkung eines Klinikers (*Fluegel*) als Spätmanifestationen des manisch-depressiven Irreseins einer gesonderten somatologischen Betrachtung unterworfen wurden, bleiben nur 44,8% pyknische Typen!

Kann aber schon aus diesen Erhebungen der Schluß gezogen werden, daß ein Handinhandgehen körperlicher und seelischer Struktur, ja daß auch nur eine irgendwie bedeutsame „Habitus-Krankheitsbeziehung“ (*Henckel*) als unzutreffend bezeichnet werden muß, so finden wir bei den anderen Nachuntersuchern noch weitere Stützpunkte für unsere skeptische Haltung.

Es haben *Sioli-Meyer*, *Michel-Weeber*, *Wyrtsch* und *Rohden-Gruendlér* nicht frisches klinisches, sondern Anstaltsmaterial zur Verfügung gehabt. Da wir nun — nicht zuletzt nach den Ausführungen von *Mauz*, welcher seine Studien über die atypischen Psychosen hauptsächlich an Anstaltsmaterial gemacht hat — von vornherein annehmen dürfen, daß unter den in Anstalten befindlichen manisch-depressiven Psychosen gerade jene protrahierten Verlaufsformen usw. sich überwiegend vorfinden, auf die sich die *Mauzschen* Ausführungen stützen, so müßten die betreffenden Forscher, denen auch nur Anstaltsmaterial zur Verfügung stand, einen höheren Prozentsatz an nichtpyknischen Formen aufweisen als die Kliniker. Wie verhält es sich damit nun aber in Wirklichkeit?

Gerade umgekehrt: diese Autoren berichten über die höchsten Prozentzahlen an Pyknikern. So *Sioli-Meyer* 83,3%, *Michel-Weeber* 74,2%, *Rohden-Gruendlér* 84,6% und *Wyrtsch* gar 100%, während — um es zu wiederholen — *Henckel*, welchem noch dazu außer dem ganzen exakten Apparat des *Ruedinschen* Instituts noch ein Kliniker zur Seite stand, unter *klinischem* Material nur 57,8% resp. 42,1% Pykniker nachweisen konnte.

Diese Tatsachen scheinen uns eine eindeutigere Sprache zu sprechen, als die Behauptungen von *Mauz*, welche begreiflicherweise von dem Wunsche eingegeben waren, der an manchen Stellen recht brüchig gewordenen Lehre von *Kretschmer* neuen Halt zu geben.

Nun zu unseren eigenen Untersuchungen.

Materialkritik. Die Schwierigkeiten, die sich uns entgegenstellen, wenn wir uns anheischig machen wollen, Krankengeschichten von Manisch-Depressiven so zu veröffentlichen, daß jedermann aus den wörtlich wiedergegebenen Aufzeichnungen selbst imstande sein soll, diagnostisch dazu Stellung zu nehmen, wird niemand verkennen. Denn: welche noch so wirklichkeitsgetreue Reproduktion der sprachlichen Äußerungen melancholischer Kräcker vermöchte uns die Tiefe, die Echtheit, den vitalen Charakter (*K. Schneider*), geschweige denn die feinere Nuancierung des depressiven Affekts zu vermitteln, welche noch so feine phänomenologische Darstellung eine ansteckende, mitreißende manische Heiterkeit, eine psychomotorische Erregung, die wir wohl mit zahlreichen treffenden Bildern und Vergleichen umschreiben können, deren wesensverschiedenen Charakter von einem triebhaften katatonen Bewegungssturm man aber eben nur „erleben“, in wesenhafter Schau sich vergegenwärtigen kann.

Es muß ferner stets bedacht werden, worauf alle Forscher, die sich vorwiegend auf nicht selbst beobachtete Fälle stützen mußten, hingewiesen haben, daß die Krankengeschichten sehr verschiedenwertig sind, daß Lehrmeinungen und Modeströmungen namentlich bei unkritischen oder ungeübten Untersuchern eine beträchtliche Rolle spielen und nicht zuletzt, daß bei einer hohen Aufnahmезiffer und relativ wenig zahlreichem ärztlichem Personal natürlich dem einzelnen Journal, besonders diagnostisch eindeutiger Fälle nicht dieselbe Sorgfalt zugewendet werden kann, wie an kleinen Kliniken oder Privatanstalten mit niedriger Aufnahmезiffer.

Die Darstellung der Krankengeschichten selbst erfolgt wörtlich wenn wir von kleinen stilistischen Verbesserungen oder Zusammenziehungen bei Wiederholungen absehen. Wir geben dieser Art der Veröffentlichung, deren Nachteile uns nicht verborgen bleiben, den Vorzug, ja wir fordern nachdrücklich solche wortgetreuen Wiedergaben, weil bei mehr zusammenfassenden Übersichten doch nur allzu leicht die verlockende Kunst des Deutens von uns Besitz nehmen könnte. Gewiß, die mit viel Sorgfalt und Liebe, mit einer kaum zu überbietenden Reichhaltigkeit an treffenden Formulierungen, plastischen Bildern, und psychopathologischen Terminen zusammengestellten Auszüge von *Kretschmer*, *Mauz* und *Eyrich* sind besser und amüsanter zu lesen — aber beweisend sind sie nicht. Wir verzichten gern auf solche Kunst des sprachlichen Ausdrucks und wollen uns bemühen, so sachlich und nüchtern wie nur irgend möglich unserer Aufgabe gerecht zu werden.

Es handelt sich bei unseren 8 Probanden um dieselben, die wir erst kürzlich in unseren Körperbaustudien an Zirkulären als leptosome Gruppe veröffentlicht haben. Wir fanden unter 50 manisch-depres-

siven Männern 9 Astheniker. (Der neunte Fall kann aus äußeren Gründen nicht publiziert werden.)

Da wir ganz auf dem Standpunkt *Adolf Schneiders* stehen, „daß die Beziehungen zwischen Körperbau und psychischer Artung, soweit solche überhaupt bestehen, sich nur durch genaue Analysen der einzelnen Fälle und nicht nur durch Statistiken werden finden lassen“, so haben wir versucht, in jedem einzelnen Falle eine tunclichst erschöpfende Darstellung des Körperbaues und der Psychose zu geben. Die nur optisch zu erfassenden Merkmale sind nur so weit aus unseren Beobachtungsblättern herausgeschrieben, als die beigegebene Photographie den Habitus nicht hinreichend wiedergibt. Zur übersichtlichen Darstellung der metrischen Daten wurde das von *Henckel* eingeführte und von uns schon früher mit gutem Erfolg herangezogene Vergleichsverfahren mit der als Norm gesetzten Gruppe der Münchener Militärschüler in Form einer graphischen Skizze benutzt³⁾.

Die Erblichkeitsverhältnisse konnten nur gelegentlich berücksichtigt werden¹⁾.

Fall 1. Heredität: Vater ausgesprochen hypomanisches Temperament. Mutter etwas „nervös“; deren Vater an Paralyse †.

Körperbau: Leptosomer Habitus, s. dazu Abb. 1 und 2²⁾. Winkelprofil.

K. H., ein jetzt 25jähriger Bankbeamter, hat eine normale Entwicklung durchgemacht, keine neuropathischen Stigmata. Von 1907 ab auf der Mittel-

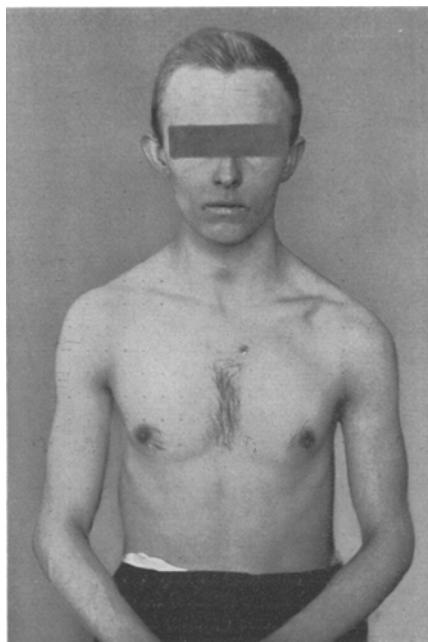
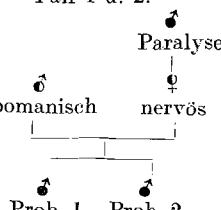


Abb. 1. K. H. (Fall 1).

Fall 1 u. 2.



¹⁾ An anderer Stelle soll näher darauf eingegangen werden.

²⁾ Die photographischen Aufnahmen verdanke ich wieder der tatkräftigen Mitarbeit unserer Laboratoriums-Assistentin Fr. E. Richter, der auch an dieser Stelle gedankt sei.

³⁾ Zu den graphischen Darstellungen, auf die beim Einzelfall nicht näher eingegangen wird, ist folgendes zu bemerken: Die manchmal starken Abweichungen „erklären sich aus der Einheitlichkeit der zugrunde gelegten Vergleichsgruppe“ (*Henckel*). Der somatometrisch Interessierte möge die jeweils in die Abbildungen

schule, von 1910 ab Gymnasium. Lernte sehr leicht, war immer einer der besten. Saß in Unterprima, als zum ersten Male klinische Behandlung notwendig wurde (1917). Seit Januar 1915 nervös, wurde unruhig, unzufrieden mit sich selbst, glaubte, er könne nichts mehr leisten. Konnte seine Gedanken nicht mehr sammeln, zog sich von allen Menschen zurück, war niedergeschlagen, schliefl schlecht. In der Stimmung sehr vom Wetter abhängig. Mußte $1\frac{1}{2}$ Monate die Schule aussetzen. Sollte sich bei seinen Großeltern erholen, hielt es dort aber nicht aus und fuhr zu seinen Eltern zurück, wo es ihm aber auch nicht gefiel. Im Sommer des selben Jahres ein mehrwöchiges Stadium überglücklicher Stimmung, fand großen Gefallen an Geselligkeit, zeigte großen Rededrang und erleichterten Gedankenablauf. Im Winter 1915/16 etwa 3 Monate anhaltender Depressionszustand, b-

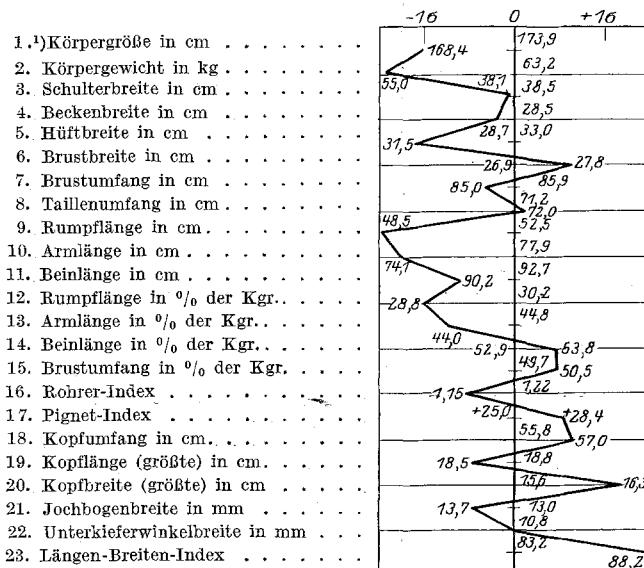


Abb. 2. Abweichung der Körpermaße von Fall 1 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

suchte zwar die Schule, mußte sich aber in dieser Zeit beim Lernen sehr anstrengen. Vom Februar bis Mai 1916 sehr wechselnd, aber im allgemeinen ausgeglichenen normalen Gemütszustand. Vom Mai bis August 1916 wieder exaltiert, ruhelos, dabei immer glücklich, zufriedener und erhobener Stimmung. Dann wieder allmäßlicher Übergang zu einer Depressionsphase, tief unglücklich, Selbstmordgedanken, Gram über Hänseleien der Mitschüler, konnte nicht mehr arbeiten, mußte vom November 1916 bis Anfang 1917 die Schule aussetzen. Februar bis April leidlich ausgeglichen, von da ab wieder allmäßliches Übergleiten in ein Exaltationsstadium, kam in der Schule nicht mehr zurecht, geriet mit seinen Lehrern und Mitschülern in Streit, kam für kurze Zeit in Sanatoriumsbehandlung, regte sich sehr darüber auf, weil er dort unter Verschluß gehalten wurde. Anlässlich der Überführung in die Klinik

hineingeschriebenen Maße resp. Indices direkt mit den in Skizze 2 eingetragenen Mittelwerten der Normgruppe vergleichen. Bei bloßer Betrachtung der Kurven wirken diese manchmal irreführend.

¹⁾ Bei den folgenden Abbildungen wird aus Raumersparnis jeweils nur die Nummer des betreffenden Maßes (entsprechend Abb. 2) angegeben.

glaubte er, daß sein Vater etwas gegen ihn habe, die anderen Geschwister ihm vorziehe, ihn oft grundlos geschlagen oder anderweitig bestraft habe. Soll seit $\frac{1}{4}$ Jahr mäßig masturbieren.

19. VI. 1917. 1. Klinikaufnahme. Körperlich fällt auf, daß er schwächlich konstituiert ist. Die Gesichtsfarbe ist blaß, Körpergröße 166,5 cm. Genitale normal entwickelt, Schambehaarung vorhanden. Der übrige interne und neurologische Befund ist normal. Als allgemeinen Eindruck notiert der damalige Beobachter: „macht für sein Alter etwas infantilen Eindruck“. Seine Stimmung ist gereizt, seine Sprechweise hastig, etwas fahrig. Motorisch ist er ziemlich unruhig, befiengt bei der Erhebung der Anamnese alle Gegenstände auf dem Tisch. Die Intelligenzprüfung ergibt das Bild eines guten Niveaus. In den ersten Tagen be nimmt er sich geordnet und ruhig, macht nur einen etwas fahigen Eindruck, masturbiert ziemlich viel.

26. VI. 1917. Klinische Vorstellung. Schildert intelligent seine Krankengeschichte. Hat relative Krankheitseinsicht. Erzählt von seinen Differenzen mit seinem Lehrer und seinem Vater. „Die meisten Lehrer haben ja erkannt, daß es sich bei mir um eine Art Nervenkrankheit handelt, nur dieser hat es für Frechheit und Unverschämtheit und Faulheit gehalten. Ich wollte ihm beweisen, daß ich dumm bin und einmal eine 5 schreiben. Ich habe aber wieder eine 3 geschrieben.“ (Wie war das Verhältnis mit Ihren Mitschülern?) „Gut, die habe ich alle auf meiner Seite.“ (Früher haben Sie gesagt, Sie wären von ihnen gehänselt worden?) „Ja, aber nicht meine Primaner, die Schüler aus den unteren Klassen haben mir Käsenischel nachgerufen.“ Spontan: „Mein Vater hat mir früher schon gesagt, daß ich ein besonderes Kind gewesen sei, daß ich nie mit anderen Kindern gespielt habe, mich von allen zurückgezogen hätte. Ich habe am liebsten für mich gelesen. Das ist auch auf dem Gymnasium so gewesen. Von Quarta an habe ich mit einem Mitschüler Freundschaft gehalten. Ich fühlte mich von den anderen immer benachteiligt und vernachlässigt, war leicht empfindlich und reizbar. Im Januar 1915 wollte ich nicht mehr ausgehen, hatte alles Zutrauen verloren, keine Freude am Lernen mehr. Ich merkte selbst, daß ich weniger reif als die anderen war, hatte alles Selbstvertrauen verloren, konnte nachts nicht schlafen und hatte immer das Gefühl der Minderwertigkeit, litt viel unter innerer Unruhe und Angstgefühl. Im Frühjahr 1915 wurde es wieder besser, im Sommer kam ein Stadium der Unruhe und Unternehmungslust.“

23. VI. 1917. Zunehmende manische Verstimmung von räsonierendem Typ. Planlose Unruhe, geht außer Bett, ist unzufrieden über die Verordnung der Bett ruhe, gibt patzige Antworten, als der Oberwärter ihn ins Bett schicken will. Auch dem Arzt gegenüber gereizt und ausfallend, verlangt, aufstehen zu dürfen, ist trotzig und uneinsichtig wie ein ungezogenes Kind, fängt vor Wut an zu weinen. Schreibt in einer Stunde mindestens 10 Briefe an alle möglichen Bekannten. Zum Teil beschränken sich diese Briefe nur auf die Mitteilung, daß er in der Klinik sei und fett zu essen habe. In anderen Briefen beklagt er sich wieder über mangelhafte Verpflegung. In einem Brief an einen Mitschüler schildert er eingehend seine verschiedenen Krankheitssymptome, führt die Ursache seines Leidens auf die ungerechte Behandlung seiner Lehrer zurück und schimpft auf seinen Vater, verlangt seine Taschenuhr, die er wieder reparieren will, nachdem er sie vor einigen Tagen in einem Hotel durch Durchlaufen von Wasser unbrauchbar gemacht hat. Äußerlich sind die von ihm geschriebenen Briefe unregelmäßig und flüchtig, mit tausend Unterstreichungen und Randbemerkungen versehen.

24. VI. 1917. Klagt bei Dunkelheit und großer Stille über Angstbeklemmungen, glaubt, er würde von riesenhaften Gestalten umringt, möchte z. B. wach bleiben, bis der Münchener D-Zug in der Nacht Jena passiert hat. Gerät dabei

in große Unruhe, nimmt ein Buch auf, legt es wieder hin, um es wieder aufzunehmen, gibt den Dingen auf seinem Nachttisch alle Augenblick einen anderen Platz, zupft an seiner Bettdecke, redet überstürzt und hastig, sprunghaft, kann keinen Gedanken ruhig zu Ende denken, fürchtet, geisteskrank zu werden, obschon er es nicht sei. Sein Vater habe ihm zwar immer schon gesagt, er leide an Verfolgungswahn, das sei aber nicht wahr. Früher habe er sich darüber geärgert, jetzt sei er aber darüber erhaben. Er sei auch über den besten Arzt erhaben. Stark betontes Selbstgefühl. Zieht sich nachmittags plötzlich an und wird auf die Aufforderung zu Bett zu gehen, sehr erregt, ausfallend, schimpft, droht, die Bilder und Fensterscheiben zu zerschlagen, greift zu einem Stock, mit dem er den Arzt verhauen will, weil dieser seine Korrespondenz zurückgehalten hat, wirft die Tür mit aller Gewalt ins Schloß. Droht, sich mit einer Glasscherbe die Pulsader aufzuschneiden und wird schließlich so erregt, daß er in die Wachabteilung gebracht werden muß, wird dort ziemlich bald klein und demütig, fängt an zu weinen und zu beten.

25. VI. 1917. Ist jetzt wieder ruhig, aber noch immer ziemlich arrogant, vorlaut und rechthaberisch. Wird wieder in den Schlafsaal zurückverlegt.

26. VI. 1917. Läßt es noch immer an dem nötigen Respekt fehlen, redet in despektierlicher Form von seinem Vater, nennt diesen einen Schwindler, zeigt kein Verständnis dafür, daß Flunkereien, die er in seinen Briefen äußert, ethisch minderwertig sind, meint, er sei ja nicht dabei, wenn er jemandem etwas vorlüge, die Hauptsache sei, daß er es selbst nicht glaube.

1. VII. 1917. Beim Besuch des Vaters ganz verständig und ruhig, immer noch deutlich manisch, viel ziel- und zwecklose Handlungen, dreht sich aus Papierstücken Röllchen, „um eine Beschäftigung zu haben“. Hat fortwährend neue Wünsche und Anliegen, ist ziemlich unverträglich und bildet infolgedessen ein störendes Element auf der Abteilung.

5. VII. 1917. In den letzten Tagen etwas lenksamer und artiger, ist aber immer noch manisch verstimmt, zeigt großen Rede- und Tätigkeitsdrang, führt das große Wort, räsoniert sehr häufig und muß öfters zur Ordnung ermahnt werden. In dem gegenwärtigen Zustand geringe Krankheitseinsicht, schiebt die Schuld an seinen häufigen Reibereien mit den Patienten stets auf die anderen. Unruhiger Nachtschlaf, häufige Angstvorstellungen.

6. VII. 1917. Beim Besuch der Mutter wieder ziemlich aufgeregt, will mit nach Hause.

8. VII. 1917. Heute wieder trotzig und ungebärdig wie ein unartiges Kind. Behauptet, seine Mutter habe im Einverständnis mit dem Arzt versprochen, daß er heute abgeholt werden solle. Er habe sich schon so mit diesem Gedanken vertraut gemacht, daß er durch die abschlägige Antwort des Arztes wieder in neue Erregung gekommen sei. Verlangt als Entschädigung dafür, daß ihm seine Gesellschaftsdame aus Blankenburg gebracht würde und dergleichen mehr. Bringt seine Reden mit trotziger Miene vor, spricht in despektierlicher Weise mit dem Arzt, verbittet sich dessen Flunkereien.

15. VII. 1917. Hat sich in der Zwischenzeit wieder beruhigt, benimmt sich artig und manierlich, immer noch etwas fahrig, beschäftigt sich mit Lernen, schläft nachts gut.

25. VII. 1917. Wird auf die Privatstation verlegt.

26. VII. 1917. Immer noch leicht reizbar, besonders dem Vater gegenüber, schläft jetzt nachts ohne Mittel gut.

1. VIII. 1917. Vom Anfall geheilt entlassen.

15. X. 1918. 2. Aufnahme. Zwischenanamnese des Vaters: Nach der Entlassung bis zu den Herbstferien aus der Schule. Immer noch etwas lebhaft und gesprächig. Nach den Ferien trat er wieder in die Unterprima ein, kam nicht mit

und blieb zu Ostern sitzen. Er soll im Winter eine leichte Depression durchgemacht haben, versäumte aber die Schule nicht. Schon während des ganzen Sommers fiel wieder eine große Lebhaftigkeit auf, ging immer auf Touren, führte ein unruhiges Leben, kam niemals rechtzeitig zum Essen usw. Seit Anfang September fing er an, Geld zu borgen, z. T. bei fremden Leuten. Er bot sich bei Leuten an, Besorgungen zu machen, Obst, Nüsse, Bonbons, ließ sich Geld dafür geben, welches er aber zum größten Teil für sich selber verbrauchte, machte Reisen mit dem D-Zug, verprägte im Speisewagen eine Menge Geld. Mit den Eltern sehr patzig und aufbrausend, droht bei Widerspruch, alles zu zerschlagen.

Körperlicher Befund unverändert. Psychisch bei der Aufnahme ruhig und geordnet, gibt willig Auskunft, hat volle Krankheitseinsicht, sagt selbst, daß er die innere Unruhe und Planlosigkeit schon seit Monaten in sich spüre. Gibt das vom Vater geschilderte Vorgehen ohne weiteres zu. Er sei in der letzten Zeit wieder so reizbar geworden, Zusammenstöße mit Eltern, Mitschülern und Lehrern hätten sich einfach nicht vermeiden lassen.

17. X. 1918. War die ganze Nacht schlaflos, trieb allerlei Unfug, sprang vom Tisch auf die Erde, hüpfte herum, lachte überlaut. Auf Vorhalt behauptete er, das machten die „Luftspiegelungen“: er könne in einem Zimmer, wo ein Spiegel sei, nicht schlafen, sehe überall Spiegelungen u. dgl.

18. X. 1918. War gestern abend sehr erregt, sprang aus dem Bett, stieß heulende Laute aus, zerriß die Pantoffeln, warf sich wieder aufs Bett, schnellte sich auf der Sprungfedermatratze in die Höhe, lachte und jauchzte dabei vor Vergnügen, belästigte seine BettNachbarn, drehte das Licht an und aus, mußte ins Wachzimmer verbracht werden.

19. X. 1918. War die Nacht ruhig, ist heute morgen läppisch, grinst, grimassiert, wirft sich im Bett herum.

23. X. 1918. Starke motorische Unruhe, lacht plötzlich laut auf, schnellt sich im Bett hoch, grimassiert, setzt sich auf die Rücklehne des Bettes, springt mit großem Satz ins Bett, wirft die Kissen und Decken herum, dabei keine sprachlichen Äußerungen, reagiert sogar auf Befragen nur mit sehr einsilbigen Antworten. Mußte vorübergehend isoliert werden. Nachts öfter unrein mit Urin gewesen.

24. X. 1918. Klinische Vorstellung. Lebhafte motorische Unruhe, kratzt sich andauernd den Kopf, reibt sich die Nase, wirft sich im Bett herum, grimassiert, zwinkert mit den Augen, lacht läppisch, räuspert sich, rülpst und spuckt. Zu einer geordneten Darstellung seiner Krankengeschichte nicht fähig, bricht schon nach wenigen Worten wieder ab, verlangt einen Augenblick Ruhe, wiederholt fortwährend die Fragen, klagt selbst darüber, daß er sich nicht sammeln könne.

25. X. 1918. Nachts wieder unrein mit Kot und Urin.

30. X. 1918. Grimassiert viel, zeigt starken Bewegungsdrang, wirft sich im Bett herum, redet zerfahren und unverständlich, sprach von Beeinflussungen; flegelhaftes Benehmen, spuckt über die Patienten hinweg, fügt sich den Anordnungen der Pfleger nicht, ist auch gegen den Arzt schnippisch und abweisend, muß zeitweise isoliert werden, ist unrein mit Kot und Urin.

5. XI. 1918. Zeitweise ruhiger und besser zu fixieren, redet dazwischen aber wieder viel, behauptet, er verkehre in Gedanken mit seinen Eltern.

18. XI. 1918. Nach vorübergehender Besserung heute wieder sehr unruhig, grimassiert, lacht, grunzt, spuckt, treibt Allotria, beim Besuch des Vaters kaum zu fixieren. Schwatzt ideenflüchtig vor sich hin, widerspricht sich dauernd, wurde dabei angetroffen, wie er auf seiner Bettdecke eine Nuß, einen Zwieback und einen Apfel aufreihet, behauptet, die Nuß sei die Schnellzugslokomotive, der Zwieback der Tender und dann komme der Apfel als Frau Geh.-Rat B. Nenne hierauf eine Anzahl von Buchstaben und Zahlen im Zusammenhang einer Formel

und gab zu verstehen, daß er ein tiefes Problem gelöst habe. Schlaf wechselnd, öfter schlaflos, spricht laut vor sich hin, körperlich sehr reduziert.

25. XI. 1918. Hochgradig erregt, redet inkohärent, erkennt aber seine Umgebung. Enormer Tätigkeitsdrang, wählt im Bett, zerreißt sein Hemd, zieht sich nackend aus, brüllt, singt, lacht und weint in einem Atemzug, ist dauernd unrein mit Kot und Urin. Neigt zu Selbstbeschädigungen, kratzt sich im Gesicht blutig, findet trotz großer Schlafmitteldosen keinen Schlaf.

30. XI. 1918. Unverändertes Bild, geht körperlich rapide zurück.

5. XII. 1918. Hochgradige Erregung, brüllt, dauernd bettflüchtig, zerreißt sein Hemd, zerkratzt sich das Gesicht, verweigert die Nahrungsaufnahme, ist fortwährend unsauber mit Kot und Urin. Mußte heute mit der Schlundsonde gefüttert werden, sieht verfallen aus, hat in letzter Zeit auch öfter Temperatur gehabt. Als die Angehörigen infolge des bedrohlichen Zustandes kommen, erkennt er sie, spricht aber wenig mit ihnen, zieht die Bettdecke über den Kopf, stöhnt und jammert vor sich hin.

9. XII. 1918. Leichte Besserung, abgefiebert, immer noch sehr unruhig und weinerlich, spricht oft halblaut vor sich hin, beschäftigt sich viel mit einem Onkel, schimpft auf diesen, zieht sich meist die Decke über den Kopf, ständig unsauber.

15. XII. 1918. Immer noch sehr erregt und laut. Starke motorische Unruhe. Wirft sich im Bett herum, gestikuliert, grimassiert, kratzt und beißt sich an den Armen und Beinen blutig, reißt sich die Verbände ab. Spuckt viel, starke Salivation. Spricht unzählige Male rasch hintereinander: „Potzpopel, Pfützriem“ oder „Chinin, Hydrochinin, Oker, Kleesalz, Blausäure, Grünspan... Grünspan, Blausäure, Kleesalz, Oker, Hydrochinin, Chinin“. Behauptet, er höre die Stimme des Geh.-Rat B. in seinem Kopf, die ihm befiehle, seine Gedanken leise auszusprechen. Auch das häufige Spucken sei ihm vom Geh.-Rat B. befohlen. Ist dabei besonnen, erkennt seine Umgebung, muß mit dem Löffel gefüttert werden, läßt Urin unter sich.

27. XII. 1918. Anhaltende Unruhe. Schwatzt fortwährend ideenflüchtig vor sich hin. Spuckt, grimassiert, lacht, weint, kratzt sich im Gesicht, reißt alle Verbände ab. Fortgesetzt unsauber mit Kot und Urin. Versuchte vor einigen Tagen, seinen Kot zu essen! Ist infolge der hochgradigen motorischen Unruhe enorm abgemagert.

31. XII. 1918. Noch sehr erregt, spuckt dauernd gegen die Wand und auf die Bettdecke, kratzt sich viel, verunreinigt sich oft mit Kot und Urin.

Dutz heute bei der Visite den Arzt. (Warum ?) „Wenn der Herr Geheimrat B. befiehlt, geschieht alles... ja, wo der Geheimrat B. steckt, ist nichts zu machen. Wir stecken in der Psychiatrischen Klinik, da können wir uns den Mund halten.“ Singt „Lobe den Herren, den mächtigen König der Ehren“, zählt dazwischen wieder auf: „Oker, Blausäure“ usw.

5. I. 1919. Bedeutend ruhiger geworden, sieht auch körperlich besser aus. Ist nur noch selten unsauber.

7. I. 1919. Schwatzt noch manchmal ideenflüchtiges Zeug, duzt den Arzt.

10. I. 1919. Anhaltende Besserung. Sehr gute Nahrungsaufnahme. Stimmungslabil. Gewichtszunahme.

16. I. 1919. Zeitweise noch unruhig, springt plötzlich aus dem Bett, dreht das elektrische Licht an, hat tausend Wünsche und Anliegen. Keine rechte Krankheitseinsicht, spricht wieder davon, daß seine Handlungen Eingebungen des Geh.-Rats B. seien.

24. I. 1919. Noch immer recht stimmungslabil.

26. I. 1919. Heute deprimiert, weint laut, behauptet, er habe gar keine Eltern mehr, er müsse verhungern, er habe seinen Bauch verloren, man könne seine Rippen zählen.

28. I. 1919. Zunehmende motorische Unruhe, erheblicher Rede- und Tätig-

keitsdrang, sagt selbst, er sei noch so manisch, so leicht erregt. Bemalt seine Hände mit Tinte, malt sich an den Ringfinger einen Ring. Schwer zu fixieren, schweift ab, schwatzt ideenflüchtig. In seinen sprachlichen Äußerungen Neigung zu Wortspielereien, Reimereien, Gleichklängen.

30. I. 1919. Sehr erregt, fortwährend außer Bett, knipst das Licht am Tage an, wühlt das Bett durcheinander, plaudert unzusammenhängend, lacht, grinsiert, gestikuliert. Muß wieder ins Wachzimmer. (Warum so erregt ?) „Da legen wir auf die eine Wage die Ruhe und auf die andere die Unruhe und da kommt die Unruhe heraus.“ Turnt im Bett herum, mischt sich in die Gespräche des Arztes mit den anderen Patienten, neckt und witzelt.

3. II. 1919. Heute morgen kaum zu fixieren, liegt steif mit geschlossenen Augen im Bett, verzerrt den Mund, redet leise vor sich hin, antwortet nicht. Erst als der Arzt sich abwendet, springt er auf und erkundigt sich nach dem Befindendes Arztes.

6. II. 1919. Redet andauernd ideenflüchtig vor sich hin. „Wir wollen doch mal sehen, ob wir nicht das Gericht fertig kriegen . . . Die Weltgeschichte ist das Weltgericht . . . Haben Sie den Unterschied zwischen . . . Oder darf ich Du sagen . . . Bitte, Sie sollen sagen 1.35 . . . eine 35 . . . Sie wollen sagen, wenn die Nachtwache eintritt . . . wir wollen sehen, ob die Bettstellen in Ordnung sind und die Uhr geht . . . wir wollen die Hypnose einstellen . . . wir ziehen jetzt zusammen . . . wir kontrahieren allmählich . . .“ Dazwischen wieder ganz ruhig und geordnet, klare, und verständige Antworten. Knipst das Licht an und aus, ärgert die Wärter.

10. II. 1919. Kratzt wieder, schmiert mit Speichel, ist gelegentlich unsauber mit Urin.

17. II. 1919. Noch sehr erregt, ruft heute auf der Visite den Arzt an: „He du. komm mal her und zieh mir meinen Backenzahn aus.“

18. II. 1919. Redet heute den Arzt als Herr Radek an, überreicht dabei eine Zeitung und erklärt den Arzt im Namen seines Großvaters, des Geh.-Rat B., für verhaftet.

19. II. 1919. Behauptet heute, der Geh.-Rat B. rufe furchterlich durch die Stadtkirchenglocken. „Sehen Sie hin, der Anschluß ist schon da . . . Verlustziffern . . . Der Geh.-Rat B. lebt aber auch hoch und in Ehren.“

21. II. 1919. Hat heute auch am Tage unter sich gelassen, ruft einfach nicht nach dem Wärter, behauptet auf Vorhalt, die Tür sei zugewesen. (Warum ins Bett uriniert ?) „Hier Eingang zum Hörsaal (deutet auf seinen Gehörgang), hier Geh.-Rat B. . . Wie geht der Puls, Niere, Herz, Leber, Lunge . . . Herr Doktor, wieviel ist 1 mal 1 ?“

22. II. 1919. Redet wie ein Wasserfall. „Guten Morgen . . . wie geht es . . . immer noch englisch . . . wollen wir noch eine Partie Schach spielen ?“

28. II. 1919. In der Zwischenzeit immer unruhig gewesen, schnalzt, pfeift, singt, zerreißt.

3. III. 1919. Inzwischen ruhiger geworden, hat im ganzen geordnete Briefe nach Hause geschrieben und sich für das Geburtstagspaket bedankt, äußert Sehnsucht nach Hause.

10. III. 1919. Versuchsweise außer Bett, unterhält sich geordnet, keine Ideenflucht mehr, tadelloser Appetit, keine Schlaflosigkeit mehr, sieht körperlich besser aus.

19. III. 1919. Anhaltende Besserung, klagt noch über eine gewisse innere Unruhe, äußerlich aber nichts zu bemerken, immer sehr nett und bescheiden, für alles dankbar.

1. IV. 1919. Wird heute auf die Leichtkrankenabteilung verlegt.

11. IV. 1919. Vom Anfall geheilt entlassen.

22. VIII. 1921. 3. Aufnahme. Zwischenanamnese des Vaters. Blieb nach der letzten Entlassung bis Herbst 1919 aus der Schule fort. Machtete im Februar 1921 das Abiturium. Die Arbeit ist ihm nicht sonderlich schwer gefallen, mußte aber aus äußeren Gründen als Banklehrling eintreten. Seit 2 Monaten klagt er, daß ihm sein Tätigkeitsort nicht gefalle, desgleichen seine Tätigkeit selbst in der Bank. Glaubt, daß er in seiner Heimatstadt besser untergebracht sei. Seine Klagen wurden so lebhaft, daß ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden mußte. Blieb 4 Wochen zu Hause. War im allgemeinen ruhig, fühlte sich nur durch den Gedanken an seinen früheren Aufenthaltsort beunruhigt. Als sein Erholungsurlaub zu Ende ging, entfernte er sich nach dem Mittagessen, kehrt erst in der Nacht nach Hause zurück und gab an, daß er mit selbstmörderischen Absichten umgegangen sei, aber nicht den Mut dazu gefunden habe.

Klagt über Angstzustände und Lebensunmut, macht einen stark niedergedrückten Eindruck,

25. VIII. 1921. Nachlassen der Angstzustände, subjektives Wohlbefinden, steht auf.

30. VIII. 1921. Bei gleichbleibender Opiumdosis (0,15) Wohlbefinden, geht schon in Begleitung spazieren.

3. IX. 1921. In der Rekonvaleszenz nach Hause entlassen.

16. II. 1923. 4. Aufnahme. Zwischenanamnese des Vaters: Nach der Entlassung vom 1. X. 1921 bis 1. I. 1922 in einem kaufmännischen Geschäft tätig gewesen, fühlte sich dort nicht sonderlich wohl, trat darum aus und blieb bis zum März zu Hause. War immer leicht deprimiert. Am 1. IV. 1922 trat er als kaufmännischer Lehrling in einer Fabrik ein, arbeitete bei verschiedenen Büroabteilungen, war sehr eifrig, schien sich in den kaufmännischen Beruf gut einzuleben, obwohl er sonst dieser Tätigkeit keinen Geschmack abzugewinnen vermochte. Seit Oktober 1922 war er wieder lebhafter, suchte nach Ablenkung, verkehrte viel in Künstlerkreisen, besuchte regelmäßig das Theater, machte den Künstlern Geschenke in Form von Blumenspenden und Lebensmitteln. Ende Januar mußte er wegen eines Ekzems nach Jena in die Hautklinik fahren, kam aber von dieser Reise nicht zurück, sondern fuhr planlos umher, reiste nach Berlin, München, Berchtesgaden, von dort wieder nach Berlin, Stendal, Hamburg. Aus München schickte er seiner Mutter als Gruß eine blühende Azalee. Erst gegen Mitte Februar kehrte er wieder nach Hause zurück, wohnte aber in einem Gasthaus und ließ sich zu Hause nicht blicken. Fuhr nach kurzem Aufenthalt wieder los nach Berlin, Stendal, Hamburg. Machtete unterwegs diverse Schulden. Die Sache hatte noch ein kleines forensisches Nachspiel.

Macht einen klaren, geordneten Eindruck, ist vollkommen orientiert, erinnert sich genau an seine früheren Klinikaufenthalte. Legt sich auf Anordnung willig zu Bett, läßt sich ohne Widerspruch seine Sachen abnehmen und verschließen. Befleißt sich der größten Höflichkeit, in seinen Angaben bestimmt und deutlich, keine Ideenflüchtigkeit, bleibt beim Thema, keinerlei Exaltation bemerklich. Auffallend ist nur eine gewisses gesteigertes Selbstbewußtsein und eine etwas hypomanisch anmutende Motivierung seiner Handlungweise. Wehrt sich dagegen, krank zu sein, man habe ihn immer und überall für voll genommen. In einem langen schriftlichen Bericht legt er seine Krankheitsgeschichte, speziell seine letzten Reiseerlebnisse mit einer unheimlichen Genauigkeit bis auf die Minute jedes einzelnen Zugabgangs dar. Er schreibt dann: „Den Zustand, der seit dem letzten Frühjahr besteht, halte ich für keine Exaltation, da keinerlei Symptome vergangener Jahre sich wieder zeigten und da ich auch meinen beruflichen Pflichten nachkam. Der Drang in mir, andere Städte und Menschen kennen zu lernen, ist nicht krankhaft, sondern mein natürliches Wesen. Aus diesem Grunde ist es falsch gewesen von meinem Vater, mich in Jena wieder einsperren zu lassen und das

könnte nach meiner Meinung bei längerer Dauer wieder zu einer Erkrankung im Sinne der Depression führen. Ich brauche meine Freiheit, frische Luft und Bewegung, aber darf nicht eingesperrt werden, wenn ich gesund bin. NB.: Mein Wunsch ist es auch heute noch, Psychiatrie zu studieren.“

Körperlich hat er nichts zu klagen. Der Schlaf ist gut.

25. II. 1923. Unverändert ruhig und geordnet, nur etwas betriebsamer, allerhand Wünsche.

4. III. 1923. Keine Veränderung, fügt sich mit innerem Widerstreben.

11. III. 1923. Immer geladen, voll verhaltener Erregung, die nur manchmal an die Oberfläche drängt, wenn er auf seine Entlassungswünsche kommt.

18. III. 1923. Heute ein Zusammenstoß mit dem Direktor der Klinik, äußerte sich in erregter Weise über seine Festhaltung, er käme sich vor wie in einer Strafanstalt; keine Krankheitseinsicht, sonst äußerlich beherrscht.

25. III. 1923. Macht leichte Gartendarbeit, wird leicht ausfällig, schneidet Bilder aus illustrierten Zeitungen aus.

1. IV. 1923. Gibt immer zu Klagen Anlaß, versucht, mit anderen Pat. Verbindung anzuknüpfen, erbietet sich zu Besorgungen, läßt sich von einem abstinentierenden Patienten das Essen zuschieben. Auf die geschlossene Beobachtungsabteilung verlegt.

6. IV. 1923. Wird, da er verspricht, sich ordentlich zu benehmen, wieder auf die Privatstation zurückverlegt.

29. IV. 1923. Filzläuse entdeckt!

20. V. 1923. Hat in der ganzen Zeit keinen Anlaß zu Klagen gegeben, wird für die Pfingstfeiertage nach Hause beurlaubt.

27. V. 1923. Ist pünktlich zurückgekehrt, immer noch rastlos und betriebsam, muß stets etwas vorhaben.

29. V. 1923. Die ihn besuchende Mutter teilt mit, daß er bei seinem Pfingstbesuch dort einen höchst aufgeregten Eindruck gemacht habe und daß er letzthin ohne Wissen der Ärzte zweimal zu Hause gewesen sei. Bei Vorhalt ganz einsichtslos, mit allerlei Ausreden bei der Hand, bekommt Bettruhe.

31. V. 1923. Erhält heute einen Brief einer Studentenverbindung mit einer Einladung: an Herrn cand. med., muß zugeben, daß er sich bei einer „flüchtigen Bekanntschaft“ als cand. med. vorgestellt habe.

16. VI. 1923. Immer noch viel geschäftig, viel redend und viel schreibend.

6. VII. 1923. Beim Besuch der Mutter, die mit ihm in der Stadt spazieren geht, entweicht er.

8. VII. 1923. Schreibt aus Berlin eine Karte.

9. VII. 1923. Ist nach Hause zurückgefahren. Wird als entlassen behandelt.

14. IX. 1923. Stellt sich zwecks Erlangung eines Gesundheitsattestes poliklinisch vor. Ist bis jetzt zu Hause gewesen. Stets ruhig und gleichmäßig gewesen. Keine auffälligen Stimmungsschwankungen, spricht etwas hastig und unsicher, wechselt öfters die Farbe, macht aber sonst einen unauffälligen Eindruck.

16. V. 1924. 5. Aufnahme. Zwischenanamnese des Vaters: Ist seit 5—6 Wochen wieder lebhaft, kann keine Ruhe finden. Läuft hin und her, schläft schlecht, spricht viel. Bezeichnet den Vater, an seinem Unglück schuld zu sein, er sei früher widerrechtlich vom Vater in der Klinik untergebracht worden, wollte den Vater durch einen Prozeß unschädlich machen, auch gegen verschiedene Ärzte der Klinik wegen falscher Behandlung gerichtlich vorgehen. Seit vorgestern feindselig gegen seine Mutter eingestellt, sie habe 25 Jahre geschauspielert, jetzt habe er sie erst erkannt. Prahlt, daß er in seiner Bank eine leitende Stellung bekommen werde, wollte später Medizin studieren, um die ganze Psychiatrie zu reformieren, liest viel medizinische Literatur. Wurde im Geschäft erst vorgestern auffällig, hatte

bis dahin seine Arbeiten glänzend gewissenhaft erledigt. Seither auch dort voll Unruhe, arbeitet hastig, lässig, kam alle Augenblick mit Fragen zu seinem Bürovorsteher, fiel durch allgemeine Unrast auf. Versuchte bei der Aufnahme sofort zu entweichen, mußte mit Gewalt auf die Abteilung gebracht werden, beruhigte sich hier sofort, legte sich zu Bett, bat, ihn mit Schlafmitteln zu verschonen, in seinem Benehmen sehr zuvorkommend und höflich, sehr lebhaftes Mienenspiel, spricht unaufhörlich, kommt vom hundertsten ins tausendste, redet wie ein Wasserfall.

24. V. 1924. Sehr erregt, muß ins Wachzimmer gebracht werden, große motorische Unruhe, dauernd bettflüchtig.

31. V. 1924. Noch immer sehr erregt, redet in ideenflüchtiger Weise, streitet und schimpft mit anderen Pat., die er zu schlagen versucht. Spuckt, kratzt sich, reißt die Verbände wieder ab. Versteckt sich unter dem Bett, versucht die Matratze zu zerreißen, wirft Gegenstände zum Fenster hinaus, zieht das Hemd aus und läuft nackend im Zimmer umher.

7. VI. 1924. Ziemlich unverändert, große motorische Unruhe, schlägt sich mit anderen Patienten, beschmiert sich Kopf und Gesicht mit seinem Mittagessen. Ist sonst reinlich.

15. VI. 1924. Immer noch sehr unruhig, schimpft laut, wirft das Bettzeug durcheinander, wirft sein Hemd zum Fenster hinaus, redet überstürzt, bestellt bei der Visite Grüße an die Frauen der Ärzte. Am Tage der Chefvisite geht er durch die Wache von Bett zu Bett, besucht die Kranken, sagt: „So, jetzt kann Herr Prof. B. kommen.“

28. VI. 1924. Im ganzen ruhiger, spricht noch viel, ideenflüchtig, läßt seine Verbände jetzt aber sitzen, immer reinlich.

12. VII. 1924. Zeitweise wieder erregt, schimpft auf Ärzte und Pat., hat die Uhr von der Wand gerissen. „Wenn es nur erst Freitag ist, Prof. B. wird sein blaues Wunder erleben. Zustände herrschen hier, aber ich werde mit diesem Mist anfräumen. Prof. B. werde ich die Uhr an den Kopf schmeißen. Dr. B. läßt mich nicht in den Schlafsaal. Mit dem werde ich abrechnen, der soll mir nur mal an mein Bett kommen.“ Grimassiert, streckt die Zunge heraus, streckt den Pat. sein Gesäß hin.

26. VIII. 1924. Wenig verändert, immer noch großer Rededrang.

7. VIII. 1924. Immer noch unruhig, bekommt Streit mit den Mitpatienten, macht in der Wache allerhand Schabernack.

15. VIII. 1924. Redet unaufhörlich, macht Unfug, belästigt andere Pat., ist im ganzen aber doch zu leiten und Zuspruch zugänglich.

28. VIII. 1924. Fängt mit allen Leuten Händel an, wird leicht handgreiflich, schreibt Briefe an die Frau des Direktors, macht alle möglichen Zicken.

7. IX. 1924. Kann in den Schlafsaal verlegt werden.

12. IX. 1924. Hält sich hier leidlich ruhig, steht aber schon auf, geht mit in den Garten.

18. IX. 1924. Treibt immer noch allerhand Unfug, steht aber dauernd auf und geht in den Garten.

3. X. 1924. Anhaltende Besserung. Geht mit Wärtern in die Stadt.

18. X. 1924. Weitere Beruhigung. Arbeitet sehr fleißig, beschäftigt sich mit Abschreiben. Schreibt geordnete Briefe.

7. XI. 1924. Noch immer hypomanisch. Arbeitet aber fleißig.

16. XI. 1924. Kann auf die Privatstation verlegt werden.

23. XI. 1924. Höflich und ruhig.

1. XII. 1924. Vollkommen ausgeglichener Stimmung.

12. XII. 1924. Vom Anfall geheilt entlassen.

Zusammenfassung von Fall 1. Die körperbauliche Beschaffenheit bedarf wohl kaum der näheren Erörterung. An Hand der beigegebenen

photographischen Abbildung nebst graphischer Aufzeichnung der wichtigsten Körpermaße und Indices läßt sich der Nachweis, daß es sich um eine leptosome Bauform handelt, unschwer erbringen. Eine besondere Notierung der Stichworte unseres somatoskopischen Diagramms erübrigts sich.

Nun zu dem klinischen Bild: der Wechsel manischer und depressiver Phasen mit dazwischen liegenden Zeiten völliger geistiger Gesundheit läßt unter Berücksichtigung der gleichsinnigen Erblichkeit an der Diagnose manisch-depressives Irresein keinen Zweifel auftreten. Um sich die Auseinanderfolge der einzelnen Krankheitsattacken übersichtlich vor Augen führen zu können, haben wir eine kleine Skizze angefertigt (Abb. 3). Wir haben dort auch diejenigen leichten Phasen eingetragen, die wir nur anamnestisch rekonstruiert, die

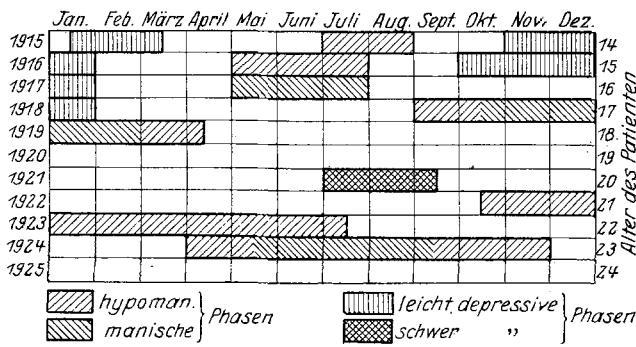


Abb. 3.

nicht zu einer klinischen Behandlung geführt haben. Wir bemerken das ausdrücklich, weil man sonst in der raschen Auseinanderfolge von krankhaften Zuständen eine besonders ungünstige Verlaufsform erblicken könnte. Wir haben auch die leichteren Schwankungen vermerkt, einmal, um darzutun, daß es sich um eine auch in „normalen“ Zeiten echt zyklothyme Persönlichkeit handelt und zweitens, um an diesem Einzelbeispiel aufzuzeigen, wie hoch der Wert einer guten Vorgeschichte gerade bei den Zirkulären zu veranschlagen ist. Bumke hat besonders auf den Mißstand aufmerksam gemacht, der darin liegt, daß wir nie mit Sicherheit von einer *einmaligen* manischen oder depressiven Phase oder von *rein* manischen resp. melancholischen Zyklothymen sprechen dürfen, weil uns die Anamnese nur allzu oft im Stiche läßt. Wir haben nicht nur bei den Angehörigen kulturell niederer, sondern auch hochstehender Zirkulärer häufig Bumkes Erfahrung bestätigen können, daß leichtere abortive Verlaufsformen resp. Stimmungsschwankungen einfach übersehen oder verschwiegen werden.

Glauben wir somit, auf Grund dieser Erwägungen dem Einwand, es

sei der Verlaufstypus *im ganzen* (soweit wir ihn bisher überblicken können) atypisch genug, um ihn aus der Gruppe reiner manisch-melancholischer Erkrankungen auszuscheiden, zur Genüge entkräftet zu haben, so hätten wir uns nunmehr der klinisch-psychopathologischen Analyse der einzelnen Zustandsbilder zuzuwenden.

Den ersten Anfall, der den 16jährigen erstmalig in klinische Behandlung brachte, kennzeichnen wir als eine flotte manische Erregung, die ebenso rasch, wie sie ihren Höhepunkt erreicht hat, auch wieder abflaut. Anders die zweite Phase, die schon durch eine ziemliche Länge ausgezeichnet ist. Teilweise erinnert das Zustandsbild an eine verworrene Manie, teilweise bot es sonst so viele der reinen manischen Exaltation fremde Züge dar, daß der damalige Beobachter sich nicht enthalten konnte, seinen Notizen einige Male das subjektive Urteil: „schizophrenes Verhalten“¹⁾ hinzuzusetzen. Würden wir das Bild dieser zweiten manischen Phase isoliert vor uns haben, so könnten wir angesichts mancher in der Tat schizophren anmutenden Beimischungen zu dem Schluß kommen, daß wir hier eine von jenen zirkulären Psychosen mit atypischer Symptomgestaltung vor uns haben. Es ist nun aber *Johannes Langes* Verdienst, dargetan zu haben, „daß besonders in jugendlichem Alter die manisch-depressiven Psychosen die Neigung zu haben scheinen, unter stärkeren schizophrenieverdächtigen Zeichen zu verlaufen.“ Die von dem Autor gemachten Beobachtungen bei der „puberalen Modifikation“ des manisch-depressiven Irreseins — Erfahrungen *Ziehens* und anderer bestätigend — finden wir fast ausnahmslos auch bei unserem Kranken: die Neigung zu außerordentlich starken und rasch eintretenden, kurz dauernden Stimmungsschwankungen, läppische Züge, die Gewohnheit, in bizarrer Weise vorbeizureden und verschrobene Redewendungen vorzubringen, die Neigung zu unzähligen Wiederholungen und zusammenhangslosen Äußerungen, endlich der ausgesprochen hysterische Charakter der Sinnestäuschungen und die Abenteuerlichkeit und Kindlichkeit der Wahnideen. Wir dürfen also die atypische Gestaltung des zur Rede stehenden Zustandsbildes nicht auf eine im Körperbau zum Ausdruck gelangende individuelle Veranlagung zurückführen, sondern müssen mit *Lange* sagen, daß die Abweichungen und Besonderheiten des klinischen Bildes durch das besondere Gepräge der Pubertätserkrankungen vollauf erklärt werden.

Die dritte Erkrankung in Form einer leichten Depression gibt zu Erörterungen ebensowenig Anlaß wie die vierte, einem mehr hypomanisch-gereizten Zustand.

Der fünfte, wieder manische Anfall gibt durch seine auch wieder ganz typische Lagerung unserer Vermutung recht, daß die alarmie-

¹⁾ Derartige Werturteile sind bei den Krankengeschichten selbst weggelassen worden.

renden Symptome der zweiten Phase lediglich als puberale, nicht aber als prognostisch ungünstig anzusprechende Erscheinungen zu bewerten waren.

Legen wir schließlich noch einen Nachdruck darauf, daß die gesunden Zwischenzeiten K. H. als den Prototyp des geschäftstüchtigen, überall beliebten, konstitutionellen Hypomaniacus erkennen lassen, so wüßten wir nicht, was uns zu der Annahme einer Sonderstellung im Sinne der Mauzschen Thesen veranlassen könnte.

Wir können noch hinzufügen, daß die katamnestische Verfolgung des Falles (bis zum Abschluß dieser Arbeit) ergab, daß K. H. bis jetzt keine stärkere Stimmungsschwankung wieder durchgemacht hat. Mit dem Herauswachsen aus dem Pubertätsalter scheinen also auch die freien Intervalle von längerer Dauer zu sein, ein weiterer Beweis für die Anwendbarkeit der Langeschen Feststellungen auch auf unseren Fall, „daß die in der Jugend ausbrechenden Fälle die Neigung zu haben scheinen, in den ersten Anfällen die gröbsten Störungen zu machen“.

Fall 2. Körperbau: Asthenischer Habitus (s. Abb. 4 und 5). Winkelprofil.

K. H., ein jetzt 19jähriger Bankbeamter, Bruder von Fall 1. Vorgeschichte (Angaben des Vaters): Normale Geburt und Entwicklung, rechtzeitig sprechen und laufen gelernt, keine neuropathischen Stigmata, außer Kinderkrankheiten nie ernstlich krank gewesen. Auf der Schule gut mitgekommen, nur immer faul gewesen. Die Lehrer nannten ihn einen Saisonarbeiter, weil er manchmal ein halbes Jahr überhaupt nichts tat. Das Einjährige hat er nicht bekommen. Nach dem Abgang von der Untersekunda des Gymnasiums ins Bankfach eingetreten (1922). (Bekam das Consilium abeundi, weil er das Notizbuch des Klassenlehrers verbrannte.) Kam im Bankfach sehr gut vorwärts, ist jetzt schon Beamter. Nahm während seiner Lehrzeit am Hitlerputsch in München teil, erlitt damals eine leichte Gehirnerschütterung, die keine Folgeerscheinungen zurückgelassen hat. Pat. ist ewig vergnügt, namentlich wenn er Geld hat, interessiert sich für Wein, Weib und Gesang, großer Sportfreund, fährt Auto und Motorrad, kennt in seiner Heimatstadt alle Menschen, ist mit jedermann gut Freund. Nur sehr vorübergehend manchmal traurig, dann auch arbeitsunlustig, hat auch schon Lebensüberdruß geäußert, es geht aber immer sehr schnell vorüber. Macht manchmal allerhand Zicken, hat einen gewissen Hang zu Unwahrhaftigkeit, wenn er etwas vertuschen will oder eine Periode der Arbeitsunlust herannaht. Gibt gern und viel Geld aus,

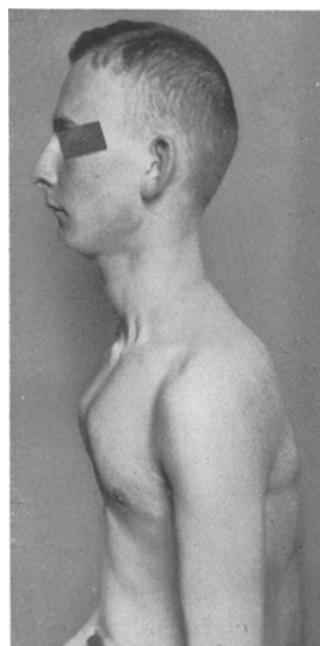


Abb. 4. K. H. (Fall 2).

raucht massenhaft Zigaretten, knüpft Damenbekanntschaften an, ist sehr freigiebig, besucht mit Vorliebe beste Vergnügungslokale, kauft sich gern schöne Anzüge, Lackschuhe usw. Unmittelbarer Anlaß zur Aufnahme ist, daß er ohne Urlaub plötzlich vorige Woche mit dem Morgenschnellzug nach Berlin auf und davon gereist ist. nachdem er sich vorher noch 30 M. von einem Kameraden geliehen hatte. Kam einige Tage später zurück, war sehr geknickt, es war gar nichts aus ihm heraus zu bekommen, saß in einer Ecke, tat Äußerungen wie: „Es ist mit dem Leben nichts los, am besten wäre es schon, man mache Schlüß.“ In Berlin hat er eine regelrechte Vergnügungstournee gemacht, sich in Bars, Varietés usw. herumgetrieben. Will jetzt nicht wieder auf seine alte Stelle zurück, wo er mit Registraturarbeiten beschäftigt war. Das sei ihm zu langweilig, so minderwertige Arbeit mache er überhaupt nicht mehr. Ref. meint abschließend, es stecke kein Ernst in ihm.

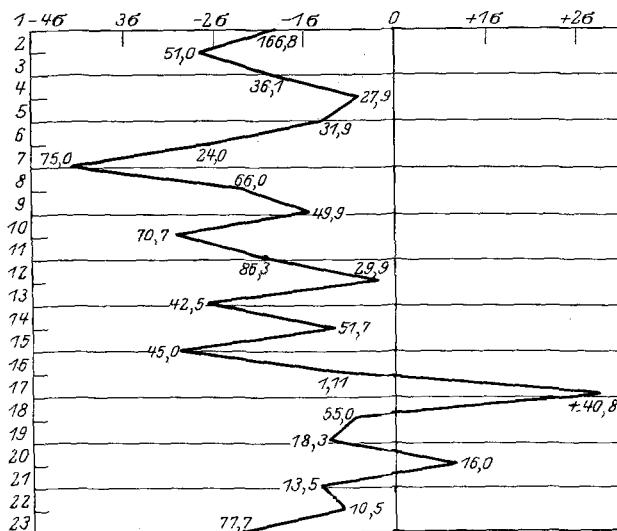


Abb. 5. Abweichung der Körpermaße von Fall 2 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

24. III. 1925. 1. Klinikaufnahme. Intern und neurologisch o. B. Pat. fühlt sich jetzt ganz wohl, in keiner Weise krank oder deprimiert, auch nicht aufgereggt, „wie früher“. Schläft die ganze Nacht, hat Appetit.

29. III. 1925. Nichts Abnormes zu bemerken. Pat. ist stimmungsmäßig zwar ganz fidel, aber nicht übermäßig, führt sich nur wohl. Schläft ohne Mittel glänzend. Fügt sich tadellos der Hausordnung.

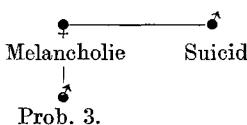
4. IV. 1925. Entlassen.

Wir können uns kurz fassen. Daß wir es mit einem — trotz relativer Jugend — als asthenisch anzusprechenden Habitus zu tun haben, wird niemand bestreiten. Wir gebrauchen wissentlich den Ausdruck „asthenisch“, weil wir auf Grund verschiedener Stigmata (Trichterbrust, große abstehende Ohren, mangelhafte Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale) eine stark nach dem pathologischen Flügel tendierende Variante der leptosomen Gruppe zu erkennen meinen.

In Anbetracht der hereditären Verhältnisse möchten wir nicht annehmen, daß es sich nur um eine im Normbereich bleibende zyklothyme Konstitution handelt, auch nicht, wozu mancherlei Anlaß geben könnte, um einen zykliden Psychopathen, sondern um eine ausgeprägte Manifestation des manisch-depressiven Irresins. Die Berliner Reise, die zur klinischen Beobachtung führte, ist wohl ziemlich sicher eine leichtere manische Phase gewesen. Ob wir im Recht sind, kann natürlich erst der weitere Verlauf lehren. In unserem Zusammenhang ist es aber auch belanglos, wie hoch man den Quantitätsgrad einschätzen will. Die zyklothyme Temperamentsanlage steht außer Zweifel.

Wir notieren also, daß bei einer rein zyklothymen Persönlichkeit mit nichtpyknischem Körperbau sich vorläufig keine Anhaltspunkte finden, welche auf einen prognostisch ungünstig zu bewertenden Verlauf hindeuten könnten. Im Gegenteil: der erste ans Psychotische anklingende Ausbruch der krankhaften Anlage zeigt nicht einmal die für das Jugendalter charakteristischen stürmischen Erscheinungen, sondern gestaltet sich exquisit milde, abortiv.

Fall 3.



Erblichkeit: Die Mutter hat eine melancholische Depression durchgemacht, ist nachher wieder ganz gesund geworden. Ein Bruder der Mutter hat sich das Leben genommen.

Körperbau: vorwiegend leptosom¹⁾ (s. Abb. 6).

Somaometrischer Befund: s. Diagramm.

Somatoskopischer Befund: Faltige weiche Gesichtshaut, kleine, mattblickende Augen. Breite, gerade Nase, schwach ausgeprägtes Kinn. Abstehende Ohren. Schlanker, schmächtiger, vorzeitig gealterter Körperbau. Feines Knochengerüst, schmale Gelenke. Schlaffe Muskulatur bei schwach hervortretendem Relief. Langer Hals, dünne Gliedmaßen. Feingliedrige, schlaffe, weiche Hände. Zusammengeschobene Schultern. Schmaler Brustkorb. Straffes, grobfaseriges Kopf- und Barthaar. Gleichmäßiger Bartwuchs. Schwache, fast fehlende Terminalbehaarung.

H. B., ein 57jähriger Kaufmann. Anamnese der Frau: Pat. war anfangs schwächlich, hat sich aber dann normal entwickelt, war als Kindträumerisch

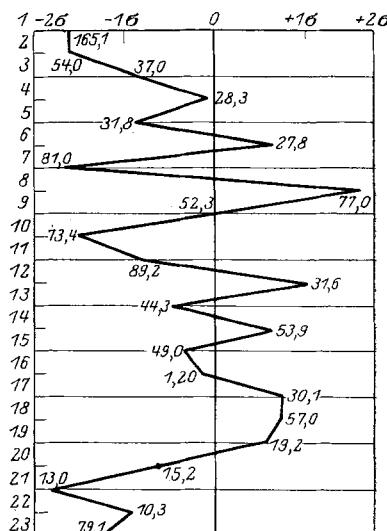


Abb. 6. Abweichungen der Körpermaße von Fall 3 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

¹⁾ Es war leider nicht möglich, von allen Probanden Lichtbilder anzufertigen.

veranlagt, war sehr weich, aber immer fleißig. In der Schule einmal sitzen geblieben. Ging auf die Handelsschule, wechselte nach Abschluß derselben sehr häufig die Stellung, war immer ruhelos, in seinem Wesen immer sehr überschwänglich, gedankenvoll, sehr von sich selbst eingenommen. Seit 1900 verheiratet. Hat auch nach der Heirat viel die Stellungen gewechselt. War, was sein berufliches Leben anlangt, der Frau gegenüber immer etwas mißtrauisch. Sexuell immer sehr erregbar. Fiel durch seine zeitweise abnorme Lebhaftigkeit in seinem Bekanntenkreise auf, weil er sich dann jungen Mädchen und Frauen näherte, im Gespräch keinen Menschen wieder losließ, fremden Leuten auf der Straße zuwinkte, einem Bäckermädchen plötzlich das Du anbot, weil sie ihm gut gefiel. Seit dem letzten Winter sei er plötzlich interesselos geworden. Bei der Hochzeit seines Sohnes im Juni 1925 machte er viele Schulden. Seitdem in seinem Wesen auffällig verändert, sagt, daß er alle seine Schulden nicht tilgen könne, daß das Geschäft zugrunde gegangen sei. Seufzt fortwährend, nun sei gar nichts mehr zu retten, es sei alles umsonst, er hätte alle Menschen belogen, nun käme alles heraus. Hat Angstzustände, glaubt, alle Menschen wollten auf einmal alle Schulden bezahlt haben, macht sich tausend Vorwürfe, klagt, er könne nicht mehr denken; „Ach, ich kann euch ja gar nicht alles sagen“, sprach vom Sterben.

30. VII. 1925. Aufnahme in die Klinik. Körperlich fällt außer einem Blutdruck von 150 mm Quecksilber nichts auf. Bei der ersten Exploration macht er einen stark gehemmten Eindruck, sitzt mit ängstlichem Gesichtsausdruck da und beginnt sofort zu weinen, redet stockend und langsam, jede Antwort muß mühsam aus ihm herausgeholt werden. Gibt schließlich aber doch ganz nett Auskunft, macht sich Sorgen, daß er sein Geschäft vernachlässigt hat, er hat eine Schuld auf sich geladen, dadurch, daß er keine Bücher geführt hat. Er hat sein Geschäft verkommen lassen, er wird dafür zur Rechenschaft gezogen. Er sei jetzt so mutlos, daß seine Arbeit umsonst gewesen sei, er könne seine Schulden gar nicht übersehen. Er mache sich große Vorwürfe, denn seine Frau sei ein „Edelstein“, er habe sie in leichtsinniger Weise der Not preisgegeben. Keinerlei Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen oder Verfolgungsideen. Wird Anfang August zur Operation bestehender Hämorrhoiden in die Chirurgische Klinik verlegt.

20. VIII. 1925. Nichts mehr von Depression, eher etwas überschwänglich.

30. VIII. 1925. Stimmung etwas über dem Strich. Schreibselig, redet gern und viel. Überschwänglich, aber keine ausgesprochene Exaltation, liegt im Einzelzimmer, schläft und isst gut.

10. IX. 1925. Ruhiger, steht auf, bewegt sich frei auf dem Korridor. Netter Patient, etwas fahrig.

20. IX. 1925. Wesentlich ruhiger.

27. IX. 1925. Entlassen. Nimmt etwas überschwänglich, aber sonst unauffällig Abschied, will sich in einem halben Jahr wieder vorstellen.

Auch unsere dritte Krankengeschichte kann kurz dahin zusammengefaßt werden, daß wir bei einem Zyklothymen mit degenerativen Zügen im Präsium eine kurzdauernde Depression mit leichtem hypomani- schen Nachstadium auftreten sehen. Die Symptomatologie ist typisch, der Verlauf als solcher trägt benignen Charakter. In der seelischen Anlage finden wir keine als „schizoid“ aufzufassenden Züge.

Im Zusammenhang mit der eindeutigen erblichen Belastung kann wohl auch hier kein Zweifel aufkommen, daß wir den Fall dem zirkulären Formenkreis einzureihen haben. Trotzdem die zum ersten Male Klinikbehandlung erforderlich machende Psychose im vorgerückten

Alter auftritt, eine geringe Hypertonie des Gefäßsystems auch nachweisbar ist, also „exogene“ Momente als mitauslösend nicht ausgeschlossen werden können, sehen wir nichts von einem protrahierten Verlauf.

Fall 4. Keine erbliche Belastung nachweisbar. Körperbau: Asthenisch (s. Abb. 7 und 8).

P. A., ein 42jähriger Handlungsgehilfe. Anamnese des Vaters und der Ehefrau: Kommt aus dem benachbarten Landkrankenhaus hierher. Hat eine normale Entwicklung durchgemacht, ist seit 25 Jahren in seiner jetzigen Stellung, war niemals krank, seit 1905 in glücklicher Ehe verheiratet. Seit 10 Wochen ist der Pat. zunehmend nervöser geworden, hatte Herzbeschwerden, machte sich Sorgen, weil er glaubte, er würde seine Stellung verlieren, war kaum zu Hause zu halten, drängte zur Arbeit, machte sich viel Sorgen, weil eine für ihn vorgeschlagene

Kur in Nauheim ihm nicht genehmigt wurde. Meint, er könne nie wieder gesund werden, er müßte sterben, er würde erschossen werden, denn es sei doch alles zu

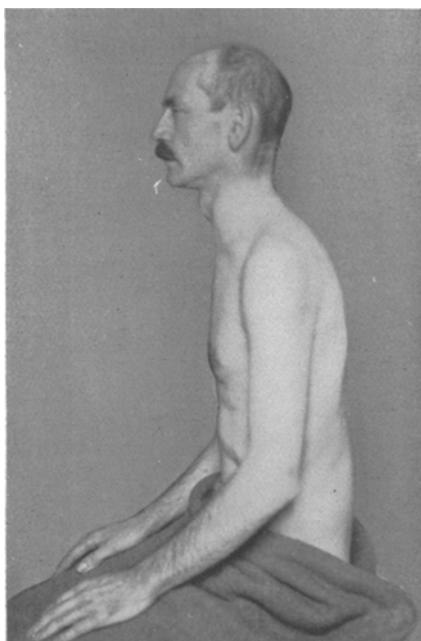


Abb. 7. P. A. (Fall 4).

Ende mit ihm. Hält sich für den größten Verbrecher in der Welt, alle Leute auf der Straße sähen es ihm an, daß er der schlechteste Mensch sei. Sein Tod stehe nahe bevor. Ab in letzter Zeit sehr schlecht, meint, er hätte das Essen nicht verdient. Schlief in den letzten Nächten fast gar nicht. Wollte nicht mit in die Klinik, da er hier bis heute abend eine Leiche sei. Er komme nie wieder aus diesem Hause heraus.

4. VI. 1925. Aufnahme in die Klinik. Körperlich fällt auf, daß er einen frühzeitig gealterten Eindruck macht und die Schilddrüse ziemlich stark vergrößert ist. Er ist ängstlich, weinerlich, verstimmt, macht einen schwer depressiven Eindruck. Er macht sich Sorgen um seine Familie, weil er nicht ins Geschäft kann. Schon bevor er krank wurde, habe er gehört, wie man gesagt habe: „Ach, alter

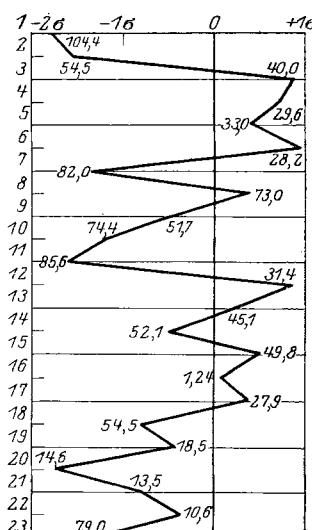


Abb. 8. Abweichungen der Körpermäße von Fall 4 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

Mann, da kann man auch einen jungen einstellen.“ Da sei auch gesagt worden, die Arbeit sei nicht einwandfrei. Er hat eine innere Angst, daß er nicht mehr lange leben werde, er hat eine schwere Verfehlung begangen, er hat einmal ein Stückchen Gummi mitgenommen. Es ist schon lange her, aber das kann er nicht vergessen. Er hat 1911 und 1921 schon ähnliche nervöse Zustände durchgemacht.

10. VI. 1925. Schwer depressives Zustandsbild. Sitzt dauernd weinend und gequält im Bett, ringt die Hände, seufzt, fragt mehrfach, ob er auch in hier diesem Bett bleiben könne.

20. VI. 1925. Weinerlich und ängstlich, quergefaltete Stirn, seufzt, macht sich Sorgen um zu Hause, möchte nur ein einziges Mal noch seine Angehörigen sehen. Jammert: „Meine sehr verehrten Herren, nur diesen einen Herzenswunsch müssen Sie mir noch erfüllen, ich kann ja nichts für meine Angst.“

30. VI. 1925. Leichte Beruhigung, aber immer ängstlich, weinerlich.

10. VII. 1925. Bis zum 7. VII. viel ruhiger, zuversichtlicher, so daß Pat. versuchsweise nachmittags aufsteht. Jetzt wieder rückfällig, Angstattacken, Sorge um die Familie, Selbstvorwürfe.

14. VII. 1925. Noch schwer depressiv.

30. VII. 1925. Langsame Beruhigung, etwas freier, aber noch immer ausgesprochen depressiv.

8. VIII. 1925. Ruhiger, ißt gut, keine Klagen, beteuert sein Wohlbefinden, drängt nach Hause.

9. VIII. 1925. Beim Besuch des Bruders verlangt er, daß dieser sofort seine Entlassung fordern solle. Hier käme er doch nicht lebend heraus. Er soll hier umgebracht werden. Ein Pat. führe dauernd Protokoll über alles, was er mache. Die Pat. aus den leeren Betten seien im Garten, beraten, wie sie ihn umbringen könnten.

10. VIII. 1925. Über die vom Bruder berichteten Dinge befragt, leugnet er alles entrüstet ab. Gibt nur zu, daß er sich über das Schicksal seiner Familie Sorgen mache.

20. VIII. 1925. Sehr labil, weint oft, immer dieselben Klagen. „Lassen Sie mich aus dem Bett, dann wird mir besser, ich mache mir so große Vorwürfe und Gedanken wegen meiner Familie.“ Gramfalten, unruhige Bewegungen, Puls manchmal auffallend beschleunigt, deutlicher Tremor manuum, sonst keine Base-dowsymptome.

1. IX. 1925. Weint viel, verlangt nach Hause „hier macht mich alles nur noch kränker“.

15. IX. 1925. Seit mehreren Tagen nachmittags außer Bett. Deutliche Besserung. Spielt Skat mit den Mitkranken, immer noch etwas labil, aber doch viel freier als ehedem.

30. IX. 1925. Gelegentlich etwas schwankend in der Stimmung, weich, beeindruckbar durch kleine Härten des Stationslebens, im ganzen aber gleichbleibende Besserung. Steht den ganzen Tag auf, hilft fleißig bei der Arbeit.

4. X. 1925. Drängt jetzt sehr nach Hause, läßt sich aber vertrösten. Beim Besuch der Angehörigen wehmütig freundlich, rührselig im sprachlichen Ausdruck.

13. X. 1925. Auf Wunsch des Vaters entlassen. In der Stimmung ausgeglichen.

Ein 42jähriger Mann bekommt nach allgemein nervösen Vorboten eine schwere Depression von ausgesprochen ängstlich agitierter Färbung. Neben den typischen Versündigungsideen, Sterbegedanken usw. finden wir diesmal mancherlei Züge von wahnhafter Einstellung. Eintönige Klagen, die auch momentanem Zuspruch kaum zugänglich sind, stehen zeitweise stark im Vordergrunde. Der affektive Rapport ist irgendwie

verbarrikadiert, der Kranke zieht sich in sich zurück und verheimlicht seine paranoiden Gedanken vor den Ärzten. Die Genesung wird durch plötzliche Rezidive verzögert, bleibt aber doch nicht aus. Nach viermonatigem Aufenthalt kann er entlassen werden.

Hätte Pat. nicht in den Jahren 1911 und 1921 schon ähnliche „nervöse“ Zustände von vorübergehendem Charakter durchgemacht, so würde man vielleicht geneigt sein, die Bedeutung des zweifellos vorliegenden Basedowoids für die psychische Erkrankung höher zu veranschlagen, als wir es zu tun gedenken. Wir fassen den Kranken als einen Zirkulären auf, verschließen uns aber keineswegs der Tatsache, daß die von dem klassischen Bilde der Melancholie in mancher Hinsicht — wenn auch keineswegs erheblich — abweichende Krankheitsform den Randpsychosen des manisch-depressiven Kreises zum mindesten nahesteht. Wir geben aber zu bedenken, ob nicht in diesem Falle die Besonderheiten des klinischen Typus mehr der „exogenen“, thyreogenen Komponente zur Last zu legen sind, als dem extrem asthenischen Habitus.

Fall 5. Erblichkeit: Nichts bekannt. Körperbau: Leptosom. (s. Abb. 9 u. 10).

R. H., Schieferbruchbesitzer, jetzt 41 Jahre alt. Anamnese des Bruders: Normale Kindheitsentwicklung. Keine nervösen Störungen. Kam auf der Schule und auch später in der kaufmännischen Lehre nicht recht vorwärts. Masturbierte schon als Kind viel. War 1900 in einem kaufmännischen Geschäft in Frankreich tätig, verging sich dort an Kindern und mußte flüchten. Kurze Zeit später machte er sich in Deutschland in ähnlicher Weise strafbar, wurde damals aber auf Grund eines ärztlichen Gutachtens exkulpiert. War 1908 $\frac{1}{2}$ Jahr in einer Irrenanstalt, hatte dort Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen verschiedener Art.

11. VI. 1908. Zeigt ein sehr merkwürdiges Wesen, hörte seinen Namen rufen, hörte das Bellen eines Hundes, glaubte, daß über ihn gesprochen würde. Stand diesen Erscheinungen aber relativ kritisch gegenüber, hielt sie selbst zeitweise für Täuschungen.

11. VII. 1908. Hat hin und wieder unbestimmte Angstgefühle. Hört nach wie vor ausschließlich seinen Namen rufen. Macht sich Sorgen, ob seine damals bestehende Gonorrhoe auch ausheilen würde.

6. X. 1908. Läuft beim Spaziergang quer übers Feld, weil er sich fürchtet, liest viel statistische und sozialpolitische Werke.

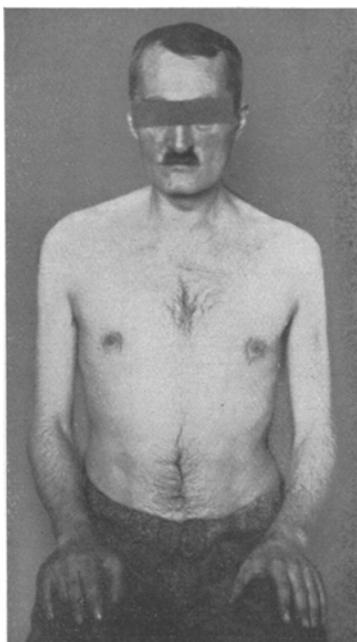


Abb. 9. R. H. (Fall 5).

11. XII. 1908. Möchte am liebsten ins Ausland, wo man von seiner Vergangenheit nichts wisse und ihn deshalb wohl in Ruhe lassen werde.

31. XII. 1908. Versichert, seit 14 Tagen die Rufe auch Sonntags nicht mehr gehört zu haben. Er sei überzeugt, daß er sie in Wirklichkeit vernommen habe, müsse allerdings, wenn man ihm die Unmöglichkeit versichere, zugeben, daß er sich geirrt und die ganze Sache sich eingebildet habe. Er hoffe, daß an einem anderen Ort, wo man ihn nicht kenne, dergleichen nicht mehr passieren werde. Gebessert entlassen.

In den Jahren darauf versuchte er, als Kaufmann festen Fuß zu fassen, was ihm aber nicht gelang. Machte sich wieder verschiedener sexueller Vergehen schuldig (Exhibitionismus), deretwegen er verschiedene Male in einer Privatanstalt untergebracht war. Im Jahre 1912 heiratete H., gezwungen durch den Vater, der ihn dadurch heilen wollte.

1914/15 Ersatzreservist. Beim Militär fiel er besonders durch seine Großspurigkeit auf. Nach seiner Entlassung kaufte er einen Schieferbruch. In der Leitung desselben war er zwar sehr liederlich, konnte sich aber einigermaßen über Wasser halten. Er äußerte auch damals ausgesprochene Größenideen, fühlte sich als Journalist, schrieb eine Entstehungsgeschichte des Wortes „Boche“ und bewarb sich um die wissenschaftliche Bearbeitung eines mathematischen Problems. Er schrieb eine ganz konfuse Abhandlung über die „Lösung des fermatischen Problems“, die er auch drucken ließ. Er soll auch noch mehr ähnliche Sachen geschrieben haben, und schaffte sich mit der Zeit eine riesenhafte wissenschaftliche Bibliothek an, von deren Inhalt er nichts verstand. Im Februar 1924 wurde er

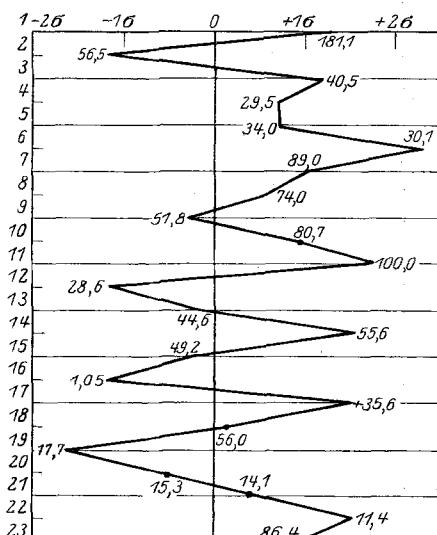


Abb. 10. Abweichungen der Körpermaße von Fall 5 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

wieder lebhafter, war sehr geschäftig, beteiligte sich aktiv an den Wahlkämpfen und redete in Versammlungen, ohne viel Ahnung von Politik zu haben. Er behauptete, der gesuchteste Redner des Landes zu sein, nannte sich Parteidünger Ludendorffs und Gegner Erhardts. Letztere seien die einzigen nicht homosexuellen Menschen, er selbst Leiter des Generalstabes. Er trank stark und gab sich mit anderen Frauen ab. Lehnte Speisen ab, weil er glaubte, sie seien mit Cocain und indischem Leichengift vergiftet. Er wollte nach Berlin, um Ludendorff zu befreien und behauptete, er habe mit Radiumstrahlen einen Eisenbahnnzug von der Brücke in L. heruntergestürzt zur Strafe für die Anhänger der Ehrhardtler. Er bezog den Inhalt von Zeitungen auf sich, glaubte, vieles sei geschrieben, um ihn am Depeschiieren zu verhindern, und schickte dabei viele Telegramme mit unsinnigstem Inhalt ab. Er redete zum Volke, warf das Geld unter die Leute, wurde geschlechtlich sehr erregt und prahlte mit seinem häufigen Geschlechtsverkehr mit vielen Frauen.

20. II. 1924. 1. Aufnahme in die Klinik.

Körperlich fällt nur auf, daß die Gesichtshaut unrein und mit vielen kleinen

Aknepusteln bedeckt ist. Er schwatzt andauernd, will die anderen Kranken behandeln, hypnotisieren, spottet über die Einrichtungen der Klinik, bezeichnet den Oberwärter als „Obereunuchen“, belästigt die anderen Kranken durch ununterbrochene unanständige Bemerkungen und unsittliche Anträge. Geht mit den Wärtern Wetten ein, befindet sich in ausgesprochen gehobener Stimmung, redet überhastet. Kommt vom hundertsten ins tausendste, dabei stark erhöhtes Selbstbewußtsein, hält sich für einen sehr talentvollen Menschen. Er habe eine wunderbare Begabung für logisches, scharfes Denken und eine große Phantasie. Er sei Detektiv aus Sport, könne alle Menschen hypnotisieren, wolle an der Universität Jena Privatdozent werden, vor den Professoren einen Vortrag über Homosexualität halten. Mit Cocain singe er wie Caruso und habe eine Stimme wie die Posaunen von Jericho. Aus seinen Unterhaltungen geht besonders hervor, daß er sich mit den verschiedensten Gebieten der Wissenschaft beschäftigt und allerlei sinnlose Brocken aus den verschiedenen Zweigen derselben miteinander verbindet, wodurch zum Teil die unsinnigsten Gedankengänge entstehen. Er interessiert sich z. B. für das Fortleben der römischen Religion in den modernen Sitten der europäisch-amerikanisch-asiatischen Völker. Die Radiumsache sei Schwindel. Er stehe unter der Wirkung besonderer Schlaf- und Betäubungsmittel, die nur auf ganz bestimmte Hirnzentren wirken. Er habe sich Eis auf die Geschlechtsteile gelegt, um die Wirkung zu paralysieren. Die Stoßtruppen von Ehrhardt wollten den Kronprinzen mit Hilfe von Frankreich und Belgien auf den Thron bringen, er habe die Hitlerpartei ins Leben gerufen. Alle Lokomotivführer seien homosexuell, weil immer zwei auf einer Lokomotive seien usw. Alle diese unsinnigen Behauptungen stellt er mit der größten Wichtigkeit auf, um sie im nächsten Moment zu widerrufen und zu behaupten, er habe den Arzt nur bluffen wollen.

27. II. 1924. Äußerst erregt, läuft dauernd im Hemd umher, wird aggressiv gegen seine Umgebung, schreit sich ganz heiser, spuckt ins Zimmer, wirft sein Brot nach dem Wärter, gießt das gerechte Schlafmittel in weitem Bogen an die Wand.

1. III. 1924. Redet alle Leute mit Du an, sagt zum Arzt: „Komm mal her, Perle, du Schweinehund“. Zerreißt Hemd und Bettzeug, läuft nackend im Zimmer umher, beschädigt sich selbst.

10. III. 1924. Etwas ruhiger geworden, nur noch gelegentlich bettflüchtig, laut und unflätig.

15. III. 1924. Nach dem Besuch des Bruders, über den er sich sehr gefreut hat, wieder sehr unruhig, verlangt, daß man ihm ein Bein absäge. Sagt: „Ich bin ein Affenmensch, ich habe Katzenkot gegessen. Bringt mir Citrone, Apfelsine oder Moselwein zum Mundaußspülen.“

10. IV. 1924. Entmündigungstermin. Ist dabei vollständig interesselos. Meint, sie sollten nur ihren Krempel allein machen, er sei mit allem einverstanden. Redet seine anwesende Frau mit Sie an.

5. V. 1924. Dauernd laut und erregt, braucht gemeine Redensarten, lacht zwischendurch anhaltend, zieht sich nackend aus.

11. V. 1924. Redet ohne Unterlaß, schimpft in der vulgärsten Weise, schlägt sich mit Mitkranken, die er zum Streit herausfordert. Versteckt sich oft unter der Bettdecke, lacht und lärmst darunter.

31. V. 1924. Im ganzen etwas ruhiger, aber noch viel bettflüchtig, schmiert sich das Abendbrot im Gesicht herum.

15. VI. 1924. Noch immer sehr unruhig, spricht vor sich hin, verlangt dauernd zu essen. „Gebt mir 6000 Eier, ich bin so hungrig.“ Kriecht unter die Decke, murmelt unaufhörlich vor sich hin, schimpft dann wieder auf die Ärzte, die ihn hier festhalten. Zankt sich besonders mit einem Mitkranken (unser Fall 1): „Du

elendes Rindsvieh, was machst du nur für Blödsinn, hältst du deine große Schnauze nicht gleich, so haue ich dir ein paar in die Fresse.“ Zu einem anderen Kranken: „Wie heißen Sie? Wo sind Sie geboren? Sind Sie Onkel oder Schwager? Wo fehlt es dir, mein Lieber? Du bist doch nicht mein Bruder? An welchen Gott glauben Sie? Welche Sprache führen Sie? Sind Sie Onanist, Sozialist oder Kommunist? Du bist der reine Rollmops.“ Ist bettflüchtig, ruft und spricht zum Fenster hinaus, winkt nach dem Garten. Nachts im allgemeinen ruhiger, schläft besser.

2. VII. 1924. In der letzten Zeit ruhiger gewesen, steht auf, geht versuchsweise mit in den Garten. Redet viel und laut.

6. VII. 1924. Beschäftigt sich immer angelegentlich mit unserem Fall I. „Er ist ein begabter Junge, es ist nur schade, daß er so unheilbar blödsinnig ist. Er ist doch sicher Katholik. Da steckt sicher noch was anderes dahinter. Diesen Dunkelmännern von Katholiken kann man nie trauen. Der große Ignaz von Loyola sagt: Der Zweck heiligt die Mittel“ usw.

22. VII. 1924. Wieder stärker erregt, redet viel, ist wieder bettflüchtig, schimpft auf alles, verlangt 100000 Eier zu essen.

18. VIII. 1924. Die ganze Zeit über ziemlich unverändert gewesen, redet ideenflüchtiges Zeug, macht allerlei Unsinn.

26. IX. 1924. Ganz unverändertes Zustandsbild.

29. X. 1924. Seit einiger Zeit bedeutend ruhiger, liegt im Schlafsaal, geht mit zur Arbeit, arbeitet sehr fleißig, redet nur noch immer viel.

15. XI. 1924. Arbeitet mit, ist aber unstet, redet viel, zeitweise ununterbrochen, spricht über nahezu alle Wissensgebiete, kann aber auch treffende und witzige Bemerkungen machen.

29. XI. 1924. Wieder unruhiger, redet oft und lange in lärmendem Ton, hält den Mitkranken förmliche Vorträge, immer heiterer Stimmung, muß zeitweise, weil überlaut, in die Wache gebracht werden.

8. 12. 1924. Dauernd unruhig, schwatzhaft, muß auf der Wachabteilung untergebracht werden, macht Witze groberotischen Inhalts, bespöttelt die Mitkranken.

17. I. 1925. In der letzten Zeit bedeutend ruhiger, aber immer noch hypomanisch, schreibt confuse und weitschweifige Briefe.

10. II. 1925. War wieder sehr laut, machte fortwährend dummes Zeug, redet ideenflüchtiges Gefasel. Zu keinerlei Arbeit zu gebrauchen, schreibt lange, confuse Briefe an seine Angehörigen, bestellt sich Bücher, hat allerlei Pläne für wissenschaftliche Arbeiten.

7. III. 1925. Wieder ruhiger, steht auf, beschäftigt sich auf der Abteilung.

26. III. 1925. Anhaltend ruhig und geordnet, leicht hypomanisch.

11. IV. 1925. Seit einigen Tagen wieder lebhafter, geht schimpfend auf dem Korridor auf und ab, benögelt alles, beschwert sich über Arzt und Pfleger, führt allerlei lose Redensarten im Mund.

24. IV. 1925. Sehr wechselnd, manchmal ganz nett und ruhig, dann wieder Tag und Nacht laute Reden haltend.

3. V. 1925. Seit mehreren Tagen wieder laut und störend, muß auf der Wache untergebracht werden.

23. V. 1925. Steht wieder auf, relativ geordnetes Verhalten.

11. VI. 1925. Nach der Provinzialanstalt verlegt.

Nach seiner Überführung in die Anstalt schickte Pat. an das Vormundschaftsgericht einen Brief, die unsinnigsten Anklagen gegen Ref. enthaltend und verlangte meine energische Bestrafung, so daß das Gericht sich veranlaßt sah, der Sache nachzugehen.

Aus der Krankengeschichte der Heilanstalt:

1. VII. Bisher ruhig, für sich, heute heiter, schwatzt viel, zerfahren.
4. VII. Heiter erregt, schimpft zum Fenster hinaus, geht nicht mehr mit auf Arbeit.
10. VII. Verschenkt viel, heiterer Stimmung.
20. IX. Geht ziemlich regelmäßig mit zur Arbeit, immer mal wieder paranoische Ideen: seine Kinder seien nicht von ihm u. dgl. m. Meist gehobener Stimmung.
26. X. Letzte Zeit Stimmung gleichmäßiger, verschwendet, wenn er kann.
18. XI. (Zukunftspläne ?) „Ich will meine Arbeit wieder aufnehmen und will mich dann um den Bürgermeisterposten in Würzburg bewerben.“ Seinen Schieferbruch wolle er nicht wieder übernehmen, das Risiko sei zu groß.
1. XII. Ruhig, verträglich, freundlich, macht einen etwas stumpfen, energielosen Eindruck.
10. XII. Entlassen.

Hier haben wir es ganz zweifelsohne mit einer jener Psychoseformen zu tun, deren eindeutige Zuordnung zu einem der großen *Kraepelin-schen* Kreise nicht unerhebliche Schwierigkeiten bereitet. Vergegenwärtigen wir uns noch einmal kurz zusammenfassend den Sachverhalt:

Der jetzt 41jährige Mann — aus einer hochgebildeten Familie stammend — ist von Hause aus eine degenerativ-psychopathische Persönlichkeit (exzessive Masturbation, Versagen in Schule und Beruf, exhibitionistische Neigungen). Anfangs der 20er Jahre erkrankt er an einer akuten Psychose, deren depressiver Grundcharakter aber doch trotz zahlreicher Sinnestäuschungen und Wahnideen unverkennbar scheint. Den krankhaften Erscheinungen steht er zeitweise gar kritisch gegenüber, Krankheitseinsicht scheint wohl sicher vorhanden gewesen zu sein. Nach $1\frac{1}{2}$ jährigem Anstaltsaufenthalt ist der krankhafte Zustand sozusagen abgeklungen. Sozial kommt er auch jetzt nicht recht weiter, gerät sogar wegen exhibitionistischer Delikte mit dem Strafgesetz in Konflikt. Aber er hält sich immer über Wasser, heiratet (wenn auch „weit unter seinem Stande“) und wird als tauglich befunden, seiner militärischen Dienstpflicht zu genügen. Dazwischen müssen immer länger dauernde hypomanische Phasen gelegen haben, in welchen er seiner Umgebung durch Großspurigkeit und Planlosigkeit auffällt und in welchen er selbst überhebliche, deutlich ideenflüchtige Abhandlungen verfaßt. Erst in seinem 41. Lebensjahre überfällt ihn wieder eine, diesmal ausgesprochen manische Erkrankung, welche mit vielen verworrenen, paranoischen Zügen durchsetzt ist. In der Klinik steigert sich die Psychose zu einer hochgradigen manischen Erregung mit starkem Zerstörungs- und Selbstbeschädigungstrieb. Vorübergehende Besserungen sind nie von langer Dauer. Im ganzen macht er einen recht zerfahrenen Eindruck und eine unverkennbar paranoische Haltung gibt allen seinen immer ideenflüchtigen sprachlichen und schriftlichen Äußerungen eine besondere Note, aber der manische Grundcharakter der Psychose bleibt doch stets sichtbar. In der Heilanstalt ist er noch längere Zeit

hindurch — bis zum Herbst 1925 — sehr gehobener Stimmung, verschenkt und verschwendet sein Taschengeld, hält auch an seinen paranoidischen Ideen fest, produziert jedoch keine neuen Wahnbildungen. Seit dem Herbst 1925 ist er ruhiger geworden, beschäftigt sich regelmäßig, steht dem krankhaften Geschehen einsichtiger und kritischer gegenüber, korrigiert teilweise auch, ist aber gemütlich etwas stumpf und ohne rechte Initiative. Nachdem die Psychose diesmal ein Jahr und zehn Monate gedauert hat, ist er so weit, daß er nach Hause entlassen werden kann.

Unseren Fall 5 möchten wir jenen kompliziert strukturierten Randformen des zirkulären Kreises zurechnen, wo eine mehrdimensionale Diagnostik vielleicht Aufklärung bringen könnte. Über die Erblichkeitsverhältnisse wissen wir nur so viel, daß eine spezifische psychotische Belastung nicht vorliegt. Für irgendwelche krankheitsdispositionellen Momente haben wir keine Anhaltspunkte. Pubertätseinflüsse bei der ersten Erkrankung und solche der Involution bei der jetzigen Krankheitsphase können ausgeschaltet werden. Oder sollen wir die „präpsychotische“ Persönlichkeit für die atypische Gestaltung der Zustandsbilder verantwortlich machen? Zwingt uns mit anderen Worten das, was wir über R. H. aus der Zeit vor der ersten Erkrankung wissen, zu der Annahme, daß es „schizoide“ Wesenszüge sind, die der Psychose ihr charakteristisches pathoplastisches Kolorit verleihen? Angesichts der nicht sehr ausführlichen Angaben scheint uns eine solche Unterstellung zu vage, so daß wir in Anlehnung an Kleist u. a. ganz unverbindlich von einer degenerativen Anlage sprechen wollen, über deren Zusammenhang mit einem der bis jetzt bekannten Formenkreise wir zur Zeit nichts aussagen können. Umfangreichere Erhebungen müssen erst lehren, inwieweit wir berechtigt sind, solche Persönlichkeitstypen in die Nähe der abortiven schizophrenen Randpsychosen oder als eine besondere, noch näher zu umreißende Psychopathengruppe außerhalb der Kraepelinschen Systematik zu stellen.

Wir treten jetzt noch in eine kurze Erörterung des Körperbaues unseres Probanden ein. Optischer Gesamteindruck und biometrische Daten zeigen uns vorerst an, daß wir keine pyknische Konstitution vor uns haben. Die erhebliche Körperlänge im Verein mit relativer Breitschultrigkeit fassen wir als athletische Teileinschläge auf. Dazu paßt, daß wir die dicke und derbe Haut namentlich im Gesicht mit entstellenden Aknepusteln übersät finden. Auch die Konfiguration der Brustbehaarung in Form eines mit der Basis nach oben gestellten Dreiecks mit Verbindungsbrücken zu atypischen Behaarungen der Schulter und des Oberarms (auf dem Bilde schlecht sichtbar) soll nach Kretschmer charakteristisch sein für atypische, nicht pyknische Terminalbehaarung. Schwache Profilbiegung und ausgeprägte Schläfenwinkel würden hin-

wiederum für pyknische Komponenten sprechen; das ist aber auch alles. Wir glauben mithin nicht auf Widerspruch zu stoßen, wenn wir unser Endurteil „vorwiegend leptosom“ formulieren.

Fall 6. Erblichkeit: Seine Mutter soll in den 90er Jahren in der hiesigen Klinik gewesen sein, Krankenblatt nicht mehr auffindbar. Körperbau: Vorwiegend leptosom (s. Abb. 11).

Somatometrischer Befund: s. Diagramm.

Somatokopischer Befund: Steiles Hinterhaupt, faltige, welke, eingefallene Gesichtshaut. Kleine, mattblickende Augen. Stark vorspringende Jochbeine. Große, lange, spitze Nase. Kleine, abstehende Ohren mit angewachsenen Läppchen. Schmächtiger, kurzgliedriger, etwas feminin wirkender Körperbau. Feiner Knochenbau, schmale Gelenke. Schlaffe Muskulatur mit schwach hervortretendem Relief. Kurze, dünne Extremitäten. Feine, knochige, schlaffe, kurze und schmale, kleine Hände. Mittelbreite Schultern. Schmaler Brustkorb. Hänge-

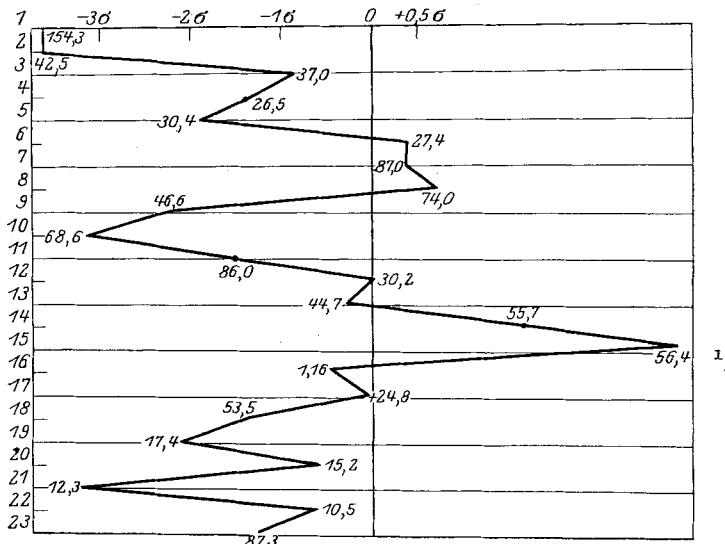


Abb. 11. Abweichungen der Körpermaße von Fall 6 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

bauch. Zarte, dünne, schlaffe Haut. Gebuchtete Schläfenwinkel. Gleichmäßiger Bartwuchs. Schwache Terminalbehaarung. Kleine Hoden, kleines Genitale.

R. W., ein jetzt 73jähriger Rentner. War ein Zwillingsskind, machte eine normale Entwicklung durch, kam in der Schule gut mit. Lernte als Seiler, ging auf Wanderschaft, verheiratete sich 1879 und fing ein Kolonialwarengeschäft an. Arbeitete so sparsam und fleißig, daß er sich bereits 1892 mit einem netten Vermögen zur Ruhe setzen konnte. Lebte in glücklicher Ehe, bis die Inflation ihm das Geld wegnahm. Im Jahre 1908 machte er einen kurzdauernden Depressionszustand durch, wurde nervös, konnte nicht mehr mit Menschen sprechen, war immer gedrückter Stimmung, weinte oft, glaubte an seinem Unglück schuld zu sein. (Er

¹⁾ Hier gilt das auf S. 189 gesagte: Der große Ausschlag beim proport. Brustumfang ist durch die Einheitlichkeit der Vergleichsgruppe bedingt. (Tatsächlich ist Proband relativ weitbrüstig bei seinem sonst asthenischen Habitus; daher unsere Einordnung: vorwiegend leptosom.)

hatte wohl im Geschäft einen kleinen Verlust erlitten.) Trug sich mit Selbstmordgedanken. Einen ähnlichen Depressionszustand hatte er im Jahre 1900 schon einmal durchgemacht. Seitdem hatten sich Perioden übertriebener Traurigkeit meistens grundlos 8—9 mal wiederholt. War in diesen Zeiten auch ganz interesselos. Dazwischen lagen Zeiten außerordentlicher Leistungsfähigkeit. „Da hatte ich in ein paar Tagen alles nach, was liegen geblieben war, da war ich froh und gesund.“ Die Ehefrau bestätigt diese vom Pat. selbst gemachten Angaben vollauf. Sie kennt ihn schon als Schuljungen, er war stets heiter, sehr gesellig, sehr witzig. Er sei immer der beste Ehemann gewesen. Habe in seinem Leben viel gearbeitet, solide und sparsam, ohne geizig zu sein. Ref. bestätigt dann dabei auch, daß Pat. seit 1900 7—8 mal grundlos solche Verstimmungszustände durchgemacht habe. „Sie kommen eben aus heiterem Himmel.“ In den Zwischenzeiten sei er, wenn man von den Zuständen abnormer Heiterkeit absche, ganz normal und unauffällig gewesen. Im Herbst 1923 habe ein solcher Zustand tieftrauriger Verstimmung angefangen, sei aber bald abgeklungen. Seit dem Mai 1924 nun sei er wieder sehr gehobener Stimmung. Er fühle sich sehr leistungsfähig, habe den Plan gefaßt, sich durch Handelsgeschäfte wieder ein neues Vermögen zu erwerben. Er fing an, im großen anzuschaffen, ohne Geld zur Bezahlung zu haben. Kaufte Zucker, Mehl, Gurken, Zigarren in großen Posten, ließ sich 1000 Tüten kommen, machte Reisen zu seinen Lieferanten.

9. VIII. 1924. 1. Aufnahme in die Klinik.

Körperlich fallen die geschlängelten und etwas derben Arterien auf; er hat einen Blutdruck von 165 mm Quecksilber, sonst auch neurologisch o. B. Mit lebhaftem Gesichtsausdruck kommt er aus dem Untersuchungsziimmer, ist sehr liebenswürdig und verbindlich, überfällt den Arzt mit einem ziemlichen Redeschwall, befindet sich in leichter motorischer Unruhe, rutscht auf seinem Stuhl umher, redet hastig und überstürzt, kommt vom hundertsten ins tausendste, seine Stimmungslage ist ausgesprochen gehoben und selbstzufrieden. „Es geht mir sehr gut, nie habe ich mich so leistungsfähig gefühlt wie jetzt. Ich maße mir an, mit dem besten Kaufmann konkurrieren zu können. Ich will dieses Bettelleben nicht mehr führen, ich will selbst in die Speichen des Rades greifen und wieder einen Handel anfangen. Wir sind auch nicht arm, das ist alles nur Politik. Ich bin kein Politiker, aber das habe ich mir alles so zurechtgelegt, wir sind das reichste Volk der Erde, wir stellen uns nur arm“ usw.

22. VIII. 1924. Ziemlich unruhig, schreibt täglich mehrere Briefe, hat erheblichen Schreib- und Rededrang. Der Inhalt der Briefe ist durchaus ideenflüchtig, bringt immer wieder seine Größenideen zum Ausdruck.

6. IX. 1924. War in der vergangenen Berichtszeit außerordentlich lebendig, läßt den Arzt nicht los bei der Visite, kommt mit immer neuen Wünschen, Klagen und Beschwerden, schreibt Briefe und Karten in ungeheurer Menge. Verlangt, entlassen zu werden, beschimpft seine Frau, die ihn hierher gebracht hat. Er selbst sei kerngesund, will wieder arbeiten.

27. IX. 1924. Steht auf. Ist immer sehr lebendig, leicht hypomanisch, queruliert noch viel, im ganzen aber ruhiger, besonnener, drängt sehr nach Hause.

18. X. 1924. Bedeutend ruhiger, steht auf, will gern nach Hause, fragt immer noch, ob seine vielen Briefe, die er geschrieben hat, denn nicht abgegangen seien, weil er keine Antwort darauf bekommt.

23. X. 1924. Versuchsweise gebessert nach Hause entlassen.

Ein echter Zyklothymyer, bei welchem sich die krankhafte Anlage relativ spät (50 Jahre) erstmalig manifestiert, wobei wir es wiederum dahingestellt sein lassen, ob er nicht auch in jüngeren Jahren schon eine oder mehrere leichtere depressive oder hypomanische Verstim-

mungszustände durchgemacht hat. In Anbetracht dessen, daß einerseits die zyklothyme Veranlagung (nach den Schilderungen der Ehefrau) außer Zweifel steht, andererseits der 73jährige noch einen so unverbrauchten Eindruck macht, daß wir gar keinen Grund haben, an eine vorzeitige schwere Arteriosklerose zu denken, lassen wir das Präsenium nur in bescheidenem Umfange als auslösendes Moment gelten. Überdies sichert die Periodizität und das Auftreten rein manischer Zustände die Diagnose manisch-depressives Irresein zur Genüge. Aber von protrahierten Verläufen, von atypischen Symptomgestaltungen können wir bei unserem Fall 6 auch nicht das mindeste entdecken. Im Gegenteil: seine psychotischen Phasen verlaufen so leicht, daß er im Senium zum erstenmal klinischer Behandlung bedarf. Und auch diese Psychose zeigt einen so günstigen Verlauf, daß Pat. schon nach 2 Monaten wieder entlassen werden kann. Eine leichte querulatorische Note, namentlich beim Abklingen des manischen Zustandes, ist eine so häufig beobachtete Zutat, ja gehört beinahe zum klassischen Bilde der Manie hinzu, daß wir in ihr kein atypisches Symptom erblicken. Eine katamnestische Verfolgung des Falles (bis zum Abschluß der Arbeit) ergab, daß sich auch nachträglich keinerlei alarmierende Symptome eingestellt haben. In hypomanischer Geschäftigkeit verbringt der alte Herr auch seinen Lebensabend.

Fall 7. Erblichkeit: Der Großvater mütterlicherseits ist durch Suicid geendet. Körperbau: Leptosom (s. Abb. 12 und 13). Somatoskopisch: Atypisch starke Terminalbehaarung an Schultern, Rücken, Gesäß.

R. F., ein 35jähriger Glasbläser. Normale Kindheitsentwicklung, hat auf der Schule nicht besonders gut gelernt. Vom 9. Jahre ab hat er Anfälle, bei denen er angeblich das Bewußtsein verloren haben soll. Er hat sich aber niemals eingenäßt oder in die Zunge gebissen. Der letzte derartige Anfall sei vor etwa 2 Jahren aufgetreten. Ging in die Lehre und arbeitete stets als Glasbläser. Verheiratete sich 1921. Die Ehe ist unglücklich, er lebt jetzt von der Frau getrennt. Seit dem 9. III. 1924 ist er verändert. Er war „komisch“, wie sich der Bruder ausdrückt, er müsse in die Natur hinaus, das schwarze Schwein liefe dem weißen nach, war dauernd aus dem Hause, arbeitete nicht, redete unzusammenhängendes Zeug. Die Unruhe und Planlosigkeit nahm immer mehr zu, er strich in der Gegend herum, besuchte alle Verwandten auf 5 Minuten und lief dann wieder fort, erzählte viel dummes Zeug, sprach von Indien, Kaiser Wilhelm und Stinnes; zum Arzt dürfe man nicht gehen, da bekomme man Gift. Täglich ist er niemals geworden.

13. III. 1924. Klinikaufnahme.

Befand sich in einem ziemlichen Erregungszustand, lachte dauernd, redete hastig, kam vom hundertsten ins tausendste. War vom vielen Schreien schon ganz heiser. Ist ausgesprochen heiterer Stimmungslage. Zeigt ein gehobenes Selbstgefühl. Gestikuliert während der Exploration heftig, steht andauernd vom Stuhl auf, klopft auf den Tisch. „Ich habe immer nur einen Gedanken, der ist Natur. Ja, mein Kehlkopf von der Blökerie. Ich habe gutes Gehör, Geruch. Ich habe den Tag meiner Geburt verflucht. Ich habe stahlharte Nerven. Ich habe viel gelesen.“ Entschuldigt sich andauernd. „Sie sind ein hübscher und netter Kerl, Sie sind ein tüchtiger Arzt. Wenn ich nichts zu rauchen kriege, ist es ganz alle mit mir.“ Bei der Aufnahme des psychischen Status ist er kaum zu

fixieren, schweift dauernd ab. (Sind Sie krank?) „Ich bin überhaupt nicht krank, kerngesund. Ich habe geforscht, Sonne, Natur und Mondsichel, da ist mir ein Gedanke gekommen, der ist mir in den Kopf geflogen. „Natur“. Christus war der erste Kinderfreund, Fröbel der zweite, ich der dritte, ein Kinderfreund, ein Naturfreund, ein Tierfreund, vom kleinsten bis zum Elefanten. Ich kann blank in die Sonne sehen, mache einen Diener vor ihr, weil ich hineinsehen kann. Ich habe Freude an allen Tierchen, Kinderchen, den Kleinsten. Es ist alles ein Block, Einigkeit auf der Welt, alle Brüder und Schwestern. Den Deutschen wollen wir nicht verlassen, aber Schuld am Kriege? Bildung, was der Franzose ist und der Deutsche, germanischer Stamm, Germania. Ich kann nichts dafür, ich bin gut, mir ist alles in den Kopf geflogen. Ein Kriegsgefangener ist gestorben“ usw.

15. III. 1924. Hochgradige motorische Erregung, ist nur mit Mühe im Bett zu halten, redet und schreit unaufhörlich, ist vollständig heiser.

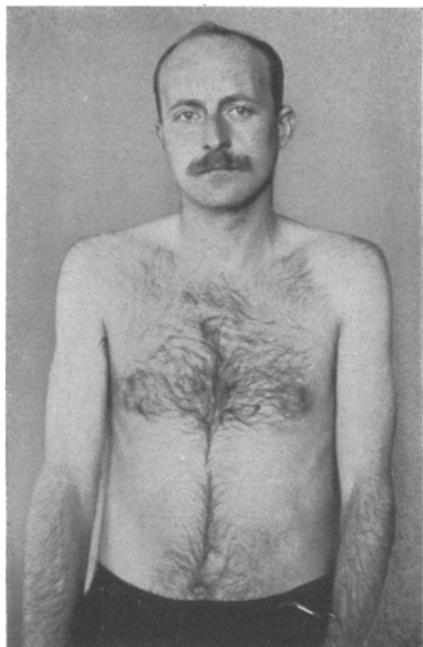


Abb. 12. R. F. (Fall 7).

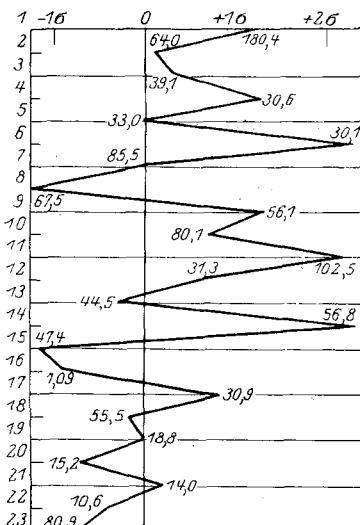
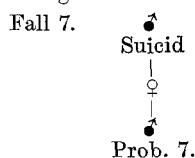


Abb. 13.¹⁾ Abweichungen der Körpermaße von Fall 7 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

22. III. 1924. In ständiger Unruhe, springt über Tische und Betten, redet und gestikuliert andauernd.

29. III. 1924. Hat sich beruhigt, so daß er in den Schlafsaal verlegt werden kann. Hält bei der Visite lange die Hand des Arztes, schüttelt sie kräftig, verbeugt sich mehrere Male. „Mir geht es gut, mir gefällt es hier, ich habe meine Freude an allem, sehen Sie, wenn die Sonne scheint, freut es mich, wenn es regnet, dann eben nicht.“

¹⁾ Hier sind die starken Ausschläge durch die stattliche Körpergröße bedingt. Das der Vollständigkeit halber angefertigte Diagramm versagt in solchen Fällen natürlich. Das Bild behebt alle Zweifel.

11. IV. 1924. Bedeutend ruhiger geworden. Ist überaus freundlich, mitunter etwas süßlich, affektiert, gibt gut Auskunft, zeigt aber doch immer ziemlichen Rededrang.

18. IV. 1924. Mußte wieder in die Wachabteilung verlegt werden. Zerbrach das Thermometer im Tagesraum, zerrte die Tischwäsche, die auf dem Klavier aufgestapelt lag, herunter und zerstreute sie auf dem Fußboden, zerriß seine Schlafschuhe und warf sie zum Fenster hinaus. (Warum taten Sie das?) „Ja, nun Gott, das Thermometer war halt kaputt und die Hausschuhe abgetragen.“

25. IV. 1924. Laut und bettflüchtig, zerrißt sein Hemd. Zum Arzt: „Sie sind mein Freund. Haben Sie schon gegessen, nein? Nu, da essen Sie erst mal. Ich habe schon gegessen. Es schmeckt mir. Ich bleibe hier, so lange Sie mich dulden. Ich habe eben an allem meine Freude.“

5. V. 1924. Stets heiter, streckt dem Arzt bei der Visite die Hand hin, behauptet, daß es ihm tadellos gehe, schweift dann in ideenflüchtiger Art ab, redet auf den Oberwärter, den Pfleger, die Kranken ein, verläßt oft das Bett.

10. V. 1924. Wesentlich ruhiger. Spricht geordnet, ist aber noch immer etwas exaltiert, meist heiter gestimmt, entwickelt einen lebhaften Gestus, liest viel.

17. V. 1924. Spricht viel und laut, zeigt übermäßig heitere Stimmung, ist oft bettflüchtig, macht allerhand Fäxen, schwatzt vor sich hin.

24. V. 1924. Zeitweise wieder erregter gewesen. Dauernd heiter gestimmt. „Es geht mir vorzüglich. Geht es Ihnen auch so gut?“ War zweimal unrein.

31. V. 1924. Ziemlich unverändert, immer noch sehr unruhig und ideenflüchtig.

21. VI. 1924. Noch immer sehr erregt, spricht ohne Unterbrechung, brüllt wie ein Löwe, hält sich reinlich.

5. VII. 1924. Unverändertes Zustandsbild.

10. VII. 1924. Beruhigung, bleibt im Bett liegen, spricht noch viel, lacht über andere Pat.

22. VII. 1924. Beruhigung hält an.

22. VIII. 1924. Noch leicht hypomanisch, steht auf, arbeitet sehr fleißig mit.

6. IX. 1924. Immer ganz leicht gehobener Stimmungslage, nichts Auffälliges mehr. Sehr fleißig, höflich, redet nicht viel.

27. IX. 1924. Leicht euphorisch. Großes subjektives Wohlbefinden. Immer etwas maniriert. Macht einen etwas gleichgültigen Eindruck. Hat keinerlei Pläne oder Wünsche.

18. X. 1924. Stilles, ruhiges, höchstens noch leicht hypomanisches Verhalten. Arbeitet sehr fleißig mit.

3. XI. 1924. Von den Angehörigen abgeholt.

Überblicken wir Vorgeschiede und Krankheitsverlauf, so drängen sich uns mancherlei Fragen auf. Wie sind die uns berichteten Anfälle zu bewerten? Im Zusammenhang mit den sogleich zu erörternden Besonderheiten, die wir in Krankheitsbeginn und Zustandsbild zu sehen glauben, möchten wir am ehesten der psychogenen Natur das Wort reden. Denn die anamnestischen Angaben über die Entwicklung der Psychose würden uns eigentlich nicht an ein hypomanisches Vorstadium, viel eher aber an eine hysterische Erkrankung denken lassen. Hören wir nun aber, daß R. F. in der Schule schlecht gelernt hat, so finden wir wichtige Anhaltspunkte wieder bei Lange, welcher beim Zusammentreffen hysterischer Züge mit einer minderwertigen intellektuellen Veranlagung Bilder erwachsen sah, „die lange Zeit eine Diagnose kaum möglich machen“. Wenn unser Fall 7 differentialdiagnostisch — an

der akuten Psychose im Zusammenhang mit der wohl sicher zirkulären Belastung gemessen — auch klarer liegt als der *Langesche* Fall Kobler, so sind uns die besonderen offenbar konstitutionellen Bedingungen doch für die spätere Beurteilung wichtig genug.

Das Zustandsbild selbst bei der Aufnahme zeigt neben dem unverkennbar manischen Grundcharakter doch mancherlei ungewohnte Züge. Eine gewisse Pathetik und Phantastik in allen sprachlichen Äußerungen muten uns immer wieder fremdartig an. Unter Hinweis auf die ausgesprochene Hyperkinese und das ziemlich rasche Abklingen der affektiven Störungen begnügen wir uns anzudeuten, daß verwandtschaftliche Beziehungen zum hyperkinetischen Symptomenkomplex (*Pohlisch*) sich aufzeigen ließen, obschon dessen nosologische Stellung außerhalb des manisch-depressiven Kreises noch durchaus strittig erscheint (*Ewald*). Das hypomanische Nachstadium dauert ziemlich lange und erweckt durch ungewöhnliche Beimischungen zeitweise den Verdacht,

dass das manische Element in der akuten Psychose überschätzt wurde. Der weitere Verlauf sowie eine katamnestische Verfolgung gelegentlich einer persönlichen Vorstellung des Pat. im Sommer 1925 ließen die anfänglich aufgetauchten Zweifel aber wieder verstummen. Wie weit man die körperbauliche oder die minderwertige intellektuelle Veranlagung mit

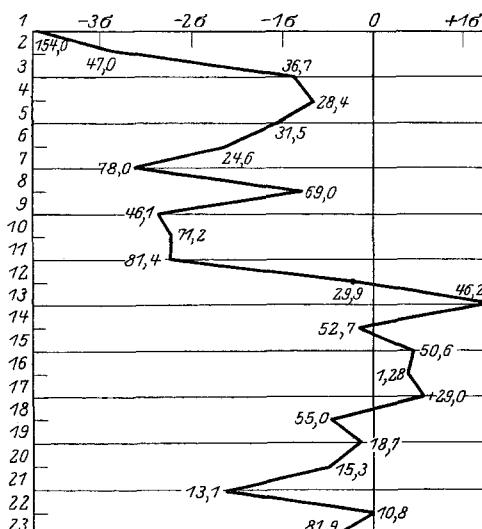


Abb. 14. Abweichungen der Körperformen von Fall 8 vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

Fall 8. ♀
litt an Schwer-
mutzuständen.

Prob. 8.

reichlichen hysterischen Zutaten für eine nicht ganz typische Gestaltung des klinischen Verlaufes verantwortlich machen will, wagen wir nicht zu entscheiden.

Fall 8. Erblichkeit: Seine Mutter hat an Schwermutzuständen gelitten. Körperbau: Vorwiegend asthenisch (s. Abb. 14).

Somatometrischer Befund: s. Diagramm.

Somatoskopischer Befund: Etwas blasenartig anmutender Schädel mit stark gewölbtem, überhöhtem Scheitel, runzlige, weiche, dabei dicke Gesichtshaut. Kleine, mattblickende Augen. Große, sehr breite Nase. Großer Unterkiefer. Große, abstehende Ohren mit angewachsenen Läppchen.

Kurzgliedriger, schmächtiger, senil wirkender Körperbau, grober Knochenbau. Schläfe Muskulatur mit schwach hervortretendem Relief. Mittlerer Ernährungszustand. Kurze, dünne Extremitäten. Grobgliedrige, feste, knochige, große Hände. Schmale Schultern. Flacher, schmaler Brustkorb, Hühnerbrust. Angedeutete Taillenbildung. Matte, zerfressene Glatze. Gleichmäßiger, grobfaseriger Bartwuchs, mittelkräftige Terminalbehaarung. Mittelgroße Hoden, mittelgroßes Genitale.

E. S., ein 66-jähriger Klempner. Früher immer gesund gewesen, war arbeitsfähig, sorgte gut für die Familie. Seit etwa 4 Wochen seelisch verändert, ging unruhig im Zimmer umher, war verstört, saß stundenlang am Fenster, sprach nur, wenn er gefragt wurde. Seit einigen Tagen Verschlimmerung, faselte davon, daß das Haus verkauft würde, er müsse die Hypotheken löschen, er hätte kein Geld, er müsse aus dem Haus heraus. „Es ist vorbei, es ist aus, es ist aus.“ Äußerte Selbstmordgedanken, versuchte, sich mit dem Messer die Schlagadern zu öffnen.

10. VII. 1925. Aufnahme in das benachbarte Landkrankenhaus. Hat frische Strangulationsmerkmale am Halse, außerordentlich starke Subkonjunktivalblutungen auf beiden Augen. Ist ängstlich erregt, versucht, sich auch im Krankenhaus unter der Wolldecke zu strangulieren, glaubt, eine große Schuld auf sich geladen zu haben, er bereite seiner Familie eine große Schande und müsse eines gräßlichen Todes sterben.

14. VII. 1925. Überführung in die Klinik.

Körperlich ist bemerkenswert ein Blutdruck von 165 mm Quecksilber. Die Arterien sind rigide und geschlängelt. Sitzt bei der Exploration in sich zusammengezogen da, beginnt fortwährend laut zu weinen, jammert über „die Schande, die Schande“, sein Gesichtsausdruck ist ängstlich, seine Sprechweise ängstlich und jammernd. „Ach, die Schande, meine Söhne werden mich verfluchen, wenn ich nur nicht ins Krankenhaus gegangen wäre, wer soll das nur alles bezahlen. Ich muß sehr traurig sein, ach, meine arme Frau und meine Söhne. Als ich ins Krankenhaus gebracht wurde, dachte ich, da sollst du umgebracht werden, da wollte ich mir lieber gleich selbst das Leben nehmen. Nun bin ich hier, das kostet einen Haufen Geld, meine Söhne müssen es beschaffen, nun geht das Haus auch hin. Meine armen Kinder, die werden mich noch verfluchen, ich bin ja selber schuld. Meine Frau habe ich nun auch krank gemacht. Nun habe ich auch noch diese Schande angetan. Wo soll ich nur das Geld herkriegen. Die Schande, die ich auf meine Kinder häufe, ist gar nicht zu sagen. Ich habe so eine innere Unruhe, ich mache mir so viele Vorwürfe“ usw. Muß in der Wachabteilung untergebracht werden, ist dauernd bettflüchtig, läuft in der Wache auf und ab, bleibt nicht im Bett, jammert und klagt, drängt nach den Türen, weint fortwährend.

16. VII. 1925. Zwar noch immer unruhig und ängstlich, aber bedeutend ruhiger geworden, bleibt im Bett.

26. VII. 1925. Weitere Beruhigung, sagt manchmal; „Nicht wahr, Sie tun mir doch nichts mehr, Sie lassen mich doch leben, Sie können mir ja meinetwegen mein Haus und alles nehmen, nur lassen Sie mich am Leben.“ Liegt ruhig zu Bett, schläft viel.

12. VIII. 1925. Bedeutend ruhiger, aber noch immer depressiv, hat sich körperlich sehr gut erholt, äußert keine Klagen und keine depressiven Ideen mehr.

3. IX. 1925. Erscheint kaum noch depressiv. Bietet auch keine Zeichen von Angst mehr, steht auf. Hat nur noch die Sorge, ob man ihn wohl auch wieder nach Hause lasse.

13. IX. 1925. Weiterhin ruhig und unauffällig, keine Angstzustände, drängt nach Hause.

19. 9. 1925. Gebessert nach Hause entlassen.

Das Krankheitsbild ist eindeutig. Bei einer sicher manisch-dépressiv

belasteten und offenbar von jeher syntonem Persönlichkeit sehen wir im Senium ein depressives Zustandsbild, welches geradezu durch die Idealtypik seiner Symptomatologie und einen besonders raschen und günstigen Verlauf ausgezeichnet ist. Nicht einmal die von *Lange* herausgestellten Besonderheiten der Altersstufe kommen recht zum Vorschein.

Vorläufige Zusammenfassung des ersten Teiles.

Die klinisch-psychopathologische Durchmusterung von 8 nicht-pynkischen Kranken aus dem zirkulären Formenkreis ergab folgendes:

1. *Fünfmal* (Fall 1, 2, 3, 7 und 8) konnte eine wohl sicher als *gleichsinnig* zu bewertende *erbliche Belastung* nachgewiesen werden, einmal (Fall 6) blieb die Art der Belastung fraglich, zweimal (Fall 4 und 5) blieben die Nachforschungen völlig erfolglos.

2. Von den 5 spezifisch belasteten Probanden faßten wir 3 (Fall 1, 3 und 8) als klassische, unkomplizierte manisch-depressive Psychosen auf, bei einem (Fall 2) war die Grenze zwischen einfacher Zykllothymie resp. Zykloidie nicht sicher zu ziehen, bei dem letzten (Fall 7) erwuchs auf dem Boden einer minderwertigen intellektuellen Veranlagung und schon in der Anlage aufzeigbaren degenerativ-hysterischen Zügen ein nicht ganz typisches Zustandsbild.

3. Ein Fall mit fraglicher Erblichkeit war auch den eindeutigen Bildern zuzurechnen (Fall 6).

4. Von den beiden Kranken mit fehlender Erblichkeit ist einer (Fall 5) als komplizierte Randpsychose des manisch-depressiven Irreseins gedeutet worden. Der andere (Fall 4) zeigt eine, dem sog. „intermediären“ Gebiet jedenfalls nicht fernstehende Psychoseform.

5. Ordnen wir unser Material zwischen die beiden Pole typisch-atypisch in bezug auf Symptomatologie und Verlaufsform des klassischen manisch-depressiven Irreseins (*Kraepelin*) — man könnte gerade so gut oder vielleicht noch besser das Kleistsche Gegensatzpaar homonom-heteronom wählen —, so kämen wir zu folgender Aufstellung: Fall 2—Fall 6—Fall 8—Fall 3—Fall 1—Fall 7—Fall 4—Fall 5.

6. Fragen wir nach besonderen konstellativen Momenten, welche bei den 4 auf dem rechten Flügel unserer Reihe stehenden Kranken deren abweichendes Verhalten erklären könnten, so finden sich solche bei Fall 1 in Gestalt von Pubertätseinflüssen, die bei den ersten Phasen entscheidend wirksam waren und bei Fall 4 in Form einer Thyreotoxikose, welche das ängstlich agitierte Zustandsbild in hohem Maße bestimmte.

7. Bei unserem Suchen nach konstitutionellen Faktoren, welche für atypische Symptomgestaltung oder besonderen Verlaufstyp verantwortlich zu machen wären, stießen wir einmal auf eine originäre intellektuelle Minderwertigkeit, kombiniert mit degenerativ-hysterischen Stigmata (Fall 7).

8. Eine lediglich im Körperbau zum Ausdruck gelangende konstitutionelle Quote, welche von vornherein prognostische Schlüsse hätte gestatten können, kam — wenn wir von später zu erörternden Schwierigkeiten vorläufig absehen — nur ein einziges Mal in Frage (Fall 5).

9. Als besonders beachtlich sei notiert, daß bei 4 Fällen von sicherer und eindeutiger syntoner resp. zyklothymer Anlage Verlaufsform und Symptomgestaltung der einmal in der Pubertät (Fall 2), dreimal im Präsenium resp. Senium (Fall 3, 8 und 6) erstmalig prägnant sich manifestierenden manisch-depressiven Erkrankungen nicht einmal die Besonderheiten der betreffenden Altersstufen erkennbar in Erscheinung traten.

Anhang.

Die (aus dem Vorherigen abzuleitende) uns geboten erscheinende Vorsicht hinsichtlich der prognostischen Bewertung nicht pyknischer Körperbauformen bei sicher dem manisch-melancholischen Konstitutionskreis angehörenden Erkrankungen macht es gewissermaßen zur Pflicht, eine Kontrollprobe bei den pyknischen Zirkulären zu veranstalten.

Wir haben darum aus unserem statistischen Material 4 Krankengeschichten von pyknischen Manisch-Depressiven ausgewählt, welche uns mancherlei wertvolle Beobachtungen bezüglich des konstitutionsbiologischen Aufbauprinzips zu enthalten scheinen.

Fall 9.

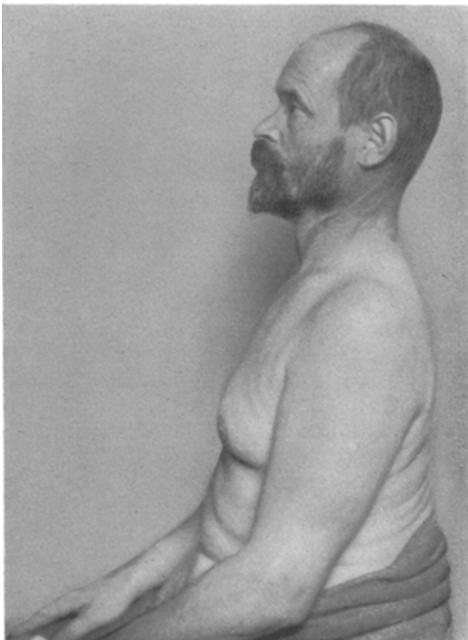
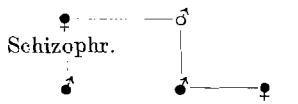


Abb. 15. F. G. (Fall 9).

Schizophr. Prob. 9 Suicid

Fall 9. Erblichkeit: Eine Schwester durch Selbstmord geendet. Vaterschwester und deren Sohn: Schizophrenie (klinisch beobachtet). Körperbau: Vorwiegend pyknisch (s. Abb. 15).

F. G., ein jetzt 51jähriger Tischler. 1906 zum erstenmal erkrankt, allgemeines Schwächegefühl und Überarbeitung. 1912 zum zweiten Mal in einem Sanatorium gewesen, fühlte sich matt, Schwäche, hatte ein dumpfes Gefühl im Kopf, konnte nicht arbeiten. War nach 6 Wochen wieder gesund. 1896/98 aktiv gedient, seit 1900 in glücklicher Ehe verheiratet. 1914/18 im Felde gewesen.

30. VIII. 1922. 1. Aufnahme. Bis vor 14 Tagen gearbeitet. Kam über einen kleinen Ärger nicht hinweg, seine Kräfte ließen immer mehr nach, hatte kein Interesse mehr, war dauernd schlechter, gedrückter Stimmung, Appetit und Schlaf schlecht, Angstgefühle in der Brust. Körperlich fällt ein Blutdruck von 135 mm Quecksilber auf. Neurologisch o. B. Macht einen außerordentlich verlangsamten, gehemnten, depressiven Eindruck.

9. IX. Keine Besserung, sehr still und zurückhaltend, trauriger Gesichtsausdruck, gedrückte Stimmung. Klagt viel über Druck im Kopf.

24. IX. Immer noch sehr gedrückter Stimmung, macht sich Sorge, daß er nur so langsame Fortschritte macht.

7. X. Nach vorübergehend freierem Wesen wieder weinerlich, klagt darüber, daß es gar nicht mit ihm vorwärts gehen wolle.

27. X. Eigentlich unverändertes Zustandsbild, dauernde Klagen über den Kopf, macht sich Sorge, daß seine Familie in Not sei.

18. XI. Immer noch traurig verstimmt, hypochondrische Klagen.

2. XII. Unverändert depressiv.

6. I. 1923: Besserung, weinerliche Stimmung hat nachgelassen.

23. I. Weitere Besserung. Zeigt zum erstenmal eine deutliche Verminderung der depressiven Verstimmtung.

1. II. Noch immer depressiv, läßt sich aber nicht mehr halten, wird deswegen entlassen.

3. VII. 1925. 2. Aufnahme. Hat nach der Entlassung wieder bis zum Frühjahr 1924 gearbeitet, ist seit Ostern nicht mehr recht auf dem Posten, es ging nicht mehr mit der Arbeit, keine Lust, für nichts Interesse, keinen Trieb zum Spazierengehen, keinerlei Energie. Ambulante Behandlung draußen ist erfolglos geblieben. Es ist immer schlechter mit ihm gegangen, er hat keinen Appetit mehr usw. Suicidtendenzen oder Versuche werden in Abrede gestellt. Er hat einen außerordentlich verschlossenen, beinahe finsternen Gesichtsausdruck, seine Stimmung ist gedrückt, ängstlich, während der Exploration bricht er in Tränen aus.

Körperlich fällt auf, daß der Blutdruck 140 mm Quecksilber beträgt, die Sehnenreflexe zeigen Spurdifferenzen zugunsten rechts.

11. VII. Recht depressiv, häufig Tränen in den Augen.

25. VII. Viel hypochondrische, depressive Gedanken, klagt über seine gedrückte Stimmung, manchmal am Nachmittag eine leichte Besserung, die am nächsten Morgen wieder vorbei ist.

5. VIII. Sehr wechselnd.

15. VIII. Geringe Besserung.

22. VIII. Im Wesen freier und ausgeglichener.

29. VIII. Versuch, die Opiumdosis herabzusetzen, scheitert an der zunehmenden inneren Unruhe, hat noch gar keine Freude am Besuch der Angehörigen.

6. IX. Keine wesentlichen Fortschritte.

13. IX. Immer noch sehr viel innere Unruhe.

4. X. Zeitweise außer Bett, hilft bei den Stationsarbeiten.

11. X. Besserung hält an, bis auf ein gewisses Schwächegefühl.

18. X. Noch recht gedrückt, keinen Appetit, muß sich das Essen hereinquälen.

29. X. Noch immer depressiv.

4. XI. Besserung, hilft wieder auf der Station.

16. XI. Gebessert entlassen.

Wir müssen die in den Jahren 1906 und 1912 durchgemachten „nervösen“ Zustände wohl sicher als leichte Depressionen ansprechen. Erst mit dem Einsetzen involutiv-arteriosklerotischer Vorgänge

kommt es zur Entwicklung ernsterer psychotischer Störungen. Der Charakter der ersten in der Klinik beobachteten Erkrankung ist weniger durch die Schwere der Erscheinungen bestimmt, als durch Symptomgestaltung und Verlauf, jene klinischen Gegebenheiten also, die wir im Verlauf unserer Untersuchung ganz besonders in den Vordergrund gerückt haben. Von der krankhaften Phase im Jahre 1922 dürfen wir annehmen, daß sie rund 1 Jahr gedauert hat; denn die Prodromalsymptome bestanden schon seit Ostern, und bei der Entlassung war F. G. noch keineswegs wieder gesund. Die Symptomatologie zeichnet sich durch das Hervortreten hypochondrischer Gedanken aus, die klassischen Zeichen der Melancholie machen sich — wenn wir von der affektiven Grundstörung absehen — nur gelegentlich und auch dann nur oberflächlich bemerkbar. Eine gewisse Torpidität und Einformigkeit, ja Stereotypie beherrschen das Bild von Anfang bis zu Ende. Der arteriosklerotischen Komponente, welcher hier nur pathoplastische Dignität zukommt, möchten wir in Anbetracht der sonstigen Unverbrauchtheit des Mannes nicht allein die Schuld für die klinischen Besonderheiten beimessen. Dies um so weniger, als Proband nach dem Abklingen der Psychose wieder vollauf arbeitsfähig und frei von Beschwerden ist.

Der vierte zu Ostern 1925 einsetzende Anfall ist wiederum durch einen protrahierten Verlauf gekennzeichnet. Symptomatisch ist er ganz ähnlich wie der dritte Anfall gelagert, nur daß ängstlich-agitierte Attacken diesmal hinzutreten sind. Ein besonders progredienter Charakter der Arteriosklerose läßt sich nicht nachweisen.

Fall 10. Erblichkeit: Mutter soll auch „nervös“ gewesen sein. Körperbau: Vorwiegender pyknisch (s. Abb. 16).

Somatometrischer Befund: s. Diagramm.

Somatoskopischer Befund: Breitschildform des Gesichts. Kleine, tiefliegende, matte Augen. Körperbau: dick, gedrungen, maskulin. Mittlere Ausbildung des Knochenbaues. Mittlere Entwicklung und Konsistenz der Muskulatur bei schwach hervortretendem Muskelrelief. Guter Ernährungszustand. Umschriebene Fettansammlung am Stamm. Mitteldicke und mittellange Extremitäten. Kurzer, mittelbreiter Brustkorb. Kompakter Fettbauch. Straffe, mittelzarte Haut. Straffe Kopf- und Barthaare. Kopfhaar von mittlerer Begrenzung. Schläfenwinkel mittelmäßig ausgebildet. Bartwuchs gleichmäßig. Starke Terminalbehaarung.

H. H., ein jetzt 48jähriger Modelleur und technischer Zeichner. Bis zum 14. Lebensjahr Bettlässer gewesen. Auf der Schule sehr gut mitgekommen, 4 Jahre lang die Fachschule besucht, später noch die Industrieschule. 1900—1902 aktiv gedient, seit 1903 in glücklicher Ehe verheiratet. Stets in guten Stellungen in Porzellanfabriken tätig gewesen. 1913 zum ersten Male erkrankt. Die Psychose brach ziemlich akut im Februar aus. Er erging sich in unbegründeten Selbstbeschuldigungen, war aber sonst ganz still und wortlos, antwortete meist auf Fragen überhaupt nicht, blieb stumpf zu Bett liegen, war nicht dazu zu bewegen, sich anzukleiden oder etwas zu tun, vernachlässigte sich auch körperlich. In den letzten Tagen vor der Aufnahme unruhiger, äußerte Lebensüberdrussgedanken,

wurde ganz plötzlich aufgeregzt und aggressiv gegen seine Umgebung, so daß er in gefesseltem Zustand in die Anstalt eingeliefert wurde.

25. IV. 1913. Aufnahme in die Landesheilanstalt in H. Körperlich findet sich nichts Auffälliges, zittert am ganzen Körper vor Erregung, hat einen ängstlichen Gesichtsausdruck, antwortet auf Fragen stereotyp: „Ich weiß nicht, ich weiß nicht.“

26. IV. Sehr unruhiger Nachtschlaf, versichert unaufhörlich: „Ich weiß nichts.“ Anhaltende Nahrungsverweigerung, beißt die Zähne ganz fest aufeinander, ganz unzugänglich.

28. IV. Wegen andauernder Nahrungsverweigerung Sondenfütterung

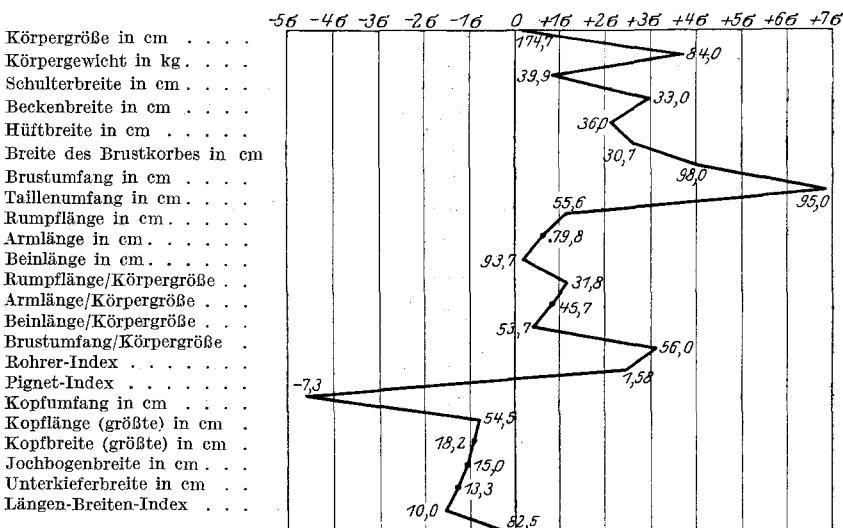


Abb. 16. Abweichungen der Körpermaße von Fall H. H. vom Durchschnitt der Münchener Militärschüler.

1. V. Anhaltende Sondenfütterung, Klammert sich bei der Visite fest an, ruft immerzu: „Ich weiß nichts, ich weiß nichts.“

5. V. Unsauber mit Urin. Setzt jeder Pflege den größten Widerstand entgegen.

19. V. Immer noch ganz verstört, teilnahmslos, widerspenstig

26. V. Wird beim Besuch seiner Angehörigen außerordentlich ausfallend, schimpft.

29. V. läßt wieder spontan.

5. VI. Stets für sich, schimpft viel, schläft viel.

17 VI Beschwert sich, er bekomme nichts zu essen.

25. VII. Ganz unzugänglich, steht immerzu in der Tür, brummt irgend etwas vor sich hin, sagt man spreche immer so dunkles Zeug um ihn herum.

9. VIII. Äußerst verschlossen, sagte nur einmal: „Ich soll das gemacht haben, es ist nicht wahr.“

5. IX. Klagt über Kopfschmerzen, er sei verrückt, braucht gemeine und rohe Schimpfwörter.

10. X. Immer für sich, behauptet, hier könne er nicht gesund werden, hier werde er nur geschlagen und gerupft.

20. X. Liegt entweder stumm zu Bett oder läuft wortlos auf dem Korridor auf und ab.

9. XII. Bezieht die Äußerungen anderer Kranker auf sich. Dauernde Klagen über Kopfschmerzen, will nach Jena, hier könne er nicht gesund werden.

21. I. 1914. Besserung, nur noch Klagen über Kopfschmerzen, beschäftigt sich mit Zeichnen.

11. III. Beschäftigt sich zwar, ist aber auffallend stumpf.

8. IV. Ist im allgemeinen ruhig, arbeitet für sich, macht noch einen recht gehemmten Eindruck. Von den Angehörigen abgeholt.

3. VI. 1925. Aufnahme in die Klinik.

Ist seit dem Herbst 1924 wieder krank. Es ging nicht mehr mit der Arbeit, klagt über Kopfschmerzen in der Stirngegend, es sei so, als ob ein Brett davor wäre. Er sei der größte Verbrecher, so daß alles über ihn lache. Seine geistigen Fähigkeiten, speziell das Gedächtnis seien zurückgegangen, jede Tätigkeit gehe furchtbar langsam vorstatten. Körperlich fallen etwas rigide Arterien auf, Blutdruck 125 mm Quecksilber. Eine Spur Eiweiß im Urin. Neurologisch Spurdifferenzen in den Sehnenerflexen, sonst o. B. Starrer, unbeweglicher Gesichtsausdruck, langsame monotone Stimme, bewegungsarm.

8. VI. Klagt fortgesetzt über Stirnkopfschmerzen, drängt aufzustehen, will in die Stadt spazieren gehen. Bei jeder Visite zahlreiche Wünsche und Bitten, will den Arzt unter vier Augen sprechen, macht immer einen etwas ratlosen Eindruck, geht nicht recht aus sich heraus.

15. VI. Macht häufig einen ratlos verwirrten Eindruck, ist vorübergehend örtlich und zeitlich desorientiert, muß erst die Zimmergenossen fragen, wo er ist. Zeigt dem Arzt auf Befragen eine Ansichtskarte von Jena vor: „Da soll ich sein.“ Fragt immer wieder, ob er nicht seiner Frau schreiben solle, tut es aber nie. Stereotype Klagen über Kopfschmerzen.

20. VI. Verweigert jede medikamentöse Behandlung, wird bei Zuspruch furchtbar aufgebracht, bringt immer wieder seine alten Klagen vor.

27. VI. In den letzten Tagen etwas freier, spricht selbst davon, daß die Depression nachlässe.

25. VII. Besserung hat angehalten. Nur noch geringe hypochondrische Klagen.

2. VIII. Seit einigen Tagen wieder verstimmter, sträubt sich gegen jede Behandlung, behauptet, daß sein altes Leiden dadurch schlimmer geworden sei, drängt ungebärdig nach Hause. Fängt wieder davon an, daß die Kopfschmerzen ihn ja doch nie verlassen werden. Weint viel, kommt zum Arzt aufs Zimmer, verlangt seine Entlassung. Er werde wieder kränker, er litte schon wieder an Wahn, „... die Sipo... dumme Gedanken... und alles mögliche“.

7. VIII. Stark verstimmt, muß das Opium rectal erhalten. Behauptet immer wieder, es werde durch die Medizin nur schlimmer, drängt nach Hause. Weigert sich, sich photographieren zu lassen.

15. VIII. Drängt fortgesetzt und einsichtslos nach Hause, wirft dem Arzt vor, er wolle ihn um seinen Verdienst bringen. Wiederholte energische Verweigerung einer Lichtbildaufnahme.

21. VIII. Keinerlei Krankheitseinsicht, drängt nach Hause.

22. VIII. Ungeheilt gegen strengen Revers von der Ehefrau abgeholt.

3. II. 1926. Katamnestischer Bericht des Arztes: Auf Ihre Anfrage wegen des H. H. kann ich Ihnen mitteilen, daß H. seit etwa 4 Wochen etwas munterer und zugänglicher geworden ist. Seit einigen Tagen beschäftigt er sich auch etwas in der Werkstatt seines Sohnes, der allerhand bessere Tonwaren herstellt. Ausdauer hat H. freilich noch nicht. Jedoch scheint ihm die Beschäftigung Freude zu machen.

und ihn zu interessieren. Der Schlaf, der nach seiner Entlassung zeitweise sehr zu wünschen übrig ließ, hat sich gebessert, so daß er schon einige Wochen ohne Schlafmittel auskommt. Die hypochondrischen Gedankengänge bestehen jedoch fort; z. B. behauptet er, in der Klinik sei ihm aus dem Rücken Gehirn herausgelassen worden, daher habe er das eigenartige Gefühl in der Stirnregion. Auch sagt er, das „Negativ“ sei entfernt worden. Die Sinnestäuschungen haben sich scheinbar insofern geändert, daß er nur noch Gehörstäuschungen hat; während er früher auch allerhand Bilder und Gestalten sah, hört er jetzt nur noch Stimmen seiner Nachbarn, die sich in einer an sein Grundstück grenzenden Scheune versammeln und über ihn sprechen. Aber auch diese Gehörstäuschungen scheinen nicht mehr so stark zu sein, wie im vorigen Jahre. Jetzt sind es immer nur kurze Zurufe, während sonst ganze Anschuldigungsreden gehört wurden. Einsicht in das Krankhaften der Gehörswahrnehmungen und seines ganzen Zustandes hat er wohl noch nicht, obwohl er diese Einsicht vorzutäuschen sucht, indem er sagt: „Ach Gott, die können ja von mir aus sagen, was sie wollen, darüber lach ich ja nur, das ist ja gar nicht so, ich hör's ja bloß.“ Im ganzen macht er einen freieren und interessierteren Eindruck.

H. H., bei dem wir über erbliche Belastung mit Ausnahme der „nervösen“ Mutter nichts erfahren konnten, erkrankt mit 35 Jahren zum erstenmal. Die mit einem schweren zur Abstinenz führenden depressiven Stupor beginnende Psychose nimmt einen exquisit atypischen Verlauf. Die im Verein mit ängstlich gefärbten Erregungszuständen aufgetretenen paranoischen Züge und als Sinnestäuschungen angesprochenen Erscheinungen gaben damals zur Verkennung des Bildes als „Katatonie“ wohl den stärksten Anstoß. Daß wir es aber nicht mit einer zirkulär resp. depressiv gefärbten Schizophrenie zu tun haben, lehrt erst der weitere Verlauf. 10 Jahre lang ist H. H. nicht nur ganz gesund, sondern auch, wie wir aus Erkundigungen bei der Fabrikleitung wissen, ein besonders tüchtiger, solider und geschätzter Arbeiter. Im Herbst 1924 erkrankt er aufs neue. Der depressive Grundton tritt diesmal erheblich deutlicher hervor. Wahnhaft-mißtrauische Beziehungsideen, feinselige Einstellung dem Arzt gegenüber und die Einiformigkeit der hypochondrischen Beschwerden seien als kennzeichnendste Merkmale besonders hervorgehoben. (Ungemein bezeichnend für sein Verhalten war es, daß er zu verschiedenen Malen eine photographische Aufnahme hartnäckig verweigerte. Auch die Körperbaumessung gelang nur unter erheblichen Schwierigkeiten. Wie anders sind die Erfahrungen da bei unseren typischen Zirkulären!) Bei seiner Entlassung — sein auf der Grenze von krank und gesund befindlicher Zustand dauert damals schon nahezu ein Jahr! — hat er auch nicht die mindeste Krankheitseinsicht, von Gesundung kann keine Rede sein. Eine katamnestische Nachfrage ein halbes Jahr später zeigt, daß H. H. noch immer nicht wieder hergestellt ist, z. T. an seinen wahnhaften Ideen festhält, aber doch auf dem Wege zur Gesundung sich zu befinden scheint.

Fall 11. Erblichkeit: Nichts zu erfahren. Körperbau: Pyknisch (Abb. 17).

G. P., ein jetzt 62jähriger Arbeiter. 1. Aufnahme in die Klinik 22. V. 1883. Pat. gab damals selbst folgende Anamnese: In seinem 7. Jahr will er eine schwere Nervenkrankheit durchgemacht haben, er habe wochenlang bewußtlos gelegen. Erzählt dann weinend, wie er von Jugend an wegen seiner Augen (chronische Konjunktivitis) von allen verspottet und gehänselt worden sei, ebenso wegen seiner außerehelichen Geburt, so daß er von allem Umgang ausgeschlossen, auch von seinem Stiefvater schlecht behandelt und sehr oft mißhandelt worden sei. Seit Anfang April seien Angstzustände bei ihm aufgetreten, besonders während der Nacht, wo er durch Scharren und Knistern in seiner Kammer in Angst versetzt worden sei. Vor Angst sei er einige Male des Nachts fortgelaufen, weil er fürchtete, es sei jemand in seine Kammer gekommen. In einem dieser Angst-anfälle habe er die Axt ergriffen, um sich den vermeintlichen Angreifer vom Halse zu halten, und in blinder Wut Türen und Hausrat zerschlagen, so daß seine Angehörigen vor ihm flüchteten. Er erklärt, daß er eben nicht anders gekonnt habe, er habe sich verteidigen müssen. Zuleide habe er niemandem etwas tun wollen.

Pat. macht einen ängstlichen, etwas beschränkten Eindruck, er kann nur schlecht und inkorrekt schreiben und lesen, nach den jüngsten historischen Ereignissen gefragt (Krieg von 1870 usw.), weiß er nur die allergrößten Hauptsachen, den Namen seines Landesfürsten weiß er nicht, die geographischen Verhältnisse seines engsten Vaterlandes sind ihm zum größten Teile unbekannt. Er erinnert sich an alle Vorgänge der letzten Wochen und Monate ganz genau. Körperlich fällt auf, daß er ein schlanker, mittelkräftig gebauter Mensch ist (137

Pfd. Gewicht!), bei dem sich keine krankhaften Veränderungen nachweisen lassen.

24. V. 1883. Weniger ängstlich, fügt sich in den Anstaltsbetrieb gut ein, zeigt sich erfreut und dankbar für jede Behandlung. Er ist meist sehr lebhaft, springt im Zimmer umher, grimassiert, neckt seine Mitkranke, nur bei den Visiten bemüht er sich auf ernstlichen Zuspruch hin geordnet, um nachher wieder mit seinem Unsinn anzufangen.

15. VI. Ruhig, gesetztes Wesen, beschäftigt sich fleißig im Hause und im Garten.

1. VIII. Sehr fleißiger und bescheidener Arbeiter, ganz unauffällig.

15. X. Bleibt wegen der ungünstigen häuslichen Verhältnisse vorläufig im Anstaltsbetrieb, wird zur Ökonomie verlegt (Gewicht 159 Pfd. in Kleidern!).

Bis zum 4. VIII. 1886 bleibt er im Wirtschaftsbetrieb der Klinik tätig, ohne irgendwelche Krankheitsscheinungen aufzuweisen.



Abb. 17. G. P. (Fall 11).

7. V. 1906. 2. *Aufnahme.* Bezirksärztlich eingewiesen mit der Angabe, daß er deprimierter Stimmung sei, Selbstanklagen und Verfolgungsideen, die Frau wolle ihn vergiften, äußere. Angaben der Ehefrau: Sie kennt ihren Mann seit 20 Jahren. Die Ehe ist glücklich. Pat. war immer ein fleißiger und solider Mensch, hat mehrfach an rheumatischen Erkrankungen gelitten. Trotzdem er Brauereiarbeiter gewesen ist, hat ihn die Ref. nur einmal betrunken gesehen. Die jetzige Erkrankung setzte sehr plötzlich ein, er wurde in der Nacht ängstlich, sah den Scharfrichter an seinem Bett, er müsse auf die Teufelsinsel, meinte, daß man ihm Gift zu trinken gegeben habe. Am nächsten Tage ruhiger, glaubt aber immer noch, verfolgt zu werden. Er müsse verhungern, sei verloren, seine Frau brauche gar keinen Arzt zu holen, es komme doch keiner zu ihm. Als er am Abend Medizin erhalten sollte, spuckte er sie aus, es sei Gift, ging gutwillig in die Klinik mit. Er selbst gibt an, daß er seit 19 Jahren verheiratet ist. Er hat 10 Kinder, welche alle gesund sind. Seit 15 Jahren ist er, ohne jemals krank gewesen zu sein, als Arbeiter in einer Brauerei beschäftigt.

8. V. Abends heftiger Erregungszustand, fängt laut zu schimpfen und zu schreien an, glaubt sich von seinen Feinden verfolgt.

11. V. Heftige Verstimmung, fängt zu weinen an, wenn man sich mit ihm beschäftigt. Äußert große Sehnsucht nach Frau und Kindern.

13. V. Mehrfach laut, störend, schlaflos, hat den Namen seiner Tochter Kläre rufen hören, glaubt sich durch Röntgenstrahlen oder elektrische Drähte beeinflußt.

15. V. Zeitweise sehr ängstlich, will nicht ins Untersuchungszimmer, er stünde zwischen zwei Parteien, glaubt sich von seinen Arbeitskollegen verfolgt.

20. V. Weinerlich, verweigert Auskunft, wiederholt immer wieder: „Darüber schweigt des Sängers Höflichkeit“.

27. V. Ruhiger, erklärt sich bereit, für alles, was er früher verbrochen habe, Strafe zu erleiden, wenn ihm aber verziehen werden könnte, würde er gerne fleißig arbeiten.

28. V. Wieder unruhiger, geht außer Bett, verlangt den Arzt unter vier Augen zu sprechen. „Als ich im Wachzimmer lag, ist viel gerufen worden, ich sollte alle Lügen heraussagen und alles gestehen, was ich getan hätte. Ich fürchtete, ich sollte um meine Stellung gebracht werden.“ Gerät während der Erzählung in Affekt, wird weinerlich, sieht Drähte im Zimmer.

30. V. Versteckt sich viel unter der Decke, hat wiederholt Strangulationsversuche gemacht.

3. VI. Andauernd ängstlich-weinerlich, hat von seiner Frau, die ihn besucht, keine Notiz genommen.

5. VI. Wackelt stundenlang mit dem Kopf, versteckt sich unter der Decke.

15. VI. Ratlos und ängstlich, will die gereichte Hand nicht wieder loslassen, klammert sich fest an, wortlos.

20. VI. Bleibt nicht im Bett, macht stereotype Bewegungen. ratloser und ängstlicher Gesichtsausdruck, schmiert mit Urin.

6. VII. Seit einigen Tagen inkohärente Erregung, hält sich die Ohren zu, gibt keine Antwort.

12. VII. Weinerlich, sein Sohn und seine Schwiegermutter seien gestorben, er habe den kleinen 7jährigen Artur schreien hören.

17. VII. Nicht zu fixieren, gestikuliert und grimassiert, nimmt gezwungene Stellungen an.

29. VII. Mutistisch, gestikuliert und grimassiert in stereotyper Weise.

10. VIII. Ruhiger geworden, gibt auf Fragen wieder Antwort.

28. VIII. Nachdem er bereits versuchsweise zur Arbeit mitgegangen war, heute wieder unruhiger.

7. IX. Zieht die Bettüberzüge ab, liegt unter dem Bett, spricht leise unverständlich vor sich hin, grimassiert.

Bis Ende des Jahres geht es in ständigem Wechsel, ein paar Tage ruhig und bei der Arbeit, dann wieder erregt in seinem Bettewühlend, nicht zu fixieren.

2. II. 1907. Seit einiger Zeit ruhiger und geordneter, geht mit zur Arbeit.

27. II. Bei anhaltender Beruhigung heute nach Hause beurlaubt.

9. VII. 1907. 3. Aufnahme. Hat im März und April wieder in der Brauerei gearbeitet, seit Mai unregelmäßig. War müde, hatte Angst vor der Arbeit, seit einer halben Woche ganz untätig zu Hause, schlief viel, fühlte sich matt. Äußerte Lebensüberdrüßgedanken, weint, war immer ruhig und zusammenhängend in seinen Äußerungen, steht seinem Zustand kritisch gegenüber.

15. VII. Kaum deprimiert.

19. VII. Steht auf.

24. VII. Geht mit zur Arbeit.

18. VIII. Stets unauffällig bei der Arbeit.

22. IX. Entlassen.

10. I. 1910. 4. Aufnahme. Kommt zur Begutachtung für die Versicherungsanstalt, gibt an, daß er in der Zwischenzeit nicht krank gewesen ist, immes in seiner Brauerei gearbeitet habe.

20. II. 1924. 5. Aufnahme. Angaben der Ehefrau: Hat nach der letzten Entlassung stets seinen Nachtwächterposten in der Brauerei bekleidet, war stets fleißig und zuverlässig. Außer gelegentlichen rheumatischen Beschwerden nie ernstlich krank gewesen. Auffällig wurde Pat. erst im Januar d. J., fühlte sich müde, abgespannt, kaputt. Erzählte, daß er es bei seinen Stiefeltern schlecht gehabt habe, daß sein Stiefbruder ihn um sein Erbteil gebracht hat (soll zutreffend sein!). Wurde sehr ängstlich, fühlte sich immer gleich beleidigt. In den letzten Tagen schlug dieser Zustand plötzlich um, er wurde sehr lebendig, wollte ein Theaterstück machen, welches zu guten Zwecken aufgeführt werden sollte, seine ganze Verwandtschaft sollte dabei mitwirken, wollte im Hof eine Tischlerwerkstatt und eine Schuhmacherei bauen, alle seine Kinder sollten von auswärts kommen.

In der letzten Nacht sah er Gespenster, weiße und schwarze Katzen, hörte Kanonendonner. Sprang aus dem Bett, er müsse jetzt raus, sich auslaufen. Machte dann in der Nacht plötzlich Feuer im Ofen, ging in den Hof, um frische Luft zu schöpfen. Am anderen Morgen lief er zu seinen Schwiegersöhnen, um ihnen von seinem Theaterstück zu erzählen, dann zum Brauereidirektor, um ihm zu sagen, daß er nicht mehr zur Arbeit käme.

Körperlich: Kaum verhärtete Arterien, kein erhöhter Blutdruck (108 mm Quecksilber), kein neurologischer Befund.

22. II. Sehr wechselvolles Bild, entweder in Tränen aufgelöst oder schwer erregt, skandalierend, brüllend, bettflüchtig. Die Patienten würden hier mißhandelt, er würde schon dafür sorgen, daß Ordnung werde. Beim Besuch der Angehörigen ganz mittelsam, weinerlicher Stimmung. Ins Wachzimmer zurückgebracht widerstreng, grimassiert, pfeift, donnert an die Wand, verlangt zu essen, sagt: „Ich denke, die Wärter sind hier nicht mehr in Kost, dabei saufen und fressen sie wie die Schweine und wir müssen hungern“ usw. Vom vielen Schreien ganz heiser.

25. II. Dauernd erregt, prügelt sich mit anderen Pat., poltert im Bett herum. Wird ihm das Essen gebracht, so erklärt er, daß er satt sei, wird es ihm weggenommen, so brüllt er sofort: „Ich werde euch schon die Eier schleifen, euch Schweinen“, ergeht sich in den unflätigsten Ausdrücken, wird aggressiv gegen Wärter und Patienten.

28. II. Hat in der Isolierzelle den Fußböden aufgerissen, sein Hemd zerfetzt. Folgt willig ins Untersuchungszimmer. (Wie geht es Ihnen?) Weint: „Machen

Sie einen Punkt. Es ist mir viel geschehen, so wahr der Wacholder blüht. Ich bin in der Privatklinik gewesen, wenn ich mal eine Semmel genommen habe, Sie können sich erkundigen. Ich will auch nicht mehr, ich bin nackicht auf die Welt gekommen. Ich bin verhext worden, so wahr in Jena der Berg von Dr. Haase ist. Meine Kinder sollen gedeihen, so wahr in Arnstadt Pauses Brauerei ist. Ich bin als Junge mit dem Sandkarren bergauf und bergab gefahren, bin auch vom Wagen mal runtergefallen. Es heißt immer, das Wasser hat keine Balken, Punkt, Gedankenstrich, Semikolon . . . Ich denke, daß es den Kindern noch gut geht . . . der Hermann hat ein weiches Herz. Er hat beim Obermeister gelernt, so wahr der Fleck hier auf dem Papier ist.“ Weint dabei, streichelt dem Arzt die Hände, klopft auf den Tisch.

8. III. In ständiger motorischer Unruhe, wirft die Betten durcheinander, singt, flucht, grimassiert, unflätige Redensarten. Zum Arzt stets freundlich, streichelt ihm die Hände, ist gleich zu Tränen gerührt.

15. III. Bedeutend ruhiger geworden, steht tagsüber auf, ist wie umgewandelt, freundlich gegen jedermann, hilfsbereit, guter Dinge, beim Besuch seiner Angehörigen etwas weinerlich.

21. III. Plötzlich wieder erregt geworden. „Schweinerei hier, so ein Sauloch, hier meine Pulsadern. Durchstechen Sie mein Trommelfell, hacken Sie mein Bein ab, fragen Sie die anderen, raus, weg. Kurzschluß, Punkt.“ Wirft sich aufs Sofa, poltert mit der Faust auf den Tisch, strampelt mit den Beinen, muß mit Gewalt ins Wachzimmer gebracht werden, schimpft, ist bettflüchtig, gestikuliert, „schlägt sie tot, die Schweinehunde“.

30. III. In ständiger Erregung, wirft Bettstücke zum Fenster hinaus. Macht merkwürdige Bewegungen und Gesten, Sprechbewegungen mit dem Mund, ist aber stumm dabei, marschiert nach soldatischer Weise auf und ab. Macht einem schwerkranken Mitpatienten Kopfkompessen mit seinem Taschentuch, läßt sich von seinem Tun nicht abbringen, dazwischen wieder weinerlich, drückt dem Arzt innigst die Hand, tätschelt ihn.

8. IV. Unverändertes Bild, bettflüchtig, läuft nackend in der Wache umher, bekleidet sich nur mit einem Schurz oder zieht das Hemd verkehrt an. Springt über die Betten, kriecht am Fenster empor. „Kanonendonner und Blitz, mir ist alles egal, diese Sauhunde von Wärtern, fesseln Sie mich, bringen Sie mich um. Ich lasse mir von solchen Lausejungen nichts sagen. Machen Sie, was Sie wollen, mir ist alles egal.“

15. IV. Muß nachts fast stets isoliert werden, verflucht seine Frau, die ihn besucht, will sein Testament machen.

25. IV. Sehr wechselseitig, zeitweise bettflüchtig, duldet kein Hemd auf dem Leibe, zerreißt sein Bett, dann wieder ruhig, weinerlich.

10. V. Dauernd motorisch erregt, fuchtelt mit den Händen, nimmt sich bei der Visite kaum Zeit, den Arzt, den er als solchen erkennt, zu begrüßen, macht dabei in geheimnisvoller Weise allerhand Andeutungen, zeigt bedeutungsvoll an die Wand, an die Decke. Schlägt plötzlich wütend an die Wand, schimpft auf das Pflegepersonal, gebraucht unflätigste Ausdrücke, droht, aggressiv zu werden.

17. V. Unverändert erregt, schimpft, zerreißt Nachthemd und Bettzeug, schwatzt unaufhörlich vor sich hin. „Hier liegt das Geld, ich werde es euch schon noch zeigen, Heinrich hat es mir gezeigt, ich habe es euch schon immer gesagt, daß ich eine große Wanne voll ausfresse. Karl, geh vor . . . du bist der Lump . . . ich kenne euch alle besser, als ihr es merkt . . . Wo bleibt nur das Flaschenbier? . . . Das hast du gewiß wieder selber gesoffen . . . so habt ihr es schon immer gemacht . . . aber ich räche mich schon wieder.“ Stimmung meist mürrisch gereizt, oft aggressiv, behauptet, von den Pflegern geschlagen zu sein.

31. V. Dauernd bettflüchtig, laut, erregt, zieht das Bettzeug ab, kriecht unter das Bett, wirft Sachen zum Fenster hinaus, häufig unsauber mit Urin.

7. VI. Sagt zu einem manischen Pat.: „Du Lump, hast mich bemaust, hast meine Frau zur Hure gemacht, geh weg, ich schlage dich an die Fresse, du Aas mußt verrecken.“ Im allgemeinen etwas ruhiger geworden, hält sich reiner. Zeigt sich vollkommen einsichtslos für die Stellung eines Pflegers.

21. VI. Wieder unruhiger, spricht leise gegen die Wand gewendet, schlägt dagegen, zeigt mit dem Finger nach der Decke, gibt aber keine Auskunft über Halluzinationen.

7. VII. Im ganzen etwas ruhiger geworden, aber noch immer viel bettflüchtig

23. VII. Sehr wechselndes Bild, bald ruhiger, dann wieder unruhig, bettflüchtig, schimpfend.

20. X. Wird in unverändertem Zustand nach der Prov.-Heilanstalt verlegt.
Aus der Krankengeschichte der Heilanstalt:

22. X. Zeitweise laut, antwortet einem anderen Pat. auf Frage nach seinem Vornamen: „Doch so wie du.“ Spricht fremdartig klingende Laute vor sich hin: unruhig, singt, pfeift, spricht vor sich hin: „Armer Reisender . . . hin ist hin . . . Berlin Reichstag Nr. 1 . . . das große Los geht nach Weimar an den weimarschen Hof . . . warte, jetzt will ich euch mal vornehmen . . . ich lasse mich nicht von meiner Frau scheiden . . . ich gebe meine Unterschrift nicht.“

25. X. Führt zeitweise Selbstgespräche, verzieht das Gesicht in Grimassen, lacht und singt: „Bum trara, bum . . . wie gemütlich . . . Thüringen . . .“ usw. Schimpft dazwischen, schlägt mit der Hand an die Wand.

26. X. Heute Besuch seines Schwagers, erkennt ihn, spricht mit ihm über Verwandte. Zeitweise aggressiv gegen Mitkranke.

31. X. Führt stundenlang seine wirren, unzusammenhängenden Selbstgespräche, durch häufiges Lachen oder Schimpfen unterbrochen. Unruhig, schlaflos.

2. XI. Besuch seiner Schwägerin, begrüßt sie und fängt an zu weinen, gibt als Grund dafür an: „Ich freue mich, daß ich in Bl. bin, in Jena waren die Pfleger so schlecht. Ich bekam Schläge und schlechtes Essen. Hier habe ich es sehr viel besser.“ Erkundigt sich nach dem Befinden verschiedener Bekannter.

8. XI. Spricht beim Besuch seines Schwagers kaum mit diesem, zeigt geheimnisvoll mit dem Finger umher und führt leise Selbstgespräche.

28. XI. Ganz unverändertes Zustandsbild, unruhig, bettflüchtig, versucht, sein Hemd über den Nachtstuhl zu ziehen, versucht vom Nachtstuhl oder vom Bette aus stehend in den Nachtstuhl zu urinieren, schiebt sein Bett im Saal herum, laut schimpfend.

15. XII. Keinerlei Veränderungen im Zustandsbild.

21. XII. Beim Besuch von Schwager und Neffe erzählt er eine Zeitlang ganz vernünftig, schlägt dann plötzlich das Tischtuch hoch, ruft: „Hört ihr's nicht?“ Wird unruhig, gibt auf Fragen verkehrte Antworten.

1. III. In letzter Zeit ruhiger, macht einen ganz besonnenen Eindruck, freut sich beim Besuch seiner Angehörigen, unterhält sich ganz ruhig über die häuslichen Verhältnisse, fragt nach Frau und Kindern.

12. III. Anhaltende Beruhigung.

1. IV. Geht dauernd mit zur Arbeit.

12. IV. Besuch des Schwagers, sehr nett und freundlich, erkundigt sich interessiert nach den häuslichen Verhältnissen.

4. V. In der Zwischenzeit vorübergehend wieder unruhiger geworden, geht aber wieder mit zur Arbeit.

31. V. Besuch des Schwagers, geht mit diesem spazieren, ist sehr ruhig und freundlich.

8. VI. Bei anhaltender Beruhigung beurlaubt.

22. VII. Bericht des Vormundes, daß keinerlei Zwischenfälle eingetreten sind.

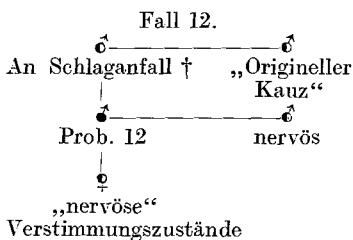
1. II. 1926. Persönliche Nachuntersuchung durch Ref.: Sehr freundlich, gefällig, in keiner Weise auffällig. Benimmt sich durchaus entsprechend bei der photographischen Aufnahme, will von Entgelt nichts wissen.

Über die an sich und gerade hier sehr interessierenden Erblichkeitsverhältnisse wissen wir gar nichts.

Da es uns bei diesen nur anhangsweise mitgeteilten Fällen nicht auf eine feinere Differenzierung von Zustandsbildern und Verlaufsformen ankommt, fassen wir uns kurz: Bei einem leicht schwachsinnigen Menschen bricht bei Abschluß der Pubertät erstmalig akut eine Psychose aus, deren ängstlich-depressiver Grundcharakter selbst bei der unzulänglichen damaligen Krankengeschichte deutlich erkennbar ist. Wohl vorhanden gewesene Gehörstäuschungen und expansive motorische Entladungen verwischen aber das Bild. Der krankhafte Zustand ist nur von kurzer Dauer. Pat. kommt erst nach 23 Jahren wieder zur Aufnahme. In der Zwischenzeit ist er ein solider — in seiner Arbeit tüchtiger — Familievater geworden. Auch diesmal mischen sich der im Grundton wieder unverkennbar depressiven Psychose zahlreiche katatone Erscheinungen bei (Wahn- und Beeinflussungsideen, Halluzinationen, Stereotypien usf.). Nach neunmonatigem Klinikaufenthalt ist er so weit, daß er seiner Arbeit wieder nachgehen kann. Allerdings nur für wenige Monate. Denn schon im Sommer desselben Jahres wird er zum dritten Male bei uns eingeliefert, und zwar mit einem rein depressiven Zustandsbild, übrigens bemerkenswerterweise so leichten Art, daß er sich nur 2 Monate bei uns aufhält. Danach ist er für 17 Jahre vollständig gesund. Wir hören nichts von einer Wesensveränderung, Pat. bekleidet zur Zufriedenheit seinen Nachtwächterposten. Völlig klar wurde uns die Erkrankung erst bei dem letzten Aufenthalt, als Pat. nämlich ein rein manisches Bild darbot, welches sich allerdings schon nach kurzer Zeit wieder durch Hinzutreten mannigfacher atypischer Züge komplizierte. Die Diagnose eines manisch-depressiven Mischzustandes, an den zu denken wäre, ist uns wegen der vielen katatonen Züge unwahrscheinlich, aber wir treten hier in keine Erörterung darüber ein. Trotzdem eine eigentliche Progredienz nicht festzustellen war, äußerten wir uns prognostisch sehr ungünstig und waren sehr erstaunt zu hören, daß G. P. nach fast anderthalbjährigem Anstaltsaufenthalt wieder entlassen werden konnte. Katamnestische Verfolgung und persönliche Nachuntersuchung im Februar 1926 ließen keinerlei Anzeichen einer Defektheilung erkennen; es ist unerwarteterweise — der Ausdruck sei der Kürze halber erlaubt — restitutio ad integrum erfolgt.

Über die diagnostische Einreihung des kompliziert gelagerten Falles ließe sich selbstverständlich unendlich viel mehr sagen, als wir es in

diesem Zusammenhang tun wollen: von einer prozeßhaften Erkrankung im Sinne der Schizophrenie kann u. E. keine Rede sein. Der Wechsel vorwiegend depressiver mit vorwiegend manisch gefärbten Zuständen mit langjährigen Pausen vollster Gesundheit zwingt zu der Annahme einer dem manisch-depressiven Formenkreis nahestehenden Psychose. Der geringe Grad von intellektueller Minderwertigkeit reicht zur Erklärung der Besonderheiten nicht aus. Viel eher wäre zu erwägen das Vorliegen einer vorläufig noch nicht näher einzuordnenden Degenerationspsychose (*Schroeder, Kleist*). Wir begnügen uns damit, zu notieren, daß die pyknische Körperverfassung sich in diesem Falle in prognostischer Hinsicht als durchaus unbrauchbar erwiesen hätte.



Fall 12. Erblichkeit: Vater an Schlaganfall gestorben; ein Vatersbruder „origineller Kauz“; ein Bruder „nervös“.

Deszendenz: Eine Tochter leidet an „nervösen“ Verstimmungszuständen.

Körperbau: Pyknisch (s. Abb. 18).

F. W., ein jetzt 67jähriger Kaufmann. War als Kind schwächlich, hat sich aber normal entwickelt. In der Schule gut gelernt. Ist seit 34 Jahren in derselben Firma als Rechnungskontrolleur und Kassenrevisor tätig. Hat stets solide gelebt. Zum ersten Male 1890 erkrankt, war wegen eines Depressionszustandes ein halbes Jahr in der Leipziger Klinik. 1892 eine leichte Verstimmung durchgemacht, welche aber nicht ärztlich behandelt wurde. 1893 wieder 12 Wochen in der *Flechsig'schen* Privatklinik behandelt, 1898 wieder in der Psychiatrischen Klinik in Leipzig. Die Depression hielt mit Unterbrechungen fast ein Jahr lang an. Im Herbst 1902 wieder in der *Flechsig'schen* Privatklinik 9 Wochen behandelt: Appetitlosigkeit, Unlust zur Arbeit, traurige Stimmung, Beklemmung, Hoffnungslosigkeit, nie Selbstmordtendenzen, doch ab und zu Todesgedanken. 1903—1910 völlig gesund und voll leistungsfähig. Seit Herbst 1910 wieder krank, aufgereggt und schlaflos mit zunehmender Verschlimmerung. Der Druck auf dem Herzen verstärkte sich, Angst und Unruhe kamen hinzu.

23. III. 1911. 1. Aufnahme in die Klinik. Klagt über Verstimmung, Angst,

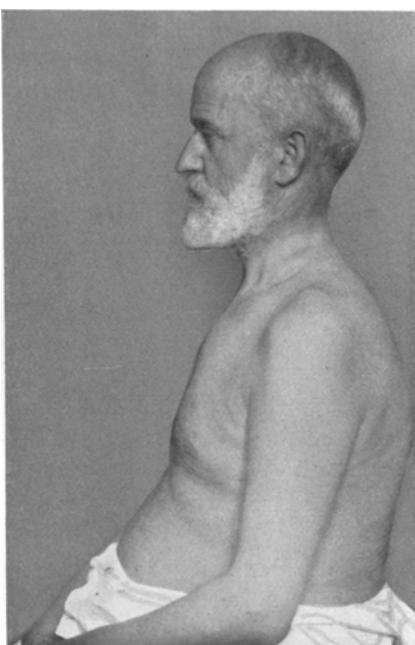


Abb. 18. F. W. (Fall 12).

Hoffnungslosigkeit, aber keine Selbstanklagen oder Kleinheitsideen, auch kein Lebensüberdruß. Intern und neurologisch o. B.

1. IV. Klagt über Hoffnungslosigkeit und unbestimmtes Angstgefühl.
10. IV. Beobachtet sich ängstlich, läßt sich täglich wiederholt versichern, daß es noch einmal besser mit ihm werden würde, weint öfters.
20. IV. Stimmung unverändert schlecht, knüpft an die Opiumbehandlung allerlei Befürchtungen.

4. V. Obstipation und starke Hämorrhoidalbeschwerden, über die sich Pat. sehr ängstigt. Täglich betrachtet er im Spiegel seinen Anus, zeigt ihn dem Arzt vor und äußert Befürchtungen. Ganz mutlos.

Fühlt sich etwas besser, allmähliches Nachlassen der Angstgefühle.

1. VII. Hat zwar noch nicht den früheren Lebensmut, aber doch wieder Hoffnung.

6. VII. Gebessert entlassen.

18. II. 1920. 2. Aufnahme. Ist bis kurz vor Weihnachten 1919 ohne Beschwerden seinem Beruf nachgegangen. Seither sehr labil, fühlt ein deutliches Beklommensein der Brust, besonders des Herzens, schlafst unruhig, muß sich zum Essen zwingen, ist ängstlich. Ist oft schwermüdig, da ihm alles so trübe vorkommt. Seine vor anderthalb Jahren verstorbene Frau fehlt ihm jetzt plötzlich mehr als sonst. Kann sich in die Jetzzeit gar nicht hineinfinden, sieht sehr schwarz in die Zukunft, ist energielos und interesselos, keine Arbeitsfreude mehr. Möchte am liebsten sterben, verwirft aber aus religiösen Gründen Selbstmord. Erholt sich diesmal ziemlich rasch, so daß er schon am 10. IV. entlassen werden kann.

12. V. 1925. 3. Aufnahme. War bis vor 3 Wochen ununterbrochen beruflich tätig. Im Anschluß an einen leichten Darmkatarrhstellten sich wieder die alten Gefühle von Unruhe und Ängstlichkeit ein, er verspürt ein Gefühl „seelischen Druckes und innerer Unfreiheit“, mitunter auch leichte Angstgefühle. Müde, abgespannt und appetitlos. Körperlich: 180 mm Blutdruck Hg. Deutliche Seitenunterschiede in den Sehnenreflexen.

15. V. Depressiv, klagt über ein Gefühl innerer Unruhe und seelischen Druckes.

23. V. Keine Besserung, klagt viel über Druckgefühl im Magen und Sodbrennen, macht sich Gedanken über seinen Zustand.

29. V. Klagen über Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden stehen im Vordergrund, klagt insbesondere über bitteres Aufstoßen.

6. VI. Immer noch leicht verstimmt, Beschwerden haben nicht nachgelassen.

18. VI. Keine wesentliche Änderung. Im Vordergrund stehen nach wie vor die Magenbeschwerden.

25. VI. Unverändertes Bild, stets dieselben Beschwerden.

3. VII. Immer dieselben Klagen über Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit usw.

13. VII. Unverändert.

1. VIII. Ständige ausschließliche Klagen über den Magen, Sodbrennen usw.

15. VIII. In gebessertem Zustand entlassen.

Wir haben es zweifellos mit einer der von *Reiß* so schön geschilderten konstitutionell depressiven Persönlichkeiten zu tun. Die psychotischen Zeiten, über deren klinische Eindeutigkeit jedes Wort zu viel wäre, sind hier nur prononcierte Zusätzungen des normalen Temperaments. Was wir hervorheben wollen, ist der Charakter der einzelnen krankhaften Phasen, die nicht in der Form abnorm tiefer Affektkrisen, sondern als hypochondrisch-morose, ängstliche Verstimmungszustände von zum Teil recht protrahiertem Verlauf in Erscheinung treten. Kurzum

— bei aller Würdigung des bis ins Senium hinein jeweils günstigen Ausgangs — doch keine klassische Form des manisch-depressiven Irreseins, sondern eine von jenen periodischen Melancholien, über deren nosologische Sellung uns die Akten noch längst nicht geschlossen scheinen — trotz der Zugehörigkeit unseres F. W. zum pyknischen Konstitutionskreis.

Zusammenfassung des Anhanges. Bei vier hinsichtlich ihres Psychosetyps untersuchten manisch-depressiven Pyknikern fanden wir, daß

1. unsere Erblichkeitsnachforschungen wenig erfolgreich waren. Bei einem Kranken (9) ist wohl eine doppelsinnige Belastung anzunehmen, bei allen anderen drei Fällen kommen wir über Mutmaßungen nicht hinaus. Bemerkenswert erscheint höchstens die arteriosklerotische Belastung bei unserem Fall 12;

2. zwei Kranke (Fall 10 und 11) stark kataton gefärbte, exquisit protrahierte Psychosen aufwiesen, während die beiden anderen Fälle (9 und 12) zwar prozeßhaft anmutende Kriterien nicht darboten, in bezug auf Symptomatologie und Verlauf aber doch ein abweichendes Verhalten zeigten, ein im Vergleich mit unseren 8 nichptyknischen Zirkulären sehr zur Vorsicht mahnendes Ergebnis, was die Bewertung der körperbaulichen Veranlagung im Hinblick auf klärende Hinweise systematischer oder prognostischer Art anlangt.

Unsere Durchmusterung von 12 Krankengeschichten Zirkulärer zeitigte mithin Ergebnisse, welche unter dem Gesichtswinkel einer konstitutionsbiologischen Fundierung der psychiatrischen Systematik und Prognostik, die von den Anregern dieser Betrachtungsweise (Gaupp, Kretschmer, Mauz) vermuteten Zusammenhänge nur teilweise bestätigen konnten.

Dieses Negative unserer Untersuchung legt die Verpflichtung auf, den tieferen Gründen des Scheiterns eines Versuches, die konstitutionellen Faktoren, namentlich die Körperverfassung, zur Erklärung atypischer psychopathologischer Syndrome und Verläufe heranzuziehen, nachzugehen. Zweifellos: „schizoide“ Wesenszüge, schizophrenieverdächtige Gestaltungen lassen sich, wenn man nach ihnen sucht, in unseren Fällen natürlich aufzeigen; bei zweien kommt uns auch die körperliche Konstitution entgegen. Mit anderen Worten: unter dem Gesichtswinkel der „Zweidimensionalität“ (*Mayer-Groß*) „in der Welt der Psychose- und Charakterformen“ wird man unschwer die Besonderheiten unserer atypischen Bilder und Verläufe „erklären“ können. Wir geben uns aber, da wir den von *Mayer-Groß* in dankenswerter Klarheit und Schärfe herausgestellten Punkten ausnahmslos zu stimmen müssen, damit nicht zufrieden, versuchen jedoch, ehe wir eigenen Mutmaßungen Raum geben, im Anschluß an die Erwägungen von *Mayer-Groß* noch einige grundsätzliche Fragen zu klären.

Übertragen wir die von *Mayer-Groß* geforderte Folgerung, daß schizoid nichts weiter als nicht-zyklothym bedeute, auf das Körperbau-

problem, so dürfen wir bereits — eine tatsächliche biologische Affinität zirkular pyknisch einmal unterstellt — mit Sicherheit behaupten, daß leptosom-athletisch-dysplastisch nur heißen kann: nicht-pyknisch. Das von *Mayer-Groß* in Aussicht gestellte „Wanken des ganzen Baues“ ist, was die Körperbaulehre *Kretschmers* anlangt, bereits eingetreten, nachdem wir zeigen konnten, daß das häufigere Vorkommen nichtpyknischer Habitusformen bei Schizophrenen einfach auf die absolute Häufigkeit dieser Bauformen (bei Gesunden, bei Psychopathen aller Art, Epileptikern, Haut- und Geschlechtskranken usw.)¹⁾ zurückzuführen ist. Da also von einer *spezifischen* Zuordnung nicht-pyknischer Typen zur Schizophrenie keine Rede sein kann, das zirkular-pyknische Affinitätsprinzip uns aber auch in — wie wir vermuten — mindestens 50% im Stiche läßt, müssen wir uns doch ehrlicherweise eingestehen, daß der mit so viel Hoffnungen errichtete Bau der Belastungsprobe nicht standgehalten hat. In dem nicht-pyknischen Körperbau bei unseren Fällen 5 und 7 können wir somit keinen Hinweis auf etwaige von uns nicht aufgedeckte Beziehungen zum schizophrenen Formenkreis erblicken.

Deutlicher tritt diese „Erstickung der Problematik“ (*Mayer-Groß*) noch zutage, wenn wir unsere Fälle 10 und 11 ins Auge fassen. Orientieren wir uns wieder nur nach dem Gesetz der Zweidimensionalität zirkular-schizophren und pyknisch-nichtpyknisch, so gibt es folgende Möglichkeiten: Entweder handelt es sich um atypische zirkuläre Erkrankungen — dann wären wir gar nicht erstaunt, wenn wir darüber belehrt würden, daß H. H. und G. P. gar keine Pykniker, sondern fette Dysplastiker oder Athletiker sind. Oder aber die Pykniker H. H. und G. P. sind keine Zirkulären, sondern schizophrene Randpsychosen von zirkulärem Verlaufstypus — immer stimmen Körperbau und Psychose überein! Anerkennt man unsere Diagnosen pyknisch und atypisches manisch-depressives Irresein aber, so bleibt ja noch die eventuelle schizothyme Grundlage — und findet man auch diese wider Erwartenzyklothym, so dürfte es kaum Schwierigkeiten bereiten, die Familie nach „Schizosen“

¹⁾ Derselbe Verteilungsmodus scheint sich — nach eigenen im Gange befindlichen Untersuchungen — auch bei Unfallshysterikern, Neurotikern, Neurasthenikern usw. vorzufinden.

Anm. bei der Korr.: Auch v. *Rohden* kommt auf Grund einer größeren Zusammenstellung neuerdings zu dem Ergebnis, daß „die von *Kretschmer* ursprünglich nur für Schizophrene als charakteristisch beschriebenen Schizaffinen (es sind ja nun keine schizaffinen mehr. Ref.) Formen... die Grundlage der normalen und kranken europäischen Bevölkerung zu bilden scheinen“ (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77, H. 1). Das ist insofern ein bemerkenswertes Eingeständnis, als derselbe Autor noch 1925 von „einer deutlichen biologischen Affinität zwischen der seelischen Anlage der Schizophrenen und den asthenischen, athletischen und dysplastischen Körperbautypen“ sprach! Der Autor geht übrigens noch weiter in seiner neuerlichen Skepsis, wenn er auch die Anerkennung einer spezifischen Affinität pyknisch-cyclothym erst von „weiteren Untersuchungen abhängig macht!“

zu durchforschen. Alle mal aber sind abweichende Symptomgestaltung und Verlauf so hinreichend erklärt, daß es kaum noch lohnt, den ganzen Apparat erbbiologischer, klinischer und konstitutionspathologischer Methoden in Bewegung zu setzen: *welche Problematik wäre denn damit noch aufzuhellen?*

Diese, wie wir meinen: das unbefriedigende einer sich nur an *Kraepelin* orientierenden Systematik gibt selbst *Gaupp* zu. *Kleist* drückt es schärfer aus, wenn er empfiehlt, sich nicht weiter in dem „hoffnungslos gewordenen Kreise der alten Krankheitsbegriffe von manisch-depressivem Irresein, Epilepsie, Dementia praecox, Hysterie“ zu bewegen. Dieser Autor hat gleichzeitig aber auch seiner Forderung, „besondere und neue Krankheiten“ nachzuweisen, durch die Abgrenzung der episodischen Dämmerzustände in trefflicher Weise bereits Genüge getan. Der erste Schritt, den schon früher von *Bonhoeffer* aufgestellten, später von *Schroeder* und *Kleist* übernommenen Begriff der Degenerationspsychosen mit lebendiger Wirklichkeit zu erfüllen, d. h. diese Gruppe von Erkrankungen in einzelne scharf umrissene und allen von *Kraepelin* verlangten Kriterien (Ursachen, Erscheinungen, Verlauf und Ausgang) entsprechende „Krankheitseinheiten“ aufzuteilen, scheint damit getan. Im Rahmen solcher klinischen Kleinarbeit dürfte vielleicht auch unseren Beobachtungen größere Bedeutung zukommen, als es bisher scheinen möchte.

Wir möchten nämlich annehmen, daß es sich bei unseren Fällen 5, 7 und 11 nicht um atypische zirkuläre Erkrankungen, sondern um Degenerationspsychosen handeln könnte, deren Begründung als eine klinische Sonderstellung beanspruchende näher bestimmmbare Gruppe erst in einer späteren Arbeit, welche ausschließlich dieser Fragestellung gewidmet sein soll, versucht werden wird. Psychosetypen, welche mit dem zirkulären Formenkreis lediglich das „Cyclische“ ihres Verlaufes gemein zu haben und eine gleichsinnige Erblichkeit aufzuweisen scheinen. Das manisch-depressive „Syndrom“ würde dann allerdings zu einem „Symptomenkomplex“ (*Rittershaus*) degradiert werden, welcher, weil als eine schon normalerweise bereitliegende vorgebildete Reaktionsform gedacht, bei den verschiedenartigsten Anlässen in Erscheinung treten kann und je nach dem individuellen Biotonus (*Ewald*) bald mehr den Eindruck eines pathogenetischen Moments, bald nur den pathoplastischen Beiwerks erwecken wird. Die Grundstörung, welche die von uns ins Auge gefaßten atypischen Psychosen zu einer „Einheit“ zusammen schließt, ist u. E. aber nicht manisch-melancholisch, sondern konstitutionell-degenerativ und als solche wahrscheinlich erblich. Auf welchen Wegen wir schließlich zu der Annahme gekommen sind, daß wir das „Degenerative“ in einer anlagemäßigen Schwäche bestimmter Hirnsysteme, die wiederum für gewisse äußere Schädlichkeiten besonders anfällig zu sein scheinen, zu suchen haben, sich somit auch lokalisatorische Einblicke eröffnen, soll später ausführlich dargelegt werden.

Überblicken wir unsere Ergebnisse nochmals unter dem von *Gaupp* formulierten Gesichtspunkt, daß „die Prognose der Prüfstein alles wissenschaftlichen Könnens ist“, lassen wir also nur „die Tatsachen selbst sprechen“ und ziehen wir aus den von *uns* „gefundenen Tatsachen körperlicher und seelischer Art in ihrer Gesamtheit das Fazit“, so scheint es uns, daß die von *Gaupp* selbst — in nicht hoch genug zu bewertender Objektivität — erwogene Möglichkeit einer Korrektur seiner und seiner Schule Auffassung „durch den weiteren Gang der Dinge“ an Hand *unseres* Materials als gegeben zu erachten ist.

Die vorliegenden Untersuchungen, die eine Fortsetzung unserer Körperbaustudien I, II, III darstellen, waren wiederum nur durch Unterstützung der Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft möglich.

Literaturverzeichnis.

- Bonhoeffer*: Degenerationspsychosen. Halle 1907. — *Dreyfuß*: Die Melancholie. Jena 1907. — *Ewald*: Charakter, Konstitution und Aufbau der manisch-melancholischen Psychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **71**. 1921. — *Ewald*: Zur Frage der Motilitätspsychosen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **76**. 1925. — *Eyrich*: Zur Klinik und Psychopathologie der pyknischen Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **97**. 1925. — *Gaupp*: Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wochenschr. 1905. — *Gaupp*: Kombinierte Psychosen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **76**. 1925. — *Jacobi* und *Kolle*: Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstypus. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **76**. 1926. — *Kleist*: Autochthone Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **69**. 1921. — *Kleist*: Episodische Dämmerzustände. Leipzig 1926. — *Kleist*: Weitere Beobachtungen über episodische Dämmerzustände. Zentr.-Bl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **42**. 1926. — *Kolle*: Körperbau der Schizophrenen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **72**. 1924. — *Kolle*: Erwiderung usw. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **73**. 1925. — *Kolle*: Körperbauuntersuchungen. II. Mitteilung. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **75**. 1925. — *Kolle*: Körperbaustudien. III. Mitteilung Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **77**, H. 1. 1926. — *Kolle*: Grundsätzliches zur psychiatrischen Körperbauforschung. Klin. Wochenschr. Nr. 14. 1926. — *Lange*: Kata-tonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin 1922. — *Lange*: Manisch-depressives Irresein. Klin. Wochenschr. Jg. 4. 1925. — *Mayer-Groß*: Grundsätzliches zur psychiatrischen Konstitutions- und Erblichkeitsforschung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **100**. 1926. — *Mauz*: Über pyknische Schizophrene. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **86**. 1923. — *Mauz*: Die Bedeutung körperlicher Dysplasien für die Prognose seelischer Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre **10**. 1925. — *Mauz*: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **42**. 1926. — *Pohlisch*: Hyperkinetischer Symptomenkomplex. Berlin 1925. — *Rehm*: Manisch-melancholisches Irresein. Berlin 1919. — *Rittershaus*: Manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **56**. 1920. — *Schroeder*: Periodische Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **44**. — *Schroeder*: Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **60**. 1920. — *Strohmayer*: Manisch-depressives Irresein. Wiesbaden 1914. — *Thalbitzer*: Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. **62**.